

X.

SJEZD PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP

BUDOUCNOST PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ
V SOUVISLOSTECH

12.–15. ČERVNA 2014
HOTEL HARMONY, ŠPINDLERŮV MLÝN

Pořadatelé:

Martin Hollý, Pavel Doubek, Marek Páv



SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ

BUDOUCNOST PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ V SOUVISLOSTECH

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

DĚKUJEME PARTNERŮM SJEZDU

Zlatí partneři



Partneři



BUDOUCNOST PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ V SOUVISLOSTECH

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

Brno
2014

Pořadatelé sborníku

MUDr. Martin Hollý

MUDr. Pavel Doubek, Ph.D.

MUDr. Marek Páv, Ph.D.

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

Sekretariát

GUARANT International spol. s r. o.

Na Pankráci 17, 140 21 Praha 4

guarant@guarant.cz

www.guarant.cz

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

ISBN 978-80-263-0702-0

OBSAH

ÚVODNÍ SLOVO.....	16
VĚDECKÝ PROGRAM.....	18
SYMPOZIA A WORKSHOPY	20
Pátek 13. června 2014.....	20
SYMPOSIUM SPOLEČNOSTI PRO NÁVYKOVÉ NEMOCI: BUDOUCNOST PÉČE O ZÁVISLÉ V ČR	20
<i>garant MUDr. Petr Popov</i>	
<i>BUDOUCNOST PÉČE O ZÁVISLÉ V ČR V HISTORICKÉM KONTEXTU: PSYCHIATRIE – ATOLOGIE – ADIKTOLOGIE?.....</i>	<i>20</i>
<i>P. Popov</i>	
<i>PSYCHIATRIE V KONTEXTU KONCEPCE SÍTĚ SPECIALIZOVANÉ ADIKTOLOGICKÉ PÉČE: VÝZVA NEBO NUTNOST?</i>	<i>23</i>
<i>M. Miovský</i>	
<i>MOŽNOSTI SPOLUPRÁCE ADIKTOLOGA A PSYCHIATRA V AMBU- LANTNÍ PÉČI O ZÁVISLÉ PACIENTY V ČESKÉ REPUBLICE</i>	<i>26</i>
<i>O. Sklenář</i>	
SYMPOSIUM SPOLEČNOSTI PRO KBT: KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE – INTEGRATIVNÍ PŘÍSTUPY	28
<i>garant prof. Ján Praško</i>	
<i>METAKOGNITIVNÍ TRÉNINK A JEHO POUŽITÍ U PSYCHICKÝCH PORUCH</i>	<i>28</i>
<i>P. Možný</i>	
<i>SCHÉMA TERAPIE</i>	<i>31</i>
<i>J. Praško, J. Vyskočilová, A. Grambal</i>	
<i>ETICKÁ DILEMATA PŘENOSU A PROTIPŘENOSU V KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ</i>	<i>34</i>
<i>J. Vyskočilová</i>	
<i>SKUPINOVÁ INTEGRATIVNÍ KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE V LÉČBĚ PPACIENTŮ S HRANIČNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI</i>	<i>37</i>
<i>A. Grambal, J. Praško, J. Vyskočilová</i>	
<i>EXPERIMENTÁLNÍ A NARATIVNÍ PPŘÍSTUPY V KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPII</i>	<i>41</i>
<i>J. Praško, J. Vyskočilová, A. Grambal, M. Ocisková</i>	
VARIA I.....	44
<i>DPS ONDŘEJOV COBY BUDOUCÍ CDZ?</i>	<i>44</i>
<i>M. Jarolímek</i>	
<i>TERAPEUTICKÁ PRÁCE S ČASOVOU PERSPEKTIVOU – KAZUISTIKA</i>	<i>46</i>
<i>E. Bazínková</i>	

<i>SPOLUPRÁCE ZDRAVOTNÍCH A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO DUŠEVNĚ NEMOCNÉ V PODMÍNKÁCH MALÉHO MĚSTA.....</i>	<i>49</i>
<i>Z. Kozáková, L. Dolníčková</i>	
WORKSHOP STRESOVÝ PROFIL V NEUROFYZIOLOGII	53
<i>garant PhDr. Pavel Škobrtal</i>	
<i>STRESOVÝ PROFIL V NEUROFYZIOLOGII</i>	<i>53</i>
<i>E. Bazínková, P. Škobrtal, M. Novotný sr., T. Žilínčík, M. Komárková, M. Novotný jr.</i>	
SYMPOSIUM ČNPS	55
<i>garant prof. Cyril Höschl</i>	
<i>ADHERENCE K PSYCHOFARMAKŮM A JEJÍ VZTAH K SEBESTIGMATIZACI</i>	<i>55</i>
<i>K. Látalová, D. Kamarádová, J. Praško</i>	
SYMPOSIUM PALIATIVNÍ PÉČE	59
<i>garant prof. Ladislav Volicer</i>	
<i>PALITATIVNÍ PÉČE U TERMINÁLNÍ DEMENCE.....</i>	<i>59</i>
<i>L. Volicer</i>	
<i>PROGRAM NAMASTE</i>	<i>62</i>
<i>J. Simard</i>	
SYMPOSIUM PSYCHIATRICKÉ KLINIKY VFN A 1. LF UK: BIOLO- GICKÁ DIAGNOSTIKA A LÉČBA DUŠEVNÍCH PORUCH	66
<i>garant prof. Jiří Raboch</i>	
<i>ENERGETICKÝ METABOLISMUS U PACIENTŮ S DEPRESÍ A ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ</i>	<i>66</i>
<i>J. Hroudová, Z. Fišar, R. Jirák, H. Hansíková, L. Wenchich, J. Raboch</i>	
<i>VÝZNAM KORTIZOLU A HOMOCYSTEINU V DIAGNOSTICE ALZHEIMEROVY DEMENCE – VÝSLEDKY Z VÝZKUMNÉHO ZÁMĚRU</i>	<i>68</i>
<i>M. Zvěřová, Z. Fišar, R. Jirák, J. Hroudová, E. Kitzlerová, J. Raboch</i>	
<i>CHRONBIOTERAPIE: MODERNÍ PŘÍSTUPY V LÉČBĚ AFEKTIVNÍCH PORUCH</i>	<i>71</i>
<i>P. Doubek, T. Glaser, J. Raboch</i>	
<i>TRANSKRANIÁLNÍ STIMULACE PŘÍMÝM PROUDEM V LÉČBĚ DEPRESIVNÍ PORUCHY</i>	<i>75</i>
<i>M. Anders, J. Albrecht, J. Raboch</i>	
SYMPOSIUM UŽIVATELŮ PSYCHIATRICKÉ PÉČE: AKTIVNÍ ZAPOJENÍ UŽIVATELŮ DO RECOVERY.....	78
<i>garant Jan Jaroš</i>	
<i>MOJE ZKUŠENOST S PROJEKTEM ZAČLEŇOVÁNÍ PEER – PRACOVNÍKŮ DO SLUŽEB</i>	<i>78</i>
<i>A. Zajíčková</i>	

<i>KOMUNITNÍ PLÁNOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH A ZDRAVOTNICKÝCH SAMOSPRÁV JAKO NÁSTROJ ÚZDRAVY UŽIVATELŮ PSYCHIATRICKÉ PÉČE</i>	81
<i>T. Tylich</i>	
SYMPOSIUM SEXUOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI: ORGANIZACE PÉČE O PACIENTY SE SEXUÁLNÍMI PROBLÉMY	85
<i>garant doc. Jaroslav Zvěřina</i>	
<i>NĚKTERÉ PROBLÉMY ORGANIZACE PÉČE O SEXUOLOGICKÉ PACIENTY</i>	85
<i>J. Zvěřina</i>	
<i>ÚSTAVNÍ A AMBULANTNÍ LÉČBA PARAFILNÍCH DELIKVENTŮ</i>	87
<i>M. Hollý, M. Páv, J. Švarc</i>	
WORKSHOP CO ČEKÁ OD LÉČBY BIPOLÁRNÍ PORUCHY PACIENT A CO LÉKAŘ	90
<i>garant prof. Ján Praško</i>	
<i>MOTIVAČNÍ ROZHOVOR U PACIENTA S BIPOLÁRNÍ PORUCHOU</i>	90
<i>A. Grambal, J. Praško, K. Látalová, D. Kamarádová, D. Jelenová, R. Kubínek</i>	
<i>PSYCHOEDUKACE A KLINICKÉ VEDENÍ PACIENTŮ S BAP</i>	93
<i>D. Kamarádová, K. Látalová, A. Grambal, J. Praško</i>	
<i>PROBLÉMY V LÉČBĚ PACIENTŮ S BIPOLÁRNÍ PORUCHOU A JAK JE ZVLÁDAT</i>	96
<i>K. Látalová, J. Praško, D. Kamarádová, D. Jelenová, R. Kubínek, A. Grambal</i>	
<i>ZÁKLADY KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE U PACIENTŮ S BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHOU</i>	98
<i>R. Kubínek, J. Praško, A. Grambal, D. Kamarádová, K. Látalová, D. Jelenová</i>	
VARIA II	102
<i>MOBBING, BOSSING – VÁŽNÉ POTÍŽE V PRACOVNÍM SOUŽITÍ S DŮRAZEM NA PROBLÉMY VE ZDRAVOTNICKÉM PROSTŘEDÍ</i>	102
<i>P. Harsa, I. Žukov, R. Ptáček, M. Macák, D. Kertészová, P. Chrenková, J. Michalec, N. Nechanická, H. Krupníková, S. Bačkovská</i>	
<i>PROCES A DŮSLEDKY SEBE-STIGMATIZACE DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH</i>	105
<i>L. Kališová, M. Novotná, D. Hadjipapanicolaou</i>	
<i>REALITA A BUDOUCNOST SUBSTITUČNÍ LÉČBY</i>	108
<i>V. Kmoch, P. Popov</i>	
VARIA III	111
<i>KLASIFIKACE ŽENSKÝCH SEXUÁLNÍCH DYSFUNKCÍ (FSD) PODLE DSM-5 – PŘEDNOSTI A ÚSKALÍ</i>	111
<i>Z. Pastor</i>	

NEÚPLNÁ SEXUALITA ANEB PROČ NĚKTERÝM MUŽŮM NEPOMŮŽE TRÉNINK ASERTIVITY PŘI NAMLOUVÁNÍ	114
Ž. Herrová, M. Duzbaba	
LÉČBA ODSOUZENÝCH AGRESORŮ S DISSOCIÁLNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI	117
V. Jiříčka; J. Veveřa; P. Valentová	
KORELUJE TEST ČÍSELNÉHO ČTVERCE S VÝSLEDKY ŠKÁLY PSP?	121
P. Škobrtal, M. Novotný sr., T. Žilínčík, M. Komárková, M. Novotný jr.	

Sobota 14. června 2014 124

**SYMPOSIUM SEKCE SOCIÁLNÍ PSYCHIATRIE:
KOMUNITNÍ TÝMY – ZKUŠENOSTI A PERSPEKTIVA 124**
garant MUDr. Ondřej Pěč

MODELÝ KOMUNITNÍCH TÝMŮ A CENTER V ZAHRANIČÍ.....	124
O. Pěč	

ZAPOJOVÁNÍ PEER-KONZULTANTŮ DO KOMUNITNÍCH TÝMŮ.....	126
Z. Foitová	

**SYMPOSIUM SEKCE NELEKÁŘSKÝCH PRACOVNÍKŮ VE
ZDRAVOTNICTVÍ: OŠETŘOVATELSTVÍ V PSYCHIATRII.... 129**
garant Mgr. Tomáš Petr

JAK PACIENTI PROŽÍVAJÍ NEDOBROVOLNOU HOSPITALIZACI.....	129
T. Petr	

**WORKSHOP VÝZNAM TĚLA V PSYCHOTERAPII – INSPIRACE
Z OBLASTI NEUROVĚD 133**
garant MUDr. Iveta Koblíková Zedková

VÝZNAM TĚLA V PSYCHOTERAPII – INSPIRACE Z OBLASTI NEUROVĚD	133
I. Koblíková Zedková	

**SYMPOSIUM STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ
PÉČE – UPDATE..... 137**
garant MUDr. Martin Hollý

PŘÍSTUP ZAMĚŘENÝ NA ÚZDRAVU.....	137
M. Páv	

SYMPOSIUM SEKCE PSYCHIATRICKÉ SEXUOLOGIE 140
garant prof. Alexandra Žourková

SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ OBYVATEL ČR 2013/2014.....	140
P. Weiss, J. Zvěřina	

SLEDOVÁNÍ TRANSSEXUÁLNÍCH OSOB PO DOKONČENÉ ZMĚNĚ POHLAVÍ	145
A. Žourková, P. Sejblová	

FORENZNÍ KASUISTIKA.....	149
<i>J. Zvěřina</i>	
SYMPOSIUM SEKCE PSYCHOSOMATICKÉ: NOVÉ TECHNOLOGIE – NOVÉ MOŽNOSTI PRO BUDOUCNOST ...	153
garant MUDr. Jiří Podlípňý	
VIRTUÁLNÍ REALITA JAKO TERAPEUTICKÝ NÁSTROJ	153
<i>J. Podlípňý</i>	
VIRTUÁLNÍ REALITA V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ A VÝVOJ VLASTNÍHO POSTUPU NA NAŠEM PRACOVÍŠTI	155
<i>M. Beniš, J. Podlípňý, P. Hořejší</i>	
VIRTUÁLNÍ REALITA JAKO NÁSTROJ PRO VYŠETŘENÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ U SCHIZOFRENIE	158
<i>I. Fajnerová, M. Rodriguez, J. Horáček, F. Španiel, P. Mikoláš, A. Stuchlík, D. Levčík, C. Brom, K. Vlček</i>	
V JAKÉ REALITĚ VLASTNĚ ŽIJEME ?	161
<i>J. Beran</i>	
SYMPOSIUM SEKCE PRO SOUDNÍ PSYCHIATRII: POST-TRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA VE FORENZNÍ PSYCHIATRII	164
garant doc. Karel Hynek	
VIKTIMIZAČNÍ SYNDROMY Z POHLEDU FORENZNÍ PSYCHIATRIE A PSYCHOLOGIE.....	164
<i>I. Žukov, R. Ptáček, J. Raboch, K. Hynek, P. Uhlíková, P. Harsa, I. Fischer</i>	
SYMPOSIUM SEKCE GERONTOPSYCHIATRICKÉ	167
garant doc. Roman Jirák	
FRONTOTEMPORÁLNÍ DEMENCE	167
<i>V. Franková</i>	
DELIRIA (STAVY ZMATENOSTI) VE STÁŘÍ	171
<i>J. Konrád</i>	
GENETICKÉ FAKTORY ALZHEIMEROVY NEMOCI	174
<i>R. Jirák</i>	
SYMPOSIUM SEKCE BIOLOGICKÉ PSYCHIATRIE A SPOLEČNOSTI PRO BIOLOGICKOU PSYCHIATRII: CHRONO-BIOLOGICKÉ ASPEKTY DUŠEVNÍCH PORUCH.....	177
garant prof. Ján Praško	
GENETIKA A CHRONOBIOLOGIE U DUŠEVNÍCH PORUCH.....	177
<i>L. Hosák</i>	
CHRONOBIOLOGIE SCHIZOFRENIE.....	179
<i>K. Látalová, J. Praško, D. Kamarádová</i>	
CHRONOBIOLOGICKÉ ASPEKTY DEPRESIVNÍ PORUCHY	181
<i>M. Anders</i>	

<i>CHRONOBIOLOGICKÉ ASPEKTY BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY</i>	184
<i>J. Praško, K. Látalová, D. Kamarádová, M. Nováková, A. Sumová, H. Illnerová</i>	

SYMPOSIUM PSYCHOSOMATICKÉ ASPEKTY CHRONICKÝCH ONEMOCNĚNÍ V DĚTSKÉM VĚKU	187
<i>garant MUDr. Daniela Jelenová, prof. Ján Praško</i>	

<i>PSYCHICKÉ ASPEKTY CHRONICKÉHO ONEMOCNĚNÍ DĚTÍ</i>	187
<i>M. Hunková, D. Jelenová, J. Praško, M. Ocisková, V. Mihál, E. Karásková, J. Kolářová, D. Vydra</i>	

<i>CHRONICKÉ ZÁNĚTY STŘEV U DĚTÍ: PSYCHOPATOLOGIE A KVALITA ŽIVOTA DĚTÍ I RODIČŮ</i>	189
<i>D. Jelenová, J. Praško, M. Ocisková, V. Mihál, M. Hunková, E. Karásková, J. Kolářová, D. Vydra</i>	

<i>VARIABILITA SRDEČNÍ FREKVENCE U DĚTÍ S CHRONICKÝMI ZÁNĚTY STŘEV A U ZDRAVÝCH DĚTÍ</i>	192
<i>M. Ocisková, D. Jelenová, J. Praško, V. Mihál, M. Hunková, E. Karásková, J. Kolářová, D. Vydra</i>	

<i>CHRONICKÁ SOMATICKÁ ONEMOCNĚNÍ V DĚTSKÉM VĚKU JAKO VULNERABILNÍ FAKTOR PRO PSYCHICKÉ PROBLÉMY V DOSPĚLOSTI</i>	194
<i>J. Praško, D. Jelenová, M. Ocisková, V. Mihál, E. Karásková, J. Kolářová, D. Vydra</i>	

<i>PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U DĚTÍ A JEJICH SOMATICKÉ KOMPLIKACE</i>	196
<i>L. Stárková, J. Zapletalová</i>	

VARIA IV	200
-----------------------	------------

<i>PŘEVOD MEZI MONTREALSKÝM KOGNITIVNÍM TESTEM (MOCA) A MMSE</i>	200
<i>M. Kopeček, H. Štěpánková, J. Lukavský, E. Panenková, K. Horáková, T. Nikolai, O. Bezdíček, M. Brunovský, R. Krombholz, D. Řípová</i>	

<i>PSYCHIATRICKÁ DIAGNÓZA NA ROZCESTÍ</i>	202
<i>J. Libiger</i>	

<i>META-ANALÝZA STUDIÍ CATIE A EUFEST Z ÚROVNĚ PACIENTŮ</i>	206
<i>J. Volavka, R. A. Van Dorn, L. Citrome, R. S. Kahn, W. W. Fleischhacker, P. Czobor</i>	

SYMPOSIUM ADHD V DOSPĚLOSTI	209
<i>garant prof. Hana Papežová</i>	

<i>KOMPLEXNÍ PROGRAM PRO DOSPĚLÉ PACIENTY S ADHD</i>	209
<i>P. Uhlíková, T. Štěpánková, J. Hanusová, J. Albrecht, H. Papežová</i>	

**WORKSHOP KRITICKÝ RODIČ, ZRANĚNÉ A ROZZLOBENÉ
DÍTĚ – ANEB ZÁKLADY SCHÉMA TERAPIE U HRANIČNÍCH
PACIENTŮ212**

garant prof. Ján Praško

ZÁKLADY SCHÉMA TERAPIE..... 212

J. Praško, J. Vyskočilová, A. Grambal

KONCEPT MÓDŮ A JEJICH VYUŽITÍ215

A. Grambal, J. Vyskočilová, J. Praško

HRANÍ ROLÍ A UŽITÍ DRAMATERAPIE VE SCHÉMA TERAPII ... 218

J. Vyskočilová, J. Praško, A. Grambal

PŘEPIS TRAUMATICKÝCH UDÁLOSTI V IMAGINACI220

J. Praško, J. Vyskočilová, A. Grambal

POUŽITÍ TERAPEUTICKÝCH DOPISŮ VE SCHÉMA TERAPII 223

A. Grambal, J. Vyskočilová, J. Praško

PŘENOS A PROTIPŘENOS Z HLEDISKA SCHÉMA TERAPIE226

J. Vyskočilová, J. Praško, A. Grambal

**SYMPOSIUM PSYCHIATRICKÉ KLINIKY BRNO A CEITEC:
NOVÉ PŘÍSTUPY V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ PSYCHICKÝCH
PORUCH 229**

garant prof. Eva Češková

*MOŽNOSTI TRANSKRANIÁLNÍ SONOGRAFIE
V PSYCHIATRII.....229*

P. Šilhán

*MOŽNOSTI TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKÉ STIMULACE
V DIAGNOSTICE DUŠEVNÍCH PORUCH232*

*L. Ustohal, R. Příkryl, M. Mayerová, S. Dudašková, J. Synková,
I. Stehnová, B. Valková, T. Svěrák, E. Češková, T. Kašpárek*

*PLAZMATICKÉ HLADINY PSYCHOFARMAK A EFEKT LÉČBY
U PSYCHICKÝCH PORUCH.....235*

*M. Mayerová M. E. Češková, L. Ustohal, R. Příkryl, T. Kašpárek,
J. Pivnička*

*EFEKTIVITA LÉČBY SCHIZOFRENIE Z POHLEDU
POHLAVNÍCH ROZDÍLŮ237*

E. Češková, R. Příkryl, L. Ustohal

VARIA V240

VÁLKA POHLEDEM DUŠEVNÍ CHOROBY.....240

T. Tošnerová

VÝVOJOVÁ PSYCHOFARMAKOLOGIE V SOUČASNOSTI244

I. Drtílková

Neděle 15. června 2014 248

**SYMPOSIUM PSYCHOTERAPEUTICKÉ SPOLEČNOSTI: MÍSTO
PSYCHOTERAPIE V REFORMOVANÉ PSYCHIATRII..... 248**

garant MUDr. Ondřej Pěč

*MÁ MÍSTO PSYCHOTERAPIE V PŘIPRAVOVANÉ REFORMĚ
PSYCHIATRICKÉ PÉČE? 248*

O. Pěč

ZÁKONNÁ REGULACE PSYCHOTERAPIE VE SVĚTĚ.....250

M. Kolumpková

PERSPEKTIVY PSYCHOTERAPIE V ČR252

K. Koblíček

**SYMPOSIUM SEKCE DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ
PSYCHIATRIE: DĚTSKÁ A DOROSTOVÁ PSYCHIATRIE,
AKTUÁLNÍ OTÁZKY SOUČASNÉ PRAXE 255**

garant doc. Ivo Pačt

*DIAGNOSTIKA A LÉČBA PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA
Z POHLEDU SOUČASNÝCH MEZINÁRODNÍCH DOPORUČENÍ...255*

L. Stárková

*SUICIDÁLNÍ A SEBEPOŠKOZUJÍCÍ CHOVÁNÍ U PORUCH
PŘÍJMU POTRAVY258*

J. Koutek, J. Kocourková

TOURETTEŮV SYNDROM – KLASIFIKACE DSM -5.261

E. Malá

WORKSHOP PSYCHOSOMATIKA V PSYCHIATRII264

garant MUDr. Michal Kryl

*PSYCHOSOMATICKÉ ODDĚLENÍ JAKO VARIANTA
ÚSTAVNÍ PÉČE264*

M. Kryl

POSTERY 268

*STEJNOSMĚRNÝ PROUD A NEUROPSYCHIATRICKÁ
ONEMOCNĚNÍ NA POČÁTKU 21. STOLETÍ 268*

J. Albrecht, M. Anders, P. Kozelek, D. Hadjipapanicolaou, E. Jurigová,
J. Raboch

*VZTAH REMISE, FUNKČNOSTI A KVALITY ŽIVOTA
U SCHIZOFRENIE 271*

P. Augustin, R. Příkrýl

*PREVALENCE NÁSILÍ U HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ NA
PSYCHIATRICKÉ KLINICE 1. LF UK A VFN – DATA Z LET 2000 A
2011/2012273*

A. Balíková, J. Vevera

<i>REDUKCE QEEG KORDANCE A ČASNÁ ZMĚNA PŘÍZNAKŮ JAKO PREDIKTORY ODPOVĚDI NA LÉČBU VENLAFAXINEM ER U PACIENTŮ S DEPRESIVNÍ PORUCHOU</i>	276
<i>M. Bareš, T. Novák, M. Brunovský, M. Kopeček, C. Höschl</i>	
<i>ANTISOCIÁLNÍ PORUCHA OSOBNOSTI V DŮSLEDKU NEGATIVNÍHO VÝVOJE V DĚTSTVÍ</i>	279
<i>S. Fischer; K. Pergreff; I. Žukov; R. Ptáček</i>	
<i>SELF-STIGMA U SCHIZOFRENIE</i>	281
<i>D. Hadjipapanicolaou, L. Kališová, P. Kozelek, I. Žukov, J. Albrecht, B. Dvořáček, T. Glaser, E. Janečková, P. Chrenková</i>	
<i>SYNDROM TÝRANĚHO A ZANEDBÁVANĚHO SENIORA (EAN) U GERONTOPSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ</i>	283
<i>F. Honzák</i>	
<i>OBEZITA A ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE ZHORŠUJÍ KOGNITIVNÍ FUNKCE U BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY</i>	285
<i>J. Hubeňák, J. Bažant, I. Tůma</i>	
<i>KLINICKÁ ÚČINNOST PREGABALINU V PSYCHIATRICKÉ AMBULANCI</i>	287
<i>M. Hýža, D. Perníčková</i>	
<i>KVALITA ŽIVOTA DĚTÍ S ADHD</i>	289
<i>D. Jelenová, M. Hunková, J. Praško</i>	
<i>PREDIKTORY TERAPEUTICKÉ ODPOVĚDI PACIENTŮ S PANICKOU PORUCHOU, SOCIÁLNÍ FObIÍ A OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHOU</i>	291
<i>D. Kamarádová, J. Praško, M. Černá, K. Látalová, J. Táborský</i>	
<i>SKUPINOVÁ KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE U OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHY</i>	293
<i>J. Táborský, D. Kamarádová, L. Stuchlíková, M. Černá, K. Látalová, J. Praško</i>	
<i>VZTAH MEZI ADHERENCI, SEBE-STIGMATIZACI A VYSAZOVÁNÍM MEDIKACE U RŮZNÝCH SKUPIN PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ</i>	297
<i>D. Kamarádová, K. Látalová, J. Praško, R. Kubínek, A. Cinculová, J. Šmoldasová, B. Mainerová, J. Táborský, M. Ocisková</i>	
<i>ČESKÉ NORMY PRO MONTREALSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (MOCA) – SENIOŘI</i>	299
<i>M. Kopeček, H. Štěpánková, J. Lukavský, E. Panenková, K. Horáková, T. Nikolai, O. Bezdíček, M. Brunovský, R. Krombholz, D. Řípová</i>	
<i>OBTÍŽNOST V POLOŽKÁCH MONTREALSKĚHO KOGNITIVNÍHO TESTU (N=540)</i>	301
<i>M. Kopeček, H. Štěpánková, E. Panenková, K. Horáková, D. Řípová</i>	

<i>PSYCHIATRICKÉ PŘÍZNAKY V SOUVISLOSTECH A SOUVISLOSTI PSYCHIATRICKÝCH PŘÍZNAKŮ</i>	304
<i>H. Kučerová</i>	
<i>DELIRIUM TREMENS NA KLINICE PSYCHIATRIE FN OLOMOUC</i>	306
<i>B. Mainerová, J. Praško, J. Šmoldasová, R. Horáček</i>	
<i>SEBEVRAŽEDNOST U OSOB ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU</i>	308
<i>B. Mainerová, J. Praško, K. Látalová, J. Šmoldasová</i>	
<i>STIGMATIZACE A SEBESTIGMATIZACE U OSOB ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU</i>	310
<i>B. Mainerová, J. Praško, J. Šmoldasová, M. Ocisková</i>	
<i>SEBESTIGMATIZACE U ÚZKOSTNÝCH A DEPRESIVNÍCH FARMAKOREZISTENTNÍCH PACIENTŮ A JEJÍ VLIV NA ÚSPĚŠNOST LÉČBY</i>	312
<i>M. Ocisková, J. Praško, K. Látalová, D. Kamarádová, A. Grambal, Z. Sigmundová, Z. Sedláčková</i>	
<i>POLOŽKOVÁ ANALÝZA MONTREALSKÉHO KOGNITIVNÍHO TESTU</i>	314
<i>E. Panenková, M. Kopeček, J. Lukavský, H. Štěpánková</i>	
<i>GENETICKÉ FAKTORY U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY</i>	317
<i>H. Papežová, L. Šlachťová, D. Kaminská, M. Chvál, A. Yamamotoová, P. Martásek</i>	
<i>ETICKÉ OTÁZKY V KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPII A SUPERVIZI</i>	319
<i>J. Vyskočilová, J. Praško</i>	
<i>CHRONOBIOLOGICKÉ NÁLEZY U PACIENTŮ S BIPOLÁRNÍ PORUCHOU V PRŮBĚHU MÁNIE A V PRŮBĚHU DEPRESE</i>	322
<i>J. Praško, K. Látalová, D. Kamarádová, A. Grambal, A. Sumová, M. Nováková, H. Illnerová, D. Parkanová, P. Havlíková, B. Mainerová, A. Sandoval, K. Vrbová, A. Ticháčková</i>	
<i>INTERNETOVÝ PSYCHOEDUKAČNÍ PROGRAM PRO PACIENTY TRPÍCÍ BIPOLÁRNÍ PORUCHOU E-PROBAD</i>	324
<i>J. Praško, K. Látalová, D. Kamarádová, D. Jelenová, A. Grambal, B. Mainerová, M. Ocisková, A. Sandoval</i>	
<i>KOMORBIDITA DEPRESIVNÍ PORUCHY A PORUCHY OSOBNOSTI – KATAMNESTICKÉ POROVNÁNÍ</i>	326
<i>Z. Sedláčková, J. Praško, M. Sedláček, M. Ocisková, K. Látalová, D. Kamarádová, A. Grambal, Z. Sigmundová</i>	
<i>MÍSTO PSYCHOTERAPEUTA (NE-PSYCHIATRA) V PODPOŘE ADHERENCE UŽÍVÁNÍ PSYCHOFARMAK U PACIENTŮ TRPÍCÍCH PSYCHICKOU PORUCHOU</i>	328
<i>J. Vyskočilová, J. Praško</i>	

<i>SPOLUPRÁCE PŘÍ LÉČBĚ, PŘEDEPISOVÁNÍ PSYCHOFARMAK A ETICKÁ DILEMATA – CO O TOM SOUDÍ PSYCHIATŘI A CO PACIENTI</i>	<i>330</i>
<i>J. Vyskočilová, J. Praško</i>	
<i>AMNESTICKÉ SYMPTOMY U PACHATELŮ ZÁVAŽNÝCH FOREM NÁSILÍ</i>	<i>332</i>
<i>R. Ptáček, I. Žukov, H. Kolská, L. Kubalec, P. Uličná</i>	
<i>VLIV NÁHRADNÍCH FOREM PÉČE NA VÝVOJ DĚTÍ – VÝSLEDKY LONGITUDINÁLNÍ STUDIE</i>	<i>334</i>
<i>R. Ptáček, H. Kuželová, L. Čeledová, R. Čevela</i>	
<i>VLIV PSYCHOPATOLOGIE NA KRIMINÁLNÍ KARIÉRU DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH</i>	<i>337</i>
<i>R. Ptáček, I. Žukov, P. Harsa, P. Uhlíková, S. Fisher, I. Adamová</i>	
<i>VLIV KOGNITIV NA MITOCHONDRIÁLNÍ RESPIRACI A AKTIVITU KOMPLEXŮ ELEKTRONOVÉHO TRANSPORTNÍHO ŘETĚZCE... ..</i>	<i>339</i>
<i>N. Singh, J. Hroudová, Z. Fišar</i>	
<i>PSYCHIATRICKÉ KOMPLIKACE PROTINÁDOROVÉ LÉČBY</i>	<i>341</i>
<i>B. Slováčková, L. Slováček</i>	
<i>MINI-MENTAL STATE EXAMINATION – ČESKÉ NORMY PRO STARŠÍ POPULACI</i>	<i>343</i>
<i>H. Štěpánková, M. Kopeček, J. Lukavský, K. Horáková</i>	
<i>EXPOZICE NÁSILÍM V DĚTSTVÍ U VŠ STUDENTŮ</i>	<i>346</i>
<i>E. Vaníčková, M. Velemínský, J. Votavová, D. Sethi</i>	
<i>EXPRESE PODJEDNOTEK NMDA RECEPTORU V HIPOKAMPU ADOLESCENTNÍCH A DOSPĚLÝCH POTKANŮ PO PRENATÁLNÍM PODÁNÍ METAMFETAMINU</i>	<i>348</i>
<i>M Vrajová, B Schutová, J Klaschka, R Šlamberová</i>	
<i>KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE CHRONICKÝCH BLUDŮ</i>	<i>350</i>
<i>K. Vrbová, J. Praško, M. Ocisková, P. Možný, D. Jelenová, B. Mainerová, D. Kamarádová</i>	
<i>KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE CHRONICKÝCH HALUCINACÍ</i>	<i>352</i>
<i>K. Vrbová, J. Praško, M. Ocisková</i>	
<i>TOXICKÁ PSYCHÓZA A FORENZNÍ VYHODNOCENÍ</i>	<i>355</i>
<i>I. Žukov, P. Kozelek, D. Domhvilová, P. Harsa, R. Ptáček, S. Fischer</i>	

ÚVODNÍ SLOVO

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

Současný svět plný pohybu, nestability a nezakotvenosti přináší zpochybňování významu tradičních hodnot. Život mnohých se řídí snahou uspokojovat vlastní sebestředné potřeby. Důsledkem toho je mimo jiné krize komunity, přirozené vzájemnosti. Obtížně, jakoby neradi, sdílíme. Žijeme spíše v nestabilních mikrokomunitách, které často nekopírují ani rodinné systémy, být single začíná být „in“, hnutí asexuálů se stává předmětem výzkumu. Tyto složitosti a nahodilosti současného postmoderního světa jsou vyvažovány udržováním tradic, bez kterých jakékoliv společenství není skutečným společenstvím. V moderním světě je třeba o tradice pečovat, protože základní hodnoty, které společenství udržují, nejsou dány a automaticky přijímány. Je odpovědností každého člena komunity tradice spoluvytvářet a obnovovat – tak, aby byly dobrým prostředkem k udržování společenství, které směřuje ke společnému cíli. Autorům příspěvků v tomto sborníku tedy patří dík za aktivní podíl na udržování naší psychiatrické tradice a práci v širší komunitě odborníků v oblasti duševního zdraví.

Udržování tradic má nepochybně svou odvrácenou tvář. Všichni patrně známe situace, kdy lpění na tradicích je více nebo méně zástěrkou rigidního či úzkostného postoje. V tomto případě jsou vnímané jako kotvy. Jde o to odlišit, zda kotvíme proto, že je okolní moře příliš rozbouřené, nebo proto, že nechceme nikam plout a tradice samotná se stává cílem – a odrazem rezignace na tvůrčí a živý postoj ke světu.

Věřím, že stojíme na začátku období, kdy nás všechny v profesní oblasti čekají významné změny, které přinesou zlepšení péče o naše pacienty/klienty. Přijatá Strategie reformy psychiatrické péče naznačuje jejich směr. Jaké tyto změny budou a jak budou rozsáhlé, závisí do značné míry na nás. Na tom, jak dokážeme vyvážit otevřenost novým pohledům na řešení problémů péče a lpění na tradičních způsobech řešení, v současném světě již opouštěných. Nepochybně všichni budeme muset některé své tradice opustit a změnit část svých profesních stereotypů pro společný dobrý cíl, na kterém by měla panovat shoda. Proto je dobré o očekávaných změnách diskutovat formálně i neformálně, ujasňovat si základní motivace a parciální cíle a též vnímat postoje druhých, širší kontext a souvislosti.

Setkání psychiatrů a dalších odborníků z oblasti péče o duševní zdraví v Hotelu Harmony ve Špindlerově Mlýně je pro nás – členy Psychiatrické společnosti – příležitostí k dalšímu posílení tradice. Tradice, která nám dává příležitost sdílet a tvořit. Zároveň je prostorem k diskuzi o možných změnách v systému péče, které povedou ke zkvalitnění života našich nemocných a umožní jim žít hodnotný život v prostředí, které si sami zvolí. Věřím, že toto v konečném důsledku povede též ke zvýšení uspokojení z naší práce a trvalému pocitu spokojenosti s profesním životem, který jsme si zvolili v prostředí psychiatrické komunity, která sdílí společné hodnoty a sleduje sdílené cíle.

Komunity, která právě díky pevnému tradičnímu zakotvení reaguje na vývoj společnosti a nové způsoby péče o duševně nemocné uvážlivě, zároveň však jistě a rozhodně tak, aby měla trvalé místo mezi psychiatrickými komunitami vyspělých zemí s vysokou úrovní péče o duševně nemocné.

Kniha, která se vám dostává do ruky, je odrazem obojího. Tvorby i sdílení, tradičního i velmi inovativního. Nechť je nositelem nejen odborného obsahu, ale i živých vzpomínek na desátý sjezd Psychiatrické společnosti, tradiční „Špindl“.

MUDr. Martin Hollý

předseda Psychiatrické společnosti ČLS JEP
České psychiatrické společnosti o. s.

VĚDECKÝ PROGRAM

Pátek 13. června 2014				
	Kongresový sál	Kinosál	Modrý salónek	Tiskový salónek
08.00–09.30	Symposium Společnosti pro návykové nemoci Předsedající Petr Popov	Symposium Společnosti pro KBT Předsedající Ján Praško a Petr Možný	Symposium Varia I Předsedající Klára Láatalová	Workshop Stresový profil v neurofyziologii Předsedající Pavel Škobrtal
09.30–09.45	přestávka			
09.45–10.45	Plenární přednáška The social future of psychiatry Stefan Priebe Předsedající Jiří Raboch			
10.45–11.00	přestávka			
11.00–12.30	Symposium ČNPS Předsedající Jiří Horáček	Symposium Paliativní péče Předsedající Jiří Konrád	Meet the Expert Stefan Priebe Předsedající Martin Hollý	Workshop Úvod do praxe Gestalt psychoterapie Předsedající Juraj Rektor
12.30–12.45	přestávka			
12.45–14.15	Satelitní symposium Janssen-Cilag			
výstava / postery				
14.15–14.30	přestávka			
14.30–16.00	Symposium Psychiatrické kliniky VFN a 1. LF UK Předsedající Jiří Raboch	Symposium uživatelů psychiatrické péče Předsedající Jiří Masopust	Symposium Sexuologické společnosti Předsedající Jaroslav Zvěřina	Workshop Co čeká od léčby bipolární poruchy pacient a co lékař Předsedající Ján Praško
16.00–16.15	přestávka			
16.15–17.15	Valná hromada Psychiatrické společnosti ČLS JEP			
17.15–17.30	přestávka			
17.30–19.00	Satelitní symposium Přízer			
19.00–19.15	přestávka			
19.15–20.45		Schůze Sekce ambulantní péče PS s volbami do výboru sekce	Symposium Varia II Předsedající Marek Páv	Symposium Varia III Předsedající Martin Hollý

Sobota 14. června 2014				
	Kongresový sál	Kinosál	Modrý salónek	Tiskový salónek
08.00–09.30	Symposium Sekce sociální psychiatrie Předsedající Ondřej Pěč	Symposium Psychiatrického centra Praha Předsedající Filip Španiel	Symposium nelékařských pracovníků ve zdravotnictví Předsedající Tomáš Petr	Workshop Význam těla v psychoterapii Předsedající Iveta Klobic Zedková
09.30–09.45	přestávka			
09.45–10.45	Plenární přednáška Ani dobrý zákon není lepší než život (Vhled do nového občanského zákoníku) Karel Eliáš Předsedající Martin Holý			
10.45–11.00	přestávka			
11.00–12.30	Symposium Strategie reformy psychiatrické péče – update Předsedající Martin Holý	Workshop Právní otázky v psychiatrii Předsedající Tomáš Kašpárek	Symposium Sekce psychiatrické sexuologie Předsedající Alexandra Žourková	Symposium Sekce psychosomatické Předsedající Jiří Podlipný
12.30–12.45	přestávka			
12.45–14.15	Satelitní symposium Zentiva, člen skupiny sanofi-aventis			
výstava / postery				
14.15–14.30	přestávka			
14.30–16.00	Symposium Sekce pro soudní psychiatrii Předsedající Karel Hynek	Symposium Sekce gerontopsychiatrické Předsedající Roman Jiráček	CME kurz Flexible Assertive community treatment Předsedající C. L. Mulder	Workshop Chronofarmaka Předsedající Pavel Doubek
16.00–16.15	přestávka			
16.15–17.45	Symposium Sekce biologické psychiatrie a Společnosti pro biologickou psychiatrii Předsedající Ladislav Hošák	Symposium Sekce ambulantní péče Předsedající Erik Herman	CME kurz Flexible Assertive community treatment Předsedající C. L. Mulder	Symposium Psychosomatické aspekty chronických onemocnění v dětském věku Předsedající Daniela Jelenová a Ján Praško
17.45–18.00	přestávka			
18.00–19.30	Symposium Varia IV Předsedající Martin Anders	Symposium ADHD v dospělosti Předsedající Hana Papežová	Symposium Sekce lůžkové psychiatrie Předsedající Jan Tuček	Workshop Kritický rodič, zraněné a rozložené dítě Předsedající Ján Praško
19.30–19.45	přestávka			
19.45–21.15	Symposium Psychiatrické kliniky Brno a CEITEC Předsedající Eva Češková	Symposium Varia V Předsedající Marek Páv	Workshop Mobilní krizový tým Předsedající Radek Pěkný	Symposium Vojenské psychiatrie a psychologie Předsedající Jan Vevera

Neděle 15. června 2014				
	Kongresový sál	Kinosál	Modrý salónek	Tiskový salónek
10.00–11.30	Symposium Psychoterapeutické společnosti Předsedající Karel Klobic	Symposium Sekce dětské a dorostové psychiatrie Předsedající Ivo Paclt	Workshop Psychosomatika v psychiatrii Předsedající Michal Kryl	Workshop Multifamily treatment Předsedající Marek Zeman

SYMPÓZIA A WORKSHOPY

Pátek 13. června 2014

SYMPOSIUM SPOLEČNOSTI PRO NÁVYKOVÉ NEMOCI: BUDOUCNOST PÉČE O ZÁVISLÉ V ČR

garant MUDr. Petr Popov

BUDOUCNOST PÉČE O ZÁVISLÉ V ČR V HISTORICKÉM KONTEXTU: PSYCHIATRIE – ATOLOGIE – ADIKTOLOGIE?

P. Popov

Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Česká republika

Summary

THE FUTURE OF CARE OF ADDICTS IN THE CZECH REPUBLIC IN THE HISTORICAL CONTEXT: PSYCHIATRY – ATOLOGY – ADDICTOLOGY?

Author describes the historical process of development of approaches to addiction treatment in the Czech Republic in the period since the end of World War 2 to the present. Psychiatric care for patients with addictions initially focused in particular on the treatment of mental disorders, incurred as a result of harmful substance use or dependence. After World War 2 first originated – along the lines of the Prague Apolinar – specialist in-patient facility for addiction treatment. Then arose outpatient department – clinic for alcoholism and other drug use (OAT). There is a conception of psychiatric medical field "addiction treatment", known then as "atology". After the collapse of outpatient network in the early 90s of the 20th century, there was a significant deterioration in the availability of outpatient medical care, particularly for those dependent on alcohol. Also, health care, dependent on other drugs is insufficient. In response to this situation constitutes in the Czech Republic a new medical discipline addictology.

Keywords: addictology, atology, psychiatry, system of addiction care, addiction.

Souhrn

Autor v příspěvku popisuje historický proces vývoje přístupů k léčbě závislosti v České republice v období od konce 2. světové války až do současnosti. Psychiatrická péče o pacienty se závislostmi se původně soustřeďovala zejména na léčbu duševních poruch, vzniklých následkem škodlivého užívání návykových látek, či závislosti. Po 2. světové válce nejprve vznikala – po vzoru pražského Apolináře – specializovaná lůžková zařízení pro léčbu závislosti. Následně vznikala ambulantní pracoviště – ordinace pro alkoholismus a jiné toxikomanie (OAT). Dochází ke koncipování medicínského psychiatrického oboru „léčení závislosti“, označovaného tehdy jako atologie. Po rozpadu ambulantní sítě po-

čátkem 90. let 20. století dochází k výraznému zhoršení dostupnosti ambulantní léčebné péče zejména pro osoby, závislé na alkoholu. Rovněž zdravotnická péče o osoby, závislé na jiných drogách je nedostatečná. V reakci na tuto situaci se konstituuje nový zdravotnický obor adiktologie.

Klíčová slova: adiktologie, atologie, psychiatrie, systém péče, závislost.

V období po 2. světové válce byli pacienti závislí na alkoholu a jiných drogách léčeni v lůžkových psychiatrických zařízeních často až v situaci, kdy důvodem jejich hospitalizace byla závažná duševní porucha. Často se jednalo o psychotické poruchy, které u nich vznikly v souvislosti s dlouhodobou vysokou konzumací alkoholu, nebo jako následek užívání jiných drog (alkoholické a toxické psychózy). Tento způsob řešení rozvinutých poruch, resp. jejich následků navazoval na předválečný systém psychiatrické péče o závislé. Ke změně dochází na podzim roku 1948, kdy vzniká první specializované lůžkové zařízení pro léčbu alkoholismu – Protialkoholní oddělení psychiatrické kliniky v pražském Apolináři. Jeho zakladatel, MUDr. Jaroslav Skála, se posléze stává zakladatelem oboru prevence a léčby alkoholismu a jiných toxikománií (AT) v tehdejší Československu. Obor, který se začal zabývat i studiem a výzkumem závislostí býval samotným Skálou označován jako „atologie“ (ATologie). MUDr. Skála byl rovněž iniciátorem vzniku celostátní sítě protialkoholních poraden a později také dalších ambulantních pracovišť pro léčbu závislostí – ordinací pro alkoholismus a jiné toxikománie (OAT, AT ambulance). Tato samostatná zdravotnická pracoviště vznikala při Ústavech národního zdraví a prováděla depistáž, diagnostiku a léčbu závislostí na alkoholu a jiných drogách. Jak uvádí Skála (Skála, 2003), ještě v roce 1982 bylo v tehdejší Československu 233 těchto ambulancí. Krátce po sametové revoluci se jejich počet zmenšil na jednu čtvrtinu a dnes se specializované AT ambulance v ČR téměř nevyskytují. Příčinou jejich zániku byly zejména ekonomické a personální důvody. Po roce 1989 sice vznikla celá řada ambulantních i lůžkových zařízení pro drogově závislé, naprostá většina těchto nových zařízení však neměla charakter zdravotnických zařízení a zdravotnická péče o jejich klientelu byla zajišťována často dosti komplikovaně. Co se týče psychiatrické péče, resp. léčby závislostí, její poskytování vychází z doporučených postupů („Guidelines“) psychiatrické péče¹. Tato doporučení vychází z koncepce závislosti jako bio-psycho-sociálního onemocnění, které je léčitelné s využitím adekvátního komplexního terapeutického přístupu. Světová zdravotnická organizace (WHO) popisuje vznik syndromu závislosti jako důsledek vývoje a udržování problémů spojených s užíváním návykových látek či jiných forem potenciálně závislostního chování, jež jsou determinovány komplexním systémem vzájemně spolupůsobících a posilujících se rizikových faktorů na úrovních společnosti, sociální skupiny a rodiny, do níž jednotlivec patří a jeho biologických a psychologických predispozic. V současnosti je v modelu závislosti stále častěji zdůrazňována také spirituální dimenze syndromu závislosti, pak se hovoří o bio-psycho-socio-spirituálním modelu závislosti (American Society for Addiction Medicine, 2012; Kudrle, 2003). Tyto modely závislosti proto při léčbě uživatelů psychoaktivních látek a patologických hráčů implikují využití komplexně a diferencovaně poskytovaných a výzkumem podložených intervencí z oblasti farmakoterapie, psychoterapie, edukace, sociální práce a psychosociál-

ní rehabilitace. Předpokladem efektivity těchto intervencí je jejich dostupnost. WHO definuje pojem „dostupnost“ jako možnost získat zdravotní péči (včetně adiktologické péče) v případě, když ji člověk potřebuje, s požadavkem, aby tyto služby byly dostatečně kvalitní a efektivní. Zároveň je zdůrazněno, aby uživatelé při čerpání služeb finančně nestrádali (Peters et al., 2008). Obecně má přístup k léčbě, respektive z našeho pohledu k adiktologické službě, čtyři základní rozměry (O'Donnell, 2007):

- dostupnost ve smyslu existence služby (*availability*),
- dostupnost/přístupnost z geografického pohledu (*geographic accessibility*),
- dostupnost z pohledu finanční dosažitelnosti (*affordability*),
- dostupnost v širším společenském a kulturním kontextu (*acceptability*).

Ani v jedné z těchto čtyř základních oblastí charakterizujících dostupnost nejsou ambulantní zdravotnické služby v ČR adekvátní potřebám pacientů. V mnoha částech naší země specifické adiktologické služby neexistují, případně jsou fakticky (geograficky, či finančně) nedostupné. Základním problémem bylo po rozpadu sítě AT ambulancí personální zajištění zdravotnické péče o závislé. To byl jeden ze základních podnětů pro vznik nového zdravotnického oboru – adiktologie. Vedle lékařské adiktologie (odpovídající medicínskému oboru návykových nemocí) se tak konstituoval nelékařský zdravotnický obor adiktologie. Při efektivní léčbě závislosti je nutná spolupráce a provázanost psychiatrické péče a specifických adiktologických služeb. Koncepční platformou organizace specifické adiktologické péče je nová koncepce sítě specializované adiktologické péče², součástí ekonomické platformy adiktologické péče se mohou stát nové zdravotní výkony, které byly schváleny a publikovány v Seznamu zdravotních výkonů in roce 2014. Předpokladem realizace je úzká spolupráce psychiatra a adiktologa.

Grantová podpora: Vznik příspěvku byl podpořen grantem NETAD (reg. číslo: CZ.1.07/2.4.00/17.0111).

Odkazy

¹Popov, P., Kmoch, V., Chvíla, L. (2014; v tisku). Léčba závislostí na návykových látkách. In Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče IV. Psychiatrická společnost ČLS JEP.

²Dokument „Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice“ je prezentován v dalším sdělení symposia Budoucnost péče o závislé v ČR na X. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP.

American Society for Addiction Medicine. *Definition of Addiction*. www.asam.org [online]. ©2012 [cit. 2014-04-15].

Notes: <http://www.asam.org/research-treatment/definition-of-addiction>.

Kudrle, S. (2003). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci. In: Kalina K. et al., (Ed.). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, pp. 145–149. Praha: Úřad vlády ČR.

O'Donnell, O. (2007). Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. *Cadernos de Saúde Pública*. 23, pp. 2820–2834.

Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G. & al. (2008). Poverty and access to health care

in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1136, pp. 161–171.
Skála, J. (2003). Historie léčby závislostí v České republice. In: Kalina K. et al., (Ed.). *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*, pp. 91–96. Praha: Úřad vlády ČR.

PSYCHIATRIE V KONTEXTU KONCEPCE SÍTĚ SPECIALIZOVANÉ ADIKTOLOGICKÉ PÉČE: VÝZVA NEBO NUTNOST?

M. Miovský

Klinika adiktologie 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a VFN v Praze, Česká republika

Summary

PSYCHIATRY IN THE CONTEXT OF SPECIAL ADDICTION CARE: IS IT A CHALLENGE OR NECESSITY?

Author explains and describes the process of development the Czech National Strategy of special Addiction care formulated during last 5 years (Miovský et al., 2014). The latest version of this strategy was confirmed and approved by both addiction professional society (Society of Addiction Medicine and Czech addictological association). This strategy was presented on different platforms inside and outside of addiction field and it is a important and significant part of ongoing reform of addictology field. Part of this reform was supported and facilitated by NETAD project (EU project) conducted in 2012–2014. During presentation will be also discussed with special focus issues connected to the wider context of psychiatry as a field and as a profession in the special addiction care.

Keywords: Project NETAD, strategy of addiction care, addictology, psychiatry, sorting of services, availability, social and health care, legislation.

Během projektu NETAD (podrobněji viz www.adiktologie.cz, sekce Obor adiktologie) vznikly kromě Konceptu specializované adiktologické péče také další klíčové dokumenty oboru adiktologie jako je dlouhodobá koncepce vzdělávání, koncepce vědy a výzkumu nebo např. také první verze adiktologických doporučených postupů. Samotná Koncepce specializované péče (Miovský et al., 2014) je kompromisním návrhem snažícím se řešit fakt, že adiktologické služby jsou kombinací zdravotní a sociální péče a tato kombinace je pro tyto služby určující. To však způsobuje obrovské problémy jak z hlediska jejich provozu, tak především financování a jednotného pojetí kvality. Díky nešťastnému legislativnímu nastavení a oddělení obou resortních linií je tak téměř v současné době nemožné vytvořit integrativní rámec pro tyto služby a tento (chtělo by se říci až identický) problém stojí ve stejném gardu také před oborem psychiatrie a jeho reformou. Nejen o těchto tématech pak bude v příspěvku diskutováno, spolu s pohledem na samotné zastoupení psychiatrie a odbornosti psychiatra v kontextu formulované specializované adiktologické péče. Verze 4.7 (poslední verze, která byla schválena a vydána) vznikla sedmikolovým zapracováním připomínek k verzi 3.3, kterou schválil výbor Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP

na zasedání 6. února 2013, a zapracováním analytické zprávy projektu „Mapování dostupnosti a charakteru sítě služeb oboru Adiktologie“, řešeného v rámci programu Ministerstva zdravotnictví „Národní akční plány a koncepce“ – rok 2012. Materiály připomínkovali členové Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP, České asociace adiktologů po jejich vnitřních liniích, členové Adiktologického fóra – expertní skupiny vzniklé v rámci projektu NETAD, veřejnost prostřednictvím stránek SNN ČLS JEP na <http://snncls.cz> a již výše citovaných stránek Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

Pro účely koncepce se pojmem „adiktologie“ rozumí v nejširším smyslu slova interdisciplinární obor zaměřující se na prevenci, léčbu a/nebo minimalizaci poruch a nemocí souvisejících s užíváním návykových látek a poruch vznikajících v souvislosti s různými formami závislostního chování. Obor adiktologie patří mezi středně velké obory. Adiktologická léčebně-preventivní péče zahrnuje prevenci těchto poruch, jejich včasnou identifikaci a intervenci, poradenství, léčbu, sociální rehabilitaci a reintegraci osob těmito poruchami postíženými. Při poskytování adiktologické péče mají být na základě bio-psycho-sociálního modelu závislosti využívány specifické léčebné, edukativní, preventivní postupy a postupy sociální práce, jejichž efektivita je dostatečně zdokumentována a prokázána.

Dokument navrhuje koncepci specializovaných adiktologických služeb pro uživatele psychoaktivních látek a patologické hráče. Koncepce z pohledu odborné společnosti zohledňuje současné potřeby a vývojové trendy v oboru a usiluje o optimální využití potenciálu již existující sítě ambulantních i pobytových/rezidenčních služeb. Specializovaná adiktologická péče má několik rovin a typů, což je dáno různým charakterem služeb, přítomností několika zákonných rámců, prostředím jejich poskytování a různorodostí odbornosti, které se při péči o uživatele návykových látek a/nebo patologické hráče střetávají.

V současné době je v praxi možno rozlišit adiktologickou péči zdravotní, členící se dále na adiktologickou péči lékařskou (čili obor návykových nemocí) a adiktologickou péči nelékařskou zdravotnickou (odpovídající profilu nelékařské odbornosti zdravotnického pracovníka adiktologa) a adiktologickou péči prováděnou v programech sociálních služeb, v zařízeních speciálního školství nebo např. ve věznicích. Jednotlivé typy specializované péče vyžadují úzkou vazbu a kombinaci těchto přístupů/perspektiv a v praxi je nutné udržet komplexnost těchto služeb a jejich nedělitelnost. V opačném případě specializované služby zásadně ztrácejí na své efektivitě a přestávají korespondovat s potřebami pacientů a klientů.

Adiktologická péče ve smyslu předkládané koncepce má dále charakter specializované péče, jejíž jedinou či dominantní cílovou skupinou jsou klienti a pacienti užívající návykové látky, závislí i patologičtí hráči. Typy služeb jsou jasně definovány certifikačními standardy¹ a navazují na ně doporučené postupy² v oboru adiktologie. Mimo tuto specializovanou péči jsou služby poskytovány samozřejmě též organizacemi/subjekty, jejichž cílová skupina je definována širěji (např. pacienti s poruchou z okruhu psychiatrických diagnóz, do kterých patří také poruchy způsobené užíváním návykových látek) nebo velmi široce (všechny osoby, např. klientela praktického lékaře pro dospělé). Dále je možno rozlišit péči ambulantní a lůžkovou, a to v různých typech služeb podle

oboru/resortnosti i podle specializace.

Cílem koncepce je definovat síť specializovaných adiktologických služeb, jejíž těžiště bude z jedné části spočívat v resortu zdravotnictví, z druhé části v resortu práce a sociálních věcí a jejíž články budou poskytovat zdravotní péči v oboru adiktologie jako hlavní nebo podstatnou část své činnosti a současně zajistí odpovídající kombinaci s péčí sociální v rámci společných a nedělitelných specializovaných provozů definovaných Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Certifikační standardy, 2012).

Koncepce úzce navazuje na předchozí návrhy ambulantní a lůžkové adiktologické péče v České republice vzniklé v rámci Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP v nedávné minulosti (Radimecký et al., 2009; Randák et al., 2011) a na první oficiálně oběma hlavními odbornými společnostmi (SNN ČLS JEP a ČAA) schválený návrh (verze 3.3) koncepce sítě zdravotnických služeb oboru adiktologie.

Grantová podpora: *Vznik příspěvku byl podpořen grantem NETAD (reg. číslo: CZ.1.07/2.4.00/17.0111).*

¹Standardy odborné způsobilosti (Libra et al., 2012) definují základní typy specializované adiktologické péče (v současnosti 9 typů služeb) a pro každý z těchto typů služeb definují soubor požadavků a norem spojených s přípravou a realizací daného typu adiktologické služby. Předpokladem, na kterém je návrh koncepce vystaven, je sdílení těchto standardů v rámci oboru adiktologie, včetně požadavku certifikovat poskytovatele služby a prostřednictvím této procedury je odlišit a jednoznačně identifikovat jako články systému specializovaných adiktologických služeb.

²SNN na své listopadové schůzi 2012 schválila záměr předložený doc. Kalinou et al. na realizaci doporučených postupů v oboru adiktologie, které tak vznikají v rámci spolupráci mezi SNN, ČAA, Klinikou adiktologie 1. LF UK v Praze a dalšími institucemi v rámci projektu NETAD.

Literatura

Libra, J., Novák, P. (2005–2006). Návrh optimalizace sítě kontaktních a poradenských služeb v České republice (oblasti protidrogové politiky zaměřené především na snižování rizik). *Notes: pracovní materiál pro RVKPP.*

Libra et al. (2012). Inovované Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (*Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče*). Verze 2.4: *Po připomínkách resortů MPSV, MZ, září 2012.*

Miovský et al. (2014). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice.* Univerzita Karlova v Praze. Praha.

Radimecký, J., Nevšimal, P., Pánová, S., Doležalová, P., Miovský, M., (2009). *Návrh koncepce ambulantní adiktologické péče v České republice.* Interní dokument verze č. 7 ze dne 15. září 2009 pro výbor Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP. Revize Nevšimal, P., Popov, P., Kalina, K.

Randák, D., Jeřábek, P. (2011). *Návrh koncepce lůžkové adiktologické péče v České republice.* Interní dokument verze č. 3 ze dne 27. února 2011 pro výbor Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP.

MOŽNOSTI SPOLUPRÁCE ADIKTOLOGA A PSYCHIATRA V AMBULANTNÍ PÉČI O ZÁVISLÉ PACIENTY V ČESKÉ REPUBLICE

O. Sklenář

Česká asociace adiktologů, Česká republika

Summary

POSSIBILITIES OF COOPERATION BETWEEN ADDICTOLOGIST AND PSYCHIATRIST IN OUTPATIENT CARE FOR DEPENDENT PATIENT IN THE CZECH REPUBLIC

The author presents profession of addictologist, which is a non-medical health-care profession at Bachelor's (Bc.) and Master's (Mgr.) degree level. Bachelor's programme in addictology provides transdisciplinary theoretical knowledge and skills for effective case management, prevention and treatment of addictive substance use and addictive behaviour and associated harms to physical and mental health. The core of the master's programme includes clinical work in addictology and even within the management of public health systems and services, thus providing the necessary basis for effective policy formulation and the design of interventions, both from the top of the decision-making process, and from the bottom levels of the management of services and clinical work. This profession is regulated in Czech Republic by the year 2008. The aim of this presentation is possibilities of cooperation between addictologist and psychiatrist in outpatient care for dependent patient in the Czech Republic.

Keywords: Addictologist, psychiatrist, addictological ambulance, outpatient care, comprehensive treatment

Autor příspěvku představuje profesi adiktologa, která jakožto nelékařská zdravotnická profese má ve svém základní definici činností prevenci a léčbu závislosti. Tato profese, jež je v zákoně o nelékařských zdravotnických profesích (96/2004 Sb.) od roku 2008 prochází od svého počátku dynamickým vývojem a jedním z klíčových okamžiků pro ni bylo schválení vlastních zdravotních výkonů. K jejich vydání v Seznamu zdravotních výkonů došlo v roce 2014. Jde o celkem 6 typů zdravotních výkonů pro profesi adiktologa: 1. Vyšetření adiktologem při zahájení adiktologické péče, 2. Vyšetření adiktologem kontrolní, 3. Minimální kontakt adiktologa s pacientem, 4. Adiktologická terapie individuální, 5. Adiktologická terapie rodinná, 6. Adiktologická terapie skupinová, typ I. Pro skupinu max. 9 osob. Důležitým momentem potvrzujícím nezbytnost spolupráce mezi adiktologem a psychiatrem je skutečnost, že všechny zdravotní výkony adiktologa jsou prováděny na základě předchozí indikace lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo v oboru dětská a dorostová psychiatrie nebo lékaře se zvláštní odbornou způsobilostí v oboru návykové nemoci. Současně revize pacientova stavu a léčebného plánu probíhá taktéž ve spolupráci adiktologa s lékařem. Frekvence revize pacientova stavu je stanovena na každé 3 měsíce. Průběžné hodnocení pacientova stavu a spolupráce mezi adiktologem a psychiatrem tak umožňuje flexibilně reagovat na měnící se potřeby pacienta, změnu léčebného plánu či případné převedení do jiné léčby. Možnosti praktické spolupráce adiktologa a psychiatra jsou v rámci ambulantní péče

o závislé v ČR realizovatelné na více úrovních. První úroveň spolupráce je v rámci psychiatrické ambulance, kde je zaměstnán vedle psychiatra i adiktolog. Druhá úroveň spolupráce je na úrovni dvou samostatných ambulancí – psychiatrické ambulance a adiktologické ambulance. Třetí úroveň spolupráce je v rámci adiktologické ambulance nebo adiktologického stacionáře, kde má lékař (psychiatr) částečný úvazek. V praxi jde pak ze strany psychiatra o zajištění komplexního psychiatrického vyšetření, které vždy předchází rozhodnutí o tom, zda bude pacient předán do péče adiktologa. Pokud pacient předán není, postupuje se dle Doporučených postupů psychiatrické péče (kol. autorů; 2014). V případě, že je pacient předán do péče adiktologa, dochází ze strany lékaře k pravidelným kontrolním vyšetřením a případné farmakoterapii včetně substituční léčby. V návaznosti na tyto činnosti lékaře tak adiktolog koordinuje jejich vzájemnou spolupráci, zajišťuje individuální péči o pacienta, práci s rodinnou, skupinovou terapií, kontrolní vyšetření, case management a provádí pacienta celým léčebným procesem. Spolupráce adiktologa s psychiatrem tak vyžaduje na jedné straně potřebnou vyšší míru koordinace, vedle toho nabízí prostor pro zajištění komplexní péče a plnohodnotné léčby závislosti, která je ze své podstaty dlouhodobá a časově náročná. Vzájemná potřeba spolupráce je pak zakotvena v samotných zdravotních výkonech profese adiktologa (tzv. registrační listy), v Koncepci sítě specializovaných adiktologických služeb (Miovský et al.; 2014) či Standardech odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Libra et al.; 2012) a vychází především z potřeb pacientů a zajištění komplexní péče.

Klíčová slova: Adiktolog, psychiatr, adiktologická ambulance, zdravotní výkony, komplexní péče

Literatura

Česká asociace adiktologů. (2013). *Registrační listy zdravotních výkonů profese adiktologa*. Interní materiál.

Miovský et al. (2014). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Univerzita Karlova v Praze. Praha.

Kol. autorů (2014; v tisku). *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče IV*. Psychiatrická společnost ČLS JEP.

Libra et al. (2012). *Inovované Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby* (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče). Verze 2.4: Po připomínkách resortů MPSV, MZ, září 2012.

SYMPOSIUM SPOLEČNOSTI PRO KBT: KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE – INTEGRATIVNÍ PŘÍSTUPY

garant prof. Ján Praško

METAKOGNITIVNÍ TRÉNINK A JEHO POUŽITÍ U PSYCHICKÝCH PORUCH

P. Možný

Psychiatrická léčebna v Kroměříži, Česká republika

Summary

METACOGNITIVE TRAINING AND ITS USE IN MENTAL DISORDERS

Metacognitive training (MCT) is a group therapy programme for psychotic patients created by S. Moritz and T. S. Woodward. The programme aims at helping participants to reflect cognitive biases in their own thinking and to decrease its influence on their emotions and behaviour. Psychotic patients have tendency to certain types of cognitive errors, namely jumping to conclusions, bias against disconfirmatory evidence, paranoid attributional style, inadequate theory of mind, inadequate ability to identify emotions in others and poor ability to distinguish between real and false memories.

MCT consists of 8 modules, seven of which are focused each on one type of cognitive error and one is devoted to depressive mood and low self-esteem. Each module has two versions, so participant can take part up to 16 sessions without repeating a module. The programme includes manual for therapist, worksheets for patients and two first aid cards.

Studies on effectiveness of MCT have shown that this programme is well accepted by the patients and that it leads to diminishing the frequency and impact of cognitive errors in psychosis. MCT can be downloaded free of charge at www.uke.de/mkt.

Keywords: psychosis, cognitive errors, metacognitive training

Souhrn

Metakognitivní trénink (MKT) je program skupinové terapie pro psychotické pacienty, který vytvořili S. Moritz a T. S. Woodward. Program má účastníkům pomoci, aby si uvědomili, jakých chyb ve svém myšlení se dopouštějí, a aby dokázali zmírnit jejich vliv na své emoce a jednání. Psychotičtí pacienti mají sklon k určitým typům chyb v myšlení, které si neuvědomují a přitom ovlivňují jejich emoce a chování. MKT se skládá z 8 modulů, z nichž 7 je zaměřeno vždy na určitý typ kognitivního zkreslení a 1 modul je věnován depresi. Každý modul má dvě verze, takže účastník může absolvovat až 16 sezení, aniž by shlédl některý modul opakovaně. Součástí programu je manuál pro terapeuta, listy pro pacienty a dvě kartičky první pomoci.

Studie o účinnosti programu MKT prokazují, že pacienti tento program dobře přijímají a že vede ke zmírnění chyb v myšlení, souvisejících s psychózou. MKT si lze zdarma stáhnout v české verzi z www.uke.de/mkt.

Klíčová slova: psychóza, poruchy kognitivních procesů, metakognitivní trénink.

Úvod

Schizofrenie je vážné psychické onemocnění, jehož jedním z tzv. jádrových příznaků schizofrenních psychóz je narušení kognitivních procesů jak v oblasti kvalitativní (bludná přesvědčení, vztahovačnost, rozvolnění asociací, paralogie, neologismy), tak v oblasti kvantitativní (ochuzení myšlení, perseverace).

Od 90. let existuje individuální kognitivně behaviorální terapie bludů a halucinací. Komplexní program skupinové psychoterapie s názvem „Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty“ byl přeložen do češtiny (Roder a kol., 1993) a využívá se na některých psychoterapeutických pracovištích.

Metakognitivní trénink pro schizofrenie (MKT) je program skupinové terapie pro psychotické pacienty, který vytvořili S. Moritz a T. S. Woodward v roce 2007. Opírá se o výzkumné studie, které prokázaly, že lidé trpící schizofrenií mají sklon k určitým typům chybného uvažování, které ovlivňují jejich emoce a chování. MKT se skládá z osmi modulů, z nichž sedm je zaměřeno vždy na určitý typ kognitivního zkreslení a jeden modul je věnován depresi a sebevědomí. Každý modul má část edukační, část nácvikovou a závěrečné shrnutí a doporučení. Součástí programu je manuál pro terapeuta, listy pro pacienty a dvě kartičky první pomoci.

Provádění programu „Metakognitivní trénink pro schizofrenie“

Program probíhá ve skupině 3 až 10 pacientů, kteří mají bludná přesvědčení a halucinace, ale kteří jsou schopni sledovat program a nenarušovat jej nepřiléhavým či agresivním chováním po dobu 30 – 45 minut. Skupinu vede jeden terapeut, který má dispozici notebook a dataprojektor. Program MKT má podobu powerpointových prezentací, jednotlivé snímky jsou ve formátu pdf. Součástí programu je manuál pro terapeuta, listy pro pacienty, shrnující obsah modulů a obsahující úkoly, které mohou pacienti plnit mezi sezeními, a dvě „kartičky první pomoci“.

Terapeut během sezení jednak vysvětluje a komentuje obsah snímků, jednak podněcuje pacienty k diskuzi v rámci jednotlivých cvičení. Dbá na vytvoření uvolněné a hravé atmosféry, při jednotlivých cvičeních nejde o soutěž, ale o spolupráci a zábavu. Na závěr sezení shrne důležitá ponaučení a případně zadá úkoly, které mohou pacienti samostatně plnit mezi sezeními.

Protože jednotlivé moduly na sebe nenavazují, může být skupina otevřená a pacient může zahájit docházku do programu v kterémkoli modulu. Před zařazením do skupiny měl každý pacient absolvovat individuální pohovor, aby porozuměl smyslu terapeutického programu a byl ochoten a schopen jej absolvovat.

Popis jednotlivých nácvikových modulů

Modul 1 Jak si vysvětlujeme události

Tento modul je zaměřen na atribuční styl. Pacienti jsou vedeni k tomu, že u každé události vždy existuje více možností, jak si ji vysvětlit, a učí se rozlišovat tři oblasti příčin – já sám, někdo druhý nebo náhoda (shoda okolností). Na závěr terapeut pacientům doporučí, aby se snažili vždy zvážit všechny tři možnosti vysvětlení a aby se snažili zjistit další fakta, pokud si nejsou jisti, které vysvětlení je správné.

Moduly 2 a 6 Unáhlené závěry

Tyto dva moduly se zaměřují na tendenci docházet zbrkle k určitému přesvědčení. V edukační části jsou probrány výhody a nevýhody zbrklého přijetí určitého závěru. Další cvičení ukazuje obrazy, které lze interpretovat několika různými způsoby, podle toho, na jaký detail obrázku se člověk zaměří. V šestém modulu jsou pacientům promítnuty malby a mají určit, jak malíř svůj obraz nazval. Závěrečné doporučení je, že by člověk neměl se zaujetím určitého přesvědčení příliš spěchat a měl by být ochoten uznat, že se mýlil, pokud se objeví nová fakta.

Modul 3 Změna přesvědčení

Tento modul se zaměřuje na tendenci držet se určitého přesvědčení, i když se objeví fakta, která svědčí proti němu. Některé příběhy ukazují, že pokud člověk nezná fakta o tom, co předcházelo, může snadno dospět k mylnému přesvědčení. Závěrečným doporučením pro pacienty je, aby byli více ochotni změnit své přesvědčení, pokud se objeví fakta, která mu odporují.

Moduly 4 a 7 Jak se vcítit do druhého

V těchto dvou modulech nejdříve terapeut probírá s pacienty, na základě čeho poznáme, jak se druhý člověk cítí (výraz tváře, postoj, chování). Cvičení spočívá v tom, že pacientům ukáže výřez fotografie a ti mají uhodnout, co fotografie představuje. V dalším cvičení se na několika obrázcích ukáže krátký příběh, mají určit, co si asi bude myslet náhodný kolemjdoucí. Závěrečné doporučení zní, že nedorozumění mezi lidmi vznikají kvůli omylům ohledně toho, co si myslí nebo jak se cítí druzí lidé.

Modul 5 Paměť

V tomto modulu terapeut probere, jak si člověk věci ukládá do paměti a že si ve stejné situaci si různí lidé pamatují něco trochu jiného, aniž by lhali. Cvičení spočívá v tom, že se pacientům na 20 – 30 vteřin ukáže obrázek z určitého prostředí (např. pláž u moře) a následně mají určit, který z předmětů, uvedených v seznamu, na obrázku nebyl. Přitom se často ukáže, že si domýšlí věci podle okolností – např. si myslí, že byl na obrázku ručník, i když tam ve skutečnosti nebyl.

Modul 8 Nálada a sebedůvěra

Tento modul je věnován problémům s nízkým sebevědomím a s depresivní náladou. Pacienti se dozví, jaké jsou příznaky deprese a jaké způsoby uvažování jsou pro depresi typické. Pacientům jsou nabídnuty některé metody, zlepšující náladu a sebevědomí, například zapisování si pozitivních zážitků, aktivní vzpomínání na vlastní úspěchy, hledání vlastních předností, provádění činností, které člověka těší. Závěrečným ponaučením je, že náladu lze ovlivnit tím, jak se člověk chová a na co myslí.

Studie o přijatelnosti a účinnosti MKT

Úvodní studie o MKT zaměřily na otázku, nakolik je tento program pro schizofrenní pacienty přijatelný a zda jsou ochotni se jej účastnit. Moritz a Woodward (2007b) prokázali, že program MKT je pro pacienty přínosnější, zábavnější a užitečnější než počítačový program kognitivní rehabilitace. Kerstan

(2009) prokázal, že po absolvování programu MKT došlo u pacientů k výraznému zmírnění nepohody spojené s bludným přesvědčením, zlepšení interpersonálních vztahů a celkovému zvýšení kvality života.

Závěr

Metakognitivní trénink pro schizofrenie je skupinový terapeutický program, který je volně k dispozici na internetu všem, kdo by jej v České republice chtěli používat. Jedná se o program, který je pacienti hodnocen jako zábavný a užitečný. Výzkumné studie prokazují, že zmírňuje závažnost bludných přesvědčení a stres s nimi spojený a že příznivě ovlivňuje i další kognitivní procesy, které jsou u schizofrenie narušené.

Literatura

u autora

SCHÉMA TERAPIE

J. Praško¹, J. Vyskočilová², A. Grambal¹

¹*Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika*

²*Fakulta humanitních studií, Karlova Univerzita Praha, Česká republika*

Summary

SCHEMA THERAPY

Applying cognitive therapy to personality disorders has required the development of an account of longstanding patterns of thinking and behavior. This has entailed expansion of the model on which cognitive therapy was originally based to include a greater role for dysfunctional schemas. The emphasis of the model has shifted from the negative thoughts immediately apparent in the patient's experience when emotionally upset to the deeper level, enduring cognitive structures underpinning the way patients process their experience. This shift of theoretical emphasis has been accompanied by developments in the practice of therapy. A range of techniques has been proposed for addressing the structures underlying dysfunctional thinking or schemas. Additionally, there has been a greater focus on the interpersonal difficulties evident in many patients with longstanding problems. Addressing these difficulties has required attention to adapting both the style of therapy and its content, with a relatively greater focus on the therapeutic relationship itself than when working with acute disorders. Noting limitations of traditional cognitive therapy, Young suggested that a focus on schemas was often necessary because some patients have poor access to moment-to-moment changes in affect, making a primary focus on automatic thoughts unproductive. Other patients are readily able to recognize the irrationality of their thoughts in therapy, but then report that they still "feel" bad. Still others are unable to establish a productive and collaborative working alliance that is required for more symptom-focused work. Schema therapy holds, that there exists a set of universal core emotional needs (needs for safety, stable base, predictability, security, love, nurturance, empathy, validation, autonomy,

spontaneity, guidance and protection, and reasonable limits) and that schemas emerge when these needs go unmet or are met inappropriately or excessively. Schema is not only cognitive issue but also include images, memories, emotions and bodily sensations. Early maladaptive schemas are a relative stable pervasive negative pattern that develops during childhood or adolescence and are self-perpetuating throughout life. They contain feeling, meaning and beliefs about oneself, others and the environment and subject adopts them without questioning. Identifying characteristic themes and coping styles of patients is particularly relevant because of the frequent overlap between components of personality disorders and developmental task difficulties such as dependence, social isolation, or entitlement.

Keywords: schema therapy, modes; experiential techniques, therapeutic relation

Úvod

Terapie zaměřená na schémata (Schematerapie) je psychoterapeutický přístup, který vznikl před zhruba 20. lety integrací kognitivní terapie, gestaltterapie a psychodynamické psychoterapie (Young 1994). Je řazen do třetí vlny kognitivně behaviorálních přístupů. Schematerapie vznikala z potřeby léčit pacienty s hraniční poruchou osobnosti, u kterých klasická kognitivní terapie nebyla úspěšná. Jde o strukturovanou dlouhodobou léčbu, která může probíhat individuálně nebo ve skupině a trvá zpravidla 1–3 roky (50 až 150 sezení). Schematerapie se zaměřuje zejména na práci s hlubšími maladaptivními postoji k sobě, druhým a světu, podle kterých si pacient organizuje svůj život. Schematerapie je účinnější než běžné postupy při léčbě pacientů s hraniční poruchou osobnosti a nedávná studie ukázala, že tento přístup je účinnější než psychodynamická na přenos zaměřená psychoterapie (Giesen-Bloo et al. 2006).

Schémat

Jak v psychoanalytické tradici, tak v tradici kognitivní terapie označuje pojem schéma „základní přesvědčení, na jejichž základě si člověk organizuje svůj pohled na sebe, na svět a na budoucnost“. Tato schémata představují souhrn základních, často nevyčtených a nevědomých předpokladů o tom, jaký jsem, jaký je svět kolem mě a co od něj mohu očekávat. Kognitivní schémata fungují jako vzory pro odhadování a hodnocení situací. Jedinec zpracovává informace způsobem, který souhlasí s jeho přesvědčením, vybírá ze situace informace, které jeho jádrové přesvědčení potvrzují, a znehodnocuje, ignoruje nebo podceňuje informace, které svědčí o opaku. Význam schémat v rozvoji a udržování psychopatologie, stejně jako role schémat v rezistenci k léčbě, souvisí zejména s poruchami osobnosti. Podobně jako osobnostní rysy představují schémata stabilní a všeobecné vzorce, které se vyvíjejí v raném věku a jsou důležitým aspektem pro pochopení i léčbu širokého spektra psychických problémů.

S originální ucelenou klasifikací schémat přišel Young (1994), představitel nového směru v rámci kognitivní terapie, tzv. „kognitivní terapie zaměřené na schémata“, která je dnes na základě studií pokládána za jednu z neúčinnějších terapií pro poruchy osobnosti vůbec (Giesen-Bloo et al. 2006). Young popsal 18 základních typů tzv. „raných maladaptivních schémat“, která se vytvářejí během

dětství na základě negativních zážitků a narušených vztahů. Tato schémata rozdělil do 5 skupin, z nichž každá odpovídá narušení určité základní lidské potřeby během dětství. Young předpokládá, že tato „raná maladaptivní schémata“ tvoří základ poruch osobnosti.

Módy

Módy jsou komplexní vzorce emočního prožívání, myšlení a chování, které fungují v konkrétních situacích „zde a nyní“. V každém „modu“ člověk reaguje typickým způsobem. Young a spol. (2003) popsali čtyři dětské módy (Zraněné dítě, Rozzlobené dítě, Impulzivní dítě, Spontánní dítě), dva módy dysfunkčního zvládání (Hyperkompenzator, Odtahitý obránce), dva rodičovské módy (Kritický rodič, Laskavý rodič) a modu Zdravého dospělého. Úkolem terapie je identifikovat aktuální módy, svobodně se rozhodnout a zvolit optimální strategii pro danou situaci. Obecně terapii posiluje módy Spontánního dítěte, Laskavého rodiče a Zdravého dospělého.

Terapeutický vztah ve schematerapii

Ve schematerapii je kladen velký důraz na budování terapeutického vztahu, který má charakter omezeného znovu rodičovství (limited reparenting). Terapeutický vztah je utvářen tak, aby pacient měl možnost dosytit základní dětské potřeby, které nebyly dostatečně saturovány v dětství.

Terapeutické strategie ve schematerapii

V práci jsou využívány jak strategie klasické kognitivně behaviorální terapie (psychoedukace, kognitivní restrukturalizace, behaviorální experimenty, akomodace hlubších postojů aj.) tak experienciální přístupy (přepis traumatických událostí v imaginaci, hraní rolí a psychodrama, dialogy v imaginaci, terapeutické dopisy aj.).

Závěr

Schematerapie je moderní psychoterapeutické přístup zaměřený zejména na práci s pacienty s poruchami osobnosti, který ukázal vysokou efektivitu v kontrolovaných studiích.

Literatura

Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A. Arch Gen Psychiatry. 2006;63:649–658.

Young J: Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota FL: Professional Resource Exchange 1994.

Young JE, Klosko JS, Weishaar ME: Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press 2003.

Podpořeno grantem IGA MZ CR NT 11047-2010/4

ETICKÁ DILEMATA PŘENOSU A PROTIPŘENOSU V KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ

J. Vyskočilová

Fakulta humanitních studií, Karlova Univerzita Praha, Česká republika

Summary

ETHICAL DILEMMATA OF TRANSFERENCE ONAD COUNTERTRANSFERENCE IN COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY

Each contact between therapist and client has a therapeutic or anti therapeutic effect. Transference and countertransference in CBT can take many forms. The crossing of the therapeutic boundaries is ethically controversial. The worst boundary crossing can be developed to the emotional, economic or sexual exploitation of the client. The ethical decision-making skills of the psychotherapist and the supervisor become an important motive of the therapeutic steps. It requires a good therapist self- reflection and ethical reflection, which takes into account the wider social and psychological context of therapy.

Keywords: transference, countertransference, cognitive behavioral therapy, ethics.

Úvod

Pozornost věnovaná emocionálním a kognitivním reakcím na klienta (či supervidovaného) je však zřetelná od počátku vývoje kognitivní terapie (obzvláště při supervizi práce s obtížnými klienty) a v poslední době narůstá (Hoffart et al. 2006). Nezasvěcené může mást, že zakladatel kognitivní terapie A. T. Beck nemluvil o přenosu, ale o „schematické reakci“. Chtěl zdůraznit, že si nevňásíme do nového vztahu přímo vztahové kvality původně patřící jiné osobě, ale spíše pravidla (očekávání, přesvědčení), která vznikla zobecněním důležitých vztahů (např. vztah k autoritám souvisí nejen s otcem a matkou, ale i se staršími sourozenci, učiteli, trenéry a dalšími osobami, se kterými se člověk setkal v podobné roli (Spinhoven et al. 2007). Protipřenos jako reakce terapeuta navozuje řadu etických otázek, týkajících se pomoci klientovi, jeho bezpečí, neškození a nezneužívání, spravedlivosti a dodržování důvěrnosti informací.

Terapeutický vztah, přenos a protipřenos

Terapeutického efektu v psychoterapii je dosaženo tím, že klient začne svojí situaci nahlížet jiným způsobem a začne se podle toho i jinak chovat. Těchto změn je dosaženo vlivem toho, že v průběhu terapie mění své postoje, emoční reakce a chování. Klient má mít možnost svobodné volby, zda se určitou cestou dá či nikoliv (Vyskočilová a Prasko 2013). Terapeutický vztah poskytuje klientovi tzv. atmosféru bezpečného rizika. Je to prostor, ve kterém je možné hledat, přemýšlet, experimentovat i chovat se způsobem, který si dosud nedovolil. Klient si může zkoušet nové chování, postoje a prožívání v prostředí, kde případný neúspěch neznamená selhání.

U psychických poruch se můžeme setkat s klienty s neadaptivním systémem chybných předpokladů o druhých, které ústí do narušených interpersonálních vztahů. Svě dřívější nepříjemné zkušenosti může klient zobecňovat na všechny lidi nebo autority, a to včetně terapeuta. Podobně může být vztah terapeuta ke

klientovi kontaminován přenosem nebo protipřenosem. V případě přenosu terapeuta na klienta je zkreslení způsobeno minulými zkušenostmi s lidmi, které klient některými svými vlastnostmi nebo projevy chování připomíná, v případě protipřenosu terapeut reaguje na přenosové chování klienta. Terapeut může být přenosem klienta polichoceny nebo dotčený, mít chuť klientovi nadměrně pomáhat nebo jej naopak potrestat, vyhnout se mu nebo jej rozmazlovat apod. Terapeutický vztah může být také zneužit ve prospěch terapeuta na úkor klienta.

Protipřenos v kognitivně behaviorální terapii a etické otázky

Protipřenos v KBT terapii může nabývat řady podob. Klientův vzhled, chování či jiné významné charakteristické rysy, aktivují u terapeuta jádrová schémata, se kterými souvisí podmíněná pravidla, určující strategie chování v dané situaci (Vyskocilova a Prasko 2013).

Sebe-reflexe vlastního rozhodování o tom, zda a proč naléhat nebo nenaléhat, souvisí zpravidla s etickými otázkami: Jak se v tom může cítit klient? Dávám mu dost prostoru a svobody, aby se mohl rozhodnout bez odporu nebo nadměrné poslušnosti? Co sám považuji za dobré? Je to také to nejlepší pro klienta? Neovlivňují mě v tom více moje cíle a aspirace, než jeho praktická potřeba? Je dosažení současného cíle pro klienta důležitější (např. pro potřebu posílení), než jeho sebepojetí? Nesouvisí to, jakým způsobem naléhám s mými vlastními zkušenostmi (jak na mě naléhal některý z rodičů), takže to pokládám za přijatelné, když jsem to sám přežil? Kdyby někdo na mě takto tlačil, jaké by to asi pro mne bylo? Je to o mé velkorysosti a toleranci, nebo o čem? Jak je velký prostor, který mohu ponechat druhým, aniž bych se cítil omezován? V kognitivně behaviorální terapii se tyto otázky objevují často. Typickým příkladem je expoziční léčba. Expozice jsou pro klienta náročné a někdy najednou nedokáže jít do dalšího kroku. Může říkat, že mu to, čeho dosáhl, úplně stačí. Terapeut si je vědom, že jde o vyhýbavé chování, které si klient racionalizuje a pokud zůstane neošetřeno, klientovi hrozí relaps, na druhé straně je to klientova svobodná volba a základních praktických cílů již dosáhl. K podobné eticky nejednoznačné situaci dochází při přepisování traumat z dětství u klientů, kteří nemají sami dostatek síly, aby ke vzpomínání na bolestnou událost z dětství přistoupili. Je na místě klientovi empaticky naslouchat a čekat, až dojde k tomu, že si sám uvědomí potřebu ochrany svého „zraněného dítěte“ před agresorem, nebo mu to přímo říci a provést reskripci, ve které ochrání týrané dítě v imaginaci sám terapeut? Pokud se terapeut rozhodne pro druhé řešení, je třeba na přechodnou dobu převzít dominantní roli „zdravého dospělého“ a ochranu vzít do svých rukou a jasně v imaginaci vystoupit proti agresorovi, na což klient sám nemá sílu. V tomto případě však převzal tento krok „rodičovsky“ terapeut do svých rukou, aniž o tom mohl klient sám rozhodnout. Je lepší převzít roli dospělého, nebo ponechat klienta s jeho bezmocí?

Etické problémy terapeutických hranic

Narušování nebo překračování hranic se může dít vědomě, kdy terapeut ví o tom, že překročil hranice, ale z nějakého vědomého důvodu se rozhodl to udělat (pro ekonomickou, sexuální nebo sociální výhodu), nebo nevědomě, kdy překročení hranic nebylo úmyslem ale výsledkem kompenzačního (k posílení

sebedůvěry), impulzivního (k vybití tenze) nebo zabezpečujícího chování (k vynutí negativním emocím). Nevědomé překročení hranic bývá diktováno protipřenosem. Často jde o kombinaci obojího (terapeut ví nebo tuší, že jeho chování není eticky správné, nerozumí však úplně proč se tak chová a zpravidla si chování racionalizuje). Překračování hranic se dá rozdělit do čtyř základních kategorií: (I) problémy důvěrnosti a nesexuálního překračování hranic, (II) překračování sexuálních hranic, (III) překračování ekonomických hranic; a (IV) překračování emocionálních hranic. Každou z těchto kategorií lze analyzovat z různých etických pohledů: (a) potenciální nebezpečí pro klienta; (b) potenciální benefity pro klienta; (c) přítomnost nebo chybění donucování nebo zneužívání při překračování hranic; (d) vědomé versus neuvědomované; (e) důvody, zájmy a motivy profesionála; (f) zájem profesionála o dosažení profesionální etiky; a (g) okolnosti překročení hranic.

Narušování sexuálních hranic a sexuální zneužívání klienta je vážným selháním terapeuta, protože probíhá vědomě, a navíc je explicitně zakázáno v etických kodexech. Terapeut, který tuto hranici překračuje, musí nutně vědět, že koná nemravně. Často si však své chování racionalizuje. Motivy pro toto jednání mohou být vědomé i nevědomé.

Protipřenos, sebereflexe a etická dilemata

Jádrem protipřenosu bývají nedostatečně zpracované dřívější zkušenosti terapeuta, které ovlivňují současné vztahy. Protipřenos vede k chování, které může být vyhybavé (nedostatek otevřenosti, kongruence, odtažení se) nebo kompenzátorní (nadměrné pomáhání, direktivita, dávání rad, schovávání se za psychoedukaci, soutěžení, předvádění se, bojování za svoji „hypotézu“ o vzniku potíží). Toto chování souvisí s nedostatečnou psychickou flexibilitou terapeuta, která se projevuje malou schopností sebereflexe v měnících se terapeutických situacích (Vyskocilova a Prasko 2013). Sebe-reflexe nebo uvědomění si protipřenosu v supervizi pomáhá protipřenosem reakci překonat a může být rozhodující pro vytvoření reálnějšího vztahu a objektivnější práci jak v terapii, tak v supervizi.

Základní principy bioetiky (pomáhat, neškodit, být spravedlivý a autonomní) pomáhají vytvořit rámec pro vymezení etického chování (Hoffart et al. 2006). Ovšem tento kontext je obecný. Etická reflexe je konkrétní; reflektuje určité chování, v určité situaci s konkrétním klientem, v daném širším kontextu (Martinez 2000). Tato reflexe díky ukotvení v základních principech bioetiky a etickém kodexu pomáhá orientovat se ve vymezených hranicích. Právě konkretizací na daný případ může pomoci rozhodnout se, jak se chovat, nebo umožňuje si vybrat z různých voleb ve specifické situaci (Prasko a Vyskocilova 2010).

Závěr

Ani psychoterapeut či supervizor nemůže sám úplně vnímat celou skutečnost a rozumět jí se vším všudy. Nemůže ani úplně rozumět sám sobě, protože od sebe nemá objektivní odstup. V tom, jak si rozumíme, je obsaženo tolik životních zkušeností i reakcí druhých, že stále můžeme nacházet další či hlubší vrstvy. Základem je však to, jak jsme přijali pohled druhých na nás od dětství až do současnosti, převzali nebo odmítli postoje okolního sociálního prostředí, jeho konflikty a napětí a zvnitřnili je. Zčásti nám k tomu může pomoci vlastní sebez-

kušenostní terapie. Podobně to platí pro porozumění druhému člověku. Kromě toho, že posloucháme pozorně jeho příběh i způsob, jak jej vypráví, mapujeme jeho problémy, jsme také často osloveni jeho konflikty osobně. Konflikty druhých se mohou opět vynořit jako vlastní konflikty, resp. vlastní konflikty jsou spuštěny cizími konfliktními momenty, zejména pokud je nemá člověk vyřešený. Pro jednotlivce samého, byť je terapeut, není jednoduché to plně vnímat a plně tomu rozumět. Jeho pohled na to, co se děje, může být zkvalitněn, pokud o tom mluví s druhým člověkem, pokouší se otevřít se a objevit, jak může dnes sobě a světu porozumět. Kvalitní supervizor zpravidla nabízí další otázky, které prohloubí konceptualizaci terapeutického vztahu i porozumění vlastním motivům nekritickou, objevnou formou. Návčik sebereflexe je obzvlášť důležitý pro začínající therapeuty, protože je to dovednost, která pomáhá rozvinout také kritické myšlení a etické rozhodování.

Literatura

Hoffart A, Hedley LM, Thornes K, Larsen SM, and Friis S: Therapists' emotional reactions to patients as a mediator in cognitive behavioural treatment of panic disorder with agoraphobia. *Cogn Behav Ther.* 2006;35(3):174–182.
Spinhoven P, Giesen-Bloo J, van Dyck R, Kooiman CG, Arntz A: The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *J Consul Clin Psych* 2007;75:104–115.
Martinez R: A model for boundary dilemmas: ethical decision-making in the patient-professional relationship. *Ethical Hum Sci Serv* 2000;2(1):43–61.
Vyskočilová J a Prasko J: Countertransference, schema modes and ethical considerations in cognitive behavioral therapy. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2013;55(1–2): 33–39.

Podpořeno grantem IGA MZ CR NT 11047-2010/4

SKUPINOVÁ INTEGRATIVNÍ KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE V LÉČBĚ PACIENTŮ S HRANIČNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI

A. Grambal¹, J. Praško¹, J. Vyskočilová²

¹Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

²Fakulta humanitních studií, Karlova Univerzita Praha, Česká republika

Summary

GROUP INTEGRATIVE COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

This article presents our experience and recommendations of group psychotherapy for patients with borderline personality disorder in the Czech Republic. Our basic approach to the treatment of borderline personality disorder was the Schema Therapy. This psychotherapy has evolved from the cognitive-behavioral, attachment, psychodynamic and emotion-focused traditions. Thinking, emotions and behavior of patients with borderline personality patients is viewed as various manifestations of schemes through the sway of five modes or aspects

of the self. We used limited reparenting, experiential imagery and dialogue work, cognitive restructuring and education, and behavioral pattern breaking in our group therapy. Therapeutic interventions lead to three phases of treatment, bonding and emotional regulation, schema mode change and development of autonomy. It is important to monitor and respond appropriately to strong transference and countertransference to maintain a good therapeutic relationship and cooperation in the group.

Keywords: schema therapy, modes; experiential techniques, therapeutic relation

Úvod

Hraniční porucha osobnosti byla tradičně považována za jednu z nejobtížněji ovlivnitelných psychiatrických poruch psychoterapií. V posledních desetiletích přibývá důkazů o tom, že některé dlouhodobé terapeutické intervence mohou vést k významnému zlepšení ve fungování pacientů s hraniční poruchou. Jedním z cílených přístupů je schéma-terapie, směr vyvíjející se posledních 20 let, který se dále diferencoval, specializoval, takže existují rozdílné přístupy ověřené pro práci s lidmi s různými poruchami osobnosti, pro práci individuálně i ve skupině. Schéma terapie (SFT – Schema Focused Therapy) vychází z kognitivně-behaviorálního rámce, ale s výraznějším zaměřením na maladaptivní postoje k sobě a světu, které vedou přes snahu o změnu, často k neúspěchům ve vztazích, chronické frustraci, beznaději a suicidálním rozvahám. Lidé s hraniční poruchou osobnosti pod vlivem silných emocí mohou významně měnit své chování, které je pro okolí i je samotné často nesrozumitelné a vede k nedorozumění ve vztazích a prohloubení vlastních pocitů viny. Režimy fungování, které ovlivňují úroveň myšlenek, emocí, chování a jednání nazýváme mody. V průběhu terapie se pacienti učí rozlišovat jednotlivé mody fungování, mapovat jejich důsledky a hledat možnosti jak aktivně změnit režim fungování na chtěný, v daném okamžiku prospěšný. S pacienty je možno pracovat individuálně i skupinově, v obou případech je ale důležitý terapeutický vztah, který je nazýván termínem náhradní rodičovství. Smyslem toho vztahového rámce je umožnit lidem, kteří neměli v dětství nasyceny základní dětské potřeby je prožít v terapii jako korektivní zkušenost a současně vytvořit bezpečný prostor pro terapeutickou práci a osobnostní zrání.

Výhody skupinové psychoterapie

Skupinová terapie je ve srovnání s individuálním přístupem náročnější na vedení terapeuta, ale současně má řadu výhod pro obě strany, pacienty i psychoterapeuty. Z pohledu pacientů je důležitá zejména univerzalita, tzn. poznání, že toho mají členové skupiny mnoho společného, ať v osobní historii, tak v sebepřijetí, pohledu na sebe i na svět a v současném fungování. Další důležitou výhodou je korektivní zkušenost, tzn. prožitek jiné, než opakovaně prožité a očekávané negativní reakce okolí na vlastní myšlenky, emoce, chování, která může vést k menší sebestigmatizaci a zvýšení sebepřijetí při prožitku přijetí okolím, které pacienti často v dětství postrádali. Vzájemnost se projevuje bezpečnou možností sdílet sebe ve skupině a současně přijímat druhé, sdílet společný prostor, téma, prožitkem, že někam patřím. Lidé s podobným osudem mají často větší

schopnost se vzájemně vcítovat, což má význam zvláště u extrémnějších traumatických prožitků, kdy je empatie ve skupině citlivější a hlubší, bývá autentičtější a adekvátnější podpora s pocitem porozumění pro traumatizovaného. Řízená i spontánní změna role v rámci skupiny, kdy se z pacienta stane přechodně terapeut v různých kombinacích, vede k hlubšímu porozumění a mentalizaci, tj. schopnosti rozumět motivaci chování druhých, dokázat je lépe oddělit od sebe. Pacienti s hraniční poruchou často trpí beznadějí. Vyzkoušeli řadu terapeutických přístupů, množství medikace a jsou přesvědčení, že svou situaci nemohou změnit. Ve skupině se vyskytují pacienti s různou schopností zvládat své životní problémy, postupně se objevují úspěchy u jiných členů skupiny, což může vzbuzovat naději, jako faktor vedoucí k nové motivaci na sobě začít pracovat. Ve skupině lze také lépe nacvičovat sociální dovednosti prostřednictvím hraní rolí, nácviku žádoucího chování. Významný je přenosový význam skupiny jako rodiny, kdy se postupně členové skupiny chovají k terapeutům jako k rodičům a projevují se také interakce mezi členy skupiny odrážející sourozenecké vztahy.

Terapeutické strategie ve skupinové schéma-terapii

Pro úvodní skupinu je zásadní stanovit pravidla skupiny, je důležité vysvětlit jejich důvod a vyhnout se direktivnímu přístupu. Většina pacientů s hraniční poruchou se často výrazně sebe-stigmatizují a bývají stigmatizováni, dalším krokem je proto probrat výhody a nevýhody emoční nestability a její důsledky. Pro bezpečí všech členů skupiny a zarámování vlastního chování je podstatné vysvětlení režimů fungování schémat, tzv. módů, naučit se rozlišovat a pojmenovat jednotlivé režimy. Pro každý režim fungování zpracují všichni členové skupiny bludný kruh, tj. spouštěče, myšlenky, emoce, tělesné projevy, chování a důsledky, dále hledají způsoby jak se aktivně z nechtěného režimu přesunout do žádoucího. Po vytvoření základního bezpečí na skupině je možné se věnovat dětským traumatickým vzpomínkám, vzpomínky jsme ošetřovali ve skupině metodou reskripce v imaginaci. Dalším krokem byly terapeutické dopisy rodičům, nebo významným osobám z dětství. První dopis byl nejčastěji necenzurovaný dopis otci z pozice dítěte s cílem vyjádřit potlačované negativní emoce, druhý byl dopis od otce, jaký by zraněné dítě potřebovalo dostat, s cílem ošetřit nenaplněné dětské potřeby, vytvořit si vlastního laskavého rodiče. Třetí dopis byl otci jako malému dítěti který by potřeboval, aby měl naplněny své dětské potřeby, jehož cílem je chápat svého rodiče také jako někoho, kdo také neměl to co potřeboval a dále pochopit jeho chování jako jeho proces nezávislý na dítěti, tzn. zmírnit pocity vlastní viny, vytvořit si odstup od některých zraňujících výroků a chování. Stejně tři dopisy psali a četli pacienti také vůči matce. Dále jsme pracovali s kognitivní restrukturalizací automatických negativních myšlenek pro zvědomění myšlenek, porozumění jejich vztahu k náladě, vytvoření odstupu a hledání adekvátnějších závěrů. Hojně jsme užívali různé varianty dialogů, kdy jsme využívali komunikaci v imaginaci s významnými osobami z života pacientů, zapojovali do hraní rolí další členy skupiny a terapeutů. Dalším tématem byla asertivita, řešení konfliktů, pro které bylo důležité rozpoznání vlastních primárních a sekundárních emocí a mentalizace, tzn. schopnost porozumět druhé straně a omezit tak vlastní vztahovačnost vůči chování okolí, které pak lze lépe interpretovat a necítit je automaticky jako útok a ohrožení s nutností se bránit. Po-

slední oblastí byla široká oblast řešení problémů, kdy si každý člen skupiny vybral problém v životě, který by chtěl řešit, a systematicky jsme se mu opakovaně věnovali, několik posledních setkání jsme se věnovali volným tématům, která byla důležitá pro jednotlivé členy skupiny.

Terapeutický vztah ve skupinové schéma-terapii

V průběhu terapie je častá tendence rozčlenit si přenosově terapeuty na dobrého a špatného, časté jsou přenosové reakce z módu rozzlobeného dítěte, na které je důležité nereagovat komplementárně, ale jako laskavý rodič, nebo zdravý dospělý. Časté jsou přenosy mezi členy skupiny, kdy vzájemná výrazná očekávání a otevřenost mohou v rámci jednoho setkání vystřídat hněv, pocit nepochopení. Jindy se projevuje přenosová sourozenecká rivalita o terapeuta nebo terapeuty, snaha získat si jednoho terapeuta pro sebe. Členové skupiny mají často tendence k viksování, tj. rozvíjení vztahů a komunikaci mimo skupinu, takže část vztahů se odehrává mimo prostředí skupiny, kdy mohou vznikat koalice, nebo naopak negativní vztahy, které pak ovlivňují dění na skupině. Pacienti s hraniční poruchou potřebují hranice, které nejsou rigidně přísné, ale spíše laskavé a tolerantní, kdy při jejich překročení je vhodné snažit se porozumět důvodům, než rovnou uplatňovat negativní důsledky, nebo tresty.

Úskalí skupinové psychoterapie

Skupinová terapie je u hraniční poruchy osobnosti náročná zejména s ohledem na tvrdost a s tím související křehkost jejich členů. Je těžké vybalancovat pozornost, bezpečí, přijetí a ocenění pro jednoho člena skupiny a nezranit přitom významně někoho jiného. Je potřeba zmírnit očekávání stran plnění domácích úkolů ze strany pacientů a naopak důsledně, ale laskavě úkoly kontrolovat. Pacienti mají schopnost aktivovat vlastní schémata terapeutů, což může k silným protipřenosovým reakcím vůči pacientům a může komplikovat také vztah terapeutů.

Závěr

Skupinová terapie pacientů s hraniční poruchou osobnosti má své výhody a úskalí, proto je potřeba předem zvážit možnosti terapeutů a v průběhu vedení skupiny se věnovat také supervizi. Skupinová psychoterapie se zaměřením na schémata je přístup, který je účinný a vhodný pro pacienty s hraniční poruchou také v podmínkách ČR.

Literatura

Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A. Arch Gen Psychiatry. 2006;63:649–658.

Young J: Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota FL: Professional Resource Exchange 1994.

Podpořeno grantem IGA MZ CR NT 11047-2010/4

EXPERIMENTÁLNÍ A NARATIVNÍ PŘÍSTUPY V KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPII

J. Praško¹, J. Vyskočilová², A. Grambal¹, M. Ocisková^{1,3}

¹Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

²Fakulta humanitních studií, Karlova Univerzita Praha, Česká republika

³Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

Summary

EXPERIMENTAL AND NARRATIVE APPROACHES IN COGNITIVE BEHAVIORAL

Narrative psychotherapy and cognitive behavioural therapy are seemingly no integrating psychotherapeutic approaches which differ in the basic philosophy of the man. While narrative psychotherapy is based on social constructivism with circular causality and conviction, that people construct their stories and consequently their behavior based on subjectively experienced world, cognitive behavioural therapy stresses objective reality with its linear causality, in which consequences governs the probability of maladaptive behavior repeating. Cognitive behavioural therapy also stresses the subjective aspect of experience, because according to the theory, the cognition (subjective thoughts, rules, assumptions) have the main impact on the consequent emotions and behavior. These cognitions are formed according to the experienced life stories. The main contribution of narrative psychotherapy to the field of cognitive behavioral therapy has been the role of the life story in the development of theoretical and empirical approaches to the patients.. Individuals retell their stories as they progress through their lives to make sense to them, and from a sociological perspective. This retelling when carried out publicly provides considerable insights into various aspects of an individual's experience of psychic problems across the life course.

Keywords: Narrative psychotherapy, cognitive behavioral therapy, experiential techniques

Úvod

Narativní psychoterapie a kognitivně behaviorální terapie jsou zdánlivě neintegrovatelné psychoterapeutické přístupy, které filosoficky vycházejí z odlišného pojetí světa a člověka. Podobný rozpor byl viděn u experienciálních přístupů, které jsou řazeny spíše k humanistickým psychoterapiím, jako je gestaltterapie. Rozvoj narativního přístupu je dáván do souvislosti s postmodernou. Základním východiskem postmoderního uvažování je, že neočekává objevení a přesné vymezení pravdy a zákonů reality, které se nachází „někde tam venku“, ale zastává názor, že realitu vytváří lidé v kontaktu se svým prostředím. Pravda je proto vždy dočasná a závislá na kontextu situace. Vytváření příběhů je přirozená lidská činnost, která pomáhá porozumět svým zkušenostem i sobě samým. Příběhy jsou tím, co dává naší zkušenosti význam. Zatímco narativní psychoterapie vyznává sociální konstruktivismus s přesvědčením, že lidé si konstruují své příběhy a tím i své 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 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 jsme však schopni odhalit, jakým způsobem je subjektivní utváření příběhu a prožívání naučeno a proč dochází ke konkrétnímu zažívání a následnému chování (Rhodes a Jakes 2009). Tvorba celistvého životního příběhu má vliv na náš emocionální stav. Pokud zažíváme sled událostí, které nedáváme do širšího kontextu, ale vnímáme, že se dějí jaksi nahodile, můžeme prožívat napětí, zmatení a bezradnost. Jakmile vytvoříme příběh, který je smysluplný a v němž nejsme obětí, ale aktivním činitelem, dostavuje se úleva. Vytvoření příběhu vede k vynoření pocitu předvídatelnosti událostí, jejich kontrolovatelnosti a zvládnutelnosti. Každý příběh má také svůj začátek a konec, vede tedy k pocitu uzavření. Díky tvorbě adaptivního příběhu může u traumatických zážitků nastat pokles až vymizení bolestivých ruminací o nich. Pokud zraňující události nejsou převedeny do smysluplného příběhu, negativní emoce a myšlenky se stále objevují a způsobují trápení.

Použití narativní metafory vede k pohledu na příběhy lidí, trpící psychickými poruchami včetně psychóz, jako na smysluplné, utvářené a tvořící se osudy. Sociální a interpersonální zkušenosti mají silný dopad na to, jak se pacienti se sami vnímají (postoje k sobě), jak vnímají druhé (postoje k druhým) a svět (postoje ke světu a osudu), charakter jejich psychopatologie i jejich silné stránky. Toto vnímání se do různé míry proměňuje stále. Porozumění sobě i světu u neurotických poruch a poruch osobnosti bývá okolí pochopitelné, i když u jednotlivce vždy originální, problémem psychotického prožívání bývá, že jeho proměny mohou probíhat rigidně a stereotypně, nezávisle na potřebách jedince a okolí, nebo jsou pro okolí nepochopitelné. Přesto je možné v nich hledat souvislosti se životním 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 (Praško et al. 2010).

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 neustálé 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.

Experienciální přístupy v kognitivně behaviorální terapii

Experienciální přístupy umožňují plně prožívat emoce, které jsou spojené s pacientovým příběhem i jeho současnými problémy a konflikty. Zpřítomnění události z minulosti je možné pomocí imaginativních přístupů a hraní rolí, zpra-

cování důležitých vztahů pak pomocí psaní terapeutických dopisů. Po vytvoření dostatečně jasných kognitivních zevních i vnitřních hranic a konceptualizaci životního příběhu, moderní KBT přechází na práci s emocemi. Traumata z dětství jsou v sezeních přepisována v imaginaci a postupně propojována se současnými konflikty a problémy.

Narativní přístupy v kognitivně behaviorální 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. Změna životního příběhu je pravděpodobně jedním z obecně účinných faktorů provázejících psychoterapeutickou práci bez ohledu na směr, který terapeut praktikuje. Příběh se v průběhu terapie stává celistvějším a zahrnuje i události, které pacient dříve potlačoval nebo vytěsňoval. Člověk sám se v rámci svého nového životního příběhu vnímá jako aktivnější a svobodnější. Psychická porucha, kterou jedinec trpí, již nepředstavuje nezměnitelnou ránu osudu, ale výzvu nebo úkol. Je zdrojem vnitřního růstu a možnosti seberozvoje.

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 (Praško et al. 2010). Původní příběh je dekonstruován pomocí induktivních otázek, a postupně dochází k změně (restrukturalizaci) příběhu tak, že pacient v něm vidí souvislosti, na kterých bylo postaveno původní pojetí, i 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.

Závěr

Narativní přístupy založené na dekonstrukci a rekonstrukci životního příběhu pacienta jsou společně s experienciálními přístupy obohacením klasické kognitivně behaviorální terapie a zvyšují její účinnost zejména u jinak obtížně léčitelných pacientů.

Literatura

- Rhodes J, Jakes S: Narrative CBT for Psychosis. Routledge. Taylor and Francis Group. New York 2009.
- Prasko J, Diveky T, Grambal A, Kamaradova D, Latalova K, Mainerova B, Vrbova K, Trcova A: Narrative cognitive behavior therapy for psychosis. Acta Nerv Super Rediviva 2010; 52(1): 135–146.

VARIA I

DPS ONDŘEJOV COBY BUDOUCÍ CDZ?

M. Jarolímek

DPS „Ondřejov“ s. r. o, Praha, Česká republika

Summary

DAILY PSYCHOTHERAPEUTIC CLINIC ONDŘEJOV COULD BE FUTURE CENTRUM OF MENTAL HEALTH?

Daily psychotherapeutic clinic was established 25 years ago. To a clinic can come patient directly from the street or sent by the patient's doctor. Our clientele are psychotic, neurotic, depressive clients and clients addicted on alcohol, drugs and slot machines. The goal of our clinic is to offer these clients adequate therapeutic help. Daily clinic has 48 trained workers as psychiatrist, psychologist, psychotherapist, social worker and physiotherapist. Our clinic has mobile team which focuses on trips to visit patients at home. In the provision of complex services we cooperate with organizations dealing with social and vocational rehabilitation and how the client spends free time.

Other subsidiary of our organization is Czech organization for psychic health, which operates 3 projects: magazine Esprit, phone line psycho help and psychotherapeutic community.

Important is that our care and services are fully covered by health insurance, besides ours mobile team services are covered only partly by health insurance, therefore every year we ask for grants, because our financial resources are barely sufficient to cover the annual costs, but unfortunately there are no remaining funds to develop other services. Strategy for the reform of psychiatric care in Czech Republic is document about long term care for psychiatric patients in our country.

Mental health center is open space of communication for psychiatrist, psychologist, psychotherapist and workers in community centers.

Keywords: psychiatric care, mental health care

DPS Ondřejov vzniklo před 25ti lety bez jakéhokoliv finančního příspěvní ze zahraničí.

Námi poskytované služby jsou hrazeny téměř plně ze zdravotního pojištění. Toto zařízení je umístěno v městské zástavbě bez jakéhokoliv zdravotnického označení, tzn., že v tomto parametru naplňuje charakter nízkoprahového zařízení. Tato „nízkoprahovost“ je však naplněna především tím, že do sanatoria může dorazit pacient jak cíleně zasláný svým ošetřujícím psychiatrem, tak pacient přímo z ulice. Naši klientelu tvoří psychotičtí, neurotičtí a depresivní pacienti, pacienti závislí na alkoholu, lécích, hracích automatech, ale nikoliv závislí na tvrdých drogách.

Součástí DPS Ondřejov je krizový mobilní tým, který se zaměřuje především na výjezdy za pacienty do terénu. Tento tým sídlí na dislokovaném pracovišti v Medkově ulici v Praze na Chodově.

DPS zaměstnává v současné době 48 pracovníků, včetně administrativního oddělení.

Většinu tvoří kliničtí psychologové s absolvovaným psychoterapeutickým výcvikem od Jungiánské školy po KBT. Dále zde pracuje 9 zkušených psychiatrů a řada zkušených psychoterapeutů.

DPS díky tomuto širokému a profesně různě orientovanému týmu poskytuje řadu služeb pro příchozí pacienty tak, abychom každému z nich mohli nabídnout adekvátní terapeutickou pomoc dle jeho možností a potřeb.

Vedle terapeutické práce poskytujeme také služby v rámci sociální rehabilitace, tj. sociální poradenství ve všech možných oblastech.

DPS taktéž provozuje jeden chráněný byt pro muže s diagnózou schizofrenie (F20.0).

V rámci poskytování komplexních služeb, zvláště pro psychotické pacienty, úzce spolupracujeme s dalšími organizacemi zabývajícími se sociální a pracovní rehabilitací i vyplněním volného času pacientů (např. Green Doors, Baobab, Bona, VIDA, Fokus atd.)

Je nepochybné, že čas od času se neobejdeme bez potřeby využití lůžek pro naše pacienty. V tomto směru se nám nejvíce osvědčila spolupráce s PN Bohnice.

Další z našich dceřiných organizací je ČAPZ (Česká organizace pro psychické zdraví), která vedle ovlivňování vnímání duševně nemocných v naší společnosti, provozuje 3 konkrétní projekty: časopis ESPRIT, tel. linku psychopomoci a především psychoterapeutickou komunitu Mýto.

V neposlední řadě je třeba zmínit, že tým DPS Ondřejov těsně spolupracuje i s patientskými a rodičovskými organizacemi (Sympathea, Ondřej atd.). Jak již bylo uvedeno, většina naší poskytované péče je hrazena ze zdravotního pojištění. Avšak co se týče krizových služeb, je zřejmé, že tyto nejsou zdravotní pojišťovny schopné v plném rozsahu pokrýt. Proto každoročně žádáme o granty z MZ, MPSV a pražských městských částí. Zmíněné finanční zdroje sotva postačují na pokrytí každoročních nákladů, ale bohužel nezbyývají žádné finance na založení potřebného rezervního finančního fondu, či rozvíjení dalších služeb.

Dne 8. 10. 2013 byl MZ přijat dokument pod názvem „Strategie reformy psychiatrické péče v ČR“. Zdá se, že tento den se stal přelomovým bodem, co se týče péče především o dlouhodobě psychiatrické pacienty v naší republice. Ve svém příspěvku se nehodlám věnovat kritice problematických položek v tomto dokumentu, jakož i nedodržení tam uvedených termínů plnění. Co však je v tomto dokumentu nového, je pojem Centrum duševního zdraví (CDZ). Tento termín je výplodem pracovní skupiny při MZ a jeho úskalí spočívá v tom, že nikdo neví, jak by takové CDZ mělo vypadat. Tudíž je plně otevřený prostor pro různé vykladače tohoto termínu (od ambulantních psychiatrů přes vedoucí psychiatrických nemocnic až po pracovníky komunitních služeb). Tato situace pochopitelně nevede ke kýženému konsensu, především co se týče využití financí ze strukturálních fondů EU. A bohužel tento současný stav vyvolává jistý neklid i na straně Bruselu.

Domnívám se, že je třeba co nejdříve sjednotit se na jakékoliv podobě těchto CDZ. Jako jedno z možných východisek nabízím právě tento předložený model DPS, samozřejmě s určitými nezbytnými modifikacemi.

TERAPEUTICKÁ PRÁCE S ČASOVOU PERSPEKTIVOU – KAZUISTIKA

E. Bazínková

Centrum duševního zdraví Jeseník a Šumperk, prim. MUDr. Miroslav Novotný, Jeseník, Česká republika

Summary

THERAPEUTIC USE OF TIME PERSPECTIVE – A CASE REPORT

The time perspective is often defined as the unconscious personality settings that each individual takes to time, with the help of the associated continuous experience in time category, and that helps our life to bestow order, logic and sense. It is partly flexible multidimensional cognitive process which models and is modeled social and cultural environment.

In recent years, the concept of time perspective is an increasing interest not only in research and therapeutic practice. As seems to be particularly beneficial use of the work with the time perspective in the context of CBT.

Keywords: time perspective; KBT

Pojmy časová perspektiva nebo časová orientace nejsou v psychologii a psychoterapii nijak nové. Zmiňovali se o nich například už Wilhelm Wundt nebo William James. V posledních desetiletích se znovu dostávají do popředí zájmu v oblasti teorie, výzkumu i psychoterapeutické praxe. V září letošního roku se na univerzitě v portugalské Coimbře konala 1. Mezinárodní konference o časové perspektivě, kde zaznělo několik příspěvků věnovaných využití časové perspektivy v terapii několika psychických poruch.

Nejnovější a v současnosti také nejrozšířenější teoretický koncept časové perspektivy přinesl americký sociální psycholog italského původu Philip Zimbardo. O tuto problematiku se začal zajímat již na počátku 80. let minulého století, kdy se pomocí hypnózy pokoušel u dobrovolníků změnit budoucí časovou orientaci na přítomnou. Od té doby je tento koncept neustále dále rozvíjen a zdokonalován.

Dle Zimbarda lze časovou perspektivu definovat jako často nevědomé osobnostní nastavení, které každý jedinec zaujímá vůči času, s jehož pomocí je spojeno kontinuální prožívání v časových kategoriích, a které pomáhá našemu životu propůjčit řád, logiku a smysl. Dá se říci, že je to multidimenzionální částečně flexibilní kognitivní proces, který modeluje a zároveň je modelován sociálním a kulturním prostředím (Zimbardo, Boyd 2009). Jádrem každého našeho rozhodování jsou z velké části nevědomé pohnutky, které pramení z našeho subjektivního psychického smyslu času, z naší časové perspektivy. Ta zároveň vyplývá z našich každodenních osobních zkušeností, které vnímáme skrz svou subjektivní časovou perspektivu.

Existují tři primární časové zóny – přítomná, minulá a budoucí, každá z nich je pak rozdělena do dvou částí. Celkem tedy lze rozlišit šest druhů časové perspektivy – přítomnou hédonistickou, přítomnou fatalistickou, minulou pozitivní, minulou negativní, budoucí a budoucí transcendentální. Zjednodušeně lze přítomnou hédonistickou časovou perspektivu popsat jako život „v okamžiku“,

je spojena s vyhledáváním okamžitého potěšení a nových zážitků a se snahou vyhnout se nepříjemnému. Pro přítomnou fatalistickou časovou perspektivu je typické přesvědčení, že je život předurčen osudem, který nelze změnit vlastním rozhodnutím. Minulá pozitivní časová perspektiva je spojena se zaměřením na „staré dobré časy“ a tradice. Lidé s minulou negativní časovou perspektivou se zaměřují na negativní aspekty vlastní minulosti a mívají proto pocit, že jejich život nelze změnit k lepšímu. Budoucí časová perspektiva je spojena s plánováním do budoucna a s přesvědčením o správnosti vlastních rozhodnutí. Budoucí transcendentální časová perspektiva bývá spojena s vírou v posmrtný život (Zimbardo, Sword & Sword, 2012).

Časová perspektiva úzce souvisí s našim rozhodováním a motivací. Lidé orientovaní převážně na minulost činí svá rozhodnutí na základě pozitivních nebo negativních vzpomínek na obdobné situace. Na přítomnost orientovaní jedinci jednají dle okamžitých zisků či ztrát, bez ohledu na pozdější následky svých činů. Naopak ti, u nichž převládá budoucí časová orientace, se rozhodují dle předpokládaných důsledků svých činů.

Individuální postoj vůči času je z velké části naučený, časová perspektiva každého člověka je tedy do značné míry zkreslena jeho životními zkušenostmi. To znamená, že u každého jedince některý z druhů časové perspektivy více či méně převažuje nad ostatními, a to i v těch situacích, kdy by byl vhodnější jiný. Jinak řečeno specifická časová perspektiva nemůže být adaptivní ve všech životních situacích (Zimbardo & Boyd, 2009).

Individuální profil časové perspektivy je základem k práci na dosažení tzv. vyvážené časové perspektivy, která je předpokladem pro zdravé psychické i fyzické fungování jedince. Vyváženost či vyrovnanost ve spojitosti s časovou perspektivou je definována jako mentální schopnost flexibilně přecházet mezi časovými perspektivami v závislosti na charakteru úkolu, situaci a osobních zdrojích. V ZTPI byla dříve vyvážená časová perspektiva obvykle definována jako kombinace vysoké orientace na pozitivní minulost, středně vysoké orientace na budoucnost a hédonistickou přítomnost a nízké orientace na negativní minulost a fatalistickou přítomnost (Boniwell, Zimbardo, 2004). Na základě dalších výzkumů byly později stanoveny přesné hodnoty vyvážené časové perspektivy (viz Obrázek 1.) a individuální profily časové perspektivy odpovídající některým konkrétním psychickým poruchám. U psychiatrických pacientů často nacházíme silnější orientaci na negativní minulost a fatalistickou přítomnost, současně také nižší orientaci na pozitivní minulost než je tomu v běžné populaci. Silná orientace na fatalistickou přítomnost a negativní minulost mohou zase souviset se smýšlením o sebevraždě či sebevražedným jednáním (Keough, Zimbardo & Boyd (1999).

Nástrojem ke zjištění individuálního profilu časové perspektivy je Zimbardův inventář časové perspektivy (ZTPI), jehož originální verze vznikla v roce 1999. ZTPI prokázal dobré psychometrické vlastnosti – vnitřní konzistenci, predikční a konstruktovou validitu a test-retest reliabilitu a mimo jiné prokazuje také jazykovou a kulturní převoditelnost (Zimbardo & Boyd, 1999). Tvůrčí jej 56 výroků v podobě oznamovacích vět, které lze rozdělit do pěti subškál dle příslušného druhu časové perspektivy. Pro budoucí transcendentální časovou perspektivu byl vytvořen samostatný inventář. Dotazovaný pak na pětibodové škále

hodnotí, nakolik s daným výrokem souhlasí. Konečným výstupem ZTPI je graficky znázorněný profil časové perspektivy.

Každý z psychoterapeutických směrů časovou perspektivu jistým způsobem více či méně využívá, třeba už jen tím, že se více zaměřuje na práci s klientem v jedné ze tří základních časových dimenzí – přítomnost, minulost či budoucnost. Na První mezinárodní konferenci o časové perspektivě letos však zazněly mimo jiné také příspěvky věnované cílené terapeutické práci s časovou perspektivou ve smyslu Zimbardova teoretického konceptu, a to například u závislostí (Maria Paula Paixão a Cristina Esteves) či při práci s jedinci ohroženými sebevraždou (Wessel van Beek). Richard Sword společně se svou manželkou Rosemary v průběhu posledních čtyř let úspěšně využívají samostatnou terapii časovou perspektivou (TPT – Time Perspective Therapy), která vychází z KBT, u jedinců trpících posttraumatickou stresovou poruchou.

Rozhodneme-li se v terapii využít práci s časovou perspektivou je dle mého názoru postupně nejlépe začít již v rámci úvodního kognitivně-behaviorálního vyšetření. Součástí poučení klienta o povaze jeho obtíží a o smyslu a postupu terapie by v tomto případě mělo být také vysvětlení základních pojmů a teorie časové perspektivy. Klientům obvykle tato teorie připadá blízká a snadno srozumitelná.

Následuje stanovení aktuálního individuálního profilu časové perspektivy a jeho porovnání s profilem tzv. vyvážené časové perspektivy. To znamená, že klienta požádáme o vyplnění ZTPI. V loňském roce Lukavská a kol. (Lukavská, Klicperová, Lukavský & Zimbardo, 2011) publikovali validizační studii ZTPI, v současnosti je tedy již možné využívat také jeho českou verzi.

Na konkrétních příkladech z klientova života následně můžeme lépe dovyšvětlit, nakolik a jakým způsobem příliš silná nebo naopak slabá orientace na některou ze základních dimenzí časové perspektivy ovlivňuje jeho motivaci, rozhodování a prožívání.

V průběhu terapie pak mimo běžných KBT technik provádíme také jednoduchá cvičení k posílení časové perspektivy v požadovaném směru. Tato cvičení mohou mít podobu tzv. pracovních listů, jednoduchých praktických úkolů či relaxačních technik.

Pracovní listy zahrnují cvičení „Kdo jsem?“ k posílení přítomné časové perspektivy, jehož podstatou je odpovídání na otázky „Kdo jsem?“, „Kde jsem?“, „Kdy jsem?“ a „Jak se cítím?“, a to na každou pětikrát. K posílení vztahu k minulosti autoři uvádí cvičení „Kdo jsem byl?“. V něm klient dvacetkrát po sobě zodpovídá otázku: „Kdo jsem byl?“. Následuje vyjmenování tří významných životních událostí a zamyšlení se nad tím, jaké ponaučení do dalšího života přináší. Podobně jako v předchozích případech je základem posílení budoucí časové perspektivy cvičení „Já budu“, kde se čtrnáctkrát opakuje věta „Já budu“, kterou má dotyčný doplnit. Následuje stanovení pěti významných cílů do budoucna s určením doby, kdy by jich chtěl dosáhnout. Výsledky cvičení si buď může dotazovaný klient nechat sám pro sebe, nebo je možné je rozebrat v rámci terapie, lze se k nim také s odstupem času vracet a sledovat postupné změny (Zimbardo, Boyd, 2009). V rámci relaxace se klient nejprve učí uvolnit a pracovat s dechem, postupně se přidává imaginace pozitivních zážitků z minulosti a plánů do budoucna. Krátkou relaxaci by měl klient provádět pravidelně i doma. Swordovi

pro tyto účely vytvořili vlastní relaxační video (The River of Time), kde jsou relaxační hudba a záběry z přírody doplněny mluveným komentářem.

Postupy v terapii můžeme pomocí ZTPI hodnotit průběžně, vždy bychom však jistě měli provést srovnání individuálního profilu časové perspektivy získaného na začátku a na konci terapie.

Časovou perspektivu využíváme v rámci terapie určitým způsobem vždy, někdy možná i částečně intuitivně. Vzhledem k tomu, že se ukázala být dobrým prediktorem například neuróz, nízké sebekontroly či problémů v mezilidských vztazích (Zimbardo & Boyd, 2009) její cílené využití také v rámci kognitivně-behaviorální terapie považují za velmi přínosné.

Literatura

Lukavská, K., Klicperová Baker, M., Lukavský, J., Zimbardo, P. G.: *ZTPI – Zimbardův dotazník časové perspektivy*. Československá psychologie, LV, 2011, 4, s. 356–373.

Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M. a kol. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Kroměříž: Triton.

Zimbardo, P. G., & Boyd, J. (2009). *Die neue Psychologie der Zeit und wie sie Ihr Leben verändern wird*. Heidelberg: Spektrum.

Zimbardo, P. G., Sword, R. M. & Sword R. K. M. (2012). *The Time Cure*. San Francisco: Jossey-Bass.

SPOLUPRÁCE ZDRAVOTNÍCH A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO DUŠEVNĚ NEMOCNÉ V PODMÍNKÁCH MALÉHO MĚSTA.

Z. Kozáková, L. Dolníčková

SOL – RIAPS, Trutnov, Česká republika

Summary

COOPERATION OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES FOR THE MENTALLY ILL IN CONDITIONS SMALL TOWN

Cooperation of health and social services can have a significant gain for the patients, user and staff. The main condition is clearly defined task for individual services and professionals. Clear boundaries, willingness to share and respect each other are important as well. Case management is often carried out by social workers. Diversity of approaches to health and social workers in a multidisciplinary team increases the effect of the intervention. But may be the cause of conflicts between workers and must be consistently implemented in terms of inter-visit and supervision. The model of close cooperation of health and social services appears to be effective and rewarding on condition of clear definition of roles, borders, true willingness to cooperation and mutual respect.

Keywords: mental disorders, health services, social services

Úvod

Model těsné spolupráce zdravotních a sociálních služeb se ukazuje jako efektivní a obohacující za podmínky jasného vymezení rolí, hranic, opravdové ochoty ke spolupráci a vzájemného respektu.

Cíle

Cílem příspěvku bylo podělit se o praktické zkušenosti v RIAPS Trutnov s dlouhodobě užívaným modelem těsné spolupráce zdravotních a sociálních služeb v péči o osoby s duševní poruchou či nemocí tzv. pod jednou střechou v prostředředí zařízení regionálního charakteru. Tento model byl před vznikem příspěvku znovu diskutován s pracovníky zapojených služeb, pracovníky v zařízení, pacienty/uživateli a skupinou nezaangažovaných.

Metody

Popis, práce s dokumentací pacientů a uživatelů, brainstorming v týmech a zařízení, individuální a skupinové rozhovory, dotazníky, kazuistiky.

Zapojené zdravotní služby:

ambulance psychiatrů (2 v rámci RIAPS v Trutnově a Dvoře Králové nad Labem), ambulance klinických psychologů (3 v RIAPS v Trutnově a Dvoře Králové nad Labem), ambulance adiktologie (2 v RIAPS v Trutnově a Dvoře Králové nad Labem).

Zapojené sociální služby:

služby sociální rehabilitace – Stacionář RIAPS – cílová skupina osoby s duševní poruchou či nemocí ve věku 18–64 let vyjma osob s mentální retardací, hlubším organickým defektem či primární diagnosou závislost.

kontaktní centrum – Kontaktní centrum RIAPS – cílová skupina osoby závislé a závislostí na návykových látkách ohrožené starší 15 let vyjma osob pouze se závislostí na tabáku.

Výsledky:

Uplatňované zásady při spolupráci zdravotních a sociálních služeb v zařízení

Bio-psycho-socio (spirituální) pojetí

Jasně vymezení rolí služeb

Jasně vymezení rolí v multidisciplinárních týmech

Rovnocennost jejich významu pro péči o pacienta /uživatele

Práce na společném postupu z hlediska různosti přístupu zdravotnických a sociálních pracovníků

Vzájemná dostupnost, otevřená komunikace, vzájemná reflexe, sdílení informací při zajištění souhlasu (case management), vzájemný respekt

Společná intervize a supervize

Vysoký důraz na vzájemné vzdělávání

Důraz na prevenci závislosti pacienta/ uživatele na službě (zařízení)

Jasná pravidla spolupráce s poskytovateli vně zařízení

Praktické příklady spolupráce – kazuistiky

M. – muž, 32 let, svobodný, SŠ, ID 3. st., schizofrenie

Zdravotní služby (PA, AKP): diagnostika, medikace a její úpravy, neplánovaná hospitalizace, zpráva pro řízení ID, skupinová PT

Sociální služby (s. rehabilitace) – pomoc a podpora při hledání bydlení, nácviky dovedností, doprovody např. OSSZ, finance – řešení dluhů, plánování měsíčního rozpočtu, pomoc při hledání práce: podpora v začátku, komunikace se zaměstnavatelem, podpora ukončení při zhoršení zdravotního stavu, pravidelné

návštěvy v domácnosti, edukace v oblasti zdravého životního stylu, práce s rodinnými příslušníky, návštěvy v PL

A. – žena, 55 let, svobodná, vyučená, 3 st. ID, periodická depresivní porucha, škodlivé užívání alkoholu

Zdravotní služby (PA, AKP): diagnostika, medikace, skupinová psychoterapie
Zdravotní služby (adiktologie) – adiktologické intervence při škodlivém užívání alkoholu

Sociální služby (s. rehabilitace) – náplň volného času, pomoc při hledání seberealizace (šéfredaktorka časopisu Zdravá duše, autorské čtení poezie), poradenství ohledně financí, edukace v oblasti zdravého životního stylu

M. – muž, 41 let, svobodný, SOU, ID 3. st., schizofrenie

Zdravotní služby (PA, AKP): diagnostika, medikace a její úpravy, zprostředkování hospitalizace, rozhovory s rodinou, individuální psychoterapie, skupinová psychoterapie, zpráva OSSZ, vyšetření a zpráva ŘP

Sociální služby (s. rehabilitace): nácviky dovedností, návštěvy v PL, komunikace s rod. příslušníky, reflexe zdravotního stavu, edukace v oblasti zdravého životního stylu: kontrola TK a hmotnosti, náplň volného času, prostor k seberealizaci: keramika, výroba skleněných šperků.

G. – žena, 43 let, rozvedená, matka 2 dětí, VŠ, ID 3 st., bipolární porucha, hraniční porucha osobnosti, užívání NL

Zdravotní služby (PA, AKP) : diagnostika, medikace a její úpravy, hospitalizace, zpráva OSSZ, rozhovor s rodinou, skupinová PT, individuální PT

Sociální služby (sociální rehabilitace): pomoc při hledání bydlení, pomoc při hledání seberealizace: tvůrčí dílna, psaní poezie, poradenství ohledně financí a dluhů.

Sociální služby (K centrum): poradenství v oblasti NL, HR služby

Závěr

Spolupráce zdravotních a sociálních služeb může mít výrazný zisk pro pacienta/ uživatele i pracovníky za předpokladu, že jsou jasně stanovené úkoly pro jednotlivé zainteresované služby a pracovníky v nich, jsou dodržovány jasné hranice, je ochota sdílet a vzájemně se respektovat. Case management je realizován častěji sociálními pracovníky, je přínosem ve smyslu koordinace péče a usnadnění přístupu pacienta k potřebným intervencím zdravotním a sociálním. Pokud se účastní péče pouze dvě zdravotní služby, využíván není (vyjma adiktologie).

Rozdílnost přístupu zdravotnických a sociálních pracovníků v multidisciplinárním týmu zvyšuje efekt intervence. Může být ale příčinou střetů mezi pracovníky a musí být důsledně ošetřena intervizí a supervizí.

Pacientům je jedno, kdo jim pomáhá, důležitá je pro ně dostupnost, dostatečný časový prostor pro komunikaci, ochota jim naslouchat a respektovat je jako rovnocenné partnery.

Multidisciplinarita týmu nenahradí plně spolupráci zdravotních a sociálních služeb.

Poskytování zdravotních a sociálních služeb pod jednou střechou má své výhody. Hlavní výhodu viděli respondenti z řad pracovníků ve vzájemné dostupnosti, časové úspoře, sdílení, osobnějším přístupu a vyšší vstřícnosti zaangażovaných stran, zajištění jednoty postupu, nižších nákladů. Výhodou pro pacienty/užíva-

tele se jeví zajištění komplexnosti péče s nižším tlakem na ně samé, usnadnění navázání vztahu, vyšší důvěra, vyšší dostupnost služby (přijat rychleji) a jednodušnost podávaných informací.

Lze je ale nahradit spoluprací se službami stejného typu vně zařízení za předpokladu opravdové vstřícnosti obou stran. Výsledek ve vztahu k efektu pro pacienta/uživatele závisí spíše na zúčastněných osobách než na místě poskytování služeb. Ohrožení vnější spolupráce vidíme v konkurenčním pojetí služeb, souvisejícím s nejistotou ohledně zajištění existence a financování.

Klíčová slova: osoby s duševní poruchou či nemocí, zdravotní služby, sociální služby, podmínky a efektivita spolupráce

WORKSHOP STRESOVÝ PROFIL V NEUROFYZIOLOGII

garant PhDr. Pavel Škobrtal

STRESOVÝ PROFIL V NEUROFYZIOLOGII

E. Bazínková¹, P. Škobrtal^{1,2}, M. Novotný sr.¹, T. Žilinčík¹, M. Komárková¹, M. Novotný jr.¹

¹Centrum duševního zdraví, Jeseník, Česká republika

²Ostravská univerzita v Ostravě, Ostrava, Česká republika

Summary

A STRESS PROFILE IN NEUROPHYSIOLOGY

The text called “A stress profile in neurophysiology” aims to give readers the general overview of the measuring of stress profile and supply them with methods for practical use. Stress can be defined as any event or environmental stimulus that we respond to because we perceive it as challenging or threatening. These demanding or threatening situations are stressors. Hans Selye discovered that the body’s adaptive response to stress was so general, that he called it the general adaptation syndrome. Stress is not just a stimulus or a response. It is the process by which we appraise and cope with environmental threats and challenges. Physical methods of stress assessment focus on body’s fight-or-flight mechanism. The stress response entails the activation of the sympathetic nervous system, which makes our bodies tense and prepared to respond to a threatening situation. Stress profile is based on recording of information about physiological responses to stress, such as skin conductance, heart rate etc. The stress profile can be mostly used with anxiety disorders and somatoform disorders. The stress profile serves for better understanding of body functioning of client. In a case of nonspecific physical difficulties stress profile helps to expose their background.

Keywords: stress assessment, stress profile, biofeedback

Úvod

Pojem stres byl v roce 1950 definován Hansem Selyem jako charakteristická fyziologická odpověď na ohrožení nebo poškození organismu projevující se prostřednictvím tzv. adaptačního syndromu. Ten vyvolává nadměrnou a dlouhodobou aktivaci sympatického nervového systému nebo adrenokortikálního systému, čímž posléze může docházet také k poškození systému imunitního. Zjednodušeně můžeme říci, že se jedná o nadměrnou fyzickou nebo i psychickou zátěž organismu, která vede k trvalé stresové reakci. Ta může vyústit ve tkáňové poškození nebo až v psychosomatické potíže. Potíže nastávají nejen tehdy, trvá-li aktivace organismu příliš dlouho, ale i tehdy když organismus nemá dostatek času k regeneraci. Stres je charakteristická fyziologická odpověď organismu na ohrožení nebo poškození reakce organismu na zátěžový podnět z prostředí. Nověji lze stres vymezit jako reakci na nerovnováhu mezi vnímaným požadavkem a vnímanou schopností tomuto požadavku vyhovět (Sutherland, 1997). Potíže nastávají nejen tehdy, trvá-li aktivace organismu příliš dlouho, ale i tehdy když organismus nemá dostatek času k regeneraci, což vede k trvalé stresové reakci. V užším smyslu existuje rozdíl mezi stresovou a neurotickou reakcí, při níž se lze somatickému poškození či poruše vyhnout pomocí únikových mechanismů. Vzhledem k tomu, že

v obou těchto případech můžeme zaznamenat obdobné fyziologické projevy, budeme se v následujícím textu o stresu zmiňovat v souvislosti s oběma z nich.

Cíle

Stresový profil lze využít u neurotických poruch (nejčastěji u panické poruchy, generalizované úzkostné poruchy a fobické poruchy) a u nespecifických somatických obtíží (bolesti různého typu, návaly horka, záchvatovité potíže atd.). Měříme tepovou frekvenci, frekvenci a hloubku dýchání, poměr hrudního a břišního dýchání, svalové napětí, periferní teplotu, kožní vodivost a periferní prokrvení. Nepřímou lze sledovat také míru aktivace autonomního nervového systému.

Metody

Celé měření stresového profilu trvá cca 25–30 minut (střídají se klidové fáze s fázemi uměle navozené zátěže). Měření začíná klidovou fází, která trvá 5 min, pak následuje Stroopův test, po něm je opět klidová fáze (5 min), poté následuje početní úkol (opakované odečítání čísla 7 od počátečního čísla 1081), pak je další klidová fáze (5 min), po ní následuje imaginace subjektivně nepříjemné situace či zážitku a měření je zakončeno opět klidovou fází (5 min).

Výsledky

Sledujeme hodnoty měřených veličin v klidovém stavu a jejich změnu (+/-) při zátěži a zrovna tak i jejich změnu (+/-) poté, co působení stresoru pomine. Naměřené výsledky poté srovnáme s normou. Norma je 12–16 dechů/min, 70–80 tepů/min, kožní vodivost 3–7 fluktuací/min, EMG čelo – hodnota do 5, kožní vodivost 2–4 apod.

Závěr

Stresový profil nám pomáhá lépe porozumět tomu, co se odehrává v těle klienta, když je vystaven stresu, a poznat, zda je schopen relaxovat a regenerovat poté, co působení stresoru pomine. V případě nespecifických somatických potíží vyvolaných stresem můžeme snáze odhalit jejich podstatu přizpůsobit terapii individuální situaci a potřebám klienta. Měření stresového profilu může být doplňkem „klasické“ terapie, ale také základem pro následný trénink na základě biologické zpětné vazby (biofeedback).

Literatura

Nestoriuc, Y., Martin, A., Rief, W. & Andrasik, A. (2008). *Biofeedback Treatment for Headache Disorders: A Comprehensive Efficacy Review*. Boston: Springer.

Peper, E., & Gibney, K. H. (2003). A teaching strategy for successful hand warming. *Somatics*, XIV (1), 26–30.

Peper, E., Gibney, K. H., Harvey, R., & Combatalade, D. (2008). *Biofeedback Mastery – An Experiential Teaching and Self-Training Manual*. Wheat Ridge, CO: Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback.

Reid, A., Nihon, S., Thompson, L., & Thompson, M. (2013). The Effects of Heart Rate Variability Training on Sensorimotor Rhythm: A Pilot Study. *Journal of Neurotherapy*, 17, 43–48.

Yucha, C., & Montgomery, D. (2008). *Evidence-Based Practice in Biofeedback and Neurofeedback*. Wheat Ridge, CO: Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback.

SYMPOSIUM ČNPS

garant prof. Cyril Höschl

ADHERENCE K PSYCHOFARMAKŮM A JEJÍ VZTAH K SEBESTIGMATIZACI

K. Látalová, D. Kamarádová, J. Praško

Klinika psychiatrie Fakultní nemocnice v Olomouci a LF UP v Olomouci, Česká Republika

Summary

ADHERENCE TO THE TREATMENT AND ITS RELATION TO SELF-STIGMATIZATION

Introduction: Self stigmatization is an important factor playing role in social life of patients, but also discourages therapy. Aim of our study was to found connection between self stigmatization, adherence and discontinuation of drug treatment.

Methods: It is a cross-section study of ambulatory patients of Department of psychiatry, University hospital Olomouc. Data were gathered from 332 probands from six basic diagnostic categories.

Results: From defined variables these affected self-stigmatization: education level, marital status, age, age of onset of disorder, number of hospitalizations, number of attended psychiatrist, dose of antidepressants, score of subjective and objective CGI and level of adherence. Level of adherence was influenced by marital status, age, age of onset of disorder, dose of anxiolytics, score of subjective and objective and ISMI score. There was no significant difference in ISMI score between patients from different diagnostic categories. Level of adherence significantly differs between patients with depression and schizophrenic patients.

Conclusions: Level of self-stigmatization proved to be an important factor in influencing both level of adherence and discontinuation of drugs. More attention should be paid to issue of self-stigmatization.

Keywords: self-stigmatization, adherence, discontinuation of drugs, mental disorders

Úvod

Sebestigmatizace, jinak také internalizované stigma, je postupný proces, během něhož člověk nekriticky přijímá za své negativní hodnocení společnosti, jenž které se týká atributu, který je druhými znevažován¹. V očekávání nepřijetí nebo odsouzení druhými má jedinec sklon společensky se izolovat². Ambulantní pacienti, kteří předsudky týkající se psychiatrických pacientů přijali za své, méně věří ve zlepšení svého duševního stavu, jsou více depresivní a vykazují negativnější sebehodnocení³. Pacienti jsou zpravidla dobře obeznámeni se stereotypy, které společnost chová vůči lidem, jenž se léčí na psychiatrii, a mají z nich obavy. Úzkost z možné stigmatizace se zvyšuje u lidí, kteří mají vyšší tendencemi stigmatizovat sebe sama⁴. Tato sebestigmatizace může vést dokonce k závažnějším následkům než nálepkování ze strany druhých

Cíle

Cílem naší studie bylo zjistit míru stigmatizace u ambulantních psychiatrických pacientů u jednotlivých diagnostických okruhů a její vztah k adherenci k léčbě a vysazování předepsané medikace.

Metody

Účast ve studii byla nabídnuta všem pacientům, kteří přicházeli na kontrolu na ambulanci Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Olomouci v období od 1. července do 30 září 2013.

Kritéria zařazení do studie

Do studie byli zařazení pacienti splňující následující kritéria:

- Ochota vyplnit dotazníky
- Věk mezi 18 a 55 lety
- Kompenzovaná psychická porucha (tzn. v našem případě, že pacient je schopen docházet na ambulantní léčbu a nemusí být hospitalizovaný)

Vylučující kritéria byla následující:

- Mentální retardace
- Organická psychická porucha
- Akutní stav vyžadující hospitalizaci nebo krizovou intervenci

Diagnóza byla stanovena podle MKN-10 atestovaným lékařem. Správnost diagnózy potvrdil prozkoumáním dokumentace nezávislý hodnotitel.

Hodnotící nástroje:

ISMI (Internalized Stigma Of Mental Illness). Škála se skládá z 29 položek se čtyřbodovou stupnicí a měří 5 oblastí internalizovaného stigma. Metoda nedisponuje normami. Na našem pracovišti jsme zjišťovali vnitřní konzistenci českého překladu škály u 346 pacientů – Cronbachovo alfa bylo 0,963 a split-half 0,905 (nepublikovaná data).

Drug Attitude Inventory (DAI-10) – je dotazník hodnotící postoj pacientů k lékům. Pacient buďto považuje konstatování o lécích za pravdu nebo za lež. Konstatování se týkají jak účinku léků, tak jejich potřeby a dobrovolnosti užívání.

CGI (Clinical Global Impression) – celkové hodnocení závažnosti psychopatologie.

Demografický dotazník

Výsledky

Pohlaví

Průměrná míra sebestigmatizace hodnocená ISMI v celém vzorku byla $61,08 \pm 14,54$. U mužů pak a žen se míra sebestigmatizace statisticky významně neliší. Také co se týče míry adherence k léčbě, hodnocené dotazníkem DAI-10, mezi pohlavími není statisticky významný rozdíl. Ani frekvence vysazování medikace v minulosti o vlastní vůli (tedy ne na doporučení psychiatra) se mezi pohlavími statisticky významně neliší.

Vzdělání

Průměrná míra sebestigmatizace podle úrovně vzdělání se s výší dosaženého vzdělání snižuje. Oneway ANOVA ukázala statisticky významný rozdíl mezi skupinami s různým vzděláním, ovšem v post hoc Turkeyově mnohočetném srovnání nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl při porovnání mezi sebou po

jednotlivých dvojicích. Přesto, že průměrná současná míra adherence podle úrovně vzdělání roste s vyšší vzdělání, statistická analýza neukazuje na rozdíl mezi nimi. Statisticky významný rozdíl podle úrovně vzdělání nebyl nalezen ani u vysazování léků v minulosti.

Stav

Pacienti bez partnera v průměru vykazují statisticky významně vyšší míru sebestigmatizace, než pacienti s partnerem. Pacienti bez partnera dále vykazují významně nižší adherenci než pacienti, kteří partnera mají. Ovšem přiznané vysazování psychofarmak v minulosti podle svého vlastního rozhodnutí se ve své frekvenci v těchto dvou skupinách neliší.

Věk, věk počátku nemoci

Míra sebestigmatizace hodnocená celkovým skórem ISMI nekoreluje významně s věkem (Pearson $r = -0,05906$; n.s.), ani věkem počátku nemoci (Spearman $r = -0,06621$; n.s.).

Míra adherence k léčbě hodnocená dotazníkem adherence DAI-10, statisticky signifikantně pozitivně koreluje s věkem pacienta (Spearman $r = 0,1747$; $p < 0,005$), věkem počátku nemoci (Spearman $r = 0,1692$; $p < 0,005$). Tedy čím nižší je věk pacienta a nižší je věk počátku nemoci, tím nižší je hodnota v DAI-10 dotazníku a tím nižší je adherence k léčbě.

Počet hospitalizací, čas od poslední hospitalizace, počet navštěvovaných psychiatrů

Míra sebestigmatizace hodnocená celkovým skórem ISMI nekoreluje významně s časem od poslední hospitalizace (Spearman $r = -0,1364$; n.s.), statisticky významně pozitivně však souvisí s počtem předešlých hospitalizací (Spearman $r = 0,2591$; $p < 0,0001$) a počtem ambulantních psychiatrů, které pacient v minulosti vystřídal (Spearman $r = 0,1961$; $p = 0,001$).

Současná míra adherence k léčbě nesouvisí s počtem hospitalizací (Spearman $r = 0,1158$; $p = 0,0501$), časem od poslední hospitalizace (Spearman $r = 0,1004$; $p = 0,1741$) ani s počtem v minulosti navštěvovaných psychiatrů (Spearman $r = -0,08646$; $p = 0,1433$).

Medikace

Míra sebestigmatizace hodnocená celkovým skórem ISMI statisticky významně pozitivně souvisí s dávkou antidepresiva (Spearman $r = 0,2812$; $p < 0,0001$) nikoliv však anxiolytika (Spearman $r = 0,007426$; n.s.) či antipsychotika (Spearman $r = 0,1413$; n.s.).

Současná míra adherence k léčbě hodnocená dotazníkem adherence DAI-10 statisticky signifikantně pozitivně koreluje s dávkou anxiolytika (Spearman $r = 0,2918$; $p < 0,05$).

Závěr

Výsledky studie naznačují, že míra sebestigmatizace může být velmi významný faktor, který souvisí s nízkou adherencí a vysazováním medikace u pacientů s psychickými poruchami napříč diagnostickým spektrem. Dalším zajímavým nálezem je i to, že míra sebestigmatizace se mezi jednotlivými diagnostickými okruhy neliší. Pokud tento výsledek bude ověřen dalšími studiemi, velkou perspektivou pro zvýšení adherence mohou být strategie na snížení sebestigmatiza-

ce, které mohou být prováděny pomocí systematické psychoedukace pacientů nebo v průběhu psychoterapie.

Literatura

1. Corrigan PW, Rafacz J, Rüsch N. Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Res* 2011;189(3):339–343.
2. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine* 2010;71:2150–2161.
3. Power R, Koopman C, Volk J, Israelski DM, Stone L, Chesney MA, Spiegel D: Social Support, Substance Use, and Denial in Relationship to Antiretroviral Treatment Adherence among HIV-Infected Persons. *AIDS Patient Care &STDs*. 2003;17(5):245–252
4. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry* 2005;20(8): 529–539.

SYMPOSIUM PALIATIVNÍ PÉČE

garant prof. Ladislav Volicer

PALITATIVNÍ PÉČE U TERMINÁLNÍ DEMENCE

L. Volicer

School of Aging Studies, University of South Florida, Tampa, USA a 3. lékařská fakulta Karlovy University, Praha, Česká republika

Summary

PALLIATIVE CARE IN TERMINAL DEMENTIA

Palliative care is appropriate for patients with progressive dementias because there is no effective treatment available that would prevent or cure these diseases. Goal of palliative care, maintenance of quality of life, requires attention to three main areas: provision of meaningful activities, treatment of psychiatric symptoms, and appropriate treatment of medical conditions. It is important to differentiate between psychiatric symptoms that occur when the patient is solitary (agitation and apathy) and those that occur when the patient is interacting with others (rejection of care) because they require different non-pharmacological strategies. If non-pharmacological strategies are not effective, antidepressants should be the first drugs administered unless the patient has bothersome psychotic symptoms. Medical interventions should be directed by established goals of care and consider the burdens and benefits for the patient. Cardiopulmonary resuscitation results in great burden and is rarely successful. Hospitalization should be avoided and it should be recognized that antibiotic treatment has limited effectiveness. Tube feeding has no benefit in patients with advanced dementia and poses a great burden. Dehydration is beneficial during the dying phase.

Keywords: palliative care, dementia, agitation, rejection of care, depression, dehydration

Cíle

Cílem této přednášky je vysvětlení důležitosti paliativní péče u pacientů s demencí. Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou. Cílem paliativní péče je zmírnit tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. Jelikož není žádná účinná léčba pro Alzheimerovu chorobu a ostatní progresivní demence, principy paliativní péče by měly být součástí lékařské péče od diagnózy až po smrt pacienta. Tyto principy nevyklučují současné lékařské zákroky, které mohou zpomalit postup demence a léčit komorbidity (diagram).

Metody

Přehled literatury týkající se péče o pacienty s demencí a výsledků našeho výzkumu. Detailní analýza dokumentu White Paper on Palliative Care on Dementia připraveného Evropskou Asociací pro Paliativní Péči (1).

Výsledky

Kvalita života u pacienta s demencí závisí na třech hlavních faktorech: poskytnutí příležitosti k smysluplné činnosti, léčbě psychiatrických příznaků a adekvátní lékařské péči. Při léčbě a komplexním managementu psychiatrických příznaků je třeba především zjistit, jestli tyto příznaky jsou způsobeny demencí nebo tělesným stavem a vlivem prostředí. Psychiatrické příznaky mohou být vyvolány hladem, žízní, chladem nebo horkem, hlukem nebo akutním onemocněním (např. infekcí močových cest). Důležitým důvodem může být bolest, která je někdy obtížně rozpoznatelná u pacienta, který nemůže vysvětlit, že má bolest, kde je a jak je silná.

Pro efektivní léčbu psychiatrických příznaků je důležité rozlišit, jestli se příznaky vyskytují, když je pacient osamocen anebo během interakce s někým jiným. Osamocený pacient může vyvinout agitaci nebo apatii. Termín agitace by měl být používán jenom pro ty příznaky, které se vyskytují, když je pacient osamocen: neklid, opakované pohyby, neustálá vokalizace. Jiný příznak se objevuje během interakce s ošetřovatelkou, kdy pacient s demencí nerozumí, proč potřebuje ošetření, a brání se jeho poskytování. Když se ošetřovatelka snaží poskytnout péči nedbajíc odporu pacienta, pacient může i poranit ošetřovatelku. Pacient je pak považován za agresivního, ale to je nesprávné, protože pacient považuje ošetřovatelku za agresora. Rozdíl mezi agitací/apatií a odmítáním péče je velice důležitý protože nefarmakologické strategie pro prevenci a léčení těchto příznaků jsou velice odlišné.

Agitace a apatie jsou velice často vyvolány nudou a nejlepším přístupem k těmto příznakům je poskytování smysluplné činnosti. Odmítání péče je způsobeno neschopností pacienta porozumět důvodům péče a dyskomfortem, který tato péče může způsobovat. Proto je důležité, aby ošetřovatelka věděla, jak nejlépe komunikovat s pacientem, který má obtíže porozumět jejímu vysvětlení. To vyžaduje využití neverbální komunikace, odvedení pozornosti pacienta konverzací nebo jídlem, nebo odložení péče na později. Je také důležité pozměnit péči tak, aby vyvolala méně strádání. Na příklad, místo koupele ve sprše nebo ve vaně, je možné mýt pacienta v posteli použitím vlhkých ručníků a mýdla, které se nemusí oplachovat. Pacient může být přikryt během mytí a tím se zabrání pocitu chladu a rozpaků z nahoty.

Psychiatrické příznaky by měly být nejdříve léčeny nefarmakologickými strategiemi, jak je popsáno výše. Jejich účinnost může být omezená, jestli má pacient depresivní nebo psychotické příznaky. Deprese je velice častá u pacientů s Alzheimerovou chorobou a jiných demencí, protože patologický proces způsobuje dysfunkci serotoninového systému. Proto použití inhibitorů vychytávání serotoninu, které potencují serotonin je podobné použití inhibitorů acetylcholinesterazy které potencují acetylcholin. Rozpoznání deprese u pacientů s pokročilou demencí je obtížné, protože není možné udělat diagnózu na základě pacientových sdělení. Je nutné se spolehnout na sdělení rodinných příslušníků nebo ošetřovatelů, kteří mohou pozorovat příznaky jako negativní prohlášení, zlobu, nerealistické obavy, opakované stížnosti na zdraví, opakované úzkostné stížnosti, smutný výraz a pláč (2).

Deprese a psychotické příznaky (bludy a halucinace) mohou být příčinou nebo důležitým faktorem pro agitaci i pro odmítání péče. Antipsychotika jsou indiko-

vána jako první volba jestliže psychotické příznaky trápí pacienta. Antidepresiva by měla být použita jako první volba u pacientů bez psychotických příznaků. Psychiatrické příznaky nejsou ale vždycky kompletně kontrolovány aplikací samotných antidepresiv podobně jako samotná antidepresiva vyléčí depresi jen u některých kognitivně intaktních pacientů. Efektivní léčba deprese často vyžaduje augmentaci účinku antidepresiv a jedním způsobem augmentace je současné podávání atypických antipsychotik (na příklad aripiprazolu).

Lékařská péče o pacienty s demencí by měla být vedena cíly péče, které byly ustanoveny pacientem nebo jeho rodinou. Po stanovení diagnózy, pacient s lehkou demencí se může, a měl by se, zúčastnit stanovení cílů. Jsou v podstatě tři možné cíle lékařské péče: prodloužení života, udržení funkce a léčba strádání. Všechny tyto cíle není vždy možné dosáhnout, protože na příklad léčba na resuscitačním oddělení působí strádání a ztrátu funkční kapacity u pacienta s demencí. Proto je nutné rozhodovat který cíl je nejdůležitější v daném stadiu demence. Na příklad, prodloužení života může být hlavní cíl u lehké demence, zatím co udržení nezávislých funkcí může být hlavní cíl u středně těžké demence, a prevence a léčba strádání může být hlavní cíl u těžké demence.

Některé agresivní zákroky nejsou optimální u pokročilé demence. Na příklad resuscitace je účinná jenom u malého procenta pacientů s demencí a vyžaduje lékařské zákroky které působí utrpení pro pacienta který nechápe proč jsou nutné. Také převoz pacienta z dlouhodobé léčebny nebo domova do nemocnice není vždy nejlepší léčba. Některé choroby, na příklad zápal plic, jsou lépe léčeny v dlouhodobé léčebně než v nemocnici. Pobyt v nemocnici je stresující pro pacienta, který nechápe léčbu, snaží se odstranit katetry a musí být často přivázán což může mít za následek proleženiny. Nemocniční personál nemá někdy dost času na krmení pacienta, který nemůže jíst bez pomoci, s následnou podvýživou. Pacient často také ztrácí nezávislé funkce, které měl. Zápal plic se může léčit antibiotiky ale toto léčení není vždy účinné u pacienta s pokročilou demencí a u většiny pacientů antibiotika jenom prodlouží umírání. Přitom je možné zajistit pohodu pacienta s generalizovanou infekcí bez antibiotik, léčením bolesti a dušnosti opiáty, antipyretiky a kyslíkem když je nutný.

Většina pacientů s pokročilou demencí vyvine problém s jídlm a pitím. V lehké fázi, tyto problémy mohou být léčeny podáváním jídel, které pacienti mohou jíst prsty nebo změnou konzistence jídla. V pozdějších fázích ale pacienti začnou mít problémy s polykáním a mohou se při jídle dusit a aspirovat. To někdy vede k zavedení sondy, kterou jsou pacienti krmení. Tato strategie ale nebere v úvahu, že krmení sondou nebrání aspiraci, protože nejnebezpečnější je aspirace slin, které obsahují daleko víc mikrobů než normální jídlo a pití. Krmení sondou u pacientů s pokročilou demencí neprodlužuje život, nepomáhá léčit proleženiny a dokonce zvyšuje riziko aspiračního zánětu plic. Kromě toho že krmení sondou nemá žádné výhody, má také negativní důsledky. Pacient musí být často přivázán, aby neodstranil sondu, nemůže ocenit chuť jídla a pití, nemá styk s personálem při krmení, a sonda může způsobit průjem, zvracení, infekci kůže i břišní dutiny. Když pacient s pokročilou demencí začne odmítat jídlo, může to znamenat že učinil rozhodnutí umřít které nemůže jinak komunikovat. Umírající pacient necítí hlad a žízeň a jediná nepohoda může být spojena se suchostí úst, která může být léčena kousky ledu nebo postříkem umělého slin. De-

hydratace je výhodná při umírání protože snižuje sekrece v plicích, takže není nutné odsávání, sekrece v zažívacím traktu takže není zvracení a průjem, a tvorbu moči, která může iritovat kůži. Léčení bolesti a dušnosti zajistí klidné umírání.

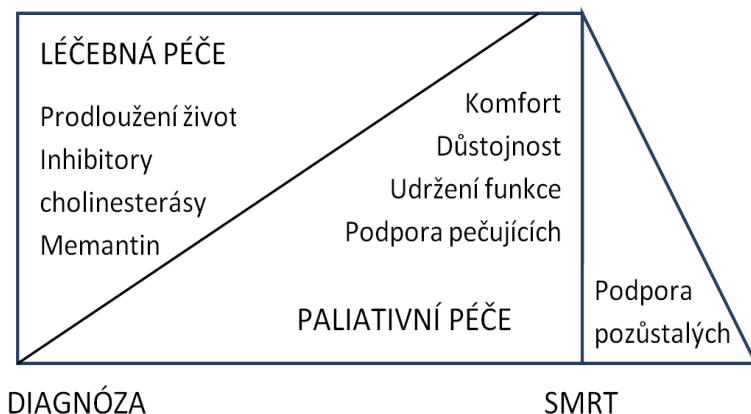
Závěr

Paliativní péče je důležitá součást péče o pacienty s demencí a jejich rodiny. Její principy mohou být aplikovány současně s léčebnou péčí a důležitost paliativní péče se zvyšuje s pokročilostí demence.

Literatura

(1) Van der Steen JT, Radbruch L, Hertogh CM, de Boer ME, Hughes JC, Larkin P, et al. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med* 2014;28(3):197–209.

(2) Burrows AB, Morris JN, Simon SE, Hirdes JP, Phillips C. Development of a Minimum Data Set-based depression rating scale for use in nursing homes. *Age Ageing* 2000;29:165–72.



PROGRAM NAMASTE

J. Simard

School of Midwifery and Nursing, University of Western Sydney, Sydney, Australia

Summary

PROGRAM NAMASTE CARE™

Namaste Care™ is an activity program for persons who cannot benefit from usual activities offered in a long-term institution. The three main components of Namaste Care are comfortable environment, presence of others and loving touch. Residents eligible for Namaste Care congregate in a special place; either in a dedicated Namaste room or in a multipurpose room that has been modified

for Namaste Care by home-like setting, low lights, relaxing music and a scent of lavender. Residents are placed in comfortable recliners and their comfort and presence or absence of pain is evaluated. Instead of being isolated either in the hallways or in their rooms residents with advanced dementia are in the Namaste room, in presence of other residents and a care provider. Namaste Care does not require additional staff, because number of residents in Namaste room is equal to assignment of a nursing assistant who provides care in Namaste room instead doing another function. Care providers offer residents unhurried activities, such as massage, application of a lotion, soaking of hands or feet, that provide loving touch. Namaste Care decreases behavioral symptoms of dementia and need for psychotropic medications.

Keywords: Namaste Care™, dementia, activity, loving touch, environment

Cíle

Popis programu Namaste Care™ a výsledků tohoto programu.

Metody

Smysluplné aktivity pro lidi s pokročilou demencí by měly stimulovat smysly a zahrnovat „milující dotek“. Program, který toto poskytuje je program Namaste Care™, který se rozšířil z jednoho domova pro seniory do stovky domů s pečovatelskou službou a hospicových organizací ve Spojených státech, Austrálii a Velké Británii (1). Namaste je hinduistické slovo, které má mnoho významů, ale jedním z nich je "ctít vnitřního ducha". Každý aspekt Namaste ctí rezidenty od okamžiku, kdy vejdou do místnosti, kde se program koná až do odchodu na oběd nebo večeri. Namaste je každodenní program, který se koná alespoň čtyři hodiny denně. Místnost pro Namaste je uzpůsobena tak, aby přicházející rezidenti cítili klid a pohodu. Světla jsou ztlumena, vzduch prostupuje vůně levandule, protože tato vůně může snížit úzkost a neklid. Hraje uklidňující hudba, a pokud je to možné, místnost vypadá jako domácí pokoj.

Když rezident vstoupí do místnosti je přivítán personálem, který nazýváme Namaste pečovatelé, a to způsobem, který je příjemný a má pro konkrétního rezidenta vhodný. Například Dr. Collinsovi se podá ruka, teta Dottie se obejmě, a Margie se řekne jak je krásná a že vždycky dobře vypadá. Každý rezident je umístěn na lehátko, protože invalidní vozík pro pacienty s pokročilou demencí nebývá pohodlný. Residenti jsou přikryti pokrývkou a je jim nabídnut nápoj. Kontinuální hydratace je hlavní činnost v průběhu dne. Jméno rezidenta je napsáno na sklenici, aby nedošlo k záměně s jiným rezidentem. Pečovatelé i návštěvníci neustále nabízejí nápoje. Udržet člověka s pokročilou demencí hydratovaného je těžké, ale následkem dehydratace může dojít k infekci močových cest a hospitalizaci. Pacienti s pokročilou demencí, se často z hospitalizací vrací podvyživení, někdy s permanentním katetrem, s více léky a v horším funkčním stavu, než když byli v domácí péči. Vždy jsou k dispozici různé šťávy a ochucené vody, takže rezidenti si mohou vybrat. Seznam všech rezidentů, kteří mají polykací obtíže nebo mají speciální dietní požadavky, se nachází v místnosti Namaste a je vždycky aktuální. Pokoj je také zásoben pudinký, zmrzlinou a přísadami pro ovocné nápoje. Smysluplná činnost pro jednoho rezidenta je například sněžení několika sušenek a cukroví, které si pamatuje z doby, když byl mladý kluk.

Jedním z důsledků pokročilé demence je úbytek hmotnosti, proto jsou z lékařského hlediska přidáné kalorie a zvýšený příjem nápojů výhodné navíc představují pro rezidenty zábavu.

Bolest nebo nepohodlí jsou posuzovány pomocí PAINAD škály (2) a sestra je upozorněna, pokud existuje obava, že se rezident necítí dobře. Kvalita života není možná, pokud je člověk v nepohodě. Potom jsou nabízeny neuspěchaným způsobem aktivity denního života. Základem Namaste péče je "síla milujícího doteku". Tváře rezidentů jsou jemně umyty a namazány krémem na obličej, jehož vůni si pamatují z minulosti. Pečovatelé zjistí od rodiny, jestli jejich milovaný používal nějaké krémy nebo vody po holení, a jestli to mohou poskytnout. Ruce rezidentů jsou namočené v teplé vodě a ruce a paže jsou namazané krémem. Jednou z nejpříjemnějších činností je česání vlasů a masáž kštice. To může připomínat rezidentům čas, když jim jejich matka česala vlasy. Během nabízení těchto aktivit, personál mluví s rezidenty tichým uklidňujícím způsobem. Nonverbální rezidenti často spontánně reagují tím, že říkají "děkuji" zaměstnancům a jejich rodinám. Někteří rezidenti drží realistického psa nebo kočku, jiní najdou pohodlí s realistickými panenkami.

Před obědem je třeba rezidenty stimulovat, aby byli připraveni k jídlu. Hraje veselá hudba, zvýší se osvětlení a dělá se něco zábavného, jako třeba foukání bublin. Také se mohou ukazovat předměty z období svátků, které rezidenti mohou držet a mluvit o tom, na co si vzpomínají. To často vyvolává šťastné úsměvy a komentáře. Na podzim mohou vyvolat šťastné vzpomínky malé tykve nebo dýně a vůně skořice. Jednou v zimě personál přinesl mísu sněhu do Namaste místnosti a rezidenti se snažili dělat sněhové koule! Potom ošetřovatelé přicházejí, aby připravili rezidenty na jejich jídlo. Každému rezidentu se poděkuje za účast na Namaste a většina z nich se obejmě, než odejdou z místnosti. Po obědě se rezidenti, kteří nemusí odpočívat v posteli vrátí do Namaste místnosti na odpolední aktivity. Mezi ně patří koupel nohou s aplikací krému, pohyby končetin s hudbou, masáže rukou a zad, nebo cokoliv co si pečovatelé myslí, že je příjemné a smysluplné.

Rodiny přicházejí v odpoledních hodinách a často jsou pozvány k účasti na programu. Rodiny, které dříve vyžadovaly náročné a invazivní lékařské zákroky, protože měly pocit, že se něco musí udělat i když jejich příbuzný byl v pokročilém stádiu demence, paliativní péči nabízenou v Namaste Care TM vítají. Často také změni své plány a odmítnou převoz do nemocnice, když vidí, že jejich příbuzní jsou šťastní. Tento program může být realizován bez nárůstu počtu pracovníků, bez nároků na další samostatnou místnost, a potřeby pro program nejsou nákladné.

Výsledky

Kvantitativní výsledky jedné studie Namaste Care TM v USA ukázaly snížení netečnosti rezidentů, ukazatelů deliria a agitace (3). Studie z Havaje zjistila, že procento rezidentů s psychiatrickými příznaky bylo sníženo téměř o polovinu a celkové skóre příznaků a odmítnutí péče se také signifikantně snížily. Londýnská studie ukázala, že závažnost psychiatrických příznaků byla výrazně nižší po zahájení Namaste Care TM. Dlouhodobé účinky Namaste Care TM byly pozitivní

ve čtyřech zařízeních, a negativní v jednom, kde nebyla dobrá kontrola bolesti. Skotská studie ukázala, že zavedení Namaste Care™ vedlo k postupnému snížení a ukončení léčení antipsychotiky, snížení antidepresiv a zvýšení analgetických léků (4).

Kvalitativní výsledky z Londýna ukázaly, že rodiny ocenily účinky Namaste Care™, a příbuzní, kteří se zúčastnili Namaste popsali lepší komunikaci s pečovateli a někteří cítili, že se celková atmosféra domova změnila k lepšímu. Pečovatelé popsali Namaste jako klidný a příjemný program, v kontrastu s kulturou spěchu a zmatku, která byla na začátku. Pečovatelé získali nové schopnosti a dojem, že jejich práce je důležitá, popsali užší vztahy a lepší komunikaci s rezidenty i lepší komunikaci s příbuznými. Manažeři byli Namaste Care™ nadšeni a prohlásili, že tento program péče zvýšil týmovou práci, zvýšil sebevědomí zaměstnanců a zlepšil vztahy mezi zaměstnanci a příbuznými, včetně rozhovorů o konci života. Analýza výsledků za Austrálie ukázala dvě důležitá témata: dotyk od ostatních a dotyk rezidentem. Tato dvě široká témata, vyjadřují podstatu duševního zdraví jako vzájemného propojení a vzájemných vlivů osob s pokročilou demencí a jejich pečovateli. Místo pocitů frustrace a beznaděje, byly pečovateli a rodiny schopny cítit se při interakci s rezidenty uvolněně a pohodlně. Vidět člověka s demencí uvolněného a usmívajícího se má podobný dopad na ostatní lidi. Takto je duševní zdraví podpořeno jednoduchým, ale účinným způsobem vzájemného fyzického a citového styku (5).

Závěr

Zapojení osob s demencí do smysluplných aktivit, které odpovídají jejich možnostem, pomáhá profesionálním pečovateli a rodinám cítit se méně bezmocně. Dotyk je vzájemná potřeba a přináší osobám se ztrátou paměti, jejich profesionálních pečovateli a rodiny úlevu a do tváří vrací úsměvy. Moc milujícího doteku nelze podceňovat a je základem toho, jak skutečně pečovat o lidi s demencí.

Literatura

- (1) Simard J. The End-of-Life Namaste Program for People with Dementia. 2nd ed. Baltimore, London, Sydney: Health Professions Press; 2013.
- (2) Volicer L, Krsiak M. Rozpoznání a měření bolesti u pacientů s pokročilou demencí. *Bolest* 2006;1(8):13.
- (3) Simard J, Volicer L. Effects of Namaste Care on residents who do not benefit from usual activities. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2010;25(1):46–50.
- (4) Fullarton J, Volicer L. Reductions of antipsychotic and hypnotic medications in Namaste Care. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14(9):708–9.
- (5) Nicholls D, Chang E, Johnson A, Edenborough M. Touch, the essence of caring for people with end-stage dementia: a mental health perspective in Namaste Care. *Aging & Mental Health* 2013;17(5):571–8.

SYMPOSIUM PSYCHIATRICKÉ KLINIKY VFN A 1. LF UK: BIOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA A LÉČBA DUŠEVNÍCH PORUCH

garant prof. Jiří Raboch

ENERGETICKÝ METABOLISMUS U PACIENTŮ S DEPRESÍ A ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ

J. Hroudová¹, Z. Fišar¹, R. Jiráček¹, H. Hansíková², L. Wenchich², J. Raboch¹

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

²Klinika dětského a dorostového lékařství, Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká Republika

Summary

ENERGY METABOLISMUS IN PATIENTS WITH DEPRESSION AND ALZHEIMER'S DISEASE

Mitochondrial dysfunctions are concerned in a range of diseases, neurodegenerative and psychiatric disorders included. We examined effects of depressive disorder and/or Alzheimer's disease (AD) on both mitochondrial enzyme activities (citrate synthase, complexes of electron transport chain) and cellular respiration in blood platelets. Enzyme activities were measured spectrophotometrically, kinetics of oxygen consumption by mitochondria was measured electrochemically. Physiological respiration, maximal capacity of electron transport system (ETS) and respiratory rate after complex I inhibition were decreased in intact platelets of depressive patients, compared to controls. Complex II activity was significantly decreased in depressive patients. In AD, we found decreased physiological respiration and ETS capacity; whereas respiratory rate after complex I inhibition was increased. Unchanged respiratory rate was observed in permeabilized platelets. Significant decrease of citrate synthase and complex IV activities were observed in AD patients. Complex I was significantly increased in AD patients, complex II was increased in subgroup of AD patients with depression. Results suggest that insufficient substrate availability, rather than ETS functional disturbances, is responsible for decreased mitochondrial respiration. It can be concluded that changes of mitochondrial functions participate in the pathophysiology of depression and AD. Their modulation can contribute to therapeutic and/or adverse effects of antidepressants and mood stabilizers.

Keywords: depression; Alzheimer's disease, electron transport chain complexes, cellular respiration, high resolution respirometry

Cíle

Narůstající důkazy, že mitochondriální dysfunkce souvisí s narušením energetického metabolismu a jsou zahrnuty v patogenezi Alzheimerovy choroby (AD) [1, 2]. Narušená funkce mitochondrií vede nejen ke snížení produkce ATP, ale také ke zvýšené produkci volných radikálů, ke změnám nitrobuňčného kalcia, oxidačnímu stresu a apoptóze.

Předpokládáme, že změny energetického metabolismu buňky se podílí na patofyziologii AD, poruch nálady a na terapeutických nebo vedlejších účincích anti-depresiv [3]. Sledovali jsme respirační rychlost a aktivitu mitochondriálních enzymů v krevních destičkách u pacientů s AD, u pacientů s depresivní epizodou a v remisi, u zdravých kontrol. Cílem práce bylo zjistit, zda je aktivita citrát-syntázy, komplexů elektronového transportního řetězce a buněčná respirace ovlivněna při depresi a při AD. Snahou studie je nalezení biologických parametrů, které by mohly být vhodnými markery onemocnění a které by mohly být cílem léčby psychofarmaky.

Metody

Do studie byli zařazeni pacienti s depresivní epizodou; tíže jejich deprese byla ohodnocena pomocí Hamiltonovy škály deprese (HRSD-21), kontrolní skupina byla tvořena zdravými dobrovolníky. Byli zařazeni pacienti s AD a věkově odpovídající kontroly. Kognitivní postižení bylo ohodnoceno pomocí škály minimal state examination (MMSE), deprese u AD byla identifikována geriatrickou škálou deprese (GDS); diagnóza AD byla potvrzena výpočetní tomografií mozku nebo magnetickou rezonancí.

Změny buněčného dýchání byly měřeny v krevních destičkách pacientů v depresivní epizodě, v remisi a u pacientů s AD, a byly porovnávány se zdravými kontrolami. Dýchání mitochondrií, tj. celková aktivita systému oxidační fosforylace (OXPHOS), bylo měřeno s použitím oxygrafu s Clarkovými elektrodami. Respirimetrická měření s vysokým rozlišením byla prováděna v intaktních a také v permeabilizovaných buňkách (v přítomnosti substrátů a inhibitorů OXPHOS). Rychlost spotřeby kyslíku byla hodnocena v několika respiračních stavech. Aktivita citrát-syntázy a komplexů elektronového transportního řetězce byla měřena spektrofotometricky. Statistická významnost byla hodnocena pomocí Mannova-Whitneyova *U* testu.

Výsledky

Fyziologická respirace v krevních destičkách depresivních pacientů se nelišila od kontrol; ke statisticky významnému snížení došlo po léčbě antidepresivy. Respirační rychlost po inhibici komplexu I a maximální kapacita elektronového transportního systému byla rovněž snížena statisticky významně po léčbě antidepresivy. U osob s depresí jsme zjistili statisticky významné snížení aktivity komplexu II v porovnání s kontrolami.

U pacientů s AD byla významně snížena fyziologická respirace i max. kapacita elektronového transportního systému. U pacientů s AD bylo významné snížení aktivity citrát-syntázy a komplexu IV. U pacientů s AD (bez deprese) byla zvýšená aktivita komplexu I v porovnání s kontrolami. U podskupiny AD pacientů se symptomy deprese byla navíc významně zvýšená aktivita komplexu II oproti kontrolám i ve srovnání s AD pacienty bez deprese.

Nepozorovali jsme významnou souvislost mezi aktivitami mitochondriálních enzymů a stupněm kognitivního poškození nebo tíží deprese.

Závěry

V patofyziologii depresivní poruchy i AD může být zahrnuta změněná aktivita komplexů II a IV dýchacího řetězce. Symptomy deprese při AD mohou mít jiný

patofyziologický základ, než je tomu u samotné depresivní poruchy. Z výsledků také vyplývá, že snížená respirace je dána spíše nedostatečnou dostupností substrátů než funkčním poškozením elektronového transportního systému.

Depresivní porucha před započítím léčby měla významný vliv na aktivitu komplexu II, ale nikoli na respirační poměry v intaktních destičkách; léčba vedla ke změnám těchto parametrů. Předpokládáme, že snížení respirační rychlosti u depresivních osob po dlouhodobém podávání antidepresiv odráží inhibiční účinky antidepresiv, které jsme pozorovali v předchozích *in vitro* experimentech [4].

Aktivita citrát syntázy, komplexu II a komplexu IV by měly být dále studovány jako možné biomarkery AD, které by v kombinaci s dalšími biochemickými parametry mohly napomoci v diagnostice tohoto onemocnění a ve sledování mechanismů účinků nových léčiv.

Podpořeno výzkumným záměrem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy MSM0021620849 a projektem PRVOUK-P26/LF1/4.

Literatura

1. Parker, W.D., Jr., et al., *Electron transport chain defects in Alzheimer's disease brain*. Neurology, 1994. **44**(6): p. 1090–6.
2. Bosetti, F., et al., *Cytochrome c oxidase and mitochondrial F₁F₀-ATPase (ATP synthase) activities in platelets and brain from patients with Alzheimer's disease*. Neurobiol Aging, 2002. **23**(3): p. 371–6.
3. Hroudova, J., et al., *Mitochondrial respiration in blood platelets of depressive patients*. Mitochondrion, 2013. **13**(6): p. 795–800.
4. Hroudova, J. and Z. Fišar, *Activities of respiratory chain complexes and citrate synthase influenced by pharmacologically different antidepressants and mood stabilizers*. Neuro Endocrinol Lett, 2010. **31**(3): p. 336–42.

VÝZNAM KORTIZOLU A HOMOCYSTEINU V DIAGNOSTICE ALZHEIMEROVY DEMENCE – VÝSLEDKY Z VÝZKUMNÉHO ZÁMĚRU

M. Zvěřová, Z. Fišar, R. Jiráček, J. Hroudová, E. Kitzlerová, J. Raboch
Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká republika

Summary

MEANING OF CORTISOL AND HOMOCYSTEINE IN DETECTION OF ALZHEIMER'S DEMENTIA – RESULTS OF THE RESEARCH PLAN

Background: Cortisol and homocysteine are presumed to be risk factors for stress- and age-related disorders, such as Alzheimer's disease (AD). The aim of this study was to investigate the association of plasma cortisol or homocysteine concentration with AD.

Materials and Methods: Plasma cortisol and homocysteine concentration were measured in 80 AD patients, and 37 elderly healthy controls. Patients were recruited from the Department of Psychiatry, First Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague.

Results: Plasma cortisol was positively correlated with cognitive impairment in AD patients. We confirmed significant correlation between homocysteine concentration and the degree of cognitive impairment in AD patients.

Conclusions: The association of high cortisol and high homocysteine with degree of cognitive impairment or stage of dementia in AD indicate potential role of high plasma cortisol and homocysteine as biomarkers of the disease and/or indicators of brain damage during the progression of AD dementia.

Keywords: Alzheimer's disease, biochemical markers, cortisol, homocysteine

Úvod a cíle

V současnosti jsou hledána další diagnostická kritéria a další biologické markery, které by byly specifické pro Alzheimerovu nemoc. Zatím však nebyla nalezena žádná nová metoda, která by byla více průkazná a pro pacienty méně zatěžující než je odběr mozkomíšního moku. Mezi biochemické markery, zjištěitelné v periferní krvi a podílející se na patofyziologii neurodegenerativních poruch, lze zařadit uptake serotoninu do krevních destiček, aktivitu monoaminoxidázy a plazmatické koncentrace kortizolu a homocysteinu. Kromě malého procenta geneticky podmíněných případů není příčina AD známa. Mezi známé hypotézy vzniku AD provázené neurodegenerací a kognitivním postižením patří hypotéza cholinergní (snížená syntéza acetylcholinu), amyloidová (abnormální akumulace amyloidu- β) a tau (patologická agregace tau proteinu). Pozornost je však věnována řadě dalších faktorů, které mohou být zahrnuty v etiologii AD, především mechanismům vedoucím k poškození neuroplasticity a neurogeneze, jako jsou mitochondriální dysfunkce a další. Imunoneuroendokrinní a neurochemické cesty vedoucí k neurodegeneraci jsou propojeny přes vzájemné ovlivňování funkcí neurotransmiterových systémů a osy hypotalamus – hypofýza – kůra nadledvin (HPA). Patofyziologické mechanismy AD zahrnují zvýšenou aktivitu osy HPA, chronické zánětlivé procesy, zvýšený oxidační a nitrosační stres, narušenou neuroplasticitu a neurogenezi. Biologicky aktivními molekulami studovanými při AD jsou proto glukokortikoidy, prozánětlivé cytokiny transkripční faktor aktivovaný v odezvě na zvýšení hladin cAMP (CREB), mozkový neurotrofický faktor (BDNF), glykogensyntázakináza-3 (GSK-3) a další. Mezi biochemické markery, které jsou zjištěitelné v periferní krvi, a které se podílejí na patofyziologii neurodegenerativních poruch, patří kortizol a homocystein. Kortizol (hydrokortizon) je jedním ze steroidních hormonů syntetizovaných z cholesterolu v zona fasciculata kůry nadledvin. Produkce je regulována prostřednictvím HPA osy (CRH \rightarrow ACTH \rightarrow kortizol). Hlavními stimuly pro uvolnění jsou stres (teplo, zima, fyzická zátěž), adrenalin, vasopresin, pyrogeny, bolest a hypoglykemie. Kortizol je v plazmě transportován převážně ve vazbě na transcortin (90%), albumin (7%), asi 3 % plazmatického poolu tvoří volný, biologicky aktivní hormon. Mezi hlavní fyziologické funkce patří regulace intermediárního metabolismu bílkovin, glukózy a lipidů, regulace krevního tlaku a imunomodulační vliv. Biologický význam homocysteinu určuje jeho účast v základních životních procesech, a to v hospodaření s kyslíkem (buněčné dýchání), v řízení tvorbě energie, jejím ukládání a využívání, dále v syntéze a recyklaci některých klíčových metabolitů a v rozmnožování buněk. Zvýšené koncentrace kortizolu a homocysteinu se považují za jeden z rizikových faktorů vedoucích k narušení kognitivních funkcí ve vyšším věku a k rozvoji Alzheimerovy demence.

Metody

Pacientům s klinicky potvrzenou diagnózou AD byla v odebraných krevních vzorcích měřena hodnota celkového plazmatického kortizolu a homocysteinu. Celkem bylo posuzováno 80 osob s Alzheimerovou demencí (AD), kteří se léčí (léčili) na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN a 37 zdravých kontrol. Pacienti s AD museli splňovat výzkumná kritéria

MKN-10 pro Alzheimerovu demenci, vyplněn byl dotazník týkající se významných anamnestických údajů, osobních zvyklostí a užívané medikace.

Celkový plazmatický homocystein byl měřen spektrofotometricky s použitím dvousložkové reagenční soupravy (liquid stable 2- part homocysteine reagent kit, Axis-Shield Diagnostics Ltd, Dundee, UK) a analyzátoru Modular Analytics EVO (Hitachi, Japan). Krev ke stanovení celkového kortizolu byla pacientům odebírána ráno na lačno mezi 7:00 a 8:00 hodinou. Kvantitativní stanovení plazmatického kortizolu bylo provedeno metodou kompetitivní imunoassay s použitím přímé chemiluminiscence. Byla použita reagenční souprava Centaur Cortisol (Siemens Healthcare Diagnostics Inc., Tarrytown, USA) a analyzátor ADVIA Centaur (Siemens Healthcare Diagnostics Inc., Tarrytown, USA). Do skupiny s „vysokým homocysteinem“ byly zařazeni pacienti s plazmatickou koncentrací homocysteinu nad 15 $\mu\text{mol/L}$, do skupiny s „vysokým kortizolem“ byly zařazeni pacienti s plazmatickou koncentrací kortizolu nad 700 nmol/L . Poměr šancí (odds ratio, OR), relativní riziko (relative risk, RR), senzitivita a specifická (s 95% intervalem spolehlivosti) byly spočteny pro odhad asociace plazmatických koncentrací kortizolu a homocysteinu s AD.

Výsledky

Plazmatické koncentrace kortizolu a homocysteinu byly měřeny u 80 pacientů s AD a u 37 zdravých kontrol. Byla potvrzena pozitivní souvislost mezi věkem a zvýšenou hladinou homocysteinu v plazmě. Normální hodnoty homocysteinu se pohybují mezi 5 a 15 $\mu\text{mol/L}$, koncentrace homocysteinu jsou do 40 let věku poměrně stabilní, pak začnou prudce stoupat, především po 70. roce věku. Bylo zjištěno významné zvýšení kortizolu i homocysteinu u pacientů s AD. Hodnoty plazmatického kortizolu i homocysteinu pozitivně korelovaly s mírou narušení kognitivních funkcí u pacientů s AD. Vysoká koncentrace plazmatického homocysteinu (>15 $\mu\text{mol/L}$) byla pozorována u 34,1% AD pacientů a u 9,1% kontrol. Vysoká plazmatická koncentrace kortizolu (>700 nmol/L) byla zjištěna u 16,3% pacientů s AD a u 2,7% kontrol.

Závěr

Byla zjištěna pozitivní korelace mezi plazmatickou koncentrací homocysteinu a stupněm poškození kognitivních funkcí u pacientů s AD a zároveň stupeň AD koreloval s významně zvýšenou hodnotou plazmatické koncentrace homocysteinu. Z toho usuzujeme, že vysoká plazmatická koncentrace homocysteinu může být považována za mírně sensitivní a středně-specifický biologický marker pro středně těžkou a těžkou fázi AD a jako ukazatel progresu úbytku kognitivních funkcí.

Zvýšené koncentrace homocysteinu jsou vazotoxické a neurotoxické (způsobují deficienci neurotransmiterů) a genetická dispozice určitého typu populace zvyšuje riziko vzniku vaskulárních chorob v mozku. Hodnoty plazmatického korti-

zolu byly u pacientů s AD proti kontrolní skupině zvýšeny. Zjištěná souvislost mezi vysokými hodnotami kortizolu a homocysteinu se stupněm narušení kognitivních funkcí nebo stupněm demence u AD umožňuje uvažovat o hodnotách plazmatického kortizolu a homocysteinu jako o součásti souboru biomarkerů tohoto onemocnění a/nebo jako o indikátorech stupně poškození mozku v průběhu onemocnění Alzheimerovou demencí.

Podpořeno Výzkumným záměrem MSM 0021620849, grantem MZ ČR – RVO – VFN64165 a projektem PRVOUK-P26/LF1/4.

Literatura

1. Morris MA. Homocysteine and Alzheimer's disease. *Lancet Neurology* 2003; 2: 425–428
2. Zvěřová M, Fišar Z, Jirák R, Kitzlerová E, Hroudová J, Raboch J. Plasma cortisol in Alzheimer's disease with or without depressive symptoms. *Medical Science Monitor* 2013; 19: 681–689.
3. Kitzlerová E, Fišar Z, Raboch J. Homocystein v etiopatogenezi depresivní poruchy a Alzheimerovy nemoci. *Čes a slov Psychiat* 2013; 109(5): 218–223.
4. Kitzlerová E, Fišar Z, Jirák R, Zvěřová M, Hroudová J, Benáková H, Raboch J. Plasma homocysteine in Alzheimer's disease with or without co-morbid depressive symptoms. *Neuro Endocrinol Lett.* 2014; 35(1): 42–49.
5. Pláteník J, Fišar Z, Buchal R, Jirák R, Kitzlerová E, Zvěřová M, Raboch J. GSK3 β , CREB, and BDNF in peripheral blood of patients with Alzheimer's disease and depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2014; 50: 83–93.

CHRONBIOTERAPIE: MODERNÍ PŘÍSTUPY V LÉČBĚ AFEKTIVNÍCH PORUCH

P. Doubek^{1,2}, T. Glaser^{1,2}, J. Raboch^{1,2}

¹ *Psychiatrická klinika Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká republika*

² *Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, Praha, Česká republika*

Summary

CHRONBIOTHERAPY: MODERN APPROACH IN THE TREATMENT OF AFFECTIVE DISORDERS

Chronobiotherapy takes into consideration and uses relationships and the importance of temporal coordination functions of the human body with the world and simultaneously mutual synchronizing internal body systems, organs, cells and genes in the treatment of mental illness.

The main methods of chronobiotherapy are light therapy, dark therapy, sleep deprivation and administration of “chronotherapeutics” (melatonin, agomelatin and lithium).

We have chronotherapeutical various approaches, particularly in the treatment of affective disorders, in order to effectively combine light therapy and sleep deprivation with pharmacological treatment. Chronobiotherapy is fast, powerful and effective tool in the modern treatment of affective disorders.

Keywords: chronobiotherapy, light therapy, dark therapy, sleep deprivation, melatonin, lithium, agomelatine, depression, bipolar disorder

Cíle

Chronobiologie zkoumá a popisuje vztah a význam časové koordinace funkcí lidského organismu s okolním světem a současně vzájemnou synchronizaci činnosti vnitřních tělesných systémů, orgánů, jednotlivých částí orgánů, buněk a genů. Každé tělesné i duševní onemocnění obsahuje určitou chronobiologickou komponentu.

Chronobioterapie je aplikací chronobiologických přístupů a poznatků v léčbě duševních nemocí.

Léčba afektivních poruch je vždy klinicky eklektická a čítá řadu přístupů od čisté biologických, přes farmakologické až k psychotherapeutickým. U afektivních poruch tvoří jejich chronobiologická komponenta velmi podstatnou součást obrazu nemoci, protože téměř u všech můžeme najít některou formu poruchy spánku. Moderní přístupy v léčbě afektivních poruch využívají právě vhodnou kombinaci chronobiologických léčebných postupů a psychofarmakologické léčby se zřetelem k jejich chronobiologickým účinkům. U afektivních poruch je frekvence výskytu poruch spánku a jejich závažnost jedním ze základních ukazatelů pro hodnocení vývoje poruchy, účinnosti její léčby a prognózy onemocnění.

Metody

Hlavními metodami chronobioterapie jsou fototerapie, terapie tmou, spánková deprivace a podávání melatoninu. Signalizace o světlé a tmavé části dne, zejména o světlé periodě, má mimořádný význam pro synchronizaci vnitřních biologických hodin se zevním prostředím. Pro diagnostiku poruch cirkadiálního rytmu je důležité podrobné klinické vyšetření, obsahující pečlivou spánkovou anamnézu. Vyšetření by mělo být doplněno vyplněním testu Morningness-Eveningness Questionnaire (MEQ), jímž se určí chronobiologický typ jedince. Další objektivní údaje poskytuje vyšetření hormonů, jejichž hladiny podléhají cirkadiálním rytmům (např. melatonin, kortizol apod.) a kontinuální měření bazální tělesné teploty (obvykle v konečníku). Pro chronobiologickou diagnostiku je také důležité zohlednit věk nemocného.

Výsledky

Fototerapie

Podstatou fototerapie je aplikace umělého bílého plnospektrálního fluorescentního světla s intenzitou 10 000 luxů. Aplikace se provádí jedenkrát denně po dobu 30 minut a ovlivňuje tak cirkadiální rytmy monoaminových neurotransmiterů (serotonin, noradrenalin, dopamin), které pak regulují náladu. Nejvhodnější čas aplikace je v časných ranních hodinách (dle výsledků dotazníku MEQ). Pacient by měl absolvovat alespoň 10 sezení v průběhu po sobě následujících deseti dní. Účinek se obvykle dostaví již po 4–6 sezeních, nejpozději do 2 týdnů.

V desítkách kontrolovaných studií bylo potvrzeno, že fototerapie je bezpečnou a účinnou biologickou léčbou, která je u indikovaných pacientů jednou z možností volby v léčbě poruch nálady srovnatelná s užitím antidepresiv. Prokazatelně účinná je zejména u sezónní afektivní poruchy (SAD), ale může mít přídatný

nebo synergický účinek v kombinaci s antidepresivy jak u SAD tak u nesezónních depresivních poruch. Profylaktický antidepresivní účinek fototerapie byl prokázán při administraci po celou zimní sezónu.

Fototerapie je velmi dobře tolerovaná a vedlejší účinky nevedou k přerušení léčby. Nejčastější vedlejší účinky jsou bolesti hlavy, překrvení a iritace spojivek, rozmazané vidění, zvýšení pocitu napětí. Pacientům, s bipolární afektivní poruchou, kteří nemají zavedenu léčbu stabilizátory nálady, je třeba věnovat zvýšenou pozornost pro riziko přesmyku do hypománie nebo mánie. Ve studiích byl zaznamenán ojediněle i nárůst zvýšení suicidální tenze (energizující účinek se objevuje dříve než antidepresivní). Výše jmenované vedlejší účinky většinou odeznívají brzy po zmenšení délky aplikace fototerapie nebo po jejím vysazení. V několika případech, dle různých studií, bylo nutno léčbu přerušit pro silnou iritaci spojivek. Absolutní kontraindikace fototerapie nejsou známé.

V současné době je plně ověřenou indikací, léčebného využití fototerapie diagnostikování SAD u pacienta, stejně jako depresivní poruchy nesezónního charakteru a poruchy denního rytmu spánek/bdění (např. spánková inverze).

Publikované studie prokazují, že kombinace fototerapie a antidepresiv nebo lithia je efektivní. Léky s aktivačními vlastnostmi mohou snižovat práh pro iritabilitu na jasném světle a mohou také zvýšit účinek i tlumenější expozice. U pacientů s bipolární poruchou zabraňuje lithium přesmyku do mánie. Po ukončení aplikace fototerapie se neobjevují žádné abstinenční příznaky.

Terapie tmou

Pravým opakem fototerapie je takzvaná „terapie tmou“ (pacientům se doporučuje „prodloužit si“ noc). Tato terapie působí pozitivně především na pacienty s mánií a může také snížit výskyt rychlého střídání manických a depresivních epizod. I když je terapie tmou teoreticky zajímavá, její uplatnění v praxi je obtížné.

Prakticky lépe realizovatelnou alternativou je používání brýlí s jantarově zabarvenými skly, které dokáží odfiltrovat chronobiologicky nejvíce účinnou část spektra běžného bílého denního světla, tj. vlnové délky modrého světla. Tak je možné zajistit „biologickou tmou“ pro nevizuální cirkadiánní systém, aniž by přitom docházelo k výraznému omezení vizuálních funkcí pacienta.

Spánková deprivace

Spánková deprivace se užívá se zejména jako přídatná léčba u depresivních pacientů. Podstatou je zabránění pacientovi ve spánku, hlavně pomocí kognitivní stimulace, sociálních kontaktů, příjemem potravy a fyzickou aktivitou. Provádí se buď jako úplná (celonoční bdění) nebo částečná (bdění od půlnoci do ranních hodin). Při léčbě založené na „předsunutí spánkové fáze“ nedochází ke spánkové deprivaci jako takové, ale spánek se posouvá několik dní za sebou o 5–6 hodin dopředu, dokud se stav pacienta nezlepší (tj. dokud se nedostaví antidepresivní účinek).

Nejdůležitějším faktorem, který je podstatou antidepresivního působení spánkové deprivace není vlastní deprivace spánku, ale bdění ve druhé polovině noci. Spánková deprivace je účinná u 60% pacientů. Kontraindikací spánkové deprivace je diagnostikování bipolární afektivní poruchy u pacienta, který nemá nasazenou léčbu stabilizátorem nálady, protože by to mohlo vést až k přesmyku do opačné epizody onemocnění.

Hlavním důvodem, proč se tato metoda sama o sobě v rámci antidepresivní léčby zásadně neprosadila, je fakt, že její antidepresivní působení je sice rychlé, ale zpravidla jen krátkodobé. Po delším, zotavovacím spánku se u většiny pacientů dostavují depresivní příznaky znovu.

Spánková deprivace je významná hlavně proto, že žádná dosud známá farmakologická nebo psychoterapeutická léčebná metoda u afektivních poruch nemá tak rychlý nástup účinku (tj. během několika hodin).

Melatonin

Podání exogenního melatoninu působí podobně jako světlo – je to synchronizátor cirkadiánních rytmů organismu a cyklického střídání spánku a bdění. Proto je melatonin řazen mezi „chronoterapeutika“. Nárazové podání melatoninu může vést k ospalosti způsobené vazodilatací v oblasti rukou a nohou. Tím dochází k tepelným ztrátám doprovázeným poklesem tělesné teploty. Tyto fyziologické účinky melatoninu působí pozitivně na rychlejší usínání.

Melatonin však není hypnotikum, protože má na rozdíl od benzodiazepinů a jiných hypnotik jen malý vliv na elektroencefalogram nočního spánku. K dosažení výše uvedených účinků stačí pouze malá dávka melatoninu (~1 mg). U melatoninu byly zaznamenány vedlejší účinky, které se většinou pojí s ospalostí. Melatonin je hojně užíván při potížích spojených s přelety několika časových pásem (jet-lag syndrom).

Melatonin není ani antidepresivum, ale přesto má při léčbě poruch nálady pozitivní vliv, což souvisí se zlepšením a stabilizací spánku nemocných.

Agomelatin

Za další „chronoterapeutikum“ považujeme antidepresivum agomelatin, protože kombinuje účinky agonistů melatoninu (změna struktury a synchronizace spánku) a účinky antagonistů serotoninu (antidepresivní složky). Tento lék se úspěšně užívá a je účinný při léčbě depresivních pacientů a to zejména těch, kteří mají cirkadiánní poruchy spánku.

Závěr

Chronobioterapie je rychle se rozvíjejícím oborem, který kombinuje zejména spánkovou deprivaci s fototerapií a užíváním farmak u pacientů s poruchami nálady. U pacientů s bipolární poruchou má pozitivní vliv zejména kombinace chronobiologických metod s lithiem. U pacientů s depresivní poruchou se naopak spíše užívají antidepresiva ze skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu nebo agomelatin.

Pacienta léčeného chronobioterapeutickými metodami je třeba bezpodmínečně, individuálně pozorně sledovat a monitorovat jeho klinický stav. Podle reakcí na danou léčbu se pak vždy stanoví, jaký bude další optimální krok léčby. Chronobioterapie je rychlým, mocným a účinným a nástrojem v moderní léčbě afektivních poruch.

Podpořeno projektem MZ ČR – RVO VFN64165 a PRVOUK: P26/LF1/4.

Literatura

Benedetti F, Barbini B, Fulgosi MC, Colombo C, Dallaspezia S, Pontiggia A, Smeraldi E: Combined total sleep deprivation and light therapy in the treatment of drug-resistant bipolar depression: acute response and long-term remission

rates. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 1535–1540

Doubek P, Raboch J: Chronobiologická léčba depresivních epizod. *Psychiatrie*, 2013 (17), S2:35–36

Golden RN, Gaynes BN, Ekstrom RD, Hamer RM, Jacobsen FM, Suppes T, Wisner KL, Nemeroff CB: The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders: a review and meta-analysis of the evidence. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 656–662

Martiny K, Lunde M, Unden M, Dam H, Bech P: Adjunctive bright light in non-seasonal major depression: results from clinician-rated depression scales. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112: 117–125

Pail G, Huf W, Pjrek E, Winkler D, Eilleit M, Praschak-Rieder N, Kasper S: Bright-Light Therapy in the Treatment of Mood Disorders. *Neuropsychobiology* 2011; 64:152–162

TRANSKRANIÁLNÍ STIMULACE PŘÍMÝM PROUDEM V LÉČBĚ DEPRESIVNÍ PORUCHY

M. Anders, J. Albrecht, J. Raboch

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha, Ke Karlovu 11, 120 00 Praha 2, Česká republika

Summary

TRANSCRANIAL DIRECT CURRENT STIMULATION IN TREATING DEPRESSIVE DISORDER

Despite significant advancements in psychopharmacology, treating depressive disorder is still a challenge considering the efficacy, tolerability, safety, and economical costs of most antidepressant drugs. One new approach that has been increasingly investigated is modulation of cortical activity with tools of noninvasive brain stimulation – transcranial direct current stimulation. There has been an increase in the number of studies in the past few years, especially those dealing with major depressive disorders where this method has proven itself to be a promising biological treatment method in ameliorating depressive mood. Researchers assess the combined safety and efficacy of tDCS vs a common pharmacological treatment or vs “add-on” treatment designs. It is a safe method with very few side effects if following safety protocols.

Keywords: antidepressive modality, cortical modulation, transcranial direct current stimulation, learning process, major depressive disorder.

Použití působení stejnosměrného proudu za účelem modulace aktivity centrálního nervového systému je slibný nástroj ovlivnění mozkové aktivity, použitelný jak k výzkumu kortikální reprezentace sensorimotorických, kognitivních a dalších funkcí jednotlivých oblastí neuronálních sítí velkého rozsahu. Tok elektrického proudu při tDCS je stejnosměrný od pozitivní elektrody (anody) k negativní elektrodě (katodě) a podle této fyzikální zákonitosti se stimulace dělí na anodální a katodální typ, vždy s ohledem na charakter elektrody umístěný na povrchu hlavy nad cílovou kortikální oblastí. Pro ovlivnění depresivní symptomatiky je volena anodální prefrontální tDCS (zapojení obvykle užívané

v současné experimentální léčbě depresivní poruchy), což znamená, že anoda je umístěna nad levým dorsolaterálním prefrontálním kortexem a katoda je umístěna ve vzdálené poloze, většinou nad kontralaterální orbitou. Technika stimulace stejnosměrným proudem specificky moduluje excitabilitu cílových kortikálních oblastí neinvazivní změnou membránových potenciálů neuronů. V případě uložení anody nad kortex vede podprahová stimulace ke zvýšení spontánní neuronální aktivity, zatímco použití katody vyvolá opačný jev. Tento efekt je způsoben podprahovou depolarizací membrán anodovým proudem a hyperpolarizací katodovým proudem. V humánních experimentech provedených pomocí transkraniální magnetické stimulace bylo zjištěno, že katodální polarizace oblastí motorického kortexu pomocí tDCS vedla k měřitelnému snížení výbavnosti motorických evokovaných potenciálů indukovaných TMS. Opačně pak působila anodální stimulace, kde došlo ke zvýšení velikosti odpovědi evokovaných motorických potenciálů až o 150%. Tím byl u člověka prokázán odlišný vliv polarizace neuronálních populací na kortikální excitabilitu. Délka tohoto elektrofyziologického efektu přetrvávala až 90 minut po jednorázové polarizaci proudem 1mA trvajícím 9–13 minut. Výsledek stimulace je specifický, záleží na typu stimulace, respektive druhu zapojení. Četné důkazy, které jsou k dispozici, ukazují, že neurony ležící pod anodou jsou „excitovány“ (klidový membránový potenciál se posouvá směrem k depolarizaci, zvyšuje se pálení neuronů), na rozdíl od neuronů pod katodou, které se jeví jako „inhibované“ (klidový membránový potenciál se posouvá k hyperpolarizaci, snižuje se pálení neuronů). Podobně jako v animálních studiích, tak primární mechanismus účinku tDCS na lidský kortex spočívá v podprahové modulaci neuronálního klidového membránového potenciálu, který vede ke změnám akčních potenciálů. Rozdělení specificity odpovědi podle polarity stimulace popsané výše je redukcionalistické. Záleží rovněž na subtypu kortikálních neuronů, které jsou ovlivněny, na velikosti proudu a délce stimulace. Zatímco mírná anodální stimulace neuronální aktivitu inhibuje, pravděpodobně aktivačním působením na inhibiční interneurony (non-pyramidové buňky), vyšší intenzita stimulace vedla ke změnám v aktivitě pyramidových neuronů. Prolongovaný efekt tDCS je připisován dlouhodobé potenciaci (long-term potentiation – LTP) a dlouhodobé depresi (long-term depression – LTD) tj. i změnám ve vyplavování neurotransmiterů, změnám vazebných membránových receptorů a iontových kanálů a dalším neurobiologickým a neurochemickým změnám. Současné farmakologické důkazy naznačují, že sekundární efekt tDCS je způsoben kombinací glutamatergních a membránových mechanismů, podobně jako tomu je při krátkodobé a dlouhodobé neuroplasticitě. Svůj vliv má rovněž intracelulární koncentrace kalcia, neboť antagonisté kalciových kanálů sekundární změny navozené anodální tDCS ruší.

V poslední době došlo k oživení výzkumu tDCS v léčbě afektivních poruch, výsledky naznačují, že stimulace může být především vhodná pro léčbu depresivních poruch. V prvotních pozorováních anodální stimulace vedla ke zvýšení radostnosti, bdělosti a mnohomluvnosti stimulovaných jedinců, zatímco katodální stimulace vedla spíše k zamlklosti, apatii a sociálnímu stažení. Většina recentních studií zaměřených na léčbu depresivních poruch zkoumá využití tDCS při stimulaci oblasti DLPFC, což je neuronální síť velkého rozsahu propo-

jená s amygdalou, talamem, bazálními ganglii, subgenikulárním kortexem, dorzálním anteriorním cingulem, insulou a dalšími prefrontálními oblastmi. Objevují se i první studie, kde je antidepresivum augmentováno použitím tDCS s velmi nadějnými výsledky.

Vzhledem k tomu, že na zvířecích modelech byla prokázána možnost poškození mozku – rozvoj lézí v oblastech pod vysoce intenzivní katodovou stimulací, byly následně stanoveny bezpečnostní limity pro použití tDCS. Proudů užívaných při aplikaci lidem (1–2 mA, 25–30 cm² plocha elektrody, 20–30 minutová stimulace) leží hluboko pod hodnotami potřebnými pro poškození mozkové tkáně. Dosud nebyly podány žádné důkazy o strukturálních změnách v mozku (edém, nekróza) způsobených stimulací stejnosměrným proudem při dodržení bezpečnostních limitů. Možné nežádoucí účinky tDCS jsou většinou mírné a přechodné. Jde většinou o krátkodobé pocity svědění a brnění pokožky pod elektrodou. Bolesti hlavy a únava patří k nejčastějším vedlejším účinkům. Lokální popáleniny v oblasti umístění anody se mohou vyskytnout při užití extrémně vysokého proudu při nedostatečné vodivosti povrchu elektrody.

Transkraniální stimulace stejnosměrným proudem je slibnou a bezpečnou biologickou metodou léčby duševních onemocnění, zvláště afektivních poruch. Aplikovat ji lze především tam, kde není možné z různých důvodů použít farmakologické prostředky nebo jiné biologické metody, ale i jako augmentační metodu při nedostatečné léčebné odpovědi na podávaná antidepresiva.

Práce byla podpořena výzkumnými projekty MZ ČR – RVO VFN64165 a PRVOUK: P26/LF1/4.

Literatura

- Arul-Anandam AP, Loo C. Transcranial direct current stimulation: A new tool for the treatment of depression? *J Affect Disorders* 2009; 117, Issue 3, 137–145.
- Brunoni R, Ferrucci R, Fregni F, Boggio PS, Priori A. Transcranial direct current stimulation for the treatment of major depressive disorder: a summary of pre-clinical, clinical and translational findings. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2012; 39 (1): 9–16.
- Nitsche MA, Boggio PS, Fregni F, Pascual-Leone A. Treatment of depression with transcranial direct current stimulation (tDCS): A Review. *Exp Neurol* 2009; 219: 14–19.
- Palm U, Schiller C, Fintescu Z, Obermeier M, Keeser D, et al. Transcranial direct current stimulation in treatment resistant depression: a randomized double-blind, placebo-controlled study. *Brain Stimul* 2012; 5 (3), 242–251.
- Utz KS, Dimova V, Oppenlander K, Kerkhoff G. Electrified minds: transcranial direct current stimulation (tDCS) and galvanic vestibular stimulation (GVS) as methods of non-invasive brain stimulation in neuropsychology – a review of current data and future implications, *Neuropsychologia* 2010; 48: 2789–2810.

SYMPOSIUM UŽIVATELŮ PSYCHIATRICKÉ PÉČE AKTIVNÍ ZAPOJENÍ UŽIVATELŮ DO RECOVERY

garant Jan Jaroš

MOJE ZKUŠENOST S PROJEKTEM ZAČLEŇOVÁNÍ PEER-PRACOVNÍKŮ DO SLUŽEB

A. Zajíčková

FOKUS České Budějovice, České Budějovice, Česká republika

Summary

MY EXPERIENCE WITH PROJECT OF INTEGRATION PEER WORKERS TO SOCIAL SERVICES

The post should acquaint audience with new project "Engaging peer workers in mental health services." Emphasis is placed on the author's own experience with this project. The author works as a peer consultant in the South Bohemian Fokus NGO that supports people with mental illness, and she is a member of the community team there as well.

Keywords: peer specialist, recovery, team work, system of care, transformation of psychiatric care

Vážení čtenáři, je mi ctí, že mohu jakožto zástupce pacientů přispět do tohoto sborníku, jenž je určen zejména odborné veřejnosti. Pracuji na jihu Čech v českobudějovickém Fokusu. Získala jsem zde práci před více než třemi lety a již tehdy jsem učinila pozitivní zkušenost, že nejen já, ale i některé moje kolegyně s duševním onemocněním se můžeme stát pracovnicemi v organizaci, jejímž posláním je právě podpora lidí s duševním onemocněním.

O možnosti pracovat jako peer konzultantka jsem se dozvěděla někdy začátkem minulého roku, v souvislosti s projektem, jenž se jevil být zajímavý a já byla dostatečně odhodlaná a ochotná do něj vstoupit. Není totiž samozřejmostí za někým přijít a říci mu, že trpím duševním onemocněním. Mluvíám o tom spíše v náznaku. Ještě krkolomněji zní, že jsem také duševně nemocná a že zároveň jsem někdo, kdo může druhému s duševním onemocněním pomoci. A přitom je to logické, ba přirozené, že se lidé s podobnými zdravotními problémy vzájemně mohou podržet. Stigma je však u těchto nemocí velké. Teprve podpora kolegů v týmu a školitelů v projektu, podpora ze strany jiných peerů a vzájemné sdílení zkušeností mi pomohlo vytvořit si pevnou půdu pod nohama. Pocit, že i když půjdu „s kůží na trh“, svět se mi nezhroutí.

Samotný projekt se začal rozvíjet již v loňském roce. Po prvním informačním setkání v Praze a čase příprav, jsme se dozvěděli, že naše organizace uspěla. Projekt pro nás začal hned sladkou odměnou, a sice cestou do Holandska, kde tzv. peer pracovníci, peer konzultanti, peer specialisté, prostě lidé se zkušeností s duševním onemocněním, zapojení do komunitních služeb právě pro lidi s duševním onemocněním, pracují již několik let.

Již způsob, jakým k nám přistupovali hostitelé z organizace GGZ, v půvabném městě Alkmaar mě ujistil, že se nepochybně jedná o profesionály. GGZ je dominantním poskytovatelem péče osobám s duševním onemocněním v severním

Nizozemí. Mnoho věcí mě překvapilo. Pracují zde multidisciplinární výjezdní komunitní týmy s psychiatry nabízejícími péči v přirozeném prostředí klienta. Je propojena zdravotní a sociální péče, tedy týmy, kliniky, sociální centra, sociální podniky, bydlení. Hospitalizace se počítá obvykle na dny, vše ostatní se odehrává v přirozeném prostředí klienta. Užasla jsem nad schopností celého týmu vést poradu v angličtině, tak, aby z toho i český návštěvník něco měl. Velká péče je věnovaná právě vzdělávání peer pracovníků včetně možnosti studovat na „peera“ na univerzitě v bakalářském studijním programu, apod.

Školení, která následně proběhla v Praze, byla zaměřená na to, abychom zkušenost z holandského prostředí dokázali využít v prostředí českém. Seznámili jsme se s pojmem recovery, (zotavení, úzdrava) a konceptem práce na zotavení založeným. Propracovávali jsme vlastní příběh naší nemoci a zotavení z ní, a učili jsme se s příběhem pracovat.

Práce s příběhem by měla být klíčová. Pokud si peer dokáže zformulovat svůj vlastní příběh zotavení a dokáže jej použít, má už určitý předpoklad, že práci zvládne. Příběh se při práci s klienty nepoužívá celý. Důležité je vybrat to, co by mohlo druhému pomoci, například to, s čím máme sami zkušenost a klient si touto zkušeností právě prochází. Předávání vlastních zkušeností by nás však nemělo zranit. Vyhýbáme se tématům, jež nemáme sami v sobě zpracované, nebo tématům, jež jsou příliš intimní. V rozhovoru s klientem používám větší jednoduchou reflexi, případně se snažím parafrázovat, jak nás tomu učí motivační rozhovory. Dalšími metodami, které opravdu používám z těch, co mi byly doporučeny, je prosté naslouchání, práce s mlčením a tichem, schopnost být druhému vzorem, vyhýbání se přílišným radám. Existuje i speciální metoda pro peer pracovníky, jež je dostupná i nám, kniha „Pathways to Recovery“ (USA), jež je k dispozici zatím jen v angličtině a pracuje se na jejím překladu.

První schůzka s novým klientem by, podle již získaných zkušeností mých i kolegů peerů, měla proběhnout s klíčovým pracovníkem klienta, tedy ve třech – já, klient, klíčový pracovník, popřípadě ve více, pokud se jedná o schůzku v rodině klienta. Vzájemná spolupráce pracovníků celého týmu, včetně peera, komunikace a přístup úzce souvisí s pozicí peer pracovníka v týmu. Musím říci, že spolupráci našeho týmu i svou pozici v něm vnímám velmi dobře. Zkušenosti mých kolegů peerů z jiných regionů nebývají tak jednoznačně kladné. Vytvořit si svou pozici, především pokud je peer v týmu nový, není snadné. I zkušenosti jedné z holandských kolegyň, s níž jsem měla tu čest mluvit, vypovídají o tom, že ani v Holandsku to snadné není. Peer se musí osvědčit, prokázat jistou odolnost vůči stresu, zodpovědnost a schopnost práce sama na sobě. Jinak představuje pro tým dalšího pacienta, který se hroutlí a je třeba se o něj starat.

Náplň mojí práce je různorodá. Jedná se převážně o individuální schůzky většinou v terénu, dále o schůzky s rodinnými příslušníky i s klienty zároveň, kontakty v tréninkovém bydlení, konzultace s jinými peery, účast na poradách týmu a supervizích, návštěvy pacientů v PL a PN (Lnáře, Písek, Dobřany); informační schůzky; čeká mě podpora rodičů na programu „Preduka.“

Práci s lidmi, kteří žijí u nás v tréninkovém bydlení, považuji osobně za jednu z nejzajímavějších. Lidé, kteří zde žijí, tvoří určitou malou společnost, sžívají se spolu podobně jako v rodině, vztahy zde jsou však jiné, založené na jiných pravidlech, je patrná snaha o samostatný život a schůzky s obyvateli tréninkového

bydlení zdají se mi býti v pravdě „peerovské.“

Jedním z nejtěžších úkolů pro peera je komunikovat s rodinou, s rodinnými příslušníky klientů. Duševní onemocnění s sebou nese nejen velké stigma, ale také velkou zátěž pro nemocného samého i pro jeho blízké. Přináší to často vzájemná nepochopení, pocity zklamání a vůbec emoční problémy. Když přicházím do rodin našich klientů, nebo mluvíme o rodině, bývají to jedny z nejtěžších, někdy klíčových úkolů. Také jsem se setkala s názorem, že já nemocná nejsem, i když to říkám.

Návštěvy klientů momentálně hospitalizovaných v léčebnách a nemocnicích a kontaktování potencionálních klientů zde má také svá specifika. Sama jsem si prošla hospitalizací, musím říci, že poměrně hezkou, nicméně dnes mě už při návštěvách psychiatrických zařízení přepadá jistý druh úzkosti. Zmiňuji to zde i proto, že jsem se chtěla dotknout i tématu připravované reformy psychiatrické péče v České republice.

Psychiatrická léčebna, nebo nemocnice může pro člověka v duševní nepohodě znamenat azyl. V dnešní rozbourané, uspěchané době zaměřené na výkon a na úspěch se nemocný člověk rád na chvíli zbaví stresu. V léčebně by totiž nemělo jít pouze o léčbu medikamenty a tlumení psychotických příznaků. Panuje-li v léčebně navíc řád a pravidla a obojí je doplněno péčí, může to přispět k stabilizaci onemocnění, ale zároveň to, zejména při dlouhodobých hospitalizacích, zbavuje pacienta zodpovědnosti za vlastní život, což může být příjemné a někteří pacienti jsou ochotni se nechávat hospitalizovat i opakovaně, i za cenu nesvobody, nebo dokonce restrikce při porušení pravidel či řádu.

Tím však nechci říci, že léčebna je jediný prostor, kde lze pacientům ulevit. Ze své zkušenosti ze sociální služby vím, že i u nás lze vytvořit řád, ke kterému se dá vztahovat, o který se dá opřít. Příkladem takového řádu je Program denních aktivit, který nabízí klientům možnost zapojit se do činností, které jsou strukturované a některým klientům přináší tak potřebný řád. Také plánování individuálních schůzek a oboustranné dodržování termínu může vést k trénování řádu. Cílem peer pracovníka, ale i celého týmu je, aby klient udržel řád ve svých vlastních rukou, nejen v nemocnici, nejen v nějakém centru, do něž dochází, nýbrž i doma, na sobě, kolem sebe. S procesem převzetí zodpovědnosti za svůj život je to obdobné, jenom těžší. Učinit člověka nemocného „mocným“ znamená podle mě ukázat mu, že nemoc není to jediné, nebo to poslední, co se mu v životě stalo, že to není středobod bytí, že ani já sama, ani on sám, ani nemoc nemůže být vždy a za všech okolností středem pozornosti. Že to není tak říkající naše „profese.“ A že jsme tudíž zodpovědní sami za sebe.

Léčba nemocného po zdravotní a sociální stránce by na sebe měla navazovat, nebo být provázená. Holistický pohled na člověka je něco, k čemu by měli jak zdravotníci, tak odborníci z dalších oblastí směřovat. Systém zdravotní a sociální péče je však v naší zemi jak známo rozdělen. Nadcházející reforma psychiatrické péče s sebou proto nese mnohé otazníky. Věřím, že odpovědí bude právě komplexní péče, zahrnující všechny složky rehabilitace osob s duševním onemocněním. Jakou roli v ní mohou a budou hrát peer konzultanti? Obstojí jako členové týmů? Podaří se nám prokázat, že můžeme být pro spoustu pacientů a jejich blízkých nadějí, vzorem, že naše příběhy mohou využít jako cestu k zotavení?

KOMUNITNÍ PLÁNOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH A ZDRAVOTNICKÝCH SAMOSPRAV JAKO NÁSTROJ ÚZDRAVY UŽIVATELŮ PSYCHIATRICKÉ PÉČE

T. Tylich

koordinátor Komunitního plánování – člen pracovní skupiny pro řízení implementace Strategie reformy psychiatrické péče při MZ ČR, z. s. KOLUMBUS, Olomouc, Česká republika

Summary

COMMUNITY PLANNING OF SOCIAL AND MEDICAL SERVICES ON AUTONOMY LEVEL AS TOOL FOR RECOVERY USERS OF MENTAL HEALTH CARE

The article is about best practises from non-profit organization KOLUMBUS from years 2007 to 2013. Author demonstrates methods and approaches on his own process of recovery.

Keywords: community planning; recovery; mental health care; project; KOLUMBUS

Souhrn

Článek pojednává o úzdravě uživatelů psychiatrické péče pomocí zapojení do procesu KP. V pojednání je uvedena teorie k KP a zkušenosti z. s. KOLUMBUS z období 2007 až 2013. Úzdravu autor zhodnotil na vlastním příkladu.

1. Úvod

Komunitní plánování je přístup, který říká co, a proces, který říká jak pracovat s komunitou v daném místě při řešení jejích potřeb. Systém komunitního plánování je inovativní tím, že v sobě integruje manažerský přístup z komerční sféry s psychologickými, sociologickými a psychoterapeutickými přístupy v práci s komunitou či skupinou. Komunitní plánování je moderní manažerskou metodou, která je využívána v sociální ekonomice.

Komunitní plánování je realizováno v procesu komunikace a spolupráce širokého spektra lidí žijících v dané komunitě a území, pro které se plánuje. Lidé zapojení do plánování jsou různých profesí a postavení ve společnosti. Snahou plánovačů je zapojit do procesu politiky, úředníky, poskytovatele služeb, uživatele, úřady práce a zaměstnavatele – tedy vytvořit plán v tvořivém živoucím prostředí, které umožní vnést do plánu potřeby a názory komunity.

Zkušenosti z komunitním plánováním v Ústí nad Labem jsme začali čerpat v roce 1996 v Anglii. Jezdili jsme na stáže, pořádali tzv. „toulavé autobusy“ do Anglie, ale i Holandska, Německa či Rakouska.

Komunitní plány jsou ve Velké Británii dnes integrovány do strategických plánů měst a obcí, a tím se stává problematika znevýhodněných osob součástí celkových plánů rozvoje měst a obcí. Výsledkem je, že problematika bydlení, dopravy, zaměstnávání, vzdělávání aj. je řešena jako celkový proces, do kterého jsou znevýhodnění občané se svými potřebami zahrnuti.

Do triády komunitního plánování (zadavatelé – poskytovatelé – uživatelé sociálních služeb) je vhodné zapojit co nejširší okruh účastníků.

Následující přehled vám ukáže postupných deset kroků ve třech fázích. Stručně

vám popíše nejdůležitější aktivity daného kroku a rámcový časový horizont, za který by se daný krok měl uskutečnit.

1. Příprava prostředí – jak začít s procesem KP
2. Ustavení řídicí struktury KP, zapojení uživatelů
3. Regionální informační systém sociálních služeb
4. Analýza a mapování potřeb uživatelů
5. Zpracování Návrhu plánu KP
6. Proces konzultací KP
7. Zpracování konečné verze KP
8. Implementace plánu do praxe
9. Evaluace plánu
10. Smluvní vztahy

1–2. přípravné období plánu, 3–7. zpracování plánu, 8–10. realizační období plán

2. Uživatelé

Pro bližší vymezení okruhu osob, které se mohou stát reálnými uživateli sociálních služeb, je třeba se opřít o vymezení některých pojmů, provedené v úvodních ustanoveních ZoSS (zákon o sociálních službách). Podle nich jde o osoby sociálně vyloučené nebo ohrožené sociálním vyloučením v důsledku nepříznivé sociální situace a osoby postižené zdravotně natolik, že je postižení činí nebo může činit závislé na pomoci jiné osoby. Zvláštní skupinou uživatelů pak se stávají zdravotně postižené osoby, u nichž je kvalifikovaně zjištěn takový stupeň závislosti na pomoci jiné fyzické osoby při péči o sebe a zajištění soběstačnosti, opravňující postiženého k nároku na státní příspěvek na péči.

Zapojení uživatelů do procesů komunitního plánování je důležitým prvkem. Uživatelé poskytují informace, zajišťují zpětné vazby ve všech fázích procesu, přispívají k realističtějším náhledům na řešení problémů, formulují potřeby své a skupiny, kterou zastupují. Je nutné si uvědomit, že naprostá většina cílů v komunitním plánu je právě pro uživatele, vychází z jejich potřeb a bez jejich informací je nemůžeme ani stavět.

V procesu komunitního plánování je 8 skupin, nás zajímá skupina duševně nemocných. V této skupině pracují svépomocné skupiny uživatelů a existují poskytovatelé, kteří se této skupině cíleně věnují (např. Fokus, Dům sv. Vincence – Olomouc, Mana Olomouc). Uživatelé pracující ve svépomocných skupinách jsou většinou aktivní a získáme je pro práci v koordinační skupině. Pro další spolupráci s uživateli můžeme využít setkávání v kavárnách či pracovištích, kde se tito lidé nacházejí.

Uživatelé se převážně vyjadřují ke zdravotní péči, volnému času, zaměstnávání V rámci implementace jsou aktivně zapojeni uživatelé, kteří pracují v koordinačních či pracovních skupinách. Manažeri koordinačních (pracovních) skupin, kde uživatelé prozatím nejsou, by měli při implementaci dále navštěvovat či se pravidelně setkávat s uživateli, se kterými bylo pracováno, buď při analýzách či v procesu konzultací.

3. Celkový cíl projektu (2013)

- situaci v komunitním plánování psychiatrické péče v ČR
- zvýšení informovanosti osob, které se podílí na tvorbě a realizaci komunitních plánů o snížení asymetrie v komunitním plánování jednotlivých samospráv
- implementace vytvořených kvalitních komunitních plánů na základě zkušeností z ostatních krajů a měst v ČR do dalších regionů
- zvýšení podílu samotných pacientů – patientských organizací na tvorbě a realizaci komunitního plánování v ČR
- posílení postavení patientských organizací při tvorbě plánů pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením
- propojení zdravotních služeb s komunitní (následnou) péčí
- zlepšení vztahu mezi pacientem a profesionály v oboru psychiatrie a sociálních služeb
- zlepšení spokojenosti osob s duševní poruchou s komunitními plány a s jejich realizací
- zapojení uživatelů psychiatrické péče do vytváření plánů vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením
- zapojení uživatelů psychiatrické péče do monitorování potřeb pacientů ve zdravotnických zařízeních a v komunitách pacientů
- zajištění komplexní psychosociální péče pro osoby s duševním onemocněním
- prosazení opatření ve prospěch uživatelů psychiatrické péče především v oblastech zdraví, bydlení, vzdělávání, zaměstnávání, volný čas
- zařazení svépomocných aktivit do komunitních plánů jako součást poskytované péče

3.1. Uskutečněné dílčí cíle projektu:

- seznámení uživatelů psychiatrické péče s možnostmi komunitního plánování
- zapojení uživatelů psychiatrické péče do tvorby a realizace komunitních plánů
- přizvání dalších patientských organizací do tvorby a realizace komunitního plánování v ČR
- seznámení koordinačních skupin s komunitními plány jiných samospráv v ČR
- připomínkování nových komunitních plánů např. v Ústí nad Labem, v Brně, v Olomouci, v Litoměřicích a v Lovosicích

3.2. Problémy provázející dosavadní průběh realizace projektu:

U některých účastníků se projevil problém menší sebedůvěry při jednáních v PS a tím horší prosazování zájmů. V průběhu projektu odpadli dva účastníci projektu. Naopak se od počátku roku 2013 podařilo sehnat novou účastnici. Je třeba konstatovat, že se zlepšilo dodávání podkladů koordinátorovi projektu.

4. Úzdrava (recovery):

Dovolte mi, abych se představil, jsem uživatel psychiatrické péče od roku 1988.

Mám F 25.1, která se projevila zpočátku nemoci manickou i depresivní fází. Vyvolávačem byl stres a alkohol/týden jsem zapíjel narození syna/.V pozdější době se stav stabilizoval a převládá depresivní složka. Od roku 2001 jsem nebyl hospitalizován a nemoc je zvládána ambulantně, ve spolupráci s ambulantními lékaři. Výkyvy jsou jarní a podzimní, ale dají se překonat.

Velký vliv na můj zdravotní stav má moje práce v z. s. KOLUMBUS, která mě naplňuje a je v převážné většině duševního charakteru. Nezapomínám na relaxaci – poslech hudby a rekreační sport, zahrádku a rodinu. V současnosti jsem předsedou z. s. KOLUMBUS a práce v spolku stabilizuje můj zdravotní stav a přispívá k recovery (úzdavě). Práce na volném trhu práce není pro Duševně nemocné lidi vhodná. DN potřebují specifické podmínky-volnou pracovní dobu a tempo odpovídající současnému zdravotnímu stavu-přiměřené. Práci v Komunitním plánování uživatelů zhodnotím v kapitole č. 6 pod názvem závěr.

5. Závěr:

Závěrem bych chtěl zhodnotit vliv KPSS na úzdravu. Jednoznačně má cenu pokračovat v úsilí o pracovní zapojení, ať už v rámci rodiny, anebo občanského sdružení.

Klady této metody jsou:

- zvýšení kvality života uživatelů
- přenášení dobré praxe z regionu do regionu
- zvýšení informovanosti o KP
- zvýšení sebevědomí uživatelů
- aktivní prožití života uživatelů

Zápory jsou:

- menší průbojnost při vyjednávání v PS
- stres při rozdělování peněz v jednotlivých PS

6. Literatura

u autora

SYMPOSIUM SEXUOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI: ORGANIZACE PÉČE O PACIENTY SE SEXUÁLNÍMI PROBLÉMY

garant doc. Jaroslav Zvěřina

NĚKTERÉ PROBLÉMY ORGANIZACE PÉČE O SEXUOLOGICKÉ PACIENTY

J. Zvěřina

Sexuologický ústav 1. LF UK Praha 2, Česká republika

Summary

SOME PROBLEMS OF ORGANIZATION OF TREATMENT OF SEXUOLOGICAL PATIENTS

Czech Republic has a long tradition in medical sexology conception. Medical sexology is defined as an interdisciplinary clinical discipline. Most of specialists in sexology are psychiatrists, urologists, gynecologists. Specific problems we have contemporary with organization of diagnostic and treatment of paraphiliac sex offenders. Connected organization problems should be discussed.

Keywords: medical sexology, paraphiliac sex offenders.

Česká republika je jednou z mála zemí, kde existuje sexuologie jako samostatný nastavbový interdisciplinární obor. Historicky tato skutečnost nepochybně souvisí s dlouhou tradicí, kterou udržoval od roku 1921 Sexuologický ústav v Praze. V šedesátých letech dvacátého století přibývalo ambulantních sexuologických pracovišť v Čechách i na Moravě, postupně také na Slovensku. V letech sedmdesátých byla postupně založena tradice sexuologických lůžkových oddělení v psychiatrických léčebnách. Tato oddělení jsou určena především sexuálně deviantním pacientům a parafilním sexuálním delikventům. Některá z nich poskytují také obecnou sexuologickou ambulantní péči.

Mezinárodní vývoj na poli lékařské sexuologie je podstatně komplikovanější a méně jednoznačný. Výzkumná a klinická práce v sexuologii je záležitostí povýtce mezioborovou. Sexuálním problémům se věnují psychiatři, psychologové, pediatri, behaviorální endokrinologové, gynekologové, urologové, genetici, chirurgové, dermatovenerologové. Péče o pacienty a pacientky se sexuálními problémy se tak zdá být hodně roztržštěná. Mám za to, že vývoj v posledním desetiletí ukazuje na rostoucí uznání potřeby interdisciplinárně koncipované lékařské sexuologie. Počátkem devadesátých let byla založena Mezinárodní společnost pro sexuální medicínu (ISSM) a také její evropská sesterská organizace (ESSM). Ta evropská společnost v posledních letech vypracovala poměrně obsažné curriculum lékařské sexuologie a pokouší se o uznání svých certifikátů k lékařské praxi v tomto oboru. První absolventy certifikačních kurzů ESSM máme již také u nás.

Naše koncepce lékařské sexuologie vychází ze zakladatelských klasiků, kterými byli profesoři Josef HYNIE a Jan RABOCH.

Sexuologická péče zahrnuje tyto oblasti:

Sexuální poruchy mužů a žen

Vyšetřování a léčba poruch plodnosti mužů

Sexuologické aspekty poruch tělesně pohlavního vývoje

Sexuologické aspekty pohlavně přenosných chorob, včetně HIV/AIDS

Poruchy sexuální identifikace: Sexuální deviace, parafilie, sexuální delikvence
Sexuální výchova, sexuální chování populace, sexuální minority

Postgraduální výchova sexuologů probíhá pod organizační a odbornou supervizí Subkatedry sexuologie při ÚPVZ v Praze. Zájem o tuto specializaci je největší u psychiatrů, urologů a gynekologů. Česká republika vykazuje kolem třiceti úvazků sexuologů v ambulantních zařízeních. Atestovaných lékařů, kteří mají tuto nástavbovou kvalifikaci, jsme napočítali kolem 37. Je zřejmé, že řada sexuologů pracuje v oboru jen na částečný úvazek.

Dostupnost ambulantní sexuologické péče není regionálně rovnoměrně rozložená. Dlouho je cítit nedostatek této péče v krajích jako je Západočeský, Karlovarský. Vysočina, nebo Zlínský kraj. Některá ambulantní sexuologická pracoviště neposkytují celý rozsah oboru, když nepěstují spermioogická vyšetření, nemají pletyzmografická zařízení a nevěnují se některých specifickým poruchám (transsexualita, parafilní delikventi).

V poslední době se stále častěji setkáváme s problémy s preskripčními omezeními, když SÚKL nějak méně bere na vědomí mezioborovou povahu sexuologie a neuvádí náš obor jako kompetentní v preskripci některých psychofarmak, hormonálních přípravků a jiných medikamentů. Vedeme v té věci jednání, zatím bez nějaké reakce uvedeného ústavu. Je třeba přiznat, že celá řada našich preskripcí je de facto „off label“. Třeba psychofarmaka u sexuálních dysfunkcí, nebo u deviací. Také antiandrogen medroxyprogesteron acetát, nebo analoga gonadoliberinu. Což vyžaduje někdy složité dohady se zdravotními pojišťovnami.

V mezioborové spolupráci je vztah sexuologie k psychiatrii zejména těsný. Už proto, že sexuální dysfunkce a sexuální deviace jsou tradičně definovány jako psychopatologické fenomény. Zatímco u poruch sexuální identifikace, orientace a behaviorálních preferencí je to logické, u sexuálních dysfunkcí máme s těmito ryze „funkčními“ definicemi dysfunkcí problémy. Vždyť celá řada sexuálních poruch nemá klasicky „psychogenní“ povahu. Jde o výrazně psychosomatické klinické jednotky, u kterých se často uplatňuje dobře známý „biopsychosociální“ etiologický komplex.

Zcela specifickým problémem, o kterém dnes budeme hovořit asi nejvíce, představuje koncepce a organizace ochranných sexuologických léčeb, specializovaných na parafilní sexuální delikventy. Stojíme před nespornou potřebou nově definovat výkon ochranné sexuologické léčby tak, aby odpovídal současným podmínkám. Jde o problematiku povýtce mezioborovou. Proto je třeba toto téma diskutovat v co nejširších souvislostech. Domnívám se, že naše koncepce léčby parafilních sexuálních delikventů je úspěšným projektem a přinesla mnoho pozitivního. Neměli bychom však zavírat oči před problémy, které existují. Potřebujeme jasně definovanou státní zakázku v této citlivé oblasti. Měli bychom zvážít, jestli by ochranné léčby neměly být vyjmuty ze zdravotního pojištění jako specifický státem hrazený a organizovaný program péče. Taková změna by mohla zlepšit motivaci zdravotníků k tomuto segmentu pacientů, a také by zjednodušila dostupnost někdy nákladných medikamentů. Usnadnilo by to nepochybně také spolupráci zdravotnických zařízení se postpenitenciární službou a s orgány činnými v trestním řízení.

Literatura
u autora

ÚSTAVNÍ A AMBULANTNÍ LÉČBA PARAFILNÍCH DELIKVENTŮ

M. Hollý, M. Páv, J. Švarc

PN Bohnice

Summary

INPATIENT AND OUTPATIENT TREATMENT OF PARAPHILIA'S

Coercive inpatient treatment is sentenced by court to patients with paraphilia after committing sexually motivated crime. Treatment is complex, ranging from psychotherapy to therapeutic castration, important part is a complex diagnostic and risk assessment. There are several drawback in the legal and organizational framework in the coercive treatment system, which require adjustment.

Keywords: paraphilia, coercive treatment, therapeutic castration

Úvod

Ochranné léčení (OL) lze dle § 99 trestního zákoníku uložit pachateli trestného činu, který v době jeho spáchání trpí duševní poruchou nebo chorobou, kdy podmínkou jeho uložení je vysoká společenská nebezpečnost opakování daného jednání. Sexuologické léčení je navrhováno nemocným, u kterých je diagnostikována parafilie (sexuální deviace), nikoli všem pachatelům sexuálně motivovaných trestných činů. Sexuologické znalecké posouzení, na jehož základě je léčba soudem nařizována, je zadáváno v rámci trestního řízení, kdy na základě diagnostikování duševní poruchy bývá přiznáváno snížení ovládacích schopností v době páchaní trestného činu. Podmínky výkonu tohoto léčení jsou upraveny zákonem 373/2012 Sb. O specifických zdravotnických službách. Poté, kdy ochranné léčení ústavní splní svůj účel je obvykle u sexuologických nemocných navrhována soudou přeměna na ambulantní formu léčení, v některých případech i jeho ukončení.

Terapeutická vodítka

Sexuologická společnost většinou shodou a při znalosti podmínek výkonu ochranného ústavního léčení doporučuje, aby toto léčení bylo nařizováno do zařízení, která respektují vývoj a doporučení jak odborných společností, tak např. doporučení z kanceláře veřejného ochránce práv, sjednocují svá terapeutická režimová opatření a sjednocují postup při výkonu režimu ochranného ústavního sexuologického léčení, při respektování jak práv, tak i povinnosti nemocných s nařízenou ochrannou léčbou. Jednotlivá pracoviště spolu úzce kooperují a jsou domluvena na další vzájemné spolupráci. Ministerstvo zdravotnictví předkládá k využití Doporučené postupy v terapii parafilních sexuálních delikventů. V oblasti biologické léčby se doporučení v podstatné míře překrývají s mezinárodními vodítky léčby parafilí, např. WFSBP guidelines, odlišnost v České republice spočívá v možném použití terapeutické kastrace v léčbě zvláště závažných parafilí po schválení zákroku komisí MZČR.

Základní principy léčby

panuje jednoznačný odborný konsensus, že ústavní léčba parafilí je komplexní léčebný program s podstatnou komponentou psychoterapeutickou, kombinova-

nou s léčbou biologickou a socioterapií. Jedním ze základních prostředků v léčbě je snaha o spolupráci s pacientem ve stanovení jeho reálných adaptačních možností, což je vlastně postupným hledáním a nacházením způsobů, kterak alespoň zčásti uspokojovat abnormální sexuální preferenci bez páchaní trestných činů. To v praxi znamená dotvářet neúplně sexuálně provokující podněty s pomocí vlastní fantazie a nalézat nedelikventní způsoby realizace. Podstatným obsahem zvláště počátečních fází ochranného ústavního léčení je komplexní diagnostika, která svými možnostmi přesahuje možnosti ambulantního vyšetření nebo krátkodobého ústavního pobytu a umožní komplexní zhodnocení rizikovosti „risk assessment“ daného nemocného a taktéž posouzení jeho schopnosti znovuzapojení se do společnosti. Ve farmakologické léčbě se uplatňují antidepresiva, antiandrogeny a analoga gonadoliberinů. V případech, kdy není možné dosáhnout dostatečné snížení společenské nebezpečnosti nemocného je v současné době možné navržení soudu uložení zabezpečovací detence.

Legislativní rámec

Stávající praxe také ukazuje nutnost určitých úprav ve znění zákona 373/2012 Sb., kdy je například ukládána povinnost hlášení soudu, který OL nařídil tehdy, když se pacient v OL ústavním se svémocně ze zdravotnického zařízení vzdálil, nebo pacient v OL ambulantní nenastoupí k výkonu OL či se nedostavuje ve stanoveném termínu do ambulance. Toto v praxi nevede k žádoucímu efektu (zadržení nemocného, zahájení trestního stíhání) a je nutné zavést hlášení policii ČR. V tomto ohledu je nutné též prolomit mlčenlivost zdravotnických pracovníků při tomto hlášení, novelizace je nejen v jejích v zájmu, ale zejm. společnosti, když zdravotníci nemají povinnost ani legální možnost oznámit útěk (nedostavení se) pacienta policie, která má možnost danou situaci řešit. Diskutován je též návrh vhodnosti umožnění Terapeutické kastrace osobám ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody a taktéž vypuštění podmínky spáchání násilného sexuálně motivovaného trestného činu, neboť současná situace potencionálně generuje nepříjemnou situaci, kdy takový parafilik spáchá závažný sexuálně motivovaný trestný čin poté, co obdrží stanovisko ministerstva zdravotnictví, že mu kastrace byla zamítnuta z důvodu, že „dosud nespáchal násilný sexuálně motivovaný trestný čin...“

Závěr

V současnosti problematickou oblastí s nutností změn je zajištění nezbytné kontinuity péče o parafilní nemocné, kdy z důvodů zvýšené administrativní náročnosti a nedostatku erudovaných lékařů je trvalý problém se zajištěním ambulantní léčby v některých regionech. Jako nezbytně nutné se tedy jeví dokončení sexuologickou společností dlouhodobě prosazovaného plánu vybudování funkční ambulantní sítě lékařů erudovaných pro výkon ochranného ambulantního sexuologického léčení, kdy by alespoň v každém krajském městě mělo být specializované sexuologické pracoviště s odborníkem psychiatrem, atestovaným v nástavbovém oboru sexuologie, který spolupracuje s nejbližším ústavním pracovištěm a příslušnými soudy. Financování takového pracoviště by měl být zajištěno nejenom z prostředků zdravotního pojištění, ale také

z jiných zdrojů, konkrétně zdrojů Ministerstva spravedlnosti, které příslušným ambulancím výkon ochranného léčení prostřednictvím jím řízených soudů nařizuje a které by kompenzovalo náročnost výkonu takového léčení ve srovnání s “běžnými” nemocnými.

Literatura

F. Thibaut, F. De La Barra, H.Gordon, P. Cosyns, J.M.W. Bratford & the WFSBP Task Force on Sexual Disorders. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the biological treatment of paraphilias. The World Journal of Biological Psychiatry, 2010; 11: 604–655
www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/doporucene-postupy-v-terapii-parafilnich-sexualnich-delikventu_7653_2849_29.htm

WORKSHOP CO ČEKÁ OD LÉČBY BIPOLÁRNÍ PORUCHY PACIENT A CO LÉKAŘ

garant prof. Ján Praško

MOTIVAČNÍ ROZHOVOR U PACIENTA S BIPOLÁRNÍ PORUCHOU

A. Grambal, J. Praško, K. Látalová, D. Kamarádová, D. Jelenová, R. Kubínek

Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

Summary

MOTIVATION INTERVIEW OF THE PATIENT WITH BIPOLAR DISORDER

Nevertheless, the administration of psychotropic drugs is the most important approach of the treatment of bipolar affective disorder, about half of the patients stop using the medication. For the psychiatrist who recognizes the need to increase patient compliance is important to help the patient to (a) accept the diagnosis of bipolar disorder; (b) clarify the role of psychotropic drugs in the treatment; (c) reassess attitudes towards medication, including maladaptive beliefs and influences of the family; (d) encourage the patient in the long-term using of the medications. Management of motivational interviewing should not be a mere note that patients must take drugs, because the patient may sooner or later rebel against such approach. When patient decides that taking medication has advantages for himself is the best option.

Keywords: bipolar disorder, compliance, psychoeducation, motivation interview

Úvod

Přesto, že podávání psychofarmak je základem léčby pacientů s bipolární poruchou, kolem poloviny pacientů medikaci vysadí nebo neužívá systematicky. Problémem je jak nepřijetí samotné diagnózy bipolární poruchy, tak odmítání užívání psychofarmak.

Přijetí diagnózy bipolární poruchy

Řada pacientů s bipolární poruchou zaujímá přinejmenším ambivalentní postoje vůči faktu nemoci a nezbytnosti její léčby. Pro úspěšnou léčbu BAP je však důležité, aby pacient přijal skutečnost, že je nemocen a léčbu potřebuje, v lepším případě pochopil v přiměřené míře podstatu, průběh a nejdůležitější zásady léčby (Praško et al. 2013). Tyto požadavky však není snadné naplnit, navíc pacientův náhled nemoci se může v průběhu času měnit vlivem okolí, další epizody poruchy a někdy z příčin, které jen nesnadno zjistíme. Příčinou ztráty náhledu bývá i nově vzniklá komorbidita nebo zvýraznění pacientových osobnostních rysů.

Pacienti s bipolární poruchou jsou zpravidla dobře obeznámeni se stereotypy, které společnost chová vůči lidem, kteří se léčí na psychiatrii, a mají z nich obavy. Úzkost z možné stigmatizace se zvyšuje s narůstajícími tendencemi stigmati-

zovat sebe sama. Sebestigmatizace se objevuje tehdy, když jedinec přijme za své stereotypy panující ve společnosti. Ve výzkumech s bipolárními pacienty je sebestigmatizace spojena se sníženou kvalitou života, horší adherencí a vysazováním léků, nižším sebevědomím, demoralizací a zvýšeným vyhubým chováním (Ritsher a Phelan 2004).

Jiným důvodem nedostatečné spolupráce v léčbě může být neochota vzdát se příjemných prožitků v průběhu hypomanie a mánie. Pocit zvýšené energie, euforie a zvýšeného sebevědomí mohou pacienti prožívat pozitivně, aniž by brali do úvahy devastující následky plně rozvinuté epizody.

Akceptace užívání psychofarmak

Zdá se, že spolupráce při užívání farmakoterapie souvisí s řadou demografických (věk, pohlaví, vzdělání), psychopatologických (komorbidní diagnóza, náhled), sociálních (emoční expresivita v rodině, stigmatizace a sebestigmatizace) a vztahových (terapeutický vztah a jeho dynamika, přenos, protipřenos) charakteristik. Spolupráci dále snižuje přítomnost vedlejších účinků léčby, zejména pocity únavy, ztráty kreativity, nedostatečného prožívání radosti.

Důvody nespolupráce při užívání léků mohou být různé:

- Někteří pacienti věří, že se jim podaří zvládnout bipolární poruchu vlastními silami, že svojí náladu budou ovládat pomocí vůle. Samotnou poruchu pokládají za znak osobní slabosti, neschopnosti, za selhání.
- Užívání medikace znamená nálepku, pokud ji člověk bere, nese stigma „blázna“. Také se objevují obavy, že pokud se někdo z okolí o užívání psychofarmak dozví, přestane si jich vážit nebo mít je rád.
- Medikace neúčinkuje tak, jak si pacient představoval; mohou zůstat reziduální příznaky deprese, nemusí se dostatečně zlepšit spánek, jindy obtěžují nežádoucí účinky.
- Chybí skvělá nálada. V hypomanii a máni může být skvělá nálada celé dny. Může to být příjemné, ale často jsou důsledkem lehkovážnosti a nerozumné rozhodování, které tato skvělá nálada přináší. Léčba léky přináší normální neutrální náladu s jejím mírným kolísáním, čili všední prožívání, které má většina lidí.
- Medikace tlumí tvořivost. To je v mnoha případech pravda. V máni může mít člověk explozi nápadů, bohužel je nelze regulovat ani dokončit, nicméně může to být příjemné. V hypomanii mnohé z nich dokáže realizovat.
- Přesvědčení, které říká: „Když se cítím dobře, léky nepotřebuji!“
- Sebestigmatizace i stigmatizace léčebných metod může vést k protestu proti dodržování pokynů lékaře (Sirey et al. 2005). Veřejnost stigmatizuje některé typy léčebných metod, které se u bipolární poruchy užívají. Postoje okolí se také mohou lišit ve vztahu ke konkrétní rodině nemocného či pacientovi. Sebestigmatizace a strach ze stigmatizace druhými často vede k tomu, že pacienti nechtějí být hospitalizováni, přestože jejich stav pobyt na oddělení vyžaduje. Myšlenka na to, že by se někdo mohl dozvědět, že absolvovali pobyt na psychiatrii, je děsivá. U pacientů, kteří sami sebe více stigmatizují, dochází k vynechávání léčby, jejímu předčasnému ukončení a problémům s doléčováním.
- Dalším důvodem nedostatečné spolupráce může být negativní zkušenost s léčbou. Psychiatrická hospitalizace představuje pro řadu pacientů životní zlom.

Zejména u mánie může kontakt s psychiatrií začít nešťastně, zraňujícím způsobem. V takových případech bývá pacient za dramatických okolností přivezen policií, zažívá neúprosné zacházení personálu a je hospitalizován proti své vůli.

O psychofarmacích i možnostech léčby panuje řada mýtů, které může sdílet pacient i jeho blízcí. Psychofarmaka mohou být považována za jedy, které mění osobnost, vedou k psychickému či tělesnému poškození či sebevraždě. Elektrokonvulze mozek rovnou zničí. Depresivní člověk by se měl dát dohromady, dobře se najíst a mít dostatek sexu. Nervy obalené tukem zvyšují odolnost vůči psychické nemoci. Mezi nečastější mýty o lécích patří:

- Pokud beru léky, znamená to, že jsem blázen
- Léky mi poškodí játra, ledviny nebo mozek
- Pokud budu brát léky, nebudu to já
- Vedlejší účinky jsou nesnesitelné
- Nemusím brát žádné léky, nejsem nemocný
- Zvládnou to sám i bez léků.

Motivační rozhovor

Argumentovat pacientovi, tím, že je lépe brát léky a kontrolovat tak nemoc je logické, ale mnohdy to nestačí. Pacienti většinou čekají ještě něco víc, především podporu, pochvalu, že vytrvali, obdiv, že zvládli, úctu pokus neselhalí apod. Zároveň by neměli být ostrakizováni zato, že tu a tam „selhávají“. Pokud se nám podaří vytvořit alespoň rámcově terapeutický vztah, můžeme očekávat větší efektivnost léčby, přesnější odhalování prodromálních známek, flexibilnější úpravy terapie a v důsledku kvalitnější léčbu.

Pro psychiatra, který rozpozná potřebu zvýšit spolupráci pacienta při užívání psychofarmak je důležité pomoci pacientovi (a) přijmout diagnózu bipolární poruchy; (b) ujasnit roli psychofarmak při léčbě; (c) přehodnotit postoje k psychofarmakům, včetně maladaptivních přesvědčení a vlivu rodiny; (d) povzbuzovat pacienta v dlouhodobém užívání léků.

Psychiatr zjišťuje pacientovy názory, týkající se užívání medikace, vztahu k autoritám (možný vzdor vůči ordinujícímu lékaři) a kontrole zvenčí (to rodiče chtějí, abych užíval léky) a tyto názory následně pomáhá pacientovi modifikovat pomocí otázek, zabývajících se důsledky pro život. Přítomnost a tíži vedlejších účinků léčby je nutné porovnat s dopady nemoci samé (Praško et al. 2013). Psychiater s pacientem postupně zevrubně diskutují výhody a nevýhody užívání léků a výhody a nevýhody neužívání léků. Po pečlivém zvážení faktů pro a proti zpravidla pacienti sami dospívají k rozhodnutí, že užívání léků je pro ně nejlepší volbou. To, že se pro to rozhodnou sami je důležitým faktorem, významně zlepšujícím spolupráci.

Vedení motivačního rozhovoru by nemělo být pouhým sdělením informace, že pacient léky brát musí, ani autoritativním nátlakem či manipulací, protože pacient se může dříve nebo později takovému přístupu vzepřít. Ideální je, když se rozhodne sám, že je užívání léků je pro něj v dané situaci nejlepší volbou, která mu přinese nejvíce pozitiv a nejméně negativ.

Ke snížení nežádoucích účinků léčby nebo jejich lepší zvládnání je možné použít celou řadu strategií. Již při počátečním rozhovoru s pacientem o farmakologické léčbě je potřebná edukace pacienta o nežádoucích účincích a možnostech, jak

tyto efekty snížit nebo eliminovat. Tato edukace je důležitá nejen v předcházení překvapení a zvýšení pocitu bezpečí pacienta v léčbě, ale také pacientovi ukazuje, že lékař má starost o celé jeho prožívání a pečlivě se věnuje jako potřebám.

Závěr

Ke zlepšení spolupráce a snížení pravděpodobnosti relapsu je vhodné použít strukturované psychoedukační nebo psychoterapeutické intervence v době, kdy dojde ke zmírnění akutních příznaků poruchy. Pacienti s bipolární afektivní poruchou, kteří absolvují systematickou psychoedukaci, významně častěji užívají medikaci. Je důležité, aby se pacienti sami rozhodli, že užívání medikace je pro ně prospěšné a přináší jim benefity.

Literatura

Praško J, Kamarádova D, Jelenova D, Ociskova M, Sedlackova Z: Development of the internet based psychoeducation for patients with bipolar affective disorder. *Neuroendocrinol Lett* 2013; 34(5):426–435

Ritsher JB, Phelan JC: Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res* 2004;129:257–265.

Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS: The treatment initiation program: an intervention to improve depression outcomes in older adults, *American Journal of Psychiatry* 2005;162(1):184–186.

Podpořeno grantem IGA MZ CR NT 11047-2010/4

PSYCHOEDUKACE A KLINICKÉ VEDENÍ PACIENTŮ S BAP

D. Kamarádová, K. Látalová, A. Grambal, J. Praško

Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

Summary

PSYCHOEDUCATION AND CLINICAL MANAGEMENT OF THE PATIENTS WITH BAD

Bipolar affective disorder runs a natural course of frequent relapses and recurrences. Despite significant strides in the pharmacological treatment of bipolar disorder, most bipolar patients cannot be treated only by drugs. One of the promising way how to enhance remission seems to be combination of pharmacotherapy and psychoeducation. Studies were identified through PUBMED, Web of Science and Scopus databases as well as existing reviews. Randomized controlled trials of cognitive behavioral therapy, interpersonal and social rhythm therapy and psychoeducation show that these approaches augment stabilizing effect of pharmacotherapy. Patients and their families should be educated about bipolar disorder, triggers, warning signs, mood relapse, suicidal ideation, and the effectiveness of early intervention to reduce complications. Psychosocial approaches are important therapeutic strategies for reducing relapse and rehospitalization in bipolar disorder.

Keywords: bipolar disorder, psychoeducation, treatment adherence

Cíle

Cílem našeho posteru je shrnout základní principy a možnosti psychoedukace pacientů s bipolární afektivní poruchou. Dále seznamuje se hlavními kroky klinického vedení bipolárních pacientů.

Metody

Články pro tento přehled jsme získali prozkoumáním databází Pubmed, Web of Science a Scopus. Pro vyhledávání byla použita následující klíčová slova: „bipolar disorder“, „psychoeducation“, „psychotherapy“, „psychosocial treatment“, „family therapy“, „individual therapy“, „group therapy“ a „psychoeducation“. Klíčová slova byla použita v různých kombinacích. Články byly poté seřazeny podle relevance. Další informace byly získány prozkoumáním citovaných článků.

Výsledky

Individuální psychoterapie

Psychoedukace si klade za cíl pacienty seznámit se základními příznaky bipolární poruchy, příčinami rozvoje, s pravidly prevence relapsu, a motivovat je k adherenci k léčbě. Také se snaží pacienty vést k tomu, aby žili v pravidelném rytmu. Existuje kontrolovaná randomizovaná studie (Perry et al. 1999) zkoumající účinnost individuální psychoedukace u pacientů s bipolární poruchou I typu. 69 pacientů bylo náhodně rozděleno do dvou skupin. První byla léčena pomocí farmakoterapie a druhá pomocí farmakoterapie doplněné o 7–12 psychoedukačních sezení. Hodnocení bylo provedeno za 18 měsíců a ukázalo menší pravděpodobnost objevení manických symptomů u pacientů zařazených do edukačního programu.

Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie může být buďto samostatným programem nebo může být zařazena do komplexního terapeutického programu. Stejně jako individuální psychoedukace se zaměřuje na lepší porozumění nemoci, jejích příčin a možnostech zvládnání. Na rozdíl od individuálního programu však nabízí možnosti interakce mezi jednotlivými členy skupiny. Tito mezi sebou sdílejí své osobní zkušenosti, které s nemocí mají. Toto je obzvláště patrné u otevřených skupin, kde jsou pacienti v různých stádiích nemoci. Pro řadu pacientů jsou informace získané od „spolupacientů“ důvěryhodnější, než informace, které jim podá lékař. Skupinová psychoedukace také umožňuje pacientům poznat, že v nemoci „nejsou sami“, že i jiní mají stejné potíže jako oni a zkoušejí hledat způsoby, jak s nimi bojovat.

Rodinná psychoterapie

Význam rodinné psychoterapie posunuli do popředí výzkumy zkoumající vliv vyjadřování emocí na relaps onemocnění. Tyto výzkumy prokázali, že pacienti, kteří po propuštění žijí v rodinách s vyšším vyjadřováním agrese, kritiky a vyjadřováním emocí mají větší pravděpodobnost návratu nemoci a rehospitalizace. Rodinné psychoedukační skupiny poskytují informace o bipolární poruše, o možnostech její léčby a způsobech zvládnání symptomů, o způsobu identifikace a zvládnání zdravotních potíží spojených s nemocí, a o individuálních potřebách pacientů. Rodinná psychoterapie má svůj význam nejen pro příbuzné pacientů

(pro které je to často poprvé, co slyší o nemoci mluvit někoho jiného, než pacienta samotného), ale i pro pacienty. Pro ně bývá důležití např. to, že jejich příbuzní poprvé navštíví stejné psychiatrické zařízení jako oni, mluví s jejich lékařem, zajímají se o jejich potíže. Jeden z prvních rodinných psychoedukačních programů sestavili Haas et al. (1988). Program se sestával ze šesti sezení, který se kromě výše zmíněných faktorů zaměřoval i na přijetí nutnosti dlouhodobé léčby pacienta a identifikaci stresorů ovlivňujících rodinu.

Internetová psychoedukace pacientů

V současné době zvyšujících se nákladů na práci psychoterapeuta, jeho/její výcvik a zároveň i finanční ztráty pacientů při osobním navštěvování psychoterapeuta hraje stále významnější roli internetová psychoedukace. V dnešní době má již velká část pacientů internetové připojení a jsou technicky schopni se k takovému programu přidat. Výhodou je také to, že pacienti nejsou limitováni konkrétním časem terapie, a své „terapeutické sezení“ si mohou kdykoliv spustit, přerušit a znovu v něm pokračovat. Dalším plus může být i skutečnost, že nemusí navštěvovat psychiatrická zařízení. Pro některé pacienty je důvodem neúčastnit se psychoedukačních programů možnost, že by byli někým viděni, jak vstupují psychiatrického zařízení. Barnes et al. (2011) vytvořili ve spolupráci s odborníky, pacienty a jejich rodinnými příslušníky internetový psychoedukační program „Beating Bipolar“. Důležitými prvky tohoto programu jsou diagnostika a porozumění příčinám rozvoje onemocnění, vysvětlení role medicace při zvládnání nemoci, důležitost změny životního stylu, prevence relapsu a časné intervence, psychologické přístupy v léčbě, specifické přístupy pro jednotlivá pohlaví a informace pro rodinné příslušníky a pečovatele.

Klinické vedení pacienta

Klinické vedení pacienta s bipolární afektivní poruchou je rámcem, ve kterém pacient s lékařem spolupracují v průběžném procesu hodnocení a monitorování pacientova klinického stavu, výběru specifické léčby, a koordinaci různých terapeutických komponent. Zahrnuje kontinuální vyhodnocování pacientova bezpečí, psychického stavu a úrovně fungování, určení místa léčby, podle potřeb pacientovy bezpečnosti, psychoedukaci pacienta a jeho blízkých, práci na vytvoření terapeutického vztahu, koordinaci práce více lékařů a terapeutického týmu, monitorování účinnosti terapeutického plánu a supervizi. Stejně jako při vedení pacientů jiných diagnostických skupin je klíčovým faktorem navázání kvalitního terapeutického vztahu s pacientem. Tento umožní pacientovi beze strachu nebo pocitu studu navštívit psychiatra a sdílet s ním své potíže.

Závěr

Pro léčbu bipolární afektivní poruchy byla do současné chvíle vytvořena řada terapeutických přístupů. Ačkoliv je klíčovým faktorem v léčbě užívání medicace, i režimová opatření (pravidelný spánek, práce, sociální aktivity, apod.) hrají zásadní význam. Psychoedukace by měla pacienty (a popř. jejich rodinné příslušníky) seznámit se základními principy terapie a motivovat ho k dodržování léčebných postupů. Ukázalo se, že množství relapsů se signifikantně snižuje, pokud pacienti a jejich rodinní příslušníci takovýto psychoedukační program absolvují.

Literatura

Barnes E, Simpson S, Griffiths E, Hood K, Craddock N, Smith D: Developing an online psychoeducation package for bipolar disorder. *J Ment Health* 2011;20(1): 21–31.

Haas GL, Glick ID, Clarkin JF, Spencer JH, Lewis AB, Peyser J, DeMane N, Good-Ellis M, Harris E, Lestelle V: Inpatient family intervention: a randomized clinical trial, II: results at hospital discharge. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:217–224.

Perry A, Tarrier N, Morriss R, McCarthy E, Limb K: Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ* 1999;318:149–153.

PROBLÉMY V LÉČBĚ PACIENTŮ S BIPOLÁRNÍ PORUCHOU A JAK JE ZVLÁDAT

K. Látalová, J. Praško, D. Kamarádová, D. Jelenová, R. Kubínek, A. Grambal

Klinika psychiatrie Fakultní nemocnice v Olomouci a LF UP v Olomouci, Česká Republika

Summary

PROBLEMS IN TREATMENT OF BIPOLAR PATIENTS AND HOW TO MANAGE THEM

Studies have shown that there are several factors that predict nonadherence among patients with mood disorders. The aim of the present review is to identify the predictors of nonadherence among these patients. A careful review of the literature was conducted investigating several potential predictors of nonadherence among patients with mood disorders. Several predictors of nonadherence among patients with mood disorders are detected and include younger age (below 40 years old), comorbidity with substance use and personality disorders, patients' beliefs, poor insight, illness severity, treatment-related side effects, specific features of the disease and a poor therapeutic alliance. Substance use disorder and illness severity are significant predictors of nonadherence especially in patients with bipolar disorder; whereas, treatment side effects are of primary importance for depressive disorder. Given the high social, clinical and economic impact of nonadherence among patients who are affected by mood disorders, it is critical to recognize patients at high risk of nonadherence in order to inform future strategies to examine and improve adherence to treatment. Recent research has indicated that psychosocial interventions can have a valuable role in reducing the substantial psychosocial disability associated with bipolar disorder. Randomized controlled trials of these interventions indicate that improvements are seen in symptoms, psychosocial functioning, and treatment adherence. These interventions, systematically presented in the form of standardized treatment manuals, vary in format, duration, and theoretical basis. All are meant to augment pharmacotherapy, which represents the standard of treatment in the field.

Keywords: bipolar disorder, maintenance, treatment, insight

Bipolární afektivní porucha je celoživotní onemocnění vyznačující se vysokou mortalitou, dlouhodobým zdravotním potížením, kterým vedou k praceneschopnosti. Bipolární afektivní porucha má fluktuující průběh, charakterizovaný návraty epizod deprese nebo mánie. Analýza přežití 82 ambulantních pacientů, ukázala, že riziko relapsu mánie nebo deprese je během pěti let udržovací terapie 73 %. Z toho dvě třetiny relabujících pacientů má opakované relapsy¹. Relapsy zvyšují utrpení pacientů i jejich rodin, zvyšují náklady na léčbu, protože vedou k hospitalizacím, zneschopňují pacienty, vedou ke snížení jejich produktivity a finančních příjmů. Pochopení a odhalení předchůdců recidiv může ukázat, kudy máme napřáhnout snahy k jejich prevenci a mírnění. Odhalení časných příznaků a zhoršení nemocí může umožnit terapeutický zásah, který poveden k prevenci rozvoje plnohodnotné manické nebo depresivní epizody. Příznaky a symptomy, ke kterým dochází během časného vzniku souhrnně nazýváme *prodromy*. Rozpoznání prodromů má pro dlouhodobou léčbu bipolární afektivní poruchy zásadní význam. Epizody nemoci jsou někdy vyvolány událostmi, které fungují jako spouštěče nebo *precipitující faktory*. Stresující životní událost jako například smrt příbuzného může precipitovat epizodu deprese nebo mánie. Podobné události však mohou mít na různé pacienty různé dopady. Tato variabilita je způsobena částečně tím, že pacienti se liší v citlivosti k rozvoji jednotlivých epizod. Tato citlivost – senzitivita je závislá na rizikových faktorech, které se u pacientů liší. Prodromy jsou u bipolární afektivní poruchy definovány jako „jakékoli kognitivní, behaviorální a afektivní příznaky nebo symptomy, které mohou pacienta vést k myšlence, že vstupuje do časné fáze epizody“. Prodromy vlastně představují včasné varování před nadcházející epizodou. Prodromy manické a depresivní epizody jsou odlišné. Příznaky představují oslavené projevy deprese nebo mánie. Většina pacientů s bipolární afektivní poruchou je schopna rozeznat prodromy nemoci. Tato schopnost závisí na míře náhledu na nemoc. Psychoedukace zaměřená na různé aspekty náhledu vede k posílení adherence a redukuje incidenci relapsů bipolární afektivní poruchy.

Termín „náhled“ byl psychiatrické souvislosti poprvé definován v roce 1934 jako „správný postoj k vlastním zdravotním změnám“. Novější konceptualizace náhledu byla rozšířena o vědomí pacienta o předpokládaných dopadech nemoci vedoucí ke změnám postojů a chování v každodenním životě (např. adherence), stejně jako schopnost uznat nebo „označit“ neobvyklé duševní události – například bludy a halucinace, jako patologické. Je užitečné si uvědomit, že dříve používaná dichotomická konceptualizace („špatný vhlad“ nebo „dobrý náhled“) nedostatečně zachycovala drobné či větší rozdíly, které pozorujeme v klinické praxi. Nedostatek náhledu je jedním z poruch integrovaných sebezkušeností. Vyskytuje se zejména u psychóz, ale je také běžné u obsedantně kompulzivní poruchy některých dalších poruch jako je dysmorfofobie. Porucha náhledu je typická pro schizofrenii. Ve srovnání s výzkumem náhledu u schizofrenie, studie u afektivních poruch začaly později a zůstávají relativně řídké. Kvalitní náhled je však u BAP podmínkou nutnou pro dostatečnou complianci v léčbě, zásadním způsobem ovlivňuje adherenci, a slouží spolu s dostatečně zachovanými kognitivními funkcemi k rozpoznání časných varovných příznaků. Postižení exekutivních funkcí a paměti, stejně jako vyšší závažnost psychotických příznaků, jsou spojeny s poruchami náhledu. Náhled je více postižen během akutní epizody než

během remise, více u smíšených než u čistých manických epizod, více u bipolární poruchy II typu než u pacientů s bipolární poruchou I typu, více u čisté mánie než u bipolární nebo unipolární deprese. Nedostatek náhledu a komorbidní abúzus psychoaktivních látek snižují adherenci k léčbě². Recentní důkazy naznačují, že co se týká poruchy kognitivních funkcí a nedostatku náhledu, i dochází u bipolárních pacientů ke kompletní remisi méně často, než se dříve předpokládalo. Remitující euthymičtí pacienti mají zřetelně poškozeny exekutivních funkce, verbální paměť, a schopnost udržet pozornost. Stejně tak, se v remisi neupravuje náhled nemoci. Snížený náhled byl v remisi pozorován u 47 % pacientů s BAP I³. Psychosociální intervence náhled nemoci zlepšuje, přináší lepší funkční výsledky. Psychosociální metody by mohly být účinnější, pokud by ji doplnila rehabilitace kognitivní.

Literatura

1. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psych* 1995; 152:1635–1640.
2. Varga M, Magnusson A, Flekkoy K, Ronneberg U, Opjordsmoen S. (2006). Insight, symptoms and neurocognition in bipolar I patients. *J Affect Disord* 2006; 91: 1–9.
3. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, Docherty JP. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatr* 2009; 4: 1–46.

ZÁKLADY KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE U PACIENTŮ S BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHOU

R. Kubínek, J. Praško, A. Grambal, D. Kamarádová, K. Látalová, D. Jelenová

Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

Summary

BASIC OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN PATIENTS WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

Modern cognitive-behavioral approaches to BAP focuses on increasing cooperation in the use of medications, improving the regular social rhythms, monitoring the warning signs of mania and depression, practicing communication and problem solving skills, and reducing vulnerability by teaching patients to reduce overall distress by reprocessing of dysfunctional maladaptive attitudes.

Keywords: bipolar disorder, compliance, psychoeducation, cognitive behavioral therapy

Úvod

Bipolární porucha je dlouhotrvající onemocnění, které se projevuje u různých pacientů v různých obdobích jejich nemoci odlišnými způsoby. Ustanovení a udržení terapeutického spojení mezi pacientem a lékařem je zásadní podmínkou k porozumění a léčbě konkrétního pacienta. Podstatným prvkem tohoto spojení

tví je znalost historie pacientovy nemoci, což umožňuje co nejčasnější diagnostiku prodromů a příznaků nové epizody. Základem léčby je podávání stabilizátorů nálady, ovšem psychosociální přístupy, jako je psychoedukace a psychoterapie, mohou významně přispět ke zlepšení spolupráce při užívání léků, pomoci včas zachytit varovné příznaky počínajícího relapsu, upravit životní styl pacienta tak, aby se riziko relapsu snížilo i pomoci řešit životní problémy pacienta.

Edukace pacienta a jeho rodiny

Lékař, který pečuje o pacienta s BAP, by se měl ujistit, že jsou splněny pro psychoterapeutické vedení předpoklady. Mezi základní patří pacientovo přijetí skutečnosti, že je psychicky nemocen a pochopení základních informací o podstatě, průběhu a léčbě nemoci.

Pacienti trpící bipolární poruchou mají zásadní prospěch z edukace a zpětnovazebních informací o léčbě bipolární poruchy, prognóze a možnostech léčby. Schopnost porozumět problému a léčebným možnostem je však v průběhu jejich nemoci rozdílná. Pacienti se rovněž liší v tom, do jaké míry jsou schopni přijmout fakt nemoci, která vyžaduje dlouhodobou léčbu. V průběhu léčby má edukace pacienta a jeho rodinných příslušníků vést k aktivnímu podílu na léčbě, včetně schopnosti rozpoznat subsyndromální a prodromální příznaky nemoci a referovat o nich ošetřujícímu psychiatrovi. Užitečné jsou edukační brožury o nemoci, informace a diskusní fóra na internetu, případně účast na podpůrných skupinách pacientů s bipolární poruchou, pokud jsou tyto dostupné.

Spolupráce při léčbě

Řada pacientů zaujímá přinejmenším ambivalentní postoje vůči faktu nemoci a nezbytnosti její léčby. Tento postoj může vést ke zhoršené spolupráci při léčbě, což může ústít v relaps nemoci. Jedním z důvodů pro nedobrou spolupráci je nedostatek náhledu pacienta na nemoc, jiným důvodem je neochota vzdát se příjemných prožitků v průběhu hypomanie a mánie. Pocit zvýšené energie, euforie a zvýšeného sebevědomí mohou pacienti prožívat pozitivně, aniž by brali v úvahu devastující následky plně rozvinuté manické nebo následně depresivní epizody.

Specifické KBT přístupy

Moderní kognitivně behaviorální přístupy k BAP se soustředí na snížení vulnerability tím, že učí pacienty snížit celkový stres přepracováním dysfunkčních maladaptivních postojů (kognitivních schémat), které jinak vedou k častému přepracování a narušení sociálních rytmů (Praško et al. 2007).

Tabulka: Společná témata pro KBT u bipolární poruchy (upraveno podle Scott 2004)

Kognitivně behaviorální terapie může být použita pro:

- Posílení adaptace na nemoc a její léčbu
- Zvýšení spolupráce při užívání medikace
- Zvýšení sebevědomí a sebedůvěry
- Snížení maladaptivního a vysoce rizikového chování
- Identifikaci a modifikaci psycho-bio-sociálních faktorů, které destabilizují individuální každodenní fungování a náladu

- Pomoc pacientovi rozeznat a zvládnout psychosociální stresory a problémy
- Učení dovednostem jak zvládat příznaky deprese, hypománie a další kognitivní a behaviorální problémy
- Učení se časné rozeznat varovné příznaky počínajícího relapsu a pomoc pacientovi rozvinout efektivní strategie zvládání
- Identifikaci a modifikaci automatických myšlenek (negativních či pozitivních) a maladaptivních postojů a schémat
- Zvýšení sebe-řízení pomocí domácích úkolů.

Práce s automatickými myšlenkami

Kromě depresivních automatických myšlenek, které se objevují u bipolárních pacientů v depresivní fázi, ale také v remisi poruchy, je potřebné zabývat se i „manickými automatickými myšlenkami“, a to zejména při hypomanii a v remisi poruchy. V mánií nám kognitivní restrukturalizace neposlouží – pacient je natolik roztěkaný a nekritický, že s ním nelze vést sokratický dialog. Typické automatické myšlenky v hypomanii přeceňují vlastní schopnosti i možnosti a podceňují rizika, neustále přinášejí nápady a plány, jsou plně zaměřeny na vlastní chtění a potřeby, nevidí negativní důsledky vlastních akcí a bývají kromě sebe-přeceňujících myšlenek také kontaminovány zlostnými myšlenkami a podceňováním okolí.

Plánování rytmických sociálních aktivit

Pravidelný režim aktivit, zejména spánku (ale i stravování, cvičení a sociálních interakcí) a snížení interpersonálního stresu vede ke zpevnění cirkadiánní rytmicity a tím vede k poklesu nadměrné stimulace, která předchází rozvoji epizod.

Monitorování varovných příznaků

Jedním z hlavních cílů v profylaktickém snažení je identifikovat signály počínající mánie a deprese, tzv. varovné příznaky. Pacient se z minulosti učí ujasnit si, co byly prodromální příznaky mánie a deprese, doptává se na ně svého okolí i profesionálů, kteří ho v té době léčili, a vytváří si seznam prodromálních příznaků. Monitorování varovných příznaků pak umožňuje včasnou návštěvu psychiatra a úpravu režimu k zamezení rozvoje epizody.

Nácvik komunikační dovedností

V rodinách pacientů s bipolární poruchou bývá nejčastějším problémovým rysem nadměrná emoční expresivita, spojená s hyperkritičností, výčitkami, vzájemným obviňováním a vměšováním se do života jednotlivců. Protože vysoká emoční expresivita souvisí s častějšími relapsy jak mánie tak deprese. Pacient i rodinní příslušníci jsou vedeni k nácviku zvládání kritiky, konstruktivnímu řešení problémů a rozvoji pozitivní aserce v rodině i v zaměstnání.

Práce s postoji a životními pravidly

Schémata terapeut zjišťuje na základě rozboru automatických negativních myšlenek a kognitivních omylů, kterých se pacient v konkrétních situacích opakovaně dopouští. Další metodou je podrobný rozbor životopisu a především nejranějších vzpomínek. Z nich se snaží terapeut odvodit, jaká základní přesvědčení o sobě, druhých a budoucnosti si pacient v dětství vštípil a jaká životní pravidla jsou pro něj v životě rozhodující. Další metodou k určení dysfunkčních schémat je metoda „padajícího šípů“. Pomocí otázek v „sokratickém dialogu“ pak pomáhá terapeut pacientovi zjišťovat, nakolik jeho přesvědčení odpovídají realitě a zda skutečnost není přece jen jiná. Ke zpochybňování dysfunkčních schémat je

vhodné naplánovat a provést s pacientem řadu behaviorálních experimentů, při nichž jedná proti svému původnímu přesvědčení a získává tak nové zkušenosti.

Řešení problémů

Ve druhé fázi se terapie zaměřuje na řešení životních problémů pacienta, které s poruchou souvisejí: bývají to nejčastěji problémy partnerské, sexuální, pracovní nebo jiné sociální.

Závěr

Moderní kognitivně behaviorální přístupy k BAP se soustředí na zvýšení spolupráce při užívání léků, úpravu životního stylu pacienta a zavedení pravidelných sociálních rytmtů, monitorování varovných příznaků mánie i deprese, nácvik komunikace, řešení životních problémů a snížení vulnerability tím, že učí pacienty snížit celkový stres přepracováním dysfunkčních maladaptivních postojů (kognitivních schémat).

Literatura

Praško J, Možný P, Šlepecký M: Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Triton, Praha 2007.

Scott J. Cognitive therapy of bipolar disorder. In: Leahy R L (ed): Contemporary Cognitive Therapy, Guilford Press 2004; 228–243.

Podpořeno grantem IGA MZ CR NT 11047-2010/4

VARIA II

MOBBING, BOSSING – VÁŽNÉ POTÍŽE V PRACOVNÍM SOUŽITÍ S DŮRAZEM NA PROBLÉMY VE ZDRAVOTNICKÉM PROSTŘEDÍ

P. Harsa, I. Žukov, R. Ptáček, M. Macák, D. Kertészová, P. Chrenková, J. Michalec, N. Nechanická, H. Krupníková, S. Bačková
Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
– Psychiatrická klinika, Česká republika

Summary

MOBBING, BOSSING – SERIOUS PROBLEMS IN WORK RELATIONS, WITH SPECIAL REFERENCE TO HEALTH CARE SETTINGS

The article talks about the manifestations of mobbing, specific for contemporary society and health care settings. The authors summarize and describe various displays of violence, bullying, mobbing, bossing, and other forms of problem behavior in the context of work relations. They point out the dangers of such behaviour and its growing occurrence, supplying their assertions with the outcomes of several research projects. In the article, they provide a definition of the perpetrators of mobbing, its victims, the way mobbing is usually played out, and the ways to prevent and solve these types of situations.

Keywords: aggression, current displays of aggression, bullying, mobbing, bossing, health care

Úvod

Současná odborná literatura uvádí, že výraz slova mobbing pochází z angličtiny, jedná se o psychickou a fyzickou formu šikany, jedná se o formu nevhodného a společensky neakceptovatelného chování v interakcích s druhými lidmi. Mobbing bývá dáván do souvislosti s nevhodným chováním na pracovišti, v pracovním kolektivu, mezi spolupracovníky, ve vztazích s nadřízenými, podřízenými (bossing) apod.

Mobbing

Mobbing je odvozen od anglického slova „to mob“, což znamená utlačovat, urážet, útočit, napadat apod., Resch (1996). V USA se více užívá pojem bullying. Mobbing lze vnímat jako negativní společenský jev v pracovním prostředí, kdy na jedné straně je jedinec (mobbér) či více osob, kteří se zaměří na druhého zaměstnance s motivací postupně a systematicky ho psychicky (ale i fyzicky) napadat, urážet, pomlouvat, intrikovat proti němu. Oběť z počátku nemusí rozpoznat motivační chování mobbéra.

Osobnost mobbéra

Osobnost mobbéra je podobně jako i u jiných problematických projevů chování ve společnosti do určité míry podmíněna osobnostními rysy, povahovými zvláštnostmi a možnou mírou osobnostní patologie. Jak již bylo naznačeno, může k takovým způsobům negativního společenského chování inklinovat jedinec(ci), který ve své osobnostní výbavě disponuje převažujícími pocity egocent-

rismu, závisti, narcismu, manipulace, nenávisť, zloby, škodolibosti, anetičnosti, agrese, impulzivita, nezdrženlivosti, pocitů méněcennosti, vztahovačnosti apod.

Oběť mobbingu

Obětí mobbingu se může stát prakticky každý jedinec, jde ale i o to, kdo si toto chování „nechá líbit.“ Zpočátku se může stát, že člověk nerozpozná, že se jedná o formu šikany a hledá chybu u sebe, ne u agresora (Kolář, 2011). Snadnými oběťmi se mohou stát lidé, kteří se něčím odlišují (Venglářová, 2011). Mohou to být pozitivní vlastnosti (pracovitost, důslednost, poctivost, upřímnost, úroveň vzdělání, ekonomická úroveň apod.), ale i určité nedostatky (vzhled, postava, řeč, chování, nižší sociální status, státní příslušnost, návrat z výkonu trestu atd.) či negativní projevy v chování (nedbalost, alkohol, promiskuita), které se mohou snadno stát „trnem v oku“ druhých pracovníků a být spouštěči mobbingu.

Průběh mobbingu

Mobbing není krátkodobá záležitost a jak jsme již uvedli, tak z počátku může probíhat pro oběť skrytě a nenápadně. Mobbing, resp. jeho průběh bývá charakteristickými určitými fázemi (Kratz, 2005).

1. fáze – konflikt a problém vzniká postupně a nijak se neřeší
2. fáze – agresor vyvíjí systematický psychický teror
3. fáze – reakce okolí (vedení instituce)
4. fáze – oběť je vyloučena z pracovního společenství

Venglářová (2011) se zamýšlí nad rozdílnými strategiemi mobbingu u žen a mužů. Ženy se častěji posmívají, pomlouvají, intrikují, manipulují. Muži více využívají ignorace, kritiky, více verbálně vyhrožují a podsouvají nevýhodné práce. Mezi doplňující projevy mobbingu patří arogantní chování, nezdravení, izolování od ostatních.

Důsledky mobbingu a bossingu

Mobbing a bossing přináší ekonomické ztráty, zdravotní potíže a společenské dopady. To se může projevit například zvýšením nemocnosti, psychickými a somatickými poruchami, předčasnými odchody do důchodu, pracovní fluktuací, snížením produktivity práce, častými soudními spory a potížemi v rodinných vztazích. Wágnerová (2007) uvádí, že v roce 1996 bylo provedeno 21 500 řízených pohovorů se zaměstnanci ze všech států Evropské unie (Olsen, 2004).

Byly zjištěny následující údaje:

35 % obětí fyzického násilí v zaměstnání bylo v pracovní neschopnosti.

34 % obětí mobbingu v zaměstnání bylo v pracovní neschopnosti.

31 % obětí sexuálního obtěžování v zaměstnání bylo v pracovní neschopnosti.

Další studie týkající se mobbingu a produktivity práce ve Velké Británii, autorem Hoela, Sparksové a Coopera (2004) upozornila na souvislosti mezi výskytem mobbingu a poklesem pracovní produktivity. Ukázalo se, že 25 % zaměstnanců, kteří uváděli, že jsou v současnosti obětí mobbingu, vykazovali produktivitu práce o 7 % nižší než ti, kdo udávali, že nebyli ani obětí ani svědky mobbingu. Dalších 25 %, kteří uvedli, že byli obětí mobbingu v posledních pěti letech, měli pokles o 4 % nižší než ti, kdo nebyli ani obětí ani svědky mobbingu.

Bossing

Bossing má podobné projevy šikany jako u mobbingu, ale jejich původcem bývá vedoucí pracovník. Jde o zneužití moci či funkce. Šikany se dopouští vedoucí pracovník různými metodami jako je například nepřiměřená kritika, pomluvy, intriky, ignorace, hulváství, arogance, přehlížení, znevažování, zesměšňování, hrubé či zákeřné jednání, nesmyslné a nesplnitelné pracovní úkoly. Může to vést až k tzv. „vyštípání ze zaměstnání“ nebo k sebevraždě. Vedoucí pracovník na podřízeného může přenášet frustraci z vlastního neúspěchu. Bossing bývá odrazem špatných vztahů na pracovišti, selháním managementu a odrazem nízké firemní kultury.

Mobbing a bossing ve zdravotnickém prostředí

Projevy nevhodného, intrikujícího a agresivního chování se mohou vyskytnout prakticky všude, ve všech společenských úrovních a lidských činnostech, včetně pracovních, nevyjímaje prostředí zdravotnictví (Douglas, 2001). Kolektiv zdravotnických pracovníků, lékařů, nelékařů, středně zdravotnického personálu a dalších pomáhajících profesí, často pracuje pod velkým psychickým a fyzickým tlakem a to vytváří jistá rizika ve vzájemných interakcích. Význam sehrává i osobnostní struktura a charakter jednotlivých aktérů zdravotnických kolektivů a nakonec i profesní hierarchie (nadřízený x pořízený, lékaři x zdravotní sestry). I ve zdravotnictví záleží na „vyspělosti firemní kultury:“ jak funguje management jednotlivých klinických pracovišť (přednosta, primář, vrchní sestra, vedoucí lékaři a vedoucí zdravotničtí pracovníci), jak funguje (či nefunguje) zdravotnický tým, resp. týmová spolupráce, jaký je společný cíl, jaká je mezi členy týmu komunikace, psychické ladění i komunikace směrem ven (zda jsou členové týmu loajální ke svému klinickému pracovišti, oddělení, nebo naopak). Na klinické oddělení nastoupila mladá, pohledná a v zahraničí vzdělaná lékařka, po svém nástupu na ortopedickou kliniku „nezapadla“ zcela do kolektivu ostatních lékařů a lékařek. Stala se brzy terčem několika slovních útoků ze strany kolegyně, ke které se záhy přidala další. Pro novou kolegyni začalo doslova „peklo.“ Starší kolegyně ji veřejně srážely, urážely, pomlouvaly, ignorovaly a zjevně jí pohrdaly. Celé to trvalo několik měsíců, až dotyčná vyhledala odbornou psychiatrickou pomoc. V té době se u ní projevil depresivní příznaky, včetně suicidálních myšlenek (z výzkumných prací vyplývá, že například v Německu v roce 2006 bylo 20% ze všech sebevražd právě v důsledku mobbingu), Wolfová, K., Chaloupka, J. (2009). Mladá lékařka řešila situaci odchodem z klinického pracoviště, přestože ji klinická práce velice naplňovala.

Možnosti prevence mobbingu a bossingu

Prevence mobbingu a bossingu je účinná pokud je:

1. Transparentní fungování managementu, včetně transparentního delegování pracovních úkolů
2. Strukturovaný plán pracovní činnosti, jeho přiměřená kontrola a zpětná vazba
3. Možnost otevřeně diskutovat o pracovních problémech a potížích, kladech a záporech
4. Stanovená pravidla, co mobbing a bossing je a co není, s odkazem na vhodný způsob řešení

5. Edukace, školení, kurzy, přednášky, informace o dané problematice, kontakty na specializovaná centra odborné pomoci
6. Z hlediska prevence je vhodná i možnost využít metodu sociomapování. Metoda, která nám může poskytnout informace o kladných i záporných jevech v interakcích na pracovišti, což může být doplněno i o možnost náviku a video-tréninku interakcí.

Závěr

V textu jsme upozornili na rizika a možnost vzniku mobbingu a bossingu, na jejich projevy, na možnou prevenci a obranu proti nim. To, že se tyto negativní společenské jevy nevyhýbají ani zdravotnictví jsme dokumentovali i na dvou stručných kazuistikách. Důležité je, aby se tím zabývalo i vedení jednotlivých klinických pracoviště a mělo snahu o konstruktivní řešení těchto problémů. Významná je i edukace a informovanost co mobbing a bossing je a co není. Co lze dělat, aby k němu nedocházelo a jak se mu bránit. Kolektiv autorů připravuje projekt, který se prevencí mobbingu i bossingu ve zdravotnictví bude zabývat.

*Vznik tohoto článku byl podpořen programem UK v Praze,
PRVOUK P03/LF 1/9*

Literatura

u autorů

PROCES A DŮSLEDKY SEBE-STIGMATIZACE DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH

L. Kališová¹, M. Novotná², D. Hadjipapanicolaou¹

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

²Therapia Viva s.r.o., Praha, Česká republika

Summary

SELF-STIGMA IN PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS – THE PROCESS AND CONSEQUENCES

The aim of this presentation is to summarize available information about self-stigma process in people with mental illness. Internalization of public stigma seems to be an important factor which can have very negative impact on self-esteem and self-efficacy of people with mental illness. Original data of two groups of patients with mental illness are presented (group of patients with a diagnosis of psychosis F2x.x, N=100; and group of patients with a diagnosis of anxiety disorder or depressive disorder in non-acute phase (F 3x.x and F 4x.x). High level of self-stigmatisation of people with mental illness can lead to worsen psychosocial functioning, social isolation and lower adherence to treatment. High level of self stigma can also represent an obstacle in developing community care in psychiatry.

Keywords: stigma, self-stigma, mental illness

Cíle

Stigma je vyjádřením obecného záporného postoje veřejnosti k duševně nemocným. Vzniká na základě negativních, většinou nepodložených, stereotypních představ o lidech trpících duševní poruchou (např. „jsou nebezpeční, nevléčitelní“). Takové představy vzbuzují strach a záporné emoce, což už je jen krůčkem k vytváření předsudků, nálepek duševní nemoci. Pokud se tyto předsudky ve společnosti udržují, mají diskriminační charakter. Projevují se odmítavým nebo vyhýbavým chováním směrem k duševně nemocným (např. neochota s duševně nemocnými pracovat, bydlet apod.)

V předchozích desetiletích probíhaly v mnoha zemích rozsáhlé destigmatizační kampaně, které se zaměřovaly zejména zlepšení osvěty veřejnosti týkající se psychiatrických poruch. Měly pouze částečný efekt a stigma duševní nemoci ve společnosti, i přes zvýšenou míru informovanosti, zůstává. Udržujícím faktorem je dozajista také směr současného vývoje společnosti, kdy byly omezeny osobní mezilidské vazby, které postupně nahrazují vztahy virtuální (internet, facebook aj). Dochází ke stále znatelnějšímu mizení komunit ve smyslu místně vázaného mezilidského společenství a stírá se také důležitost rodiny.

V poslední době se zdá, že významnou roli hraje také proces, kdy nemocný stigma prezentované veřejností „zvnitřňuje“ (internalizace stigma) a ztotožňuje se s negativními předsudky společnosti. Vnitřní ztotožnění s veřejností prezentovanou nálepkou duševní nemoci ovlivňuje sebevědomí duševně nemocných. Mezi záporné důsledky procesu sebe-stigmatizace duševně nemocných patří jejich zhoršená schopnost sebeprosazení v běžném životě, snížená důvěra ve vlastní schopnosti, snížená odolnost vůči životním nárokům, neochota zkoušet „životní výzvy“. Řada duševně nemocných má následně tendenci se zraňujícímu prostředí a situacím vyhýbat, což může vést k sociální izolaci, invalidizaci a také snížené spolupráci v léčbě.

Sebe-stigmatizace probíhá ve 4 stupních – v první fázi záleží na tom, zda si je jednotlivec s duševní poruchou vědom zažitých předsudků veřejnosti. V další fázi rozhoduje, do jaké míry s těmito předsudky v obecné rovině souhlasí („je asi pravda, že duševně nemocní jsou nebezpeční“). Ti, co s těmito předsudky souhlasí je následně mohou aplikovat na sebe („někdy nemám své chování pod kontrolou, mohu být nebezpečný“) a zažívají negativní důsledky sebe-stigmatizujícího sebepojetí („radši se lidem budu vyhýbat, aby mě nezraňovali“). (1)

Provedené výzkumy hledaly souvislost míry sebe-stigmatizace s řadou sociodemografických a s nemocí spojených faktorů. Vypadá to, že míra sebe-stigmatizace se projevuje individuálně, nicméně se více než 2/3 nemocných přestaly věnovat aktivitám, kterým se věnovaly před propuknutím vzplanutím nemoci. Dle review studií týkajících se self-stigma vyšlo najevo, že 65% duševně nemocných vnímalo stigmatizaci společností a téměř 50% prezentovalo self-stigma. Protektivními faktory se zdá být sociální integrace, spokojenost s financemi, kvalita života a sociální začlenění a míra sebevědomí před propuknutím nemoci (2).

Self-stigma dokážeme dnes dobře diagnostikovat pomocí několika validizovaných a standardizovaných škál. Diagnostické škály hodnotí vnímání veřejností prezentovaného stigmatu (A), vlastní zkušenost nemocného se stigmatizací (B) a sebe-stigmatizaci (C). Mezi nejznámější nástroje posuzující míru sebe-stigma-

tizace patří škála ISMS (Internalized Stigma on Mental Illness, hodnotí BC), SSMIS (Self-stigma on Mental Illness Scale- sledující AC), SS (Stigma Scale BC) či ISE (The Inventory of stigmatizing experiences, ABC).

Méně informací máme k dispozici o účinných strategiích a programech, které dokážou sebe-stigmatizaci snižovat.

Není vhodné pracovat se sebe-stigmatizací jako s dalším příznakem duševní poruchy – nejde o příznak nemoci, jde o negativní vliv společnosti. Mezi strategie, které prověřeně snižují self-stigma duševně nemocných patří různé kognitivně behaviorální přístupy (edukace, restrukturalizace negativních myšlenek, nácvik komunikačních a sociálních dovedností). Přínosem je také zveřejnění konkrétních individuálních životních příběhů do společnosti dobře zapojených osobností, které hovoří o své duševní nemoci a jejím zvládnání. Intervence na individuální úrovni se jeví jako přínosnější ve srovnání s plošně působícími programy.

Cílem prezentovaného sdělení je shrnout dosavadní poznatky o problematice vnitřního ztotožnění se duševně nemocných se stigmatizujícími stereotypními předsudky o duševní nemoci, které prezentuje veřejnost. Zabývá se také možnostmi hodnocení míry self-stigmatu a nastiňuje prověřené intervence vedoucí k jeho snižování. Sdělení prezentuje originální data.

Metoda a výsledky

K hodnocení míry sebe-stigmatizace jsme použili škálu SSMIS (Self-Stigma of Mental Illness Scale) (3). Tento dotazník obsahuje 4 subškály sledující 1) obecné povědomí o duševní nemoci, 2) míru vnitřního souhlasu s veřejností prezentovanými předsudky týkajícími se duševní nemoci, 3) úroveň ztotožnění se s těmito předsudky a 4) negativní důsledky internalizace stigmatu.

Sledovali jsme 2 skupiny nemocných. První skupinu tvořili nemocní s diagnózou psychózy F 2x.x. ($N_1=100$), druhou skupinu nemocní s afektivními a úzkostnými poruchami; F 3x.x., F 4x.x. ($N_2 = 100$). Nezařazovali jsme nemocné v akutní fázi.

Výsledná skóre SSMIS a skóre jednotlivých subškál byly meziskupinově porovnány a korelovány s fixními i proměnlivými sociodemografickými charakteristikami – věkem nemocných, pohlavím, vzděláním, zaměstnaností a délkou duševní nemoci.

Závěr

Stigma duševní poruchy má přes veškeré snahy setrvalý charakter. V poslední době se přenesla pozornost od veřejností sdělovaného stigmatu k individuální zkušenosti stigmatizovaných duševně nemocných. Skutečnost, že se duševně nemocní ztotožní se stigmatizujícími předsudky společnosti, brání jejich zapojení do společnosti, vede k sociální izolaci, zhoršení léčebné spolupráce, zhoršení kvality jejich života.

V České Republice se snažíme o rozvoj komunitní péče a ukazuje se, že sebe-stigmatizace může být překážkou v začlenění nemocného do komunity. Zmírňující efekt má individualizovaná péče zaměřená na snížení míry sebe-stigmatizace pomocí různých, zejména kognitivně behaviorálních technik. Měli bychom také podporovat větší zapojení rodiny, přátel nemocných a také využít zkušeností lidí s duševní nemocí, kteří se v životě prosadili.

Reference

- 1) Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry*. 2012; 57(8):464–9.
- 2) Gerlinger G, Hauser M, De Hert M et al. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* 2013; 12:155–164.
- 3) Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: implication for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol*. 2006;25:875–884.

REALITA A BUDOUCNOST SUBSTITUČNÍ LÉČBY

V. Kmoch, P. Popov

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN, Praha, Česká republika

Summary

THE REALITY AND THE FUTURE OF SUBSTITUTION THERAPY

Our presentation brings the review of current opioid substitution therapy practice and guidelines. According to the study INSIGHT from 2012 the Czech Republic has reached the recommended treatment doses of 60–120 mg of methadone per day. The doses of prescribed buprenorphine seem to be lower (5 mg per day). The low interaction profile of sertraline in the substitution therapy is presented. The future of substitution therapy is discussed.

Keywords: substitution therapy, methadone, buprenorphine

Cíle

Shrnutí současných klinických poznatků a novinek z praxe i závěrů metaanalýz týkajících se substituční léčby závislosti na opioidech.

Metody

Review a prezentace postupů a možností substituční léčby v ČR a zahraničí.

Výsledky

Představujeme výsledky přehledu průzkumu komplexní metadonové léčby Kliniky adiktologie a průměrných dávek substituce našich programů v ČR. Zatímco dávkování metadonu v ČR dle mezinárodní studie INSIGHT dosahuje terapeutického optima 60–120 mg denně, u buprenorfinu je v ČR tendence poddávkovat na denní průměrnou dávku 5 mg denně.

Závěr

Možnosti léčby v budoucnu nabízejí krom jiných molekul i jiné kvantity látek i jiné formy podání a evidence užívání substituční látky. Sertraline je velmi dobře snášen pacienty v substituční léčbě.

Prezentace zahrnuje léčebné strategie pro praxi, doporučení substituční i následné péče (3). Dle studie ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) bylo v roce 2011 mezi 16 letými studenty 1,4 procenta těch, kteří měli zkušenost s heroinem. Předpokládáme, že v ČR je přes 10 600 uživatelů heroinu a buprenorfinu. Z legálních opioidů jsou nejčastěji nadužívány

tramadol, kodein, morfin nebo dextrometorfan.

Mezi efektivní metody léčby pacientů závislých na opioidech lze dle metaanalýz řadit substituční léčbu – nejčastěji s využitím metadonu a buprenorfinu (v ČR jediných dvou látek lege artis), resp. buprenorfinu v kombinaci s naloxonem – používanou současně s podpůrnými nefarmakologickými postupy (psychosociální podporou). Substituční léčba zvyšuje prokazatelně u pacientů retenci v léčbě a snižuje u nich užívání ilegálních opioidů signifikantně více, než programy bez substituce (1). Předpokládá se, že prostředky vynaložené na včasnou léčbu jsou asi 10ti násobně menší, nežli na řešení následků u neléčeného pacienta.

Dávkování substitučních látek je individuální, následná supportivní terapie je doporučována alespoň 6 měsíců. Představujeme první spíše dobré zkušenosti z doléčování po metadonové substituci.

K léčbě závislosti na opioidech jsou používány rovněž nefarmakologické postupy zahrnující různé formy individuální a skupinové psychoterapie, motivačního tréninku a postupů prevence relapsu, včetně zapojení blízkých osob do léčby nebo arteterapie (2).

Nové formy podání buprenorfinu jako buprenorfin-film nebo formy implantátu s delší dobou uvolňování a jiné látky užívané v substituci budou diskutovány. Zmiňujeme i výhody čistého R-metadonu některých švýcarských programů oproti v současnosti podávané směsi izomerů R- a S-metadonu. R-metadon (l-izomer) má asi 10x silnější afinitu k opiátovým receptorům, naopak S-metadon (d-izomer) 3,5 krát více zvyšuje riziko prodloužení QT intervalu a tím zvyšuje riziko arytmií. To se děje blokadou human ether-a-go-go-related gene (hERG) sodíkového kanálu myocytů. Krom toho je asi 6% pacientů pomalými metabolizátory S-metadonu (CYP2B6).

Za rizikově považujeme plánovaný vstup metadonu různých koncentrací na trh lékáren ČR (10 mg na mililitr), oproti běžně užívané koncentraci 5mg na mililitr. To může výrazně zvýšit rizika předávkování. V Evropě naopak některé státy doporučují ředění v koncentraci 1 mg na ml a tím vzniká např. menší riziko otrav např. při náhodném požití dětmi. Na druhou stranu je tato méně koncentrovaná varianta náročnější na skladování metadonu.

Představujeme srovnání dostupnosti substituce v Evropě včetně dávkování, některé výsledky zatím nepublikované srovnávací studie INSIGHT (International Survey Informing Greater Insights in Opioid Dependence Treatment), kde Česká republika nedosahuje doporučených terapeutických dávek (4) a klademe si otázku, jaké jsou k tomu možné důvody.

První substituční program vznikl v ČR v Apolináři v roce 1997, prošel transformací a našel si postupnou cestu ke komplexní substituční léčbě. Předkládáme výsledky průzkumu pacientů (N=70) včetně doporučení týkajících se léčby komorbidit, rizika vybraných lékových interakcí s opioidy. Mezi nejčastější komorbidity patří poruchy nálady, nejčastěji deprese, jejichž léčba usnadňuje pacientovu cestu k abstinenci a lepší kvalitě života. Například zolpidem zvyšuje plazmatickou hladinu buprenorfinu i metadonu. Mezi kontraindikace užití metadonu patří užívání IMAO v čase kratším než do 14 dnů. Riziko snížení hladin metadonu i buprenorfinu je popsáno při současném podávání třezalky tečkované. Z antidepresiv SSRI je našimi pacienty i dle literatury nejlépe tolerován sertralin (5), kdy u buprenorfinu nejsou známy lékové interakce (5). Sertralin

zvyšuje hladiny metadonu jen mírně a přechodně prvních 6 týdnů léčby a bez klinicky manifestních nežádoucích účinků.

Literatura

1. Mattick, R.P., et al., Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009(3): p. CD002209.
2. *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition)*. National Institute on Drug Abuse National Institutes of Health U.S. Department of Health and Human Services. 2012.
3. www.who.int/substance_abuse/publications/Opioid_dependence_guidelines.pdf. (publikováno 2009)
4. Department of Health (England) and the devolved administrations. *Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management (2007)*. www.nta.nhs.uk/publications
5. www.opioiddruginteractions.com (2012)

VARIA III

KLASIFIKACE ŽENSKÝCH SEXUÁLNÍCH DYSFUNKCÍ (FSD) PODLE DSM-5 – PŘEDNOSTI A ÚSKALÍ

Z. Pastor^{1,2,3}

¹Soukromé sexuologické centrum, GONA s.r.o., Praha, Česká republika

²Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK a FNM, Praha, Česká republika

³Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN, Praha, Česká republika

Summary

FEMALE SEXUAL DYSFUNCTIONS CLASSIFICATION ACCORDING TO DSM-5 – ADVANTAGES AND DIFFICULTIES

Objective: The goal is to provide a summary about current classification systems of female sexual dysfunctions. To evaluate advantages and difficulties of new classification (DSM-5), mainly with respect of using it in a clinical practice.

Methods: Comparison of current three diagnostic scales of female sexual dysfunctions based on recent scientific reports, which evaluate its positives and negatives. **Results:** The DSM-5 classification is hardly compatible to previous DSM-IV categorisation but also to other so far used system of classification of FSD (ICSM, MKN-10). Sexual dysfunctions are described mainly as syndroms and the system is leaving its current symptomatic division. The problems are being more precise according to its duration, frequency of its occurrence and the difficulties are divided into mild, moderate and severe. **Conclusion:** New DSM-5 classification divides female sexual problems into three broadly defined ethio-pathogenetic conglomerates (sexual desire and arousal disorder, orgasm disorder, genital-pelvic pain and penetration disorder), by which a possibility of exact disorder placement was narrowed according to a female sexual activity cycle scheme.

Keywords: female sexual dysfunctions, classification, diagnostic and statistical manual

Souhrn

Cíle: Cílem práce je podat přehled o současných klasifikačních systémech ženských sexuálních dysfunkcí. Zhodnotit přínos a úskalí nové klasifikace DSM-5, zvláště s ohledem pro použití v klinické praxi. **Metody:** Srovnání současných tří diagnostických škál ženských sexuálních dysfunkcí na základě literárně recentních prací, které hodnotí jejich pozitiva a nedostatky. **Výsledky:** Klasifikace DSM-5 je obtížně kompatibilní s předchozí kategorizací DSM-IV, ale i s ostatními dosud používanými systémy třídění FSD (ICSM, MKN -10). Sexuální dysfunkce popisuje převážně jako syndromy a upouští od dosavadního symptomatického dělení. Zpřesňuje vymezení problémů podle délky jejich trvání, frekvence výskytu a dělí potíže dle stupně závažnosti na lehké, střední a těžké. **Závěr:** Nová klasifikace DSM-5 dělí ženské sexuální problémy do tří široce definovaných etiopatogenických konglomerátů (porucha sexuální touhy a vzrušení, poruchy orgasmu, genito-pánevní bolest a penetrační poruchy), čímž zúžila možnost přesného zařazení poruchy podle schématu cyklu ženské sexuální aktivity.

Klíčová slova: Ženské sexuální dysfunkce, klasifikace, diagnostický a statistický manuál

Úvod

V květnu loňského roku vydala Americká psychiatrická společnost (APA) nový Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM-5), který obsahuje i novou klasifikaci sexuálních poruch. Dělení FSD podle tohoto manuálu vyvolává řadu polemik a diskuzí, neboť se v něm sloučily dříve samostatné kategorie poruch a stanovila se odlišná kritéria jejich definování.

Metody

Sdělení srovnává tři diagnostické škály ženských sexuálních dysfunkcí, které se používají ve světovém písemnictví. Jedná se o pátou revizi Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické společnosti z roku 2013[1], 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace z roku 1992 [5] a klasifikaci ICSM (International Consultation on Sexual Medicine) z roku 2010 [2].

Výsledky

Podle manuálu DSM-5 [1] se ženské sexuální dysfunkce dělí do těchto kategorií:

1. Poruchy ženského zájmu a vzrušení (Female Sexual Interest/Arousal Disorder) je stav, který se projevuje minimálně třemi z následujících charakteristik:

- a. absencí nebo snížením zájmu o sexuální aktivity;
- b. absencí nebo snížením sexuálních myšlenek nebo fantazií;
- c. snížením iniciativy k sexuální aktivitě nebo její odmítáním se strany partnera;
- d. absencí nebo snížením sexuálního vzrušení/potěšení ze sexuální aktivity ve všech nebo ve většině případů (přibližně v 75–100%);
- e. absencí nebo snížením sexuálního zájmu/vzrušení v reakci na vnitřní nebo vnější sexuální/erotické podněty;
- f. absencí nebo snížením genitálních nebo extragenitálních pocitů během sexuální aktivity ve všech nebo většině případů (přibližně v 75–100%).

2. Porucha ženského orgasmu (Female Orgasmic Disorder, FOD) je stav, při němž během sexuální aktivity dochází vždy nebo skoro vždy (v 75–100% případů) k:

- a. k podstatnému prodloužení, snížení frekvence nebo úplné absenci orgasmu;
- b. podstatné redukci intenzity orgasmického prožitku.

3. Bolesti v oblasti genitálu a páneve/poruchy penetrace (Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder) jsou novou nosologickou jednotkou, která v sobě slučuje dvě dříve samostatně uváděné dysfunkce, dyspareunii a vaginismus. Pro stanovení této diagnózy je nutné, aby se u ženy stále nebo opakovaně objevovaly tyto problémy (jeden nebo více):

- a. bolestivá vaginální penetrace;
- b. vulvovaginální nebo pánevní bolest během soulože nebo při pokusu o vaginální penetraci;
- c. strach nebo úzkost z vulvovaginální nebo pánevní bolesti při očekávání soulože, během jí nebo jako její následek;
- d. zvýšená spasticita svalů pánevního dna při pokusu o vaginální penetraci.

Ke stanovení diagnózy všech popsaných dysfunkcí by se měly potíže vyskytovat alespoň šest měsíců a působit osobní problémy, neměly by být důsledkem part-

nerských konfliktů, choroby, farmakoterapie, abúzu nebo vztahových problémů.

Tab. 1: Komparativní tabulka současných klasifikací FSD

SYMPTOMY	MKN – 10, 1992	ICSM, 2010	DSM – 5™, 2013
Poruchy touhy	Nedostatek nebo ztráta sexuální touhy F 52.0	Poruchy sexuální touhy	Poruchy ženského sexuálního zájmu a vzrušení F 52.22 (302.72)
Sexuální averze	Odpor k sexualitě, sexuální anhedonie F 52.10	Sexuální averze	Zařazeno mezi nesexuální úzkostné poruchy
Poruchy vzrušení	Nedostatečné prožívání sexuální slasti F 52.11 Selhání genitální odpovědi (chybění lubrikace) F 52.2	Subjektivní porucha sexuálního vzrušení Genitální porucha sexuálního vzrušení Kombinovaná genitální a subjektivní porucha sexuálního vzrušení Stálá porucha sexuálního vzrušení	Poruchy ženského sexuálního zájmu a vzrušení F 52.22 (302.72)
Poruchy orgasmu	Dysfunkční orgasmus F 52.3	Dysfunkční orgasmus	Poruchy ženského orgasmu F 52.31 (302.73)
Dyspareunie	Dyspareunie (neorganická, funkční) F 94.2 Dyspareunie (organická, sekundární) F 94.1	Dyspareunie Ostatní bolesti spojené se sexuální aktivitou	Bolesti v oblasti genitálu a pánve/poruchy penetrace F 52.6 (302.76)
Vaginismus	Vaginismus (neorganický, funkční) F 52.5 Vaginismus (organický, sekundární) F 94.2	Vaginismus	Bolesti v oblasti genitálu a pánve/poruchy penetrace F 52.6 (302.76)
Hypersexualita	Nadměrné sexuální nutkání F 52.7	Stálá porucha sexuálního vzrušení	Neklasifikováno
Ostatní sexuální problémy	Jiné sexuální poruchy, které nejsou způsobeny organickou poruchou nebo nemocí F 52.8 Neurčitá sexuální porucha, která není způsobena organickou poruchou nebo nemocí F 52.9	Ostatní bolesti spojené se sexuální aktivitou	Sexuální dysfunkce vyvolané abúzem nebo léky

Diskuze

Nová klasifikace DSM-V zredukovala FSD na pouhé tři dysfunkce[1]. Sexuální averzi přeřadila do nesexuálních úzkostných poruch. Nejproblematictější se zdá sloučení HSDD (Hypoactive Sexual Desire Disorder) a FSAD (Female Sexual Arousal Disorder) do kategorie SIAD (Sexual Interest/Arousal Disorder). Nové klasifikaci se vytýká, že nerespektuje bio-psycho-sociální pojetí etiologie sexuálních dysfunkcí a akcentuje jejich psychické příčiny na úkor somatické stránky[4]. DSM-5 je kritizována za to, že její závěry nejsou postavené na principech evidence based medicíny, ale spíše na zkušenost předkladatelů a nemají potřebnou oporu ve vědecké literatuře [3].

Závěr

Přijetím DSM-5 s sebou přineslo nesoulad v definování sexuálních poruch ve srovnání s ostatními klasifikačními systémy. DSM-5 slučuje jednotlivé poruchy v širší konglomeráty, čímž přetváří etiopatogenetické jednotky, které dříve označovaly symptomy rovnou za syndromy.

Literatura

u autora

NEÚPLNÁ SEXUALITA ANEB PROČ NĚKTERÝM MUŽŮM NEPOMŮŽE TRÉNINK ASERTIVITY PŘI NAMLOUVÁNÍ

Ž. Herrová, M. Duzbaba

Sexuologické oddělení, Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, Česká republika

Summary

INCOMPLETE SEXUALITY: WHY ASSERTIVITY TRAINING DOES NOT HELP SOME MEN IN COURTSHIP

Our aim was to emphasize that diagnostic work is better done when looking for the mechanism of deviation rather than with respect to ICD-10. Therapeutic work with deviates aimed at the mechanism of deviation is simple and patients do understand it better. This approach explains them better both their behavior as well as their feelings which accompany activation of sexuality. The patient who understands the mechanism of his deviation, can better deal with his own sexuality. This insight helps him to find deviant outlets inside the limits of law. Assertivity alone does not help.

Keywords: evolutionary psychology, sexology, incomplete sexuality, motivation, insight therapy

Už v roce 1976 Frank Beach definoval průběh sexuální aktivity v jednotlivých fázích jako zcela závislý na chování samičky, která svými permisivními signály určovala tempo a intenzitu sexuální interakce. Signály typické pro jednotlivé fáze pojmenoval jako atraktivní neadresné signály sexuální žádoucnosti, proceptivní adresné signály umožňující prostorové přibližování samečka a receptivní adresné signály umožňující kopulaci. Stejná souslednost byla popsána u lidí

Grammer et al. 2000, Moore 2010. Perper et al. 1985 dokonce vyčíslili, že pokud žena tyto diskrétní signály nevysílá, ve dvou třetinách případů muž sexuální interakci nebude iniciovat. Periferní fyziologická odezva normálního muže je velmi dobře synchronizována s vyladěním ženy a Grammer et al 1998 se domnívají, že právě tato schopnost synchronizace je nástrojem k testování vzájemné kompatibility.

Schematicky lze lidský sexuální motivační /modulární/ systém znázornit:
atraktivita
proceptivita
nekoitální akceptivita
koitální akceptivita
konceptivita

Tyto podmoduly mají jisté charakteristiky. Předcházející modul je hříštěm pro následující modul, případně realizace předchozího vyvolá touhu po dalším...

Některým mužům jde namlouvání velmi dobře... Před namlouváním se muži se standardní sexualitou naparují, předvádějí se před mladými hezkými reprodukčně schopnými ženami. Na ženu velmi silně působí, když se muž vůči ní ve fázi dvoření projeví ochranně, zejména když je to muž s vysokým společenským statutem. Hození očkem od ženy je pro muže nepodmíněný podnět pro aktivaci vrozeného mechanismu namlouvání. Aktivovaný mechanismus se muži ohlásí příjemným pocitem, který ho přiměje k tomu, že začne ženu dobývat a to třeba tím, že ji někam pozve.

Jsou muži, kteří při sexuologickém vyšetření říkají, „já jsem takový stydlivý, cítím se nepříjemně, ženu sám neoslovím.

Někdy se k výše uvedenému neschopnosti namluvit si ženu, přidá i problém s atraktivitou. Jistě mi dáte za pravdu, že někteří muži nepůsobí na ženy mužně. Když vyšetřujeme atraktivitu ptáme se, co muži dělají, aby si jich žena všimla. Někteří říkají, že nedělají nic, i když se jim žena líbí a chtěli by ji.

Na druhé straně muži se standardní sexualitou říkají: „když vidím nějakou hezkou ženu, tak přemýšlím, jak bych si jí namluvil“. Jiné to je u toho, kdo tento mechanismus postrádá. Muž se standardní sexualitou jde do toho s chutí, baví ho to, a když dotyčná žena na jeho aktivity reaguje, je šťastný.

Dr. Kolářsky nás učí, že právě tyto dva první mechanismy ze sexuálního motivačního systému jsou klíčové pro diagnostiku sexuálních deviací.

Madlafousek v Höschtlově Psychiatrii o evolučních mechanismech říká, že lze rozlišit tři způsoby chyb v chování: aktivační chybu („C“), když člověk „podceňuje“ interakce, kontextovou chybu („A“) a koordinační chybu („B“).

Naším cílem je upozornit na důležitost vyšetřování atraktivity a proceptivity u poruch sexuálního chování, kde je problém v aktivační chybě.

Další cíl je popsat proces jak konkrétně toto objasnit pacientovi na náhledové terapii.

A třetím cílem je přemýšlet jaké by mohly být doporučení pro realizaci neúplné sexuality v mezích zákona u deviací, kde chybí vložka pro dvoření nebo pro oba motivační stavy – atraktivitu i proceptivitu.

Devianti s aktivační chybou („C“) dělají různé sexuálně motivované trestné činy, protože nemají vlohy pro atraktivitu nebo pro namlouvání nebo pro obojí. Jejich

genitalita není usměrněna předchozími mechanismy a to se může projevit různými jevy jako např. zneužíváním dětí jak holčiček, tak chlapců, exhibicí, sexuální agresí, incestem a dalšími jinými projevy držním dětské pornografie...

Tito jsou pak diagnostikováni jako pedofilové, protože zneužili děti nebo patologičtí agresoři protože donutili dívku k souloží.

Na sexuologickém oddělení v Havlíčkově Brodě považujeme za podstatu náhledu schopnost vyznat se v mechanismu deviace a deviaci pojmenováváme podle mechanismu, který je zodpovědný za její projevy. Podstatou tvorby náhledu je objasňování tohoto mechanismu sexuality ... Musí být v souladu se zážitky, žádný nesmí odporovat podstatě mechanismu.

Například jeden pacient byl diagnostikován jako hebefil /hebefilií zatím řadíme do kategorie neúplná sexualita/, osahával spící puberťačku... ale při jeho vyšetřování jsme zjistili, že atraktivní signály vysílá, že namluvit dospělou si umí, ale když si nějakou namluví a když se s ní mazlí, nemůže již s ní souložit a naopak souložit může, když neproběhnou předchozí motivace... Výše uvedené odporuje mechanismu hebefilie ale neodporuje diagnóze patologické sexuální agresivity a patologické sexuální agresivitě neodporuje ani zneužití puberťačky ve spánku.

Dělat náhled na mechanismus deviace a hledat realizaci deviace dle mechanismu deviace je hlavní náplní práce sexuologického oddělení v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod.

Jinak to nejde jak ukazuje případ z praxe, ve kterém pacient popisuje jak se psychoterapeuti snažili jeho vrozenou neúplnost sexuality vyléčit tréninkem asertivity.

Když se pacientů s neúplnou sexualitou na náhledových skupinách ptáme na pregenitální fáze sexuální interakce, zjistíme, že nemají příjemné zážitky z namlouvání. Namlouvání je nebaví a neteší. K sexuologovi se dostávají často proto, že jejich sexualita nevyklučuje z okruhu možných partnerek dívky pod 15 let. Nepamatují si, že by někdy nějakou holku balili.

Většinou si později uvědomují, že vlastně vždy udělala první krok dotyčná dívka/žena nebo jim pomohli kamarádi, sourozenci. Někdy vztah prostě vyplyne z toho, že se dlouho znají od dětství. Pacienti v průběhu náhledových skupin docházejí k náhledu, že nepoznají na začátku ve společnosti zda je dotyčná dívka/žena vábí a oslovují je náhodně („buď to vyjde nebo ne“). Při tomto oslovení prožívají silný stud, nervozitu, trému a strach.

Tyto pocity mají, i když se snaží holku oslovit a dvořit se jí. Když se žena/dívka při namlouvání cudně zdráhá, jsou zklamaní a myslí si, že je odmítá. Také často říkají, že nevědí o čem se s holkou/ženou mají bavit a čekají, že žena „nahodí“ nějaké téma. Nezamilovávají se do partnerky a když s ní zrovna nejsou, může jejich sexualitu upoutat jiná žena.

U partnerky je zajímavá hned její genitál. Současně se jim líbí, když sama partnerka projevuje zájem o jejich pohlavní úd tím, že se jim hned dere do kalhot. Chtějí ženu „rychle ukecat“, aby chtěla co nejdříve souložit. Speciálně hebefilové chtějí kromě soulože s dospělou ženou také koukat na prsa nebo genitál nahých dvanáctiletých holek a při onanii nebo v erotických snech se často objevují fantazie, že se vzájemně osahávají na genitálu.

Pacienti s neúplnou sexualitou realizují svou sexualitu s tolerantní a svolnou

partnerkou, která nevyžaduje romantické projevy a chová se vstřícně, neupejpa se a nevyžaduje, aby se jí muž tolik dvořil. Často mívají milenky, kterým mohou zavolat, když si chtějí zasouložit nebo se s nimi dráždit nekoitálně. Pacienti s neúplnou sexualitou nehledají partnerky na společenských akcích, ale většinou přes inzeráty, eventuálně přes známé, kamarády apod. Výjimečně se stane, že jsou sami sbaleni ženou a skončí u ní v posteli.

Hebefilové si hledají dívky nad 15 let, které vypadají a chovají se mladistvě. Někteří pacientům stačilo pouze to, když si dospělá partnerka udělala culíky a oblékala se jako dvanáctiletá puberťačka a přitom se chovala sexuálně vyzývavě a ztřeštěně. Hodně také využívají legální pornografii – většinou jde o fotografie mladých dívek v časopisech nebo na internetových stránkách, které na fotce ukazují svůj genitál. Koukají na legální videa svlékajících se a masturbujících mladých dívek, eventuálně na lesbické hrátky na DVD.

Závěr

Naším cílem bylo zdůraznit to, že se lépe pracuje s diagnosami dle mechanismu deviace nežli dle MKN 10. Práce s devianty dle mechanismu deviace je jednodušší, pro pacienta srozumitelná, lépe jim objasňuje jak jejich chování, tak city, které doprovázejí aktivaci sexuality. Ten, kdo mechanismu své deviace rozumí, tomu porozumění dovolí lépe s vlastní sexualitou zacházet. S náhledem souvisí realizace deviantní sexuality, nepomůže asertivita ale přizpůsobení behaviorálních projevů mechanismu deviace v mezích zákona.

Literatura

u autorů

LÉČBA ODSOUZENÝCH AGRESORŮ S DISSOCIÁLNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI

V. Jiříčka¹; J. Vevera²; P. Valentová³

¹ Vězeňská služba České republiky, Generální ředitelství, Praha, Česká republika
² 7. Polní nemocnice AČR, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha, Česká republika

³ Dětská psychiatrická nemocnice Louny a Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha, Česká republika

Summary

THE TREATMENT OF INCARCERATED VIOLENT OFFENDERS WITH ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER

Substantial part of violent offenders has Dissocial Personality Disorder (DPD). Effective treatment programs aimed to reduce the risk of reoffending are rare. We plan to evaluate internal validity and efficacy of a new treatment program TERC for incarcerated violent offenders with DPD. Applicants will be randomly assigned (matched by education, marital status, working experience, offense and the HCR-20 score) to the treatment group (n = 60) or to the waiting list receiving standard care (n = 60). Program will be delivered within the last year of imprisonment. A single-blind design will be used for assessment of results.

Before entering and after finishing the program, psychological characteristics and behavioural changes will be measured using following scales: PCL-R, HCR-20, MMPI-2, SPARO, PSSI, LSQ and behavioural indicators. We hypothesize that the treatment group show higher values on self-regulation and behavioural control, while the waiting list controls will not differ after one year of standard treatment. Further, treated violent offenders will be less likely to relapse within 18 months after release. In this abstract, preliminary pilot study results will be presented.

Keywords: effective treatment of violent offenders, dissocial personality disorder, crime-oriented therapy, reoffending

Souhrn

Převážná část odsouzených pachatelů násilné trestné činnosti trpí dissociální poruchou osobnosti. Efektivní intervenční programy, které by se zaměřovaly na snižování rizika recidivy, jsou zatím spíše vzácné. Proto jsme se rozhodli evaluovat interní validitu a efektivitu nového intervenčního programu pro terapii násilníků s dissociální poruchou osobnosti TERČ. Program je nabízen v několika českých věznicích, přičemž účast v něm je pro odsouzené dobrovolná. Protože plně randomizovaný experimentální design není v podmínkách věznic s ohledem na řadu objektivních skutečností možný, přistoupili jsme zařazení do experimentální skupiny ($n = 60$) nebo do seznamu čekatelů (předpoklad $n = 60$) na základě párování podle věku, vzdělání, druhu spáchaného trestného činu a skóre v testu HCR-20. Čekatelům bude poskytnut standardní program zacházení. Intervenční program trvá jeden rok. Pro hodnocení výsledků bude použit single-blind design. Před vstupem do programu a po jeho ukončení budou měřeny osobnostní charakteristiky a behaviorální změny pomocí následujících nástrojů: PCL-R, HCR-20, MMPI-2, SPARO, PSSI, LSQ a indikátory projevu chování. Předpokládáme, že experimentální skupina bude po absolvování programu TERČ vykazovat vyšší hodnoty v oblasti seberegulace a kontroly vlastního chování, zatímco kontrolní skupina se po roce standardního zacházení nebude významně odlišovat od původních hodnot. Absolventi TERČ po 12 měsících od propuštění budou rovněž recidivovat méně často než v kontrolní skupině. V tomto příspěvku budou prezentovány výsledky pilotní studie.

Klíčová slova: efektivní intervence, dissociální porucha osobnosti, terapie zaměřená na trestný čin, recidiva

Úvod

V České republice se z propuštěných vězňů ocitne znovu ve vězeňské cele celých 63% (Statistická ročenka, 2011). Pokud bychom se zaměřili pouze na statistiku pachatelů násilných trestných činů, musí být konstatováno, že 40% násilníků spáchá další trestný čin do šesti měsíců od svého propuštění a celých 50% pachatelů násilných trestných činů zrecidivuje do jednoho roku po propuštění (Marešová et al., 2011). Intervenční programy, které by se zaměřovaly na snižování rizika recidivy a současně sledovaly svou vlastní efektivitu pomocí vědecky uznávaných metod, jsou přitom poměrně vzácné.

V rámci odborné snahy o snížení rizika recidivy u pachatelů násilných trestných činů trpících poruchou osobnosti byl vyvinut terapeutický program TERČ, který

byl poprvé systematicky aplikován v roce 2008 ve Specializovaném oddělení pro odsouzené s poruchou duševní a poruchou chování ve Vazební věznici Liberec, aby se jeho princip posléze rozšířil i do dalších věznic. Tento terapeutický resocializačně zaměřený program vychází ze švýcarského Ambulantního intenzivního programu (AIP) Franka Urbanioka z Psychiatricko-psychologické služby Ministerstva spravedlnosti kantonu Curych, jehož klíčovou součástí je tzv. terapie zaměřená na trestný čin (Urbaniok & Stürm, 2006a, 2006b).

Cíle

Cílem studie je analyzovat interní validitu programu TERČ a popsat behaviorální změny a klinické a osobnostní charakteristiky pachatelů násilných trestných činů po absolvování jednoletého terapeutického na trestný čin orientovaného programu TERČ. Po 18 měsících od propuštění probandů budou tyto charakteristiky porovnány s údaji z databáze rejstříku trestů o recidivě a pomohou tak determinovat efektivitu užitých nástrojů.

Metody

Předložená studie bude mít randomizovaný kontrolní design. Respondenti budou náhodně rozděleni do experimentálních a kontrolních skupin dle věku, vzdělání, druhu spáchaného trestného činu a skóre v testu HCR-20. Léčebný terapeutický program TERČ bude aplikován poslední rok uvěznění probandů na experimentální skupině a standardní terapeutický program bude aplikován po tu samou dobu na kontrolní skupině odsouzených. Pro získání výsledků byl vybrán jednoduše zaslepený design studie.

Před zahájením programu vyplní doporučující psycholog PCL-R, Hareho dotazník posuzující konstrukt psychopatie, a HCR-20, metodu sloužící k posouzení rizika recidivy, přičemž autory třetí, nejnovější verze, která bude užitá, jsou Douglas, Hart, Webster a Belfrage. Tento výsledek poslouží i k výběru kontrolní skupiny s pomocí nástroje na hodnocení kriminogenních rizik a potřeb SARPO (Jiríčka et al., 2014). Nato odsouzení vyplní MMPI-2, osobnostní testy SPARO, PSSI a NEO-PI-R a sebeposuzovací Dotazník životní spokojenosti. Zaznamenávají budou taktéž behaviorální ukazatele – množství kázeňských trestů, projevy verbální agrese a sebepoškození 12 měsíců před začátkem programu a během tohoto programu.

V posledním měsíci terapeutického programu TERČ probandi opět vyplní testy MMPI-2, SPARO, PSSI a Dotazník životní spokojenosti a změřeny budou opět behaviorální ukazatele.

Kontrolní skupina, bude složena z odsouzených k nepodmínečnému trestu odnětí svobody mužského pohlaví starších osmnácti let, kteří spáchali alespoň jeden násilný trestný čin a absolvujících standardní režimový program bez specifických terapeutických intervencí. Procedurálně proběhne administrace stejných testů před zařazením do kontrolního vzorku jako u skupiny experimentální.

Párový test čili metoda posuzování průměrů ve dvou výběrech, byla zvolena pro porovnání párových dat (pretest-posttest). Pomocí statistického programu SPSS 17. metodou korelační analýzy pak budou získány výsledky.

Hlavním výstupním měřením u obou skupin je recidiva během 18 měsíců od propuštění. Recidiva je definována jako opětovné odsouzení za násilný trestný čin, spáchaný v době po propuštění. Doba 18 měsíců byla zvolena s ohledem na skutečnost, že maximum recidiv se odehraje do 6 měsíců od propuštění, a rovněž kvůli zohlednění časové prodlevy od spáchání trestného činu způsobené činností orgánů činných v trestním řízení.

Předběžné výsledky

Z celkem 24 probandů zahrnutých do pilotní studie celkem 23 probandů úspěšně dokončilo program TERČ, jeden selhal. Hodnoty v nástroji MMPI-2, které po absolvování programu signifikantně klesly ($p < .005$), se vztahovaly ke škálám DO (dominance), PA (paranoia), A (anxieta) a LSE (nízká sebedůvěra). Další změny v osobnostních charakteristikách, typické pro násilníky, jako zejména Pd2 (problém s autoritou), ANG2 (iritabilita), AGGR (agresivita), MAC-R (MacAndrewova škála alkoholismu-revidovaná) a Ho (hostilita) nemohly být v tomto malém vzorku potvrzeny jako signifikantní. Pomocí osobnostního dotazníku SPARO jsme zaznamenali významný nárůst hodnot na škálách RE (seberegulace), AC (anticipace), VZ (vztahovačnost) a AD (adaptabilní variabilita).

Diskuse

Předběžná data, ukazující na recidivu ve výši 8,3%, jsou ve stadiu pilotního projektu ovlivněna preselekcí probandů. Přesto uvedený výsledek představuje zřetelný kontrast k míře obecné recidivy násilníků, kteří jsou podrobováni standardnímu způsobu zacházení (50 % recidivuje do 1 roku), a současně značně překračuje výsledky dodnes velice často citované meta-analýzy publikované Andrewsem, Zingerem et al. (1990), kteří zjistili 24% rozdíl mezi skupinami násilníků s intervenčním programem a v běžném výkonu trestu.

Závěr

Předběžné výsledky ukazují, že intervenční psychoterapeutický program TERČ by mohl být efektivní intervencí sloužící ke snížení recidivy u násilně se chovajících pachatelů s dissociální poruchou osobnosti především ovlivněním seberegulace a kontroly vlastního chování. To by znamenalo příspěvek k posílení ochrany společnosti a finančním úsporám za způsobené škody, náklady orgánů činných v trestním řízení, náklady za věznění i sociální výdaje.

Literatura

u autorů

KORELUJE TEST ČÍSELNÉHO ČTVERCE S VÝSLEDKY ŠKÁLY PSP?

P. Škobrtal^{1,2}, M. Novotný sr.¹, T. Žilinčík¹, M. Komárková¹, M. Novotný jr.¹

¹Centrum duševního zdraví, Jeseník, Česká republika

²Ostravská univerzita v Ostravě, Ostrava, Česká republika

Summary

IS THERE A CORRELATION BETWEEN NUMERIC SQUARE TEST AND PSP SCALE?

The text called “Is there a correlation between numeric square test and PSP scale?” focus on whether there is a relationship between scores achieved in a numeric square test and PSP (Personal and Social Performance) scale scores. The early partial results give evidence there is a high correlation among those methods, so it would be possible to use the numeric square test instead of the PSP scale. The PSP scale is mostly based on clinical assessment hence it is highly subjective. The numeric square test results from actual achievement of an inmate, so it is more objective. Finally there is a chance to use the numeric squares test instead of PSP scale to make prediction about how an inmate will perform in a social sphere.

Keywords: *numeric square, PSP scale, schizophrenia*

Úvod

Schizofrenie může ovlivnit a narušit řadu kognitivních funkcí. U pacientů selhávají zejména adaptační schopnosti, které mají dopad na jeho praktický život. Takto postižení jedinci se jen velmi obtížněji zařazují do života. S nejméně výraznějšími deficity kognitivních funkcí se setkáváme u pacientů s dlouhodobě špatnou reakcí na léčbu a u pacientů s chronickým onemocněním. Kognitivní deficit má vliv nejen hodnotu sociálních dovedností pacienta a kvalitu jeho života, ale především ovlivňuje účinnost rehabilitačních metod. Na míru kognitivního deficitu usuzujeme z výkonu pacientů v neuropsychologických testech. Změny kognitivních funkcí se u pacientů se schizofrenním onemocněním formují již v premorbidní vývoji, kam řadíme především narušení krátkodobé paměti. Mezi poškozené kognitivní funkce především patří tyto poruchy:

a) poruchy pozornosti – narušeny jsou všechny typy a funkce pozornosti, tedy schopnost tenacity, koncentrace, rozsahu, distribuce a přepojování.

b) poruchy paměti – v oblasti paměti bývá většinou deficit u paměti deklarativní (sémantická a epizodická). Poruchy sémantické paměti se projevují při určitém vybavení informací. Pacienti mají problémy s kódováním a upevňováním informací. Jedinci trpící schizofrenií mají také poškozenou verbální pracovní paměť a v užší míře je také narušena vizuálně prostorová pracovní paměť. U paměti vizuální se střetáváme s větším rozptylem výkonu.

Ke kognitivnímu poškození dochází u některých pacientů ještě před vypuknutím samotné schizofrenie, a je zjištěné dříve než ostatní aspekty nemoci. Narušené kognitivní funkce a jejich rehabilitace se v poslední době dostávají stále více do popředí. Kognitivní deficit je patrný a snadno zjištěný již při první psychotické

epizodě. V průběhu první epizody dochází k jeho značnému prohloubení. Deficity kognitivních funkcí jsou shodné jak u pacientů s akutním začátkem onemocnění tak u pacienta s chronickým začátkem. Rizikovější skupinou jsou pacienti s chronickým začátkem a nepřetržitý průběhem. Příznivá prognóza je cca u 25 % pacientů a pojí se s akutním začátkem onemocnění a průběhem v krátkých atakách. McGurková et al. (2007) ve své studii prokázala, že existuje úzký vztah mezi úrovní kognitivního deficitu a sociálními dovednostmi pacienta a jeho úspěšným začleněním do společnosti.

Cíle

Naše studie si klade za cíl zjistit, zda existuje vztah mezi skórem dosaženým v testu číselného čtverce a výsledky škály PSP (Personal and Social Performance scale). Naše idea je, že pokud by mezi těmito metodami existovala vysoká korelace, bylo by možné používat namísto škály PSP, která je založena na klinickém odhadu, a tudíž je vysoce subjektivní, test číselného čtverce, jehož výsledek je více objektivní, neboť je založen na aktuálním výkonu pacienta. Z výsledku v testu číselného čtverce by pak bylo možné usuzovat na to, jak se pacientovi povede v sociální oblasti.

Metody

Číselný čtverec je určen k posouzení úrovně koncentrace a distribuce pozornosti a schopnosti odolávat určité zátěži. Test byl poprvé vydán v roce 1926. Senka a Daniel (1969, in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) ve svém výzkumu za použití faktorové analýzy zjistili, že na výsledku v tomto testu se podílí faktor percepce, pohotovosti, pozornosti, představitivosti a paměti. Pro dětskou populaci je určen test, který vyšel v Jiráskově úpravě v roce 1975. Testový materiál tvoří číselný čtverec (tabulka s nepravidelně rozmístěnými čísly od 1 do 25, nacházejících se 5 řádcích a 5 sloupcích), stopky a záznamový list. V denní době je k dispozici i počítačová verze, která byla použita v našem výzkumu. Test hodnotí úroveň pozornosti prostřednictvím času potřebného ke zvládnutí úkolu. Proband má za úkol říkat čísla nahlas tak, jak mají následovat správně za sebou. Celkem administrujeme 10 pokusů. Zaznamenáváme čas potřebný ke splnění úkolu. Čas zaznamenáváme v sekundách pro každý pokus zvlášť. Celkovým měřítkem je potom průměr všech 10 pokusů. Lze taktéž stanovit průměr pro prvních 5 pokusů a pro druhých 5 pokusů. Můžeme zaznamenávat také chyby, kterých se proband dopouští. Metoda není časově limitována, obvykle trvá administrace cca 10–15 minut. Číselný čtverec lze administrovat i nestandardně tak, že přidáme dalších 5 pokusů se čtvercem, v němž jsou všechna čísla posunuta o jedno místo. Změnou podnětového pole můžeme zjistit, do jaké míry je jedinec schopný adaptovat se na nové podmínky (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

Čas potřebný ke splnění 10 pokusů nám vytváří tzv. křivku výkonu. Její charakter má diagnostický význam. Vyjma kvalitativního hodnocení výkonu, je dle Jiráska (1975) důležité vypočítat také průměrnou hodnotu výkonu v první a druhé polovině testu. Dále posuzujeme průměrný čas jednoho pokusu. Své nezastupitelné místo má i kvalitativní analýza chyb, jichž se jedinec dopustil. Podle Jiráska (1975) je pozornost a míra jejího kolísání při zátěži je hlavní funkcí, kte-

rá se v testu uplatňuje, tj. test měří také jistou mentální flexibilitu. Vedle pozornosti se dle Preisse et al. (2007) zapojují rovněž vizuoprostorové a vyhledávací schopnosti, lze sledovat celkovou psychickou výkonnost, unavitelnost, schopnost učení, prostorovou paměť a adaptabilitu. Škála PSP slouží k hodnocení sociální úspěšnosti pacienta a toho, jak si vede v každodenním životě.

Ve zkoumaném vzorku bylo 20 pacientů s diagnózou schizofrenie. Pacienti se podrobili testu číselného čtverce a poté s nimi byla administrována škála PSP. Pro zjištění případné závislosti mezi hodnotami testu Číselného čtverce a skórem dosaženým ve škále PSP byl použit Pearsonův korelační koeficient, který vyjadřuje míru linearitu vztahu.

Výsledky

V době uzávěrky není náš výzkum zcela dokončen. Předběžné výsledky naznačují, že je zde pozitivní korelace mezi výsledky testu Číselného čtverce a škály PSP.

Závěr

Vzhledem k zatím neúplným datům, lze s jistou dávkou opatrnosti konstatovat, že existuje pozitivní korelace mezi testem Číselného čtverce a škálou PSP.

Literatura

Jirásek, J. (1975). *Číselný čtverec: Příručka*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.

McGurk, S. R., Twamley, E. W., Sitzer, D.I., McHugo, G. J., & Mueser, K. T. (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1791–1802.

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

Preiss, M., Rodriguez, M., Kawaciuková, R., & Laing, H. (2007). *Neuropsychologická baterie Psychiatrického centra Praha*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

Svoboda M, Krejčířová D, & Vágnerová M. (2001). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál.

Sobota 14. června 2014

**SYMPOSIUM SEKCE SOCIÁLNÍ PSYCHIATRIE
KOMUNITNÍ TÝMY – ZKUŠENOSTI A PERSPEKTIVA**
garant MUDr. Ondřej Pěč

MODELY KOMUNITNÍCH TÝMŮ A CENTER V ZAHRANIČÍ

O. Pěč

ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, Praha, Česká republika

Summary

MODELS OF COMMUNITY MENTAL HEALTH TEAMS IN ABROAD

Indication for the care of community mental health teams are especially long-term mental disorders with reduced functional capacity, also known as serious/severe mental illness (SMI), co-morbidities of psychoses and addictions (dual diagnoses), organic mental disorders or mental retardation. Development of community mental health care in each country needs to overcome some drawbacks. One of them is still the danger of accumulation of the same patients in community services. Another danger is the non-cooperation and lack of cohesion of the new community services and institutional settings. In every country, therefore it was necessary to create a system of community care that was able to coordinate the different services in the interest of the target clientele. In this paper we present examples of the system of community mental health teams in England, Finland and Italy.

Keywords: community mental health teams, community services, deinstitutionalization

Dle zahraničních zkušeností jsou indikací do péče komunitních týmů především dlouhodobé stavy duševních poruch se sníženou funkční kapacitou, označované také jako tzv. závažné duševní poruchy (SMI – severe mental illness) (Ruggeri a kol. 2000). Spadá sem však i řešení řady akutní a subakutních stavů. U pacientů se schizofrenií a afektivními poruchami je cílem týmů komunitní péče zlepšení funkčních a psychických kapacit, znovuzapojení do životních rolí. U závislostí je zvláštní pozornost věnována komorbiditám s dalšími duševními poruchami, tzv. duálním diagnózám, pro něž se vytvářejí specializované týmy. U organických psychických poruch je hlavním cílem péče udržení pacientů ve vlastním prostředí společně s udržením jejich sociálních a kognitivních funkcí. V případě mentálních retardací jsou týmové komunitní formy péče zaměřeny především na integraci těchto lidí do přirozeného společenského a pracovního prostředí.

Rozvoj komunitní péče o duševně nemocné v každé zemi potřebuje zdolat některá úskalí. Jedním z nich je nebezpečí akumulace stále stejných pacientů v komunitních službách a menší vtahování nových. S tímto problémem se musí vyrovnávat např. služby v Itálii (Maone et Rossi 2003) nebo v Nizozemí (Pijl a kol. 2001). Jiným nebezpečím je nespolupráce a neprovázanost nových komunitních služeb a ještě přetrvávajících služeb institucionálních, např. v Nizozemí

se snížila potřeba psychiatrických lůžek až po vytvoření jednotného provázaného systému (Ravelli 2006).

V každé zemi bylo proto nutné vytvořit systém péče, který je schopen koordinovat jednotlivé služby v zájmu cílové klientely. V příspěvku uvádíme příklady systému péče ve Velké Británii, Finsku a Itálii.

Základ systému ve Velké Británii tvoří multiprofesní tým odborníků (psychiatrii, psychiatrické sestry, sociální pracovníci), tzv. komunitní tým duševního zdraví, který je koordinován a hrazen z Národního zdravotního systému. Zodpovědností komunitního týmu je zajišťovat kontinuální péči o pacienty/klienty se závažnými duševními poruchami, kteří bydlí v definované geografické oblasti, kde se tým také nachází. Komunitní tým může vytvářet ještě další více specializované týmy, úzce spolupracuje s akutním lůžkovým psychiatrickým oddělením a získává nové případy do své péče prostřednictvím praktických lékařů nebo např. i mobilního krizového týmu.

Příkladem systémové souhry mezi systémem zdravotního pojištění a řízení a financování ze strany obce může být uspořádání služeb ve Finsku. V příspěvku uvádíme konkrétní příklad z oblasti města Oulu. Prvním článkem systému jsou zde praktičtí lékaři jednotlivých zdravotních obvodů. Každý pacient má svého příslušného praktického lékaře a sociálního pracovníka. Tito lékaři a sociální pracovníci se sdružují spíše z praktických důvodů do několika zdravotních center. Ambulantní psychiatrii, kliničtí psychologové, včetně psychoterapeutických služeb, jsou součástí zdravotního systému hrazeného ze zdravotního pojištění. V systému zdravotního pojištění jsou léčeni pacienti s lehčími formami duševního onemocnění, závažnější případy (tzv. severe mental illnesses – SMI) jsou ošetřováni v městském systému služeb o duševně nemocné. Existují kritéria umožňující vstup do systému městských služeb, jedním z nich je například funkční postižení (na škále funkčního postižení GAF s hodnotou menší než 85). Samostatným sektorem jsou sociální služby, kam spadají například komunitní rezidenční služby („foster homes“). Městský systém služeb může nakupovat pro svoje pacienty jak zdravotní služby ze sféry zdravotního pojištění, například psychoterapii. Rovněž tak může městský systém nakupovat služby sociální, a to i u neziskového sektoru.

Městský systém služeb se skládá z ambulantních a lůžkových složek. Ambulantní psychiatrii úzce spolupracují s praktickými lékaři, některé případy jim předávají do další péče. Konzultace u psychiatra se konají zhruba 1 x měsíčně. Nové případy duševního onemocnění a zhoršení onemocnění stávajících pacientů trpících psychózami zajišťuje akutní tým pro psychózy, provádí vstupní ošetření pacientů včetně působení ve vlastním prostředí pacientů a předává pacienty jak na akutní lůžkové oddělení, tak dále do péče ambulantních psychiatrů. Dále v městském systému existuje tým případového vedení pro dlouhodobou koordinaci závažných případů (psychiatrii a psychiatrických sestry). Spolupracuje s lůžkovými odděleními, navazuje pro pacienty další potřebné služby po propuštění. Dalším specializovaným týmem je tým podporovaného bydlení spolupracující jak s dalšími rezidenčními službami, tak některými lůžkovými odděleními a ambulantními psychiatry. K vybavenosti službami v městském systému patří i specializovaný tým pro děti a adolescenty, tým pro léčbu alkoholových a nealkoholových závislostí, rehabilitační centrum a různé formy malých lůžkových

zařízení, včetně lůžkového oddělení zajišťujícího krizovou intervenci. Dalším příkladem deinstitutionalizace velké psychiatrické nemocnice je oblast Terstu v Itálii. Jednotlivé funkce již téměř uzavřené psychiatrické léčebny se zde podařilo přesunout do komunitních zařízení ve městě a vznikla 4 centra duševního zdraví s malými lůžkovými odděleními (6–8 lůžek), podpora bydlení formou 12 skupinových bydlení (70 lůžek), ergoterapie, 13 sociálních družstev. K dispozici je 6 lůžek akutní psychiatrické péče ve všeobecné nemocnici. Do systému se zapojují uživatelské organizace a organizace příbuzných.

Literatura

MAONE, A., ROSSI, E. 2002. Care in the Community in Italy Twenty-five Years After the Psychiatric Reform. *International Journal of Mental Health*, Winter 2002–3, vol. 31, No.4, str. 78–89.

PIJL, Y.J., KLUITER, H., WIERSMA, D. 2001. Deinstitutionalisation in the Netherlands. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.*, 2001, vol. 251, No.3, str.124–129.

RAVELLI, D.P. 2006. Deinstitutionalisation of mental health care in the Netherlands: towards an integrative approach. *International Journal of Integrated Care*, 2006, vol. 6, str.1–11.

RUGGERI, M., LEESE, M., THORNICROFT, G., BISOFFI, G., TANSELLA, M. 2000. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 2000, vol. 177, str. 149–155.

ZAPOJOVÁNÍ PEER-KONZULTANTŮ DO KOMUNITNÍCH TÝMŮ

Z. Foitová

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha, Česká republika

Summary

PEER SPECIALIST INVOLVEMENT IN COMMUNITY TEAMS

This presentation informs about the project „Peer Specialist Involvement in Mental Health Care Services“ which is being realized by the Center for Mental Health Care Development Prague. The author displays the structure, timing and content of the project in which also the Dutch partner GGZ Noord Holland participates. The author compares the experience with peer specialist involvement in mental health services in Holland and in the Czech Republic. The author also mentions the lack of original Czech data and research on this topic. Within the above mentioned project, 10 peer workers were trained and employed for a half-time job in 10 community mental health services throughout the Czech Republic. The final assessment of the pilot employment of peer workers in the teams will give us a lot of information for future engagement of peer specialists in various services as well as for their training.

Keywords: peer worker, peer specialist, recovery, strength model, recovery oriented practice, peer support, team work, system of care

Cíle

Sdělení seznámí posluchače s přístupem k začleňování lidí s vlastní zkušeností s duševní nemocí do přímé práce s dalšími klienty/pacienty v zahraničí a u nás.

Příkladem takového programu v ČR je projekt Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví Praha „Zapojování peer konzultantů do péče o duševně nemocné“. Autorka představí hlavní ideje projektu, jeho věcnou náplň, časový rozvrh, dosaďadní průběh a plánované výstupy.

Metody

Komunitní služby pro lidi s duševním onemocněním kladou důraz na podporu procesu zotavení (recovery). Součástí práce na zotavení je léčba, rehabilitace a rovněž reorientace v životě. Klinické zotavení je definováno odlišně od zotavení osobního. Ačkoliv v dnešní době již řada longitudinálních výzkumných studií dokládá, že i lidé s vážným duševním onemocněním (severe mental illness, SMI) mohou ve významném procentu dosáhnout zotavení, tato fakta se nedostávají do praxe. Služby v oblasti duševního zdraví nemění dostatečně svoje metody léčby a rehabilitace ani svůj přístup k pacientům nebo klientům.

Podle zkušeností ze zahraničí (USA, Velká Británie, Holandsko) hrají v zacílení na zotavení nezastupitelnou roli lidé, kteří sami prodělali duševní onemocnění a zotavili (zotavují) se z něj. Proto se stalo standardem využití zkušeností těchto lidí formou jejich osobní přítomnosti v roli tzv. peer pracovníků v různých službách, a to jak v multidisciplinárních terénních týmech, tak i na akutních odděleních či ve svépomocných podpůrných skupinách. Např. v Holandsku již 150 FACT týmů zaměstnalo ve svých řadách pracovníka s vlastním zkušeností s onemocněním – tzv. peer specialistu. Peer pracovníci v Holandsku působí rovněž v denních centrech, na akutních odděleních či v podpůrných peer skupinách. V ČR je zaměstnávání lidí s vlastní zkušeností s duševní nemocí v roli poskytovatelů péče poměrně řídké a omezuje se převážně na svépomocné organizace (VIDA, Kolumbus). Jiné pokusy byly nesystematické a trpěly nevyjasněností role takového pracovníka. Autorka sdělení zjistila, že nejsou k dispozici žádné české publikace na toto téma: patrně nebyly realizovány žádné české studie ani nebyly přeloženy výzkumy zahraniční.

Projekt „Zapojování peer konzultantů do služeb duševního zdraví“ realizuje CRPDZ Praha v deseti organizacích po celé ČR. Partnerem projektu je GGZ Noord Holland Noord, který má se začleňováním peer-pracovníků již dlouholeté zkušenosti.

Výsledky

Projekt probíhá od prosince 2012, skončí v listopadu 2014. Po úvodní konferenci projektu byli na základě dohodnutých kritérií vybráni adepti na pozici peer konzultanta, kteří se pak zúčastnili 5denní stáže v Holandsku. Následoval edukační a nácvikový kurz v rozsahu 40 hodin. Kromě toho absolvoval jednodenní přípravný seminář i každý z týmů, do nichž budoucí peer-pracovníci nastupovali. Peer konzultanti jsou v rámci projektu zaměstnáni na 0,5 úvazku po dobu 12 měsíců. Po zahájení práce dostávají peer pracovníci a jejich přímí nadřízení k dispozici pravidelnou supervizi (nad rámec své běžné supervize), všichni peer konzultanti mají navíc k dispozici společnou skupinovou supervizi. Účelem supervizní podpory ve všech formách je upevnit peer konzultanty i jejich týmy v jasném definování pozice a role peer pracovníka a v udržení hranic role v praxi.

Dosavadní zkušenosti s průběhem projektu ukazují, že a) na straně organizací je zájem zavádět nový způsob práce se zaměřením na zotavení do praxe, b) je rovněž zájem o tuto pozici na straně lidí s vlastní zkušeností s duševní nemocí, c) není vždy snadné ve výběrovém řízení zvolit a zaměstnat zájemce, který si „sedne“ se svými spolupracovníky, d) peer pracovníci potřebují důkladnou přípravu na novou roli – edukační a nácvikový kurz, e) velkou potřebu vzdělávání a podpory vykazují i týmy, kde je peer konzultant zaměstnán, f) v systému služeb, které dosud nepracují s orientací na zotavení, je velmi náročné udržet roli peer pracovníka s jasnými hranicemi – pro samotného pracovníka i pro jeho spolupracující tým, a konečně g) chybí nám jakákoli literatura o konceptu zotavení a zapojování peer pracovníků v českém jazyce.

Výstupem projektu bude především zkušenost z pilotního zaměstnání 10 peer konzultantů po dobu 12 měsíců, a to od vytipování adeptů, přes jejich zaškolení, přípravu týmů, supervizi, až po řešení problémů. Dalšími výstupy budou jednak zpracovaný „Manuál podpory peer-konzultanta“, který může napomáhat zapojení dalších peer-pracovníků v budoucnosti, jednak kvantitativní a kvalitativní vyhodnocení úspěšnosti projektu. Nakonec bude projekt již ve své finalizované podobě, tj. včetně výstupů, představen na Konferenci sociální psychiatrie v Přerově v listopadu 2014.

Závěr

projekt napomáhá zaměstnávání lidí s duševním onemocněním na pozici s dobře definovanou rolí a přináší tak novou kvalitu do systému péče. Pokročil již do poloviny fáze pilotního zaměstnávání peer-pracovníků a přináší realizátorům řadu zkušeností, s nimiž seznamuje autorka v tomto sdělení. Vyhodnocení projektu po jeho skončení bude cenným zdrojem informací o přínosech a rizicích zapojování peer pracovníků do služeb péče o duševní zdraví v ČR. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví Praha hodlá pokračovat ve vzdělávání peer pracovníků i v realizaci dalších projektů zaměřených na přinášení praxe orientované na zotavení a na využití potenciálu lidí s vlastní zkušeností s duševní nemocí ve prospěch budoucích klientů.

Klíčová slova: Peer pracovník, peer konzultant, zotavení, model silných stránek, praxe orientovaná na zotavení, vzájemná podpora, týmová práce, systém péče

Literatura

1. Ridgeway P. et al.: *Pathways To Recovery*. Univ.Kansas, 2011
2. APA: *Resolution on APA Endorsement of the Concept of Recovery for People with Serious Mental Illness*. Washington DC, 2009
3. Tondora, Davidson: *Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care*. Prepared for the Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services by the Yale University Program for Recovery and Community Health, 2006

SYMPOSIUM SEKCE NELÉKAŘSKÝCH PRACOVNÍKŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ: OŠETŘOVATELSTVÍ V PSYCHI- ATRII

garant Mgr. Tomáš Petr

JAK PACIENTI PROŽÍVAJÍ NEDOBROVOLNOU HOSPITALIZACI

T. Petr

Psychiatrické oddělení, Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice, Praha, Česká republika

Summary

PERCEPTION OF INVOLUNTARY HOSPITALIZATION BY PATIENTS

The article is devoted to the issue of involuntary hospitalization in the field of psychiatry. Involuntary psychiatric hospitalization is accompanied by a wide range of ethical issues and practical problems. The aim of the article is to present the outcomes of the research focused on the subjective experiences of involuntarily admitted patients. The research used both – the quantitative and the qualitative approach and offer quite detailed look at some selected aspects surrounding the involuntary hospitalization. 88 patients participated in the research. These patients described their perception of coercion, the possibility or impossibility of influencing decisions about hospitalization and subsequent treatment, the level of autonomy and emotional experience.

Keywords: involuntary hospitalization, patient perception

Nedobrovolná hospitalizace pacienta a léčba proti jeho vůli v sobě skrývá celou řadu etických otázek a praktických problémů. Při studiu literatury lze vyzozorovat dva odlišné názorové proudy. Ten první se snaží nedobrovolnou hospitalizaci obhajovat potřebou včasného zahájení léčby, ochranou společnosti i pacienta samotného, nutností převzít za pacienta zodpovědnost v situacích, kdy o sobě není schopen sám rozhodovat. Odpůrci nedobrovolné hospitalizace zdůrazňují zejména potřebu chránit duševně nemocné před neoprávněnými zásahy do jejich osobní svobody a poukazují na traumatické zážitky spojené s nedobrovolným držením v psychiatrickém zařízení, které mohou vést ke ztrátě důvěry v systém péče o duševní zdraví a v horší spolupráci s následující léčbou.

Každý zásah do osobní svobody člověka bývá zpravidla vnímán velmi negativně a může v člověku zanechat dlouhodobé nepříjemné zážitky. Také v situaci akutního vzplanutí duševního onemocnění, kdy člověk pod vlivem různých symptomů ztrácí plnou schopnost činit informovaná a svobodná rozhodnutí, může necitlivý zásah poskytovatelů péče s následným nedobrovolným přijetím k hospitalizaci představovat pro pacienta velmi nepříjemnou zkušenost. Úroveň tohoto kontaktu může mít pro další prožívání pacienta mnohem zásadnější význam než to, zda bude nakonec hospitalizován se svým souhlasem či bez něj. Pacienti často ani netuší, zda jsou hospitalizováni dobrovolně či nedobrovolně. Zkušenosti pacientů s nedobrovolným přijetím a následnou nedobrovolnou hospitalizací a jejich prožívání těchto okolností byly předmětem výzkumu, který proběhl v roce 2012 v ČR.

Cíl

Zmapovat zkušenosti psychiatrických pacientů s přijetím k nedobrovolné hospitalizaci.

Metoda

Výzkum využíval kombinaci kvantitativního a kvalitativního přístupu. Za použití dotazníků byla oslovena širší skupina respondentů a zjišťovány jejich převládající zkušenosti s přijetím k nedobrovolné hospitalizaci. Na základě získaných informací byly poté vedeny hloubkové polostrukturované rozhovory s pacienty s cílem objevit hlubší a detailnější souvislosti. V kvantitativní části byl využit vzahraní rozšířený dotazník Admission Experience Survey. (GARDNER, W., 1993) V něm obsažené otázky jsou zacílené tak, aby pacienti hodnotili míru vlivu, kontroly, možnost volby a pocit svobody v průběhu přijetí k nedobrovolné hospitalizaci. Tyto okruhy vzešly z pilotního testování a prokázaly se jako relevantní ve vztahu k okolnostem provázejícím nedobrovolné přijetí na psychiatrii. Dotazník byl rozšířen o otázku týkající se prožívání pocitů ponížení v době přijetí. Některé výzkumy totiž považují pocity ponížení a méněcennosti za časté a velmi významné s ohledem na další spolupráci pacienta s léčbou. (SVINDSETH, M. F., DAHL, A., 2007) Dále byl dotazník doplněn o otázky týkající se informovanosti pacienta v době přijetí, vlivu zkušenosti s přijetím na další spolupráci s léčbou a také otázku mapující časový interval od prvních návrhů k hospitalizaci až k vlastnímu přijetí. Na dotazníkové šetření navazovalo provádění hloubkových rozhovorů s pacienty. Cílem bylo odkrytí hlubších souvislostí významných pro lepší pochopení zkoumané oblasti.

Vzorek

Výzkum proběhl ve 3 psychiatrických zařízeních v ČR (2 psychiatrické léčebny a 1 psychiatrické oddělení). Byli osloveni pacienti v období od 24 hod. do 5 dní od přijetí. Do výzkumu byla zahrnuta vyjádření celkem 88 hospitalizovaných pacientů. 53 z nich bylo hospitalizováno nedobrovolně a 35 dobrovolně.

Tabulka č. 1: Charakteristika vzorku respondentů (88 respondentů)

Pohlaví		Věk		Vzdělání		Hospitalizace	
muži	54	Do 20	8	základní	16	první	33
ženy	34	21–40	43	vyučen	21	opakovaná	47
		41–60	31	SŠ	38	neodpověděl	8
		61 ≤	6	VŠ	11		
				neodpověděl	2		

Tabulka ilustruje celkový profil vzorku respondentů (pohlaví, věk, vzdělání a počet hospitalizací).

Tabulka č. 2: Diagnostické spektrum pacientů

Dg.	F10 – F19 Poruchy způsobené užíváním psycho- aktivních látek	F20 – F29 Psychotické poruchy	F30 – F39 Afektivní poruchy	F40 – F49 Neurotické poruchy	F60 – F69 Poruchy osobnosti	Jiné
celkem	9	40	18	8	10	3
NV	5	23	10	5	5	3
DV	4	17	8	3	5	0

Z tabulky je zřejmé diagnostické spektrum pacientů účastnících se výzkumu. Převažují pacienti s psychotickými poruchami a poruchami afektivity.

Výsledky

Respondenti byli často vystaveni negativnímu nátlaku okolí ve snaze iniciovat jejich přijetí k hospitalizaci. Nezřídka se jednalo i o použití nátlaku fyzického. Ten popisovalo 40 % nedobrovolně hospitalizovaných pacientů a jednalo se o nejčastější formu nátlaku, kterou udávali. Následovalo vyhrožování a různé formy manipulace, jako je např. podávání zkreslených informací nebo lži. Zarážející bylo vysoké procento dobrovolně hospitalizovaných pacientů popisujících nátlak okolí. Nadpoloviční většina pacientů (51 %), kteří s hospitalizací formálně souhlasili, popisovala nátlak okolí a nucení k tomu, aby se nechali hospitalizovat. Submisivní postavení pacientů v systému psychiatrické péče přetrvává. To potvrzuje, mimo jiné, také míra spolurozhodování, která je jim ponechána. Při přijetí k nedobrovolné hospitalizaci nemělo 36 % pacientů možnost se k hospitalizaci vyjádřit a po přijetí na oddělení 53 % pacientů udávalo, že nemohli ovlivňovat probíhající léčbu. Léčbu nemohli ovlivňovat ani pacienti, kteří pomoc vyhledali sami a podepsali souhlas s hospitalizací. Pocit, že na léčbu nemají žádný vliv, mělo 59 % z nich. Tato zjištění svědčí o přetrvávajícím paternalistickém modelu v oblasti psychiatrické péče. Negativní roli v příjmovém procesu často hrála policie ČR. Přístup policistů byl pacienty popisován velmi negativně, viz. citace: „Ovezli mě na policejní stanici, byli hrubí, posmívali se mi, bála jsem se. Řekli, že mě povevou do léčebny, fyzicky mě přinutili k transportu, tahali mě, byli vulgární, říkali, drž hubu.“

Postavení pacienta výrazně závisí také na míře jeho informovanosti. Povědomí pacientů o procesu nedobrovolné hospitalizace, včetně možnosti se bránit, bylo velmi nízké. Pouze 21 % pacientů hospitalizovaných proti své vůli bylo, dle jejich slov, dostatečně informováno o proceduře provázející nedobrovolnou hospitalizací. Tato skutečnost může mít negativní dopad na jejich vnímání hospitalizace. Pocit dodržování zákona, pocit spravedlivého procesu a zachování možnosti se hájit jsou skutečnosti velmi významně ovlivňující pohled na hospitalizaci proti své vůli a také důvěru v poskytovatele péče. Citace:

„Něco jsem podepsal, ani nevím co. Nevím, jestli jsem tu dobrovolně nebo ne, čekám, že si o tom se mnou někdo promluví.“

„Slyšela jsem něco o soudu, nevím, jak tu budu dlouho a co se bude dít.“

Výzkum se zaměřoval také na přítomnost negativních emocí v průběhu přijetí k hospitalizaci a odhalil skutečnost, že nejvíce rizikovou skupinou s ohledem na negativní prožívání přijetí k hospitalizaci je skupina pacientů přijímaných poprvé a proti své vůli. V této skupině pacientů udávalo 78 % výskyt negativních emocí (strach, rozčilení, smutek). U opakovaně hospitalizovaných se tyto emoce objevovaly ve 38 % případů. Silná negativní zkušenost s prvním kontaktem s psychiatrií může velmi významně ovlivnit další spolupráci pacientů, a proto je důležité věnovat této oblasti odpovídající pozornost. Ve vztahu k narušení důvěry v poskytovatele péče se ukázaly jako nejvýznamnější zkušenosti s pocity ponížení a méněcennosti. Ty byly zaznamenány u necelé poloviny respondentů. Ze skupiny pacientů popisujících pocity ponížení a méněcennosti jich 79 % udávalo, že je stávající zkušenost s hospitalizací odrazuje od vyhledání profesionální pomoci v budoucnosti. Citace:

„Vyhledal jsem pomoc sám a takto jsem dopad, příště raději nikam nepůjdu.“

Výzkum nezaznamenal žádné rozdíly v prožívání nedobrovolného přijetí k hospitalizaci mezi muži a ženami ani rozdíly ve vztahu k věku respondentů a jejich vzdělání.

Závěr

Popisovaná zjištění se opírají výhradně o názory a prožitky pacientů, kteří mají zkušenost s přijetím k hospitalizaci do psychiatrického zařízení. Jejich vnímání stávající praxe není vždy lichotivé a nastavuje poskytovatelům služeb určité zrcadlo. Hlas duševně nemocných, zejména když je kritický, bývá často podceňován a nebývá mu věnována odpovídající pozornost. Argumenty, že duševně nemocní vnímají události spojené s poskytováním služeb zkresleně, pod vlivem svého onemocnění, a jejich výpovědi je potřeba brát s rezervou, sice mají určité opodstatnění, nedají se však paušalizovat a zneužívat k tomu, aby názory uživatelů služeb nebyly vůbec vyslyšeny.

Pouze v případě, že víme, jak pacienti vnímají poskytovanou péči, můžeme praxi měnit v jejich prospěch. K oblastem, které si zasluhují pozornost, patří zejména vysoká míra negativních emocí u skupiny pacientů, kteří přicházejí do prvního kontaktu s psychiatrií, výskyt pocitů ponížení a méněcennosti a jejich negativní dopad na následnou důvěru v poskytovatele služeb, nízká míra informovanosti nedobrovolně hospitalizovaných pacientů, kteří pak mohou velmi obtížně hájit svá práva, a také převládající lékařský paternalismus, který není pouze ve vztahu k nedobrovolně hospitalizovaným, ale také ve vztahu k pacientům, kteří pomoc sami vyhledali. Citlivý a profesionální přístup a poskytování srozumitelných informací mohou pacientům pomoci nepřijemnou zkušenost nedobrovolné hospitalizace snáze akceptovat.

Literatura

u autora

WORKSHOP VÝZNAM TĚLA V PSYCHOTERAPII – INSPIRACE Z OBLASTI NEUROVĚD

garant MUDr. Iveta Koblíková Zedková

VÝZNAM TĚLA V PSYCHOTERAPII – INSPIRACE Z OBLASTI NEUROVĚD

I. Koblíková Zedková

1. LF UK Praha, Česká republika

Summary

THE SIGNIFICANCE OF BODY IN PSYCHOTHERAPY – INSPIRATION FROM NEUROSCIENCES

Psychotherapy is struggling with the dualistic concepts, deeply rooted in the western culture including health care, as well as with the reductionistic and positivistic approach predominant in the mainstream scientific research. The body was from the beginning rather on the edge of interest, or subject of alternative methods.

The interdisciplinary concept of *embodiment*, or *embodied cognitive science*, offers a non-dualistic and non-linear paradigm, emphasizing a sensory-motor experience as a base for formation of mental processes embedded in the living organism. The brain is considered an organ of modulation and transformation, rather than the originator of mind and consciousness.

There is an increasing neuroscientific evidence for the enactive and embodied, non-representational nature of *intersubjectivity*. The role of interaction with the environment and with others in particular for the individual development as human beings is seen as crucial.

The workshop will focus on the significance of this paradigm and related findings for psychotherapy.

It will also offer a practical demonstration of some of the implications, focusing mainly on kinaesthetic empathy, movement metaphor and body memory. A broader context in terms of practical application as to specific diagnostic groups and selected issues, where embodiment-informed work might play an essential role for a successful processing, will be discussed.

Keywords: embodiment, psychotherapy, sensory-motor experience, intersubjectivity

Motto: Think with your body!

Úvod aneb potřebujeme v psychoterapii pracovat s tělem?

Ačkoliv tělo a jeho role provází psychoterapii od jejích počátků – připomeňme např. Freudův výrok „ego je primární a především tělové ego (Freud, 1923) – v kontextu naší západní kultury, dualistické a zaměřené především na rozum, nebylo nikdy centrem stěžejní pozornosti. V rámci hlavních psychotherapeutických přístupů se využití práce s tělem omezovalo na „neverbální techniky“, sloužící k podpoře prožívání. Ve větší míře bylo rozvíjeno v tzv. *na tělo zaměřených přístupech*, mezi něž se řadí jak některé ucelené psychotherapeutické

školy, tak metody bez hlubšího teoretického zázemí. Tento nepřehledný balík je vnímán v odborné obci spíše jako okrajový či doplňkový proud.

Na straně druhé, psychoterapie jako věda je konfrontována s dosud převažujícím pozitivistickým a redukcionistickým neurobiologickým paradigmatem, kde subjekt je nahlížen jako izolovaný objekt a léčen odděleně od vztahů s prostředím. Je často redukován nejen na diagnózu, ale dokonce na snímky zobrazovacích metod, jejichž barevné skvrny je lákavé zaměřovat s příčinou dané choroby či dokonce s chorobou samotnou.

Jakkoliv jsou výsledky neurobiologického výzkumu nepostradatelné a pozitivistické paradigma poskytuje užitečný rámec takového výzkumu, nerovnováha, kterou jeho jednoznačná preference vnáší do vědy – a tedy do praxe – může vést ke zkreslení, která paradoxně naše poznání limitují.

Takto nahlíženo, lze v posledních letech v oblasti kognitivních neurověd sledovat jistý posun k rovnováze. Jednak na základě výzkumů neurobiologických a vývojově psychologických stále zřetelněji vyvstává zásadní otázka, zda „může existovat self bez ostatních self“, jež odkazuje k propojení jedince s jeho prostředím. Zdůrazňuje roli subjektivní zkušenosti a neoddělitelnost a vzájemnou propojenost „subjektivního“ – nahlíženého a zkoumatelného zevnitř, a „objektivního“ – nahlíženého a zkoumatelného z vnějšku. Druhým významným zdrojem tohoto posunu jsou přibývající poznatky o významu tělesných procesů nejen pro emoční prožívání, ale i pro další psychické funkce, včetně kognitivních a rozhodovacích procesů.

Tento vývoj přináší naději na rozvoj nových konceptů empirického výzkumu, které budou lépe zohledňovat člověka v jeho celistvosti s jasným dopadem na psychoterapii. Znovuotevřít také diskusi o významu těla v psychoterapii a případném přehodnocení jeho ukotvení v teoriích hlavních psychoterapeutických směrů. Lze předpokládat i nové, diferencovanější pojetí praktického využití práce s tělem v psychoterapeutických postupech založených na důkazech. Vhodné zázemí nabízí interdisciplinární koncept *embodimentu*.

Koncept *embodimentu*

Embodiment, nebo též *ztělesněné kognitivní vědy* (*embodied cognitive sciences*), označuje interdisciplinární přístup, jež zkoumá vzájemné ovlivňování se těla jako živého a žitého na straně jedné a myšlení, emocí, percepce a akce na straně druhé s ohledem na expresivní a receptivní funkce na úrovni individuální, interakční (interpersonální) a rozšířené (interakce jedinec – prostředí). Koncept *embodimentu* vychází z fenomenologické filozofie (Merleau-Ponty, 1966) a integruje fyzičtější, v těle ukotvený pohled na člověka, vycházející z neurovědeckého výzkumu (Damasio, 1999).

Thompson a Varela (2001) popisují tři vzájemně propojené cykly či mody *embodimentu* formující bázi lidské mysli:

(1) *Organismická self-regulace* zahrnuje regulační cykly propojující mozek a tělo na úrovni vědomé i afektivní (pocit bytí na živu a vědomí vlastního tělesného jáství). Integruje organismus jako celek v přítomném okamžiku.

(2) *Sensomotorické propojení organismu a prostředí* odkazuje k propojení

percepce a akce. Co organismus pocítuje je funkcí toho, jak se pohybuje a naopak. Prostor „utváříme“ tím, že se jím pohybujeme, proces poznávání prostředí je procesem učení se jak s tímto prostředím „zacházet“. Tento proces je označován pojmem *enactment*.

(3) *Intersubjektivní interakce* neboli *ztělesněná intersubjektivita* (*embodied intersubjectivity*) je cyklus interakce s ostatními, zahrnující záměrnou kooperaci, sdílenou pozornost a verbální komunikaci. Je podkladem sociálního porozumění. Analýzy sociálních interakcí a konverzací ukázaly, že participanti nevědomě koordinují své pohyby a dochází tak ke společnému vytváření smyslu (Fuchs & De Jaegher, 2009). Neuronální substrát tohoto procesu tvoří zrcadlicí neurony, které se aktivují jak při vykonávání činnosti, tak při sledování činnosti u druhých a umožňují nejen porozumění akci a porozumění záměru, ale také porozumění emocím druhých (Rizzolatti & Craighero, 2005). Základ této interakce je tedy pohybový, nejedná se o interakci dvou mozků, ale dvou *ztělesněných subjektů*.

Mozek je nezbytný pro všechny tři zmíněné „režimy fungování“ *embodimentu*, není však jejich původcem, ale *orgánem zprostředkujícím a transformujícím*. Recipročně je těmito komplexními procesy tvarován a strukturován (*neuroplasticita*).

Koncept *embodimentu* zdůrazňuje význam interakce dvou subjektů pro utváření psychických procesů jednotlivce a význam pohybu (těla) v této interakci. Tyto souvislosti si zasluhují pozornost psychologů v každodenní konkrétní práci s klienty a jsou výzvou pro intenzivní výzkumnou činnost.

Embodiment v psychoterapeutické praxi

Konkrétní využití *embodimentu* v psychoterapeutické praxi může, ale nemusí zahrnovat extenzivnější pohybovou práci. Tělo a pohyb jsou přítomny v dialogu terapeut – klient vždy a zvýšená vnímavost terapeuta k těmto aspektům sama o sobě rozšiřuje pole pro porozumění procesu klienta a pro případné intervence, jež se mohou odehrávat na verbální úrovni.

Avšak otevření možnosti práce s tělem – tedy práce v pohybu – umožňuje při zpracovávání určitých témat velmi důležitý posun do roviny implicitních obsahů, které jsou čistě verbálnímu procesu nepřístupné. Základem pro takovou práci je bezpečný a důvěrný vztah mezi terapeutem a klientem a stěžejním předpokladem je vlastní předchozí sebezkušenost terapeuta.

Na workshopu bude ilustrována zážitkovou formou práce s kinestetickými obsahy zejména prostřednictvím kinestetické empatie, pohybové metafory a tělové paměti.

Závěr

Význam těla pro psychoterapii nabývá v souvislosti s poznatky *ztělesněných kognitivních věd* nových obrysů. Integrace a další rozvíjení konceptu *embodimentu* v psychoterapii může být přínosem pro psychoterapeuty, neboť nabízí rozšíření psychoterapeutické praxe a širší teoretické ukotvení, ale zejména pro pacienty, neboť otevírá perspektivy, jež verbální rovina práce neumožňuje.

Literatura

Damasio, A. (1999) *The feeling of what happens: body and emotion in the making of consciousness*. Harcourt Brace, New York.

Freud, S. (1923) *The ego and the id*, Standard Edition, Vol. XIX, London: Hogarth Press.

Fuchs, T. & De Jaegher, H. (2009) Enactive intersubjectivity: Participatory sense-making and mutual incorporation. *Phenom Cogn Sci*, 8:465–486.

Merleau-Ponty, M. (1966) *Die Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: DeGruyter.

Rizzolatti, G. & Craighero L. (2005) Mirror neuron: a neurobiological approach to empathy (107-123). In Changeux et al. *Neurobiology of Human Values*. Berlin: Springer-Verlag.

Thompson, E & Varela F (2001) Radical embodiment: neural dynamics and consciousness. *Trends Cogn Sci*, 5: 418–425.

SYMPOSIUM STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE – UPDATE

garant MUDr. Martin Holý

PŘÍSTUP ZAMĚŘENÝ NA ÚZDRAVU

M. Páv

Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha, Česká republika

Summary

RECOVERY ORIENTED APPROACH

The Strategy of psychiatric care reform main framework is a quality of life concept. Recovery concept is prevailing paradigm in providing care to the seriously mentally ill (SMI) in the developed countries. This approach represents support for capacity-building strategies for people who live with the illness, stress importance to patient preference and is community oriented. Implementing recovery oriented approach to our system of care presents challenges towards society, professional public and also structure and means of provided care.

Keywords: recovery, participation, psychiatric reform, psychiatric rehabilitation

Úvod

V Ministerstvem zdravotnictví ČR schválené Strategii reformy psychiatrické péče je konstatováno, že v ČR existuje kromě zastaralé struktury lůžkové kapacity a nesystematičnosti při zřizování psychiatrických institucí i nemoderní způsob poskytované péče. Dostupnost psychiatrické péče je neuspokojivá a rozvoj oboru jako celku je ve srovnání s většinou zemí Evropské unie zanedbán a opožděn. Tuto situaci v poskytování psychiatrické péče strategie analyzuje, předkládá řešení v jednotlivých cílech a vytyčuje jejich implementaci a časový harmonogram. Globální cíl Strategie je zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním, kdy je kladen důraz na uplatňování, prosazování a naplňování lidských práv duševně nemocných v nejširším možném výkladu.

Recovery

Koncept „recovery – úzdavy“ je hlavní principem poskytování zdravotní péče závažně duševně nemocným (SMI- seriously mentally ill) ve vyspělých zemích s vysokou kvalitou péče a je tedy relevantní inspirací v systémovém řešení změny v poskytování psychiatrické péče. Je konceptualizován jako proces budování smysluplného a uspokojivého života, jehož směřování a cíle jsou definovány daným uživatelem v relativní nezávislosti na tom, zda právě dochází ke zhoršení příznaků nemoci nebo právě zažívá jiné potíže v souvislosti s onemocněním. V tomto ohledu skupinu psychiatricky nemocných nijak nevyčleňuje ze skupiny jiným způsobem handicapovaných nemocných a ani „normálních“ občanů. Tento odklon od medicínského paradigmatu se odvíjí se od pohledu poskytovatelů na poskytovanou péči a tím mění tradiční přesvědčení o průběhu psychiatrických onemocnění a jejich léčby kdy opouští přežití dělení na „léčbu“ a „rehabilitaci“. Primárním tohoto přístupu je cílem poskytnutí nabídky řady efektivních a

společensky odpovědných intervencí, z kterých si jsou nemocní ve spolupráci s odborníky schopni sami volit ty, které považují za přínosné v podpoře nebo ochraně svého zotavení. Kromě diagnostiky a léčby cílené na symptomy a deficitivity spojené s duševním onemocněním systém péče orientované na úzdravu také identifikuje a posiluje u každého nemocného oblasti zdraví a kompetencí. Systém podporuje danou osobu ve zvládnání své nemoci, přičemž dbá na to, aby byl zachovaný smysluplný, konstruktivní pocit sounáležitosti s komunitou. Přínos tohoto přístupu tedy spočívá v nalézání cesty k nezávislému životu, kdy léčba příznaků onemocnění nebo užívání léků není cílem terapie, nýbrž prostředkem k dosažení uspokojivého života s co nejnižší mírou poskytované opory.

Principy

Základní charakteristikou na úzdravu orientovaného systému je důraz na participaci klientů a jejich blízkých ve všech fázích a podstatných aspektech procesu úzdravy a týmový přístup. Zároveň by nemělo docházet k omezení přístupu k poskytované péči, systém by měl obsahovat pojistky proti vypadání uživatelů důrazem na posilování jejich vlastní motivace řešení problémů a uplatněním asertivního přístupu, případně uplatněním přístupu sebedoporučení „no wrong door“. Důležité je zajištění kontinuity péče, protože proces recovery nemá jasné dané zakončení, péče je poskytována nemocným s dlouhodobým profilem obtíží a důraz je kladen na jejich motivovanost „jak dostaneme klienta do léčby?“. Hodnocení nemocných by mělo vycházet primárně z hodnocení jejich silných stránek a oblastí, které je možné posilovat a dále na nich stavět, spíše než na hodnocení patologie nebo deficitu spojeného s nemocí. Vychází se z předpokladu, že každý nemocný má zdroje, které je možné mobilizovat (vnitřní, sociální) a na ty je třeba se zaměřit v zájmu dosažení co nejvyššího stupně nezávislosti s tím, že daný nemocný je nejvíce kompetentním expertem ve svém procesu úzdravy. Nezbytností je nabídnutí individualizovaného plánu terapeutických kroků a intervencí, na jehož sestavení a průběžném přehodnocování se daný nemocný aktivně podílí. Přehodnocování tohoto plánu by mělo odrážet aktuální motivovanost nemocného (např. prekontemplace, příprava) a jeho aktuální, reálnými zkušenostmi podloženou funkčnost. Integrovanou součástí podpory procesu úzdravy je adekvátní znalost lokální komunity nemocného, jejího potenciálu i slabých stránek. Bariéry, které mohou nemocného brzdit v procesu úzdravy či jej blokovat by měly být identifikovány a aktivně odstraňovány (např. vnější-stigma, vnitřní-práce s traumatem). V anglosaské literatuře bývají hlavní faktory procesu úzdravy shrnovány do akronymu REFRESH (relationships, empowerment, family, recreation, education, spirituality, hope).

Budoucí nároky

Z pohledu poskytovatelů péče zavádění principů takového systému poskytování péče naráží jednak na problémy spojené se širším zaváděním prvku volby nemocného do systému, jednak na pokračující požadavky ze strany společnosti na zajištění dosavadního standardu ochrany před potenciálně nebezpečnými psychiatricky nemocnými a jejich určitou segregaci od „normální“ populace. Změna systému poskytování péče klade nároky na uplatnění na úzdravu orientovaného systému v celé šíři poskytované péče, změnu v přístupu k terapii (opuštění „léčby“ případně „léčby případu“) a orientování se na silné stránky

nemocných a jeho uchované kompetence. Vnímání psychiatrické rehabilitace jako „cesty k úzdavě“ bude nutné přizpůsobit též poskytování rehabilitační péče v lůžkových psychiatrických zařízeních, kde je nutné posilovat ty dovednosti, které nemocní využijí v běžném životě a účinněji je propojovat s jejich komunitou a zázemím. Tato výrazná orientace na komunitu (připozené sociální prostředí) je pro náš systém velkou výzvou, namísto péče dlouhodobě poskytované ve velkých zařízeních bude nutné klást důraz na pevné začlenění nemocných do systému vztahů mimo lůžková zařízení a podporu jejich udržení se zde. Proti zažité praxi jde nárok na akceptaci požadavků nemocných na druh a způsob poskytování zdravotních služeb, širší přijímání jejich požadavků, potřeb a preferencí. Další výzvou je požadavek na reciprocitu a rovnoprávnost ve vztahu lékař (zdravotník)–nemocný. Bude též nutné nalezení cesty k individualizované terapii nemocným patřícím ke kulturním a etnickým minoritám žijícím v specifických subkulturách, kde naše společnost dlouhodobě příliš úspěšná není. Bude též nutné mnohem citlivěji vnímat specifickou situaci nemocného a jeho onemocnění v kontextu jeho životních okolností a socioekonomické situace a respektovat i jeho volbu nabízenou péči nekonzumovat. Velkou výzvou je též nalezení způsobu a míry zapojení osob se zkušeností duševního onemocnění (peer terapeutů) do systému poskytování péče.

Závěr

Změny v systému poskytované péče musí být činěny s respektem k našim lokálním zvyklostem, společenským a ekonomickým podmínkám. Aby na úzdavu orientovaný přístup mohl být všeobecně uplatněn, je nezbytné pilotní ověření těch součástí systému, které u nás doposud nemají žitou zkušenost. Dále je nutné široké proškolení personálu citlivým způsobem a soustavná motivace k určité změně stylu práce tak, aby nedocházelo ke ztrátě cenného know-how odchodem těchto pracovníků z oboru. V současné době jsou vytvořeny základní právní podklady, které umožňují širší uplatnění zavedení takového přístupu svým důrazem na informovanost nemocných, jejich přání a preference (Zákon 372 Sb. o zdravotních službách, Občanský zákoník); existuje zároveň určitá synergie v procesech transformace jiných částí zdravotně sociálního systému (péče o seniory, reforma pěstounské péče etc). V neposlední řadě je též nutné průběžné informování veřejnosti o probíhajících změnách a práce na změně převažujících postojů k psychiatricky nemocným. Bude nutné otevření širší diskuze o problematických oblastech psychiatrické péče, tak aby byly nalezeny způsoby řešení formami naší společností přijatelnými, které zároveň odpovídají medicíně založené na důkazech.

Literatura

- Davidson L., Tondora J., Lawless MS., O'Connell, M. J., Rowe M.: A practical Guide to Recovery oriented Practice. Oxford University Press. 2009
- Davidson, L., Kirk, T., Rockholz, P., Tondora, J., O'Connell, M.J., Evans, A. Creating a recovery-oriented system of behavioral Health care: moving from concept to reality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1): 23–31.2007
- Lieberman RP. Recovery from disability. *Manual of Psychiatric Rehabilitation*. American Psychiatric Publishing. 2008

SYMPOSIUM SEKCE PSYCHIATRICKÉ SEXUOLOGIE

garant prof. Alexandra Žourková

SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ OBYVATEL ČR 2013/2014

P. Weiss, J. Zvěřina

Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN, Praha, Česká republika

Summary

SEXUAL BEHAVIOR OF THE CZECHS

We present the results of the 5th wave of longitudinal research of the sexual behavior in the Czech Republic. There are found some changes, e.g. the slow decrease of the age of first intercourse under 18 (more in women), but also increase in the condom or hormonal contraception use during the first intercourse or the increase in number of hormonal contraception users in the stable relationships.

Lidská sexualita je významnou složkou lidské motivace. Pro jedince je zdrojem velmi intenzivních emočních prožitků, a to jak těch výrazně pozitivních, tak těch výrazně negativních. Pro lidské kolektivy pak platí, že každý kolektiv a každá společenská formace se snaží nějak regulovat sexuální chování svých členů tak, aby jejich chování bylo předvídatelné, a aby nedocházelo k obtížně řešitelným problémům a konfliktům. Lidská sexualita jako primárně na reprodukci orientovaný jev, má rozhodující význam pro vznik a péči o novou generaci lidí. Je zdrojem partnerských a manželských konfliktů, ale třeba též specifické sexuální delikvence. Racionální chování v sexu má velký vliv na stabilitu společnosti. Prevence nežádoucího otěhotnění, stejně jako regulace interrupcí, jsou stále živým politickým tématem. Šíření pohlavně přenosných onemocnění nemůže být také zádné společnosti lhostejné.

Po celá staletí byly informace o sexuálním životě lidí čerpány z individuálních zkušeností, zkušeností, popisovaných v ústním podání či ve více nebo méně zdařilých literárních dílech.

Na úsvitu velké sexuální revoluce to byl kolektiv amerických vědců, vedený Alfredem Kinseym (1894–1956), který provedl prvý skutečný průzkum sexuálního života obyvatel. Kinseyho „Reporty“ o sexuálním životě amerických mužů a amerických žen, vydané po druhé světové válce, významně proměnily postoje lidí k sexu. Takové fenomény jako mimomanželský sex, homosexualita, sexuální poruchy a sexuální deviace se najednou staly veřejně diskutovanými. Od padesátých let minulého století bylo provedeno mnoho různých průzkumů sexuálního chování, které se výrazně odlišují jak metodikou, tak výběrem respondentů. Platí však, že takové záležitosti, jakými jsou neplánované otěhotnění, sexuální hygiena, sexuální menšiny, moderní „genderové“ problémy, nebo sexuální delikvence, není možné racionálně pochopit bez důkladné znalosti toho, jak vypadá sexuální praxe obyvatel. Obecně se všude na světě ukazuje, že základní přirozené vlastnosti lidské sexuality se s politickými a kulturními změnami nijak nemění. Lidská sexualita je povýtce párovým chováním. Lidé neztrácejí schopnost erotické fascinace a romantické zamilovanosti a má to pochopitelné dů-

sledky. Podstatným způsobem se mění chování, spojené s reprodukcí. V rozvinutých zemích postupně tak roste věk prvorodiček a klesá podstatným způsobem porodnost. S tím samozřejmě roste obliba moderní antikoncepce. Významně se proměnil postoj k některým sexuálním menšinám, když byla socializována homosexualita. Také dostupnost erotické komerce je dnes vyšší než kdysi, což platí jak pro prostituci a erotické pomůcky, tak pro masově šířenou pornografii na nejrůznějších nosičích. Ani poměrně masová osvěta nezastavila šíření pohlavních nemocí, včetně HIV/AIDS. Problémy našich současníků v sexuální oblasti zůstávají tedy velmi podobné těm, které mají lidé od nepaměti.

Průzkumy sexuálního chování, které pracovníci Sexuologického ústavu ve spolupráci s demoskopickými agenturami organizují od roku 1993 v pětiletých intervalech, mají velkou přednost v tom, že způsob výběru respondentů i základní zkoumané jevy a dotazy na ně zůstávají bez podstatných změn, a je tedy snadné výsledky porovnat a sledovat změny a trendy. Poslední opakování průzkumu proběhlo v prosinci 2013, a to na reprezentativním souboru obyvatelstva dle posledního sčítání lidu z r. 2011. Dotazováno přitom bylo celkem 2017 osob starších 15 let věku. Výsledky jsou v některých aspektech překvapivé, v jiných se zase sexuální chování příliš nemění.

Věk první schůzky, zamilovanosti a polibku se u mužů a žen podstatně neliší a v posledních 10 letech nedošlo k podstatným změnám; tyto aktivity probíhají kolem 15. roku věku. Stejný je i věk zahajování nekoitálních aktivit ve smyslu neckingu – v průměru je to kolem 16.–17. roku. První petting je u mužů i žen zahajován v průměru kolem 17. roku. První delší partnerské vztahy navazují muži i ženy kolem 18. roku věku. Ovšem výsledky svědčí o tom, že věk koitarché se snižuje u mužů i u žen (graf 1).

Při této souloži se však dívky i chlapci chovají podstatně odpovědněji, stoupá počet jedinců, kteří se chrání kondomem nebo i hormonální antikoncepcí (graf 2).

Z hlediska užívání hormonální antikoncepce ve stálém partnerském vztahu jsou pak Češky dnes už na úrovni svých vrstevnic z nejrozvinutějších evropských zemí (graf 3).

Zatímco 90 % mužů připouští, že někdy v životě onanovalo (v roce 1993 to bylo 84 %, v roce 1998 to bylo 83 % a v r. 2003 šlo o 89 %, stejně jako i v roce 2013), u žen je to méně – 70% (v roce 2013 to bylo 71%, v roce 2003 pak 61 %, v roce 1998 šlo o 58 % a v roce jen 1993 polovina žen).

Muži začínají masturbovat dříve – v průměru ve 14 letech, ženy v 16 letech (r. 2013 – ženy 16,17, muži 14,04). V současné době masturbuje 71% mužů a 46 % žen, přičemž muži onanují s vyšší frekvencí (v průměru 9,1x měsíčně) než ženy (5,6x měsíčně). U mnoha mužů i žen je zřejmě občasná masturbace normálním doplňkem partnerských styků a zdá se ve srovnání s minulostí u mužů o něco častější.

Počet sexuálních partnerů za život se přitom ani u mužů a ani u žen příliš nemění (graf 4). Muži i ženy uvádějí, že jejich soulož trvá v průměru 15 až 16 minut, tedy podobně jako v předchozích letech. Podle mužů trvá délka milostné přede hry průměrně 15–16 minut, podle žen o minutu méně.

Vzhledem k průměrné frekvenci styků (asi 2x týdně), lze konstatovat, že se Češi a Češky věnují sexu v průměru asi jednu hodinu týdně.

V současné populaci 5 % žen při partnerském sexu nikdy nedosahuje orgasmu (méně než v předchozích výzkumech, kde to bylo 8 %), cca 70 % z nich ho dosahuje alespoň v polovině těchto styků a častěji. Přibližně 24 % žen je tzv. multiorgastických, tedy dosahuje více orgasmů během jednoho pohlavního styku. 13 % mužů a 11 % žen přitom uvedlo, že někdy v životě trpělo nějakou sexuální dysfunkcí. U žen to je nejčastěji porucha lubrikace a dyspareunie, u mužů porucha erekce nebo předčasná ejakulace.

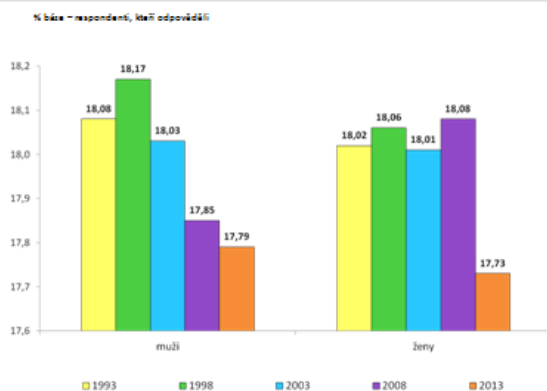
V r. 2008 přiznává mimomanželské styky 34 % vdaných žen a 55 % ženatých mužů. V roce 2013 dochází k mírnému nárůstu procenta přiznaných mimomanželských styků, a to zejména u žen – mimomanželský styk přiznává 57% mužů a 40% žen. Zatímco u mužů šlo spíše o příležitostné styky, u žen to byly i delší známosti. Necelá třetina žen (32 %) a pětina mužů (19%) považují tyto styky za morálně nepřijatelné, většina mužů i žen se k nim však staví tolerantně. Oproti r. 2008 se snížilo procento žen odsuzujících tyto styky o celých 7%.

3 % mužů a 5 % žen uvedlo, že byli v dětství (do 15. roku věku) sexuálně zneužiti dospělou osobou. Ovšem znásilnění v anamnéze uvedlo až 10 % žen, přičemž pachatelem tohoto znásilnění byl až v 74 % jejich manžel či stálý partner.

Poměrně pozitivní vývoj jsme zaznamenali v oblasti sexuální výchovy. I když stále nejvíce mužů a žen uvedlo jako hlavní zdroj informací o sexualitě zdroj nejméně spolehlivý, tedy vrstevníky, významně stoupl počet těch, kteří získali tyto informace v rodině nebo ve škole (graf 5).

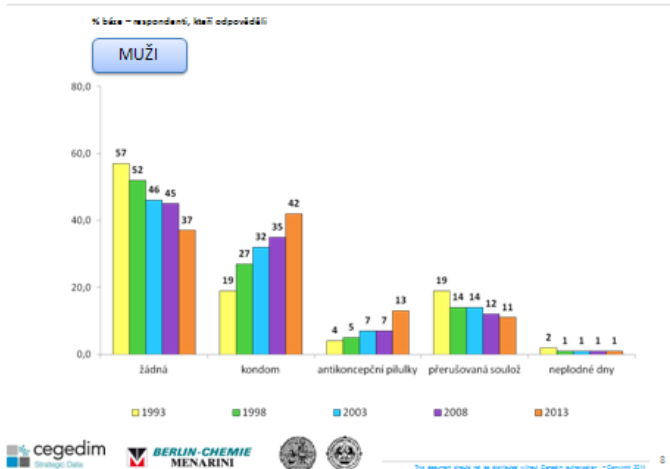
Graf 1: Věk první soulože

Ot.1: První soulož - věk



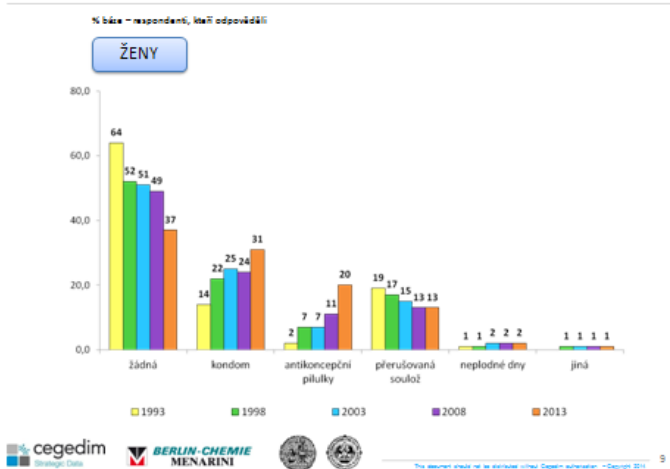
Graf 2a: Ochrana při první souloži – muži

Ot.3A: Antikoncepce při prvním pohlavním styku



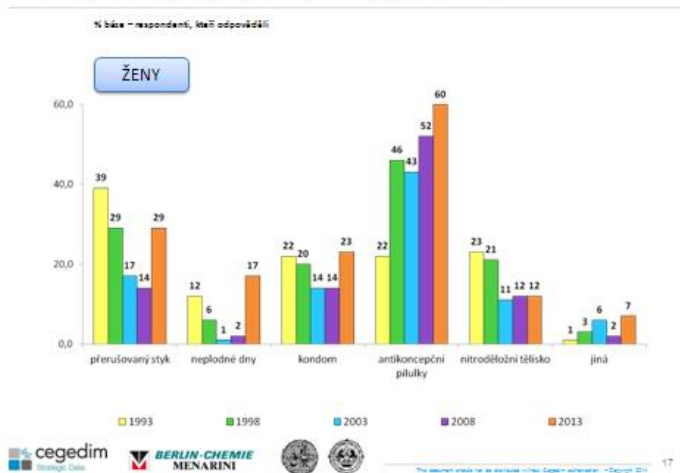
Graf 2b: Ochrana při první souloži – ženy

Ot.3B: Antikoncepce při prvním pohlavním styku



Graf 3: Antikoncepce se stálým partnerem u žen

Ot.8B: Antikoncepce se stálým partnerem



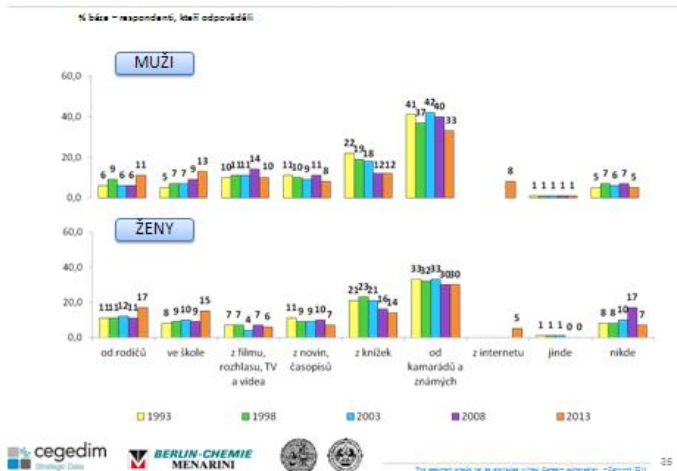
Graf 4: Počty sexuálních partnerů

Ot.5: Počet partnerů/partnerek za život



Graf 5: Zdroje informací o sexualitě

Ot.22: Zdroje informací o sexualitě



SLEDOVÁNÍ TRANSSEXUÁLNÍCH OSOB PO DOKONČENÉ ZMĚNĚ POHLAVÍ

A. Žourková, P. Sejbalová

Sexuologické oddělení FN Brno, Česká republika

Summary

FOLLOW-UP OF TRANSSEXUAL PERSONS UNDERGOING SEX REASSIGNMENT SURGERY

85 persons, mostly FtM, after sex reassignment surgery were very satisfied with their new gender role. 82 % of them live in partnership, 26 % take care of child. No somatic complications were found.

Cíl

Cílem práce bylo zjistit zastoupení MtF aFtM v souboru léčených, jejich zdravotní stav, spokojenost s léčbou a partnerské vztahy včetně zastoupení výchovy dětí.

Metody

Analýza ambulantních chorobopisů, statistické zpracování dat: demografická statistika, Fischer exact test, Wilcoxonův test, Kruskal-Wallis test, ANOVA.

Výsledky

V databázi oddělení bylo nalezeno 85 transsexuálních osob, léčených v letech 1973–2007, věk první návštěvy byl 23 let, hormonální terapie byla nasazena v 25 letech, k dokončení procesu včetně operativních změn došlo v 28 letech.

Mediándélky léčby do dokončení změny pohlaví chirurgickými zákroky byl doporučovaných 5 let. V souboru převažovali FtM (78% vs. 22% MtF). 82% FtM žilo v partnerském vztahu, 26% z nich mělo v péči dítě. Co se týká spokojenosti se zákrokem, 2 jedinci v souboru udali ambivalentní postoj, rozdíl nebyl statisticky významný. Nebylo zjištěno vyšší zastoupení MtF po změně politického systému, jak uvádějí pracoviště větších metropolí. Psychická komorbidita před započítáním procesu změny pohlaví (suicidální pokusy, impulzivita) se nevyskytla po dokončení procesu změny pohlaví ve vyšší míře ve srovnání před začátkem terapeutického postupu. Somatický stav nebyl léčbou ovlivněn.

Závěr

Transsexuální osoby jsou ve velké většině spokojeny se změnou pohlaví, valná část FtM má v péči děti. Nezjistily jsme posun v preferenci pohlaví po změně politického systému.

Dobré výsledky si vysvětlujeme pečlivým dodržováním standardů péče o klienty, které jsou pro lékaře a pacienty našeho oddělení závazné:

Standardy péče o klienty s poruchami pohlavní identity

Standardy péče sexuologického odd. FN Brno o klienty s poruchami pohlavní identity vycházejí ze standardů péče Mezinárodní asociace Dr. Harryho Benjamina pro gender dysforii jedinců s poruchou pohlavní identity, 6. revize a dále dle modelu garantovaného akademickým pracovištěm ČR – Sexuologickým ústavem 1. LF a VFN v Praze se zohledněním vlastních klinických zkušeností našeho pracoviště.

Diagnostická kritéria transsexualismu dle MKN 10:

1. Touha jedince žít a být akceptován jako příslušník opačného pohlaví, která je obvykle spojena s přáním připodobnit svoje tělo preferovanému pohlaví hormonální nebo chirurgickou léčbou.
2. Transsexuální identita trvá nejméně 2 roky.
3. Porucha není příznakem jiné duševní poruchy.

Cílem léčby je psychoterapeutická, endokrinní a chirurgická terapie osob s poruchami pohlavní identity tak, aby tyto osoby dosáhly trvalého pocitu spokojenosti v generové roli a s tím spojené pohody

Diagnostický a terapeutický proces přeměny pohlaví se dělí do několika období a má svá pevná pravidla:

1. fáze: Diagnostický proces:

Nezbytná kritéria:

– minimálně rok trvající pravidelná diagnostická sezení s ošetřujícím sexuologem s cílem zjistit či potvrdit pohlavní identifikaci klienta a jeho motivaci k léčbě. Sexuologické vyšetření je zaměřeno nejen na pouhé potvrzení doby trvání motivace pac. změnit pohlaví, také se musí zaměřit na typické známky transsexuálního vývoje, objektivizovat anamnestická data a zhodnotit diferenciální diagnostiku.

Nezbytnou součástí je i posouzení sociální adaptace, celkového psychického stavu a abstinence od psychotropních látek klienta (mj. též z důvodu nezbytnosti zdravých jater při hormonální léčbě).

– komplexní psychologické vyšetření zahrnující vyšetření intelektu, struktury osobnosti a pohlavní identifikace klienta. Psycholog musí během diagnostického procesu se sexuologem průběžně spolupracovat.

– **RLE** (real life experience), **RLT** (real life test) – zkušenost, resp. test reálného života, kdy klient podstupuje novou zkušenost a testuje tak svoji schopnost žít v roli souhlasné s jeho vytvořenou psychickou identitou. Tato zkušenost musí být dokumentovaná alespoň po dobu tři měsíců před nasazením hormonů

– prokazatelná znalost klienta o veškerých účincích hormonů a uvědomění si jejich přínosů, ale i rizik včetně znalosti všech somatických rizik

– objektivizace anamnestických dat od rodinných příslušníků (rodiče, partner/ka)

– gynekologické / urologické vyšetření

– interní a endokrinologické vyšetření

– osteologické vyšetření

Doporučovaná vyšetření:

– PPG / VPG vyšetření

– genetické vyšetření k vyloučení chromozomálních vad

– psychiatrické či neurologické vyšetření k vyloučení organických poruch mozku

Vylučovací kritéria:

– přítomnost závažné duševní poruchy: dekompenzovaná psychóza, mentální retardace, aktuální závislost na návykových látkách, dekompenzovaná specifická porucha osobnosti ohrožující zdraví nebo život klienta (např. pokusy o sebevraždu)

2. fáze: Hormonální terapie:

Nezbytná kritéria úspěšného průběhu hormonální léčby:

– splnění nezbytných vyšetření v 1. fázi diagnostického procesu

– minimálně rok trvající pravidelná terapeutická sezení s ošetřujícím sexuologem, který sleduje i za pomoci laboratorních vyšetření, zda u klienta hormonální léčba probíhá bez psychických či somatických komplikací. Součástí terapie je i sledování spolupráce klienta při léčbě, zda hormony užívá zodpovědně a dodržuje jejich dávkování a doporučená opatření.

V případě, že se klient neřídí doporučenými předepsaným režimem léčby, ošetřující lékař hormonální léčbu přeruší.

– **nepřetržitý a minimálně rok trvající RLT**

3. fáze. Operativní zákroky: V ČR operativní zákroky na zdravých pohlavních orgánech osob schvaluje na žádost konkrétního klienta specializovaná komise odborníků vedená na MZ ČR v Praze.

Nezbytná kritéria:

– splnění nezbytných kritérií v 1. fázi a 2. fázi diagnosticko-terapeutického procesu, kdy je u klienta patrný prokazatelný pokrok v přechodu do nové pohlavní role. Klient učinil pokrok ve zvládnutí vlastních psychosociálních problémů vyplývajících z poruchy pohlavní identity, což vedlo ke zlepšení či udržení stabilního duševního zdraví.

- objektivizace kompenzovaného duševního stavu kontrolním psychologickým vyšetřením
- minimálně rok trvající nepřetržitá hormonální léčba bez vedlejších psychických či somatických účinků
- kontrolní interní a endokrinologické vyšetření k objektivizaci snášenlivosti hormonální terapie
- kontrolní gynekologické vyšetření z důvodů možných neoplastických změn při probíhající hormonální terapii
- plnoletost
- prokazatelná znalost klienta veškerých pozitiv, negativ, limitů i rizik hormonální léčby, nevratných operativních zákroků či po-operativních rehabilitačních postupů nutných u řady operativních zákroků, o ztrátě fyziologické reprodukční schopnosti, možných komplikacích, možných změnách tělesných funkcí a to zejména s ohledem na nutnost následné celoživotní léčby a lékařské péče včetně dodržování abstinence od návykových látek.
- Klient svoji znalost před komisí potvrdí svým podpisem informovaného souhlasu klienta s provedením léčebných či chirurgických zákroků, které směřují k přeměně pohlaví, a zaváže se k dodržování podmínek v rámci doživotního pooperačního lékařského sledování.

Vylučovací kritéria:

- neplnoletost
- právní překážky – trvající manželství, registrované partnerství doloženo kopií OP
- dekompenzované psychotické onemocnění
- mentální retardace nebo závažná organická porucha mozku
- dekompenzovaná porucha osobnosti komplikující nebo znemožňující léčbu a operativní zákroky či snižující validitu právního úkonu klienta.
- aktuální závislost na návykových látkách
- nedostatečná spolupráce klienta při 1. a 2. fázi diagnostiko-terapeutického procesu, která by mohla zpochybnit schopnost pooperační spolupráce klienta a vést tak k poškození jeho duševního či somatického zdraví po absolvování nevratných a somatické zdraví zatěžujících zákroků

4. fáze: Pooperační péče:

- dlouhodobá (doživotní) lékařská péče a sledování klienta, která absolvoval konverzi pohlaví. Lékařská péče zahrnuje pravidelnou hormonální medikaci, poradenskou a psychotherapeutickou podpůrnou činnost, sledování psychického a somatického stavu klienta a tím předcházení různým komplikacím, které by mohly klienta poškodit na jeho zdraví.

Summary

A CASE STUDY FROM FORENSIC PRACTICE

A 40 years old man was banned from sexual abuse of 6 years boy, son of his sexual partner. It was a first sexual offence in the life of banned man. During forensic expertise four different diagnosis and recommendations for justice institutions were given. First diagnosis of homosexual pedophilia was not supported from three different and independent PPG tests. Some experts stated as a diagnosis in the case any „unspecified paraphilia“, and recommended compulsory hospital treatment this indeterminate sexual deviation. According to our opinion a diagnosis of paraphiliac sexual motivation is in this case not clinically enough supported.

Keywords: sexual abuse, diagnosis of paraphilia, forensic aspects

Svobodný a bezdětný taxikář, 40 letý M. M. je obviněn z toho, že v blíže nezjištěné době od září 2011 do 30. listopadu 2011 v bytě v Praze, kde v té době žil ve společné domácnosti s přítelkyní o tři roky mladší a jejími dvěma dětmi z předchozích vztahů: 10 letou dcerou a 6 letým synem, se opakovaně v ložnici, nebo v koupelně před nezletilým Pavlem Hladíkem obnažoval a požadoval po něm, aby onanoval jeho pohlavním údem, přičemž nezletilého svlékal a osahával na hýždích a genitáliích, manipuloval jeho přirozením a opakovaně přiměl nezletilého k orálnímu pohlavnímu styku, přičemž nejméně v jednom případě ejakuloval na tělo a do úst nezletilého.

S uvedenou partnerkou a jejími dětmi se posuzovaný stýkal nejméně 10 měsíců před inkriminovanými delikty. K inkriminovanému deliktu mělo dojít až ke konci známosti, kdy vztah posuzovaného s partnerkou byl extrémně konfliktní.

1. znalecký posudek vypracovala dvojice znalců, složená z psychiatra a klinického psychologa.

V sexuální anamnéze uvedl posuzovaný první pohlavní styky v 15–16 letech, známostí prý pět, nejdelší 4 roky, a to s ženami věkově přiměřenými. Trestné činy popřel jak justičním orgánům, tak všem znalcům. Partnerka jej obvinila, aby se mu pomstila, cítí se „křivě nařčen“. Styky s dětmi a muži neguje. Znalcům uvedl, že se cítí zdravý, že jeho sexuální preference je heterosexuální. Znalci soudí, že u posuzovaného „homosexuální apetence je dosti pravděpodobná“. V projekčních psychotestech údajně „Na ženské sexuální symboly selhává“. Znalci soudí, že posuzovaný je slabou, lehce neurotickou, plachou a introvertovanou osobností. Má malé sebevědomí s pocity méněcennosti. Jeho sexuální vývoj je „s pravděpodobností, hraničící s jistotou“ ve smyslu homosexuálně pedofilní preference.

Byl učiněn pokus o PPG vyšetření, to však posuzovaný odmítl absolvovat. Sexuologovi o svém vztahu k matce poškozeného chlapce uvedl, že s ní měl styk jen třikrát na začátku známosti, pak prý již nikoliv. Homosexuální zájmy a zkušenosti popřel, stejně jako spáchání deliktu. Partnerka to proti němu inscenuje, protože si našla jiného partnera.

Své vztahy s šestiletým synem partnerky popisuje jako velice blízké. Koupali se spolu nejednou nazí ve vaně, chlapec sám k němu vlezl. K orálnímu ani jinému sexu mezi nimi nedocházelo. Je pravda, že chlapec si před ním přetahoval předkožku, on mu nic takového nedělal. V noci se pomočoval, tak mu třeba u moře převlékal plavky, aby se nenastýdl. Chlapec byl prý na něho hodně fixován. Ani starší sestry chlapcovy se posuzovaný nikdy nedotkl.

Podle znalce z IT obsahoval počítač posuzovaného erotické materiály, obrázky a videa, kde byly běžné pornografické náměty, ale také obrázky dětí a mladistvých obou pohlaví. Znalci soudí, že tato skutečnost potvrzuje jejich diagnostický závěr. Znalci doporučují uložení ochranné sexuologické léčby ambulantní formou. Posuzovaný nemá náhled sexuální deviace.

Další znalecký posudek z psychiatrie a sexuologie vypracoval znalec psychiatr a sexuolog. Posuzovaný při vyšetření uvedl, že se nikdy neléčil ani psychiatricky, ani sexuologicky. V soužití s partnerkou vycházel s dětmi dobře. Po nastěhování do společného bytu v září 2011 se jejich vztah zhroutil, protože se hádali kvůli dětem. Intimní život nebyl žádný, partnerka „skoro nebyla doma“. Ona vařila a prala, ve volnu chodila za kamarádkou. První pohlavní styk spolu měli počátkem dubna, „skončil fiaskem“, protože ona mu „v nejlepším řekla, Sašo“, což byl její dřívější přítel. Do září pak měli spolu „asi čtyři“ pohlavní styky, které proběhly bez problémů. Jemu by vyhovovalo mít sex tak dvakrát týdně. Má problémy s navazováním vztahů, hodně pracuje. Nemá-li styky, pak onanuje dvakrát nebo třikrát v týdnu. Nic neudělal, a nechápe, proč to o něm chlapec vypráví. Jako taxikář vozil dospělé i děti, nikdy neměl žádné problémy, nikdy z ničeho podobného nebyl obviněn. PPG vyšetření u tohoto znalce podstoupil: v základní řadě byly nejvyšší reakce na dospělé ženy. Na muže reakce blízké nule, na ostatní kategorie reakce záporné. Zaznamenány kladné reakce na sexuální agresivní podněty, které však nebyly vyšší, než reakce na podněty neutrální.

Vzhledem k rozporům v dosavadních vyšetřeních, zejména k tomu, že psycholog tvrdí, že posuzovaný trpí sexuální deviací, pedofilní homosexualitou, doporučuje znalec vypracování ústavního posudku. Je třeba rozhodnout, zda posuzovaný trpí, nebo netrpí strukturovanou sexuální deviací. Znalec soudí, že je zde výrazná diagnostická nejistota.

Ústavní znalecký posudek Psychiatrické léčebny:

Při vyšetření PPG se uvádí, že „nebyla prokázána heterosexuality“. Jen výjimečně tumescence při osobě ženského pohlaví. Reakce na ženské objekty je vyšší „v agresivním kontextu“ (předchází-li agrese, je-li žena svázaná, šlehá-li muže či je sama šlehaná). Nejvyšší reakce prý na „zkrvavenou mrtvolu ženy“. Závěr: „Sexuální anomálii považujeme za nespornou, na prvním místě uvažujeme o sadismu“. Motivací deliktu a jeho povahou se znalci nezabývali.

Při vyšetření znalci posuzovaný popírá sexuální deviantní zájmy a tendence, popírá spáchání inkriminovaného deliktu. Partnerský sex s věkově přiměřenými ženami, uvádí celkem pět koitálních partnerek. Vždy byl stydlivý a nesmělý, nerad se obnažoval i před chlapi na plovárně. Rád by se sblížoval s ženou dobře známou, chtěl by se jí podrobovat. Dal by přednost nekoitálním aktivitám před pohlavním stykem. Násilí na ženách se nedopouští.

Znalci soudí, že posuzovaný trpí „nepochybnou poruchou sexuální preference, zatím blíže nespecifikovanou“, se znaky „sadismu a anhedonie“. Tato blíže nedefinovaná „sexuální anomálie“ podstatně snižovala jeho ovládací schopnosti ve vztahu k deliktu, aniž by omezovala jeho schopnosti rozpoznávací. Znalci doporučují uložit ochranné sexuologické léčení ústavní formou. Pobyt obžalovaného na svobodě je bez ochranné ústavní sexuologické léčby nebezpečný.

Prvoinstanční soud pak svým rozsudkem z 2. dubna 2013 shledal posuzovaného vinným uvedeným zločinem a odsoudil jej k trestu odnětí svobody v trvání 2 let a uložil mu ochranné sexuologické léčení ústavní formou. Proti rozsudku se odvolává Městské státní zastupitelství (příliš mírný rozsudek) a také obhajoba (poukazuje na rozdílné znalecké posudky a polemizuje s nařízenou ústavní ochrannou léčbou).

Ústavní posudek Sexuologického ústavu:

Posuzovaný byl vzhledem k závěru posledního posudku o tom, že posuzovaný je za pobytu na svobodě nebezpečný, vzat do vyšetřovací vazby. K vyšetření předveden z vazební věznice. Trvá na tom, že se inkriminovaného sexuálního jednání s chlapcem nedopustil. Bývalá partnerka se mu chce pomstít. Jejich vztah zůstává po rozchodu konfliktní. Ona mu vyhrožuje a on připustí, že psal jejímu zaměstnavateli a žaloval na ni, že kouří marihuanu.

O svém sexuálním životě sdělil, že nikdy neměl zájem o sex s muži nebo s dětmi. Od 16 let opakovaně měl pohlavní styky s věkově přiměřenými partnery. Celkem asi pět partnerek, jedna známost trvala pět roků, od jeho dvaceti do 25 roků. Pak už jen ojediněle sex s náhodnými a krátkými známostmi. Většinu sexuální aktivity a potřeby řeší masturbací.

O vztahu k matce chlapce, kterého měl sexuálně zneužít, opakuje již řečené. Není pravda, že by spolu neměli žádný sex, několikrát pohlavní styky měli. Na začátku, asi prvé čtyři měsíce byl prý jejich vztah harmonický. Když se nastěhovali do společného bytu, to už si nerozuměli, hádali se. Partnerka „většinou nebyla doma a já se musel starat o děti, vozit je do školy“. Chlapec trpěl nočním pomočováním, vyžadoval péči. Také prodělal nějaké spálové onemocnění, on jej vozil do nemocnice na injekce a přitom jej musel masírovat na zadku, aby ty injekce moc nebolely. Popírá, že by se na chlapci dopouštěl nějakých sexuálních manipulací. On občas onanoval, často s počítačovými podněty – na notebooku měl nějaké erotické obrázky. Také snad nějaký nudismus, kde byly i děti, ale děti jej nikdy sexuálně nepřitahovaly. Nikdy prý neonanoval před dětmi a nikdy také Pavlíka neosahával na přirození. Svůj vztah k dětem partnerky považuje za pozitivní, on se o ně staral více než ona. Zpětně si myslí, že si toho chlapce neměl tolik pouštět k tělu, to byla asi jeho největší chyba. „On se mně hodně držel, byl pořád se mnou, asi měl být mezi námi větší rozestup“. Svůj vztah k partnerce ukončil odchodem ze společného bytu, když viděl, „že to není k tomu“. Od září mezi nimi nebyly žádné intimnosti, protože se pořád hádali, nebo byli v práci. Ona si pak našla jiného, se kterým pak žila. Nyní snad již zase žije s jiným mužem.

Při našem PPG vyšetření reaguje posuzovaný dobře hodnotitelnými reakcemi střední velikosti. Pozitivní reakce registrovány na dospělé ženy a dospívající dívky. Na děvčata před pubertou, ani na žádný podnět mužského pohlaví nebyla specifická erotická reakce registrována. Vzhledem k suspekci sexuálně agresivní

motivace jsme v testu předložili také různé sexuální agresivní motivy. Nebyly zjištěny žádné známky specifické preference agrese ve vztahu k sexu. PPG text tedy svědčí pro konvenční heterosexuální preference posuzovaného.

Diagnostický závěr: posuzovaný netrpí žádnou duševní poruchou, chorobou, ani sexuální deviací. Trpí nepřilíš výraznou neurologickou dysfunkcí, tikovou dyskinezou, a to od dětství. Tato porucha nijak negativně neovlivňuje jeho chování, je však zdrojem komplexů méněcennosti. Pokud se skutečně dopustil inkriminovaného trestného jednání na chlapci v prepubertálním věku, pak jeho ovládací a rozpoznávací schopnosti byly ve vztahu k takovému jednání plně zachovány. Nepovažujeme jej za specificky nebezpečného za pobytu na svobodě a není třeba uložit mu ochranné léčení v žádné formě.

Závěry

- znalci by se v podobných nejasných případech neměli nutit do diagnózy parafilie
- rozhodně by neměli předjímat rozhodnutí soudu o vině posuzovaného a přímo tak podporovat stanovisko obžaloby
- vždy je třeba nějak zohlednit stanovisko obviněné osoby, byť se znalcům nejeví pravděpodobné
- vážného sexuálního deliktu se samozřejmě může dopustit též osoba bez parafilní motivace
- podobné kauzy bohužel znevěrohodňují naše znalecké expertízy v očích orgánů činných v trestním řízení.

SYMPOSIUM SEKCE PSYCHOSOMATICKÉ NOVÉ TECHNOLOGIE – NOVÉ MOŽNOSTI PRO BUDOUCNOST

garant MUDr. Jiří Podlipný

VIRTUÁLNÍ REALITA JAKO TERAPEUTICKÝ NÁSTROJ

J. Podlipný^{1,2}

¹Psychiatrická klinika, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova v Praze, Plzeň, Česká Republika

²Psychiatrická klinika, Fakultní nemocnice Plzeň, Plzeň, Česká Republika

Summary

VIRTUAL REALITY AS A TOOL IN THERAPY

The aim of the presentation is to give an overview of the possibilities of advanced technologies such as virtual reality (VR), which is applicable in psychiatry and /or psychotherapy. There is a rapid development in the technology for VR which results in possibilities to obtain relatively cheap devices offering good immersion and a high quality experience of the psychological presence. VR is nowadays used in the treatment of phobias, anxiety disorders, addiction, post-traumatic stress disorder, eating disorders, persistent pain, social skills training in people with schizophrenia and others. Future perspectives will be discussed.

Keywords: virtual reality, psychotherapy, presence, immersion

Úvod

Virtuální realita (VR) je pojem, který se užívá k označení iluze budící zdání skutečnosti. S rozvojem industriální éry se do procesu vytváření VR začala stále více zapojovat technika. Významným momentem ve vývoji VR byly technické pokroky na poli informačních technologií (IT). V dnešním slova smyslu se pojem VR vztahuje výhradně k simulacím vytvářeným počítačem. S rozvojem IT a jejich cenovou dostupností se řada odborníků různých profesí začala zabývat myšlenkou využití VR ve svém konkrétním oboru. Stalo se tak i na poli medicíny, a to nejenom v psychologii, psychiatrii a neurověděch, ale např. i v chirurgických oborech při vytváření tréninkových simulátorů operačních postupů. VR může být různě kvalitní. Vždy se jedná o interakci subjektivního prožitku konkrétní osoby a sofistikovaného technického zařízení. V tomto procesu interakce subjektivního prožitku a technického zařízení hraje rozhodující roli charakter rozhraní mezi přístrojem a člověkem (v angličtině se tento proces označuje interface). Nejvíce využívaným rozhraním vizuální iluze je Head Mounted Display (HMD), tzv. „virtuální brýle“. V HMD je pro každé oko k dispozici samostatný display, umožňuje prostorové vidění a obraz současně reaguje na pohyby hlavy. Tím je dána kvalitní iluze prakticky neomezeného zorného pole. Akustická iluze je zajišťována obvykle běžnými stereofonními sluchátky. Z psychologického hlediska jsou pro osoby pohybující se ve VR základními parametry fenomény „presence“ a „immersion“ (v anglickém originále) (1). Presence lze přeložit jako „prožitek přítomnosti ve virtuálním prostředí“ a definovat jako zaměření pozornosti do prostředí virtuální reality (tedy „vědomí ve virtuální realitě“). Immersion lze přeložit jako „vnoření se do virtuálního prostředí“ a definovat jako souhrn po-

čítků, které osoba vnímá ve VR. Jedná se tedy o smyslové simulace, které generuje počítač. Z praktických důvodů jsou počítky ve VR dnes omezeny na vizuální a auditivní (ale některá drahá zařízení mohou zprostředkovat i počítky taktilní či olfaktorické). Stupeň presence a imerze lze měřit škálami. Nejvíce používaným nástrojem k měření presence je Presence Questionnaire (P-BF) (2). Tato škála se skládá ze 32 položek rozdělených do následujících šesti subškál: úroveň zapojení / kontroly, přirozenost, kvalita sluchové stimulace, kvalita haptické reakce, úroveň rozlišení a kvalita rozhraní. V ojedinělých studiích byl sledován vztah stupně (úrovně) presence a efektivity expoziční terapie fobií. Ačkoli byla aplikována prostředí VR, která vyvolávala různou úroveň presence, tak nebyl zjištěn u skupiny osob léčených zařízením více subjektivně vyvolávajícím presence lepší terapeutický výsledek (3). Existují studie, které prokázaly stejnou terapeutickou účinnost expoziční terapie fobií pomocí VR ve srovnání s expozicí in vivo (4). VR se dnes v psychiatrii / psychoterapii aplikuje v následujících terapeutických indikacích: expoziční terapie specifických fobií nebo agorafobie, expoziční terapie posttraumatické stresové poruchy, expozice u osob se závislostí, cue-exposure terapie u alkoholismu, při léčbě chronických bolestivých syndromů či fantómové bolesti, expoziční terapie poruch příjmu potravy, expoziční terapie sociální fobie, expoziční terapie úzkostných poruch, při nácviku sociálních dovedností u osob s onemocněním schizofrenního okruhu (5) a dalších.

Cíle

Seznámit se základními oblastmi aplikace VR v psychiatrii. Nastínit vize dalšího vývoje. Na videoukázkách VR ze zahraničního pracoviště (Psychiatrická klinika v Gangnam Severance Hospital, Yonsei University College of Medicine, Soul, Korejská republika) prezentovat konkrétní aplikace při léčbě fobií a při tréninku sociálních dovedností u pacientů trpících schizofrenním onemocněním.

Závěr

Virtuální realita nachází své uplatnění v terapii psychiatrických onemocnění. Nejvíce se VR využívá při expoziční terapii fobií a úzkostných poruch. Dále se VR využívá při tréninku odolnosti vůči bažení při léčbě závislostí. VR se rovněž uplatňuje při tréninku dalších typů dovedností, jako jsou např. sociální dovednosti nebo kognitivní funkce. Do budoucna lze předpokládat, že se VR bude stále více uplatňovat v psychiatrické rehabilitaci v rámci individualizovaných programů u chronických psychiatrických onemocnění.

Literatura

1. Lombard M, Ditton T (1997). At the Heart of It All: The Concept of Presence. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 3: 0. doi: 10.1111/j.1083-6101.1997.tb00072.x
2. Witmer, BG, Singer MJ (1998). Measuring presence in virtual environments: A Presence Questionnaire. *Presence: Teleoperators & Virtual Environments*: Vol. 7 (pp. 225–240): MIT Press.
3. Krijn M, Emmelkamp PM, Biemond R, de Wilde de Ligny C, Schuemie MJ, van der Mast CA. Treatment of acrophobia in virtual reality: the role of immersion and presence. *Behav Res Ther.* 2004;42(2):229–39. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00139-6. PubMed PMID: 14975783.

4. Meyerbroeker K, Morina N, Kerkhof GA, Emmelkamp PM. Virtual reality exposure therapy does not provide any additional value in agoraphobic patients: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2013;82(3):170–6. doi: 10.1159/000342715. PubMed PMID: 23548832.
5. Park KM, Ku J, Choi SH, Jang HJ, Park JY, Kim SI, et al. A virtual reality application in role-plays of social skills training for schizophrenia: a randomized, controlled trial. *Psychiatry Res.* 2011;189(2):166–72. doi: 10.1016/j.psychres.2011.04.003. PubMed PMID: 21529970.

VIRTUÁLNÍ REALITA V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ A VÝVOJ VLASTNÍHO POSTUPU NA NAŠEM PRACOVÍŠTI

M. Beniš¹, J. Podlipný^{1,2}, P. Hořejší³

¹Psychiatrická klinika, Fakultní nemocnice Plzeň, Plzeň, Česká Republika

²Psychiatrická klinika, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova v Praze, Plzeň, Česká Republika

³Katedra průmyslového inženýrství a managementu, Fakulta strojní, Západočeská univerzita v Plzni, Česká republika

Summary

VIRTUAL REALITY IN THE TREATMENT OF ADDICTION AND THE DEVELOPMENT OF AN OWN PROCEDURE

There is an important phenomenon of alcohol cue as well as social pressure induced craving in the patients with alcohol dependence. Coping-skills training is a very useful psychotherapeutic intervention in all addictions. Another interventions could be cue-exposure therapy (CET) and an exposure to the social pressure. These techniques are performed in a safe environment or imagination. Virtual reality (VR) is an alternative option for these techniques. In our department we have started to develop a specific and unique CET program based on a VR application. The particular issues of the predefined interactions between the patients and avatars as well as the technical parameters of the device will be discussed.

Keywords: virtual reality, cue-exposure therapy, addiction, enhancement

Úvod

Expoziční terapie je jednou ze základních metod kognitivně behaviorální terapie, která je účinnou možností léčby závislostí. Expoziční terapii jako svůj základ využívá CET – cue-exposure therapy. Specifikem v léčbě závislostí je expozice podnětům vyvolávajícím bažení či popudy k užití návykové látky (1). Cílem těchto expozicí je naučit klienta zvládat popudy k recidivě. Během expozice vzniká bažení nebo nutkání užít alkohol, které podobně jako strach či úzkost, není-li uspokojeno, zpočátku narůstá, později odeznívá a celkově slabne. Vysvětlením je skutečnost, že bažení nebo nutkání užít alkohol nejsou následným užitím látky odměňovány. Druhotným efektem bývá změna v myšlení, kdy klient přestává chápat bažení jako nepřekonatelné. Jako alternativu obvyklých terapeutických technik je možné využít prostředí virtuální reality (VR). Rovněž chápeme virtuální prostředí jako variantu imaginace. Vlastní využití prostředí VR se

jako způsob léčby již osvědčilo v léčbě fobií, zejména specifických (2), kde je velkou výhodou možnost exponovat klienta těm podnětům, které jsou v reálném životě těžko dostupné k opakovanému nácviku in vivo (například let letadlem či zával v tunelu). Pokud budeme srovnávat možnosti virtuální reality s expozičními v imaginaci, předně musíme zdůraznit, že jsou mezi klienty velké rozdíly ve schopnosti si něco živě představovat, někteří imaginovat nedovedou vůbec. Dalším faktorem, kde má virtuální realita výhodu, je vlastní motivace klienta imaginovat. Při léčbě se setkáváme s nejrůznějšími překážkami v motivaci k imaginaci, jako jsou např. ať už vědomé, nebo nevědomé vyhýbání se nepříjemnému stavu, pocity viny z bažení, touha dokázat snahu či pokrok v léčbě či prostě celý problém vytěsnit. Při využití prostředí VR jsou podněty klientovi poskytnuty a tím v tomto nemusí sehrát aktivní roli. Využití VR má tedy nižší motivační bariéru. Imaginace naopak poskytuje volnější prostor oproti prostředí VR, které je nutně limitované. Dlužno však podotknout, že tím se VR – v závislosti na kvalitě provedení – blíží více reálnému životu. Imaginace může sloužit k nácviku rozmanitých situací, kdežto prostředí VR je vytvořené za předem daným účelem, což je jeho dalším potenciálním limitem.

V našem programu krátkodobé režimové léčby závislosti určeném pro klienty s problematikou užívání alkoholu, jiných psychoaktivních látek a patologické hráče, cvičíme dovednost odmítnout alkoholický nápoj, odolat touhám jej pít a také dovednost zvládnout pobyt v prostředí, kde se takové nápoje konzumují. Užívání alkoholických nápojů je rizikem pro jiné typy látkové závislosti, jakož i pro patologické hráče, u kterých poklesem zábran zvyšují riziko relapsu. K nácviku těchto dovedností v rámci kognitivně-behaviorálního přístupu využíváme expozic reálným podnětům v chráněném prostředí nebo v imaginaci, popřípadě systematické desenzibilizace, nebo nácviku v imaginaci.

Cíle

Naším hlavním cílem je rozšíření možností pro CET a imaginaci u klientů v programu krátkodobé režimové léčby závislosti za hospitalizace (KRL) o techniky za užití VR. Dalším cílem je ověření účinnosti expozice v prostředí VR v redukci bažení během KRL a dále v redukci návykového chování v období po léčbě. Vycházíme z dokladů účinnosti expoziční terapie, ať už v rámci kognitivně-behaviorální terapie či CET (3), a z dokladů toho, že podněty podávané v prostředí VR jsou schopny u osob se závislostí vyvolat bažení po návykové látce (4).

Metody

CET ve VR bude k dispozici pro všechny klienty absolvující krátkodobou režimovou léčbu na našem specializovaném oddělení pro léčbu závislosti (ženy i muži, problémoví uživatelé a závislí na celém spektru psychoaktivních látek s výjimkou nikotinu a kofeinu, patologičtí hráči). Přítomnost závislosti na alkoholu tedy není podmínkou. Do krátkodobé režimové léčby přijímáme preferenčně sociálně stabilizované klienty, nebo klienty, u nichž byl prokázán dobrý efekt krátkodobé léčby v minulosti. Prostor VR je vytvářeno podle reálné předlohy. Jedná se o běžné pohostinské zařízení. Klient bude tomuto prostředí vystaven po dobu 15 minut. Kontext bude vymezen na půdorysu čekání na jinou osobu při důležité schůzce. Kromě vlivu atmosféry samotného prostředí bude klient

vystaven nejrůznějším předem definovaným sociálním interakcím s avatary. Tyto interakce budou provokovat k recidivě. Bude se jednat např. o zvaní ke sklence, tlaku obsluhujícího personálu na vypití neobjednaného nápoje, televizní reklamy na alkohol a další. Kromě vlastní expozice tedy bude mít klient za úkol zvládnout tyto sociální interakce. Imerse klienta do VR bude zprostředkována pomocí HMD (head mounted display) moderního typu Oculus Rift SDK a ovládání pohybu jakož i výběr reakcí bude klient řídit pomocí zařízení Virtuix Omni VR. Virtuální prostředí bude generováno na softwarové platformě „SW Unity 3D Pro“ a dále „I am in VR for Unity3D“. Subjektivní přítomnost bažení či jiných nepříjemných i příjemných pocitů ve vztahu k návykovému chování bude sledováno pomocí jednoduchých dotazníků a vizuálně-analogových škál. Rovněž budou sledovány ekvivalenty návykového chování. Expozice se bude opakovat. Po dokončení léčby je plánováno po 3 a 6 měsících zhodnotit abstinenci od alkoholu a parametry kvality života.

Závěr

V přednášce budou diskutovány dílčí výsledky expozic klientů ve VR jakož i problémy vznikající při tvorbě předdefinovaných interakcí. Bude zmíněna i otázka dostupnosti zařízení a jeho technické parametry.

Projekt je podpořen Interní grantovou agenturou ZČU v Plzni v rámci projektu SGS – 2012 – 063 „Integrovaný návrh výrobního systému jako metaprojektu s multidisciplinárním přístupem a využitím prvků virtuální reality“.

Reference

1. Záleský R. KBT závislosti. In: Praško J, Možný P, Šlepecký M. Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Vyd. 1. ed. Praha: Triton; 2007. 1063 s. p.
2. Powers MB, Emmelkamp PM. Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis. *J Anxiety Disord.* 2008;22(3):561–9. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.04.006. PubMed PMID: 17544252.
3. Schulte B, Česko. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě. 1. vyd. v jazyce českém ed. Praha: Úřad vlády České republiky; 2010. 140 s. p.
4. Lee JS, Namkoong K, Ku J, Cho S, Park JY, Choi YK, et al. Social pressure-induced craving in patients with alcohol dependence: application of virtual reality to coping skill training. *Psychiatry Investig.* 2008;5(4):239–43. doi: 10.4306/pi.2008.5.4.239. PubMed PMID: 20046344; PubMed Central PMCID: PMCPMC2796010.

VIRTUÁLNÍ REALITA JAKO NÁSTROJ PRO VYŠETŘENÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ U SCHIZOFRENIE

I. Fajnerová^{1,2}, M. Rodriguez¹, J. Horáček¹, F. Španiel¹, P. Mikoláš¹, A. Stuchlík², D. Levčík², C. Brom³, K. Vlček²

¹Psychiatrické Centrum Praha, Praha, Česká republika

²Oddělení Neurofyziologie paměti, Fyziologický ústav, AV ČR, v.v.i., Praha, Česká republika

³KSVI, Matematicko-fyzikální fakulta, Univerzita Karlova, Praha, Česká republika

Summary

VIRTUAL REALITY AS A TOOL FOR ASSESSMENT OF COGNITIVE FUNCTIONS IN SCHIZOPHRENIA

Traditional “paper and pencil” tests are usually applied to determine the cognitive deficit in neuropsychiatric disorders. However, application of complex virtual reality tasks recently increases. In order to develop methods for future usage in comparative research, we developed two virtual tests based on animal studies, designed as analogues of the original spatial tasks applied in animal model of schizophrenia. The first test is based on the water maze hidden goal task; the second test represents the preference version of the avoidance task on the rotating arena. Both tests have been used to monitor the cognitive deficit in first episodes of schizophrenia. In comparison to healthy controls, patients showed significantly less accurate navigation performance (pointing, direct navigation to goal, latency and goal quadrant preference). In addition, findings from rotating arena confirmed the observation of animal studies that the mobile environment is much more sensitive towards the observed deficit. Our preliminary results correspond well with observations done in animal models of schizophrenia and are sensitive enough to distinguish the deficit of spatial cognition confirmed in first episodes of schizophrenia by standard neuro-cognitive methods.

Keywords: virtual environment, spatial cognition, schizophrenia, animal models

Cíle

Pro stanovení kognitivního deficitu, který je nedílnou součástí mnoha neuropsychiatrických onemocnění, se tradičně využívají testy „tužka-papír“. Stále častěji se však objevují i komplexní úlohy ve virtuální realitě (VR), která navzdory určitým omezením přináší vysokou míru kontroly nad průběhem testování a umožňuje testování pomocí zobrazovacích metod v podmínkách blízkých reálným životním situacím.

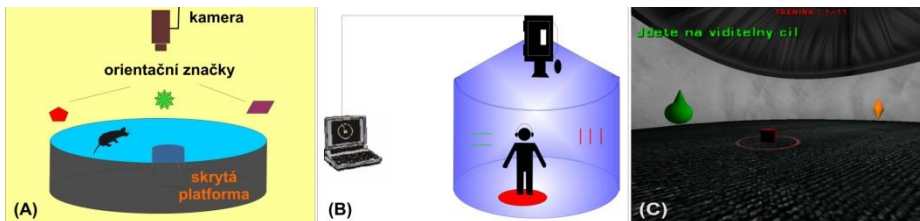
Cílem této studie je využít potenciál virtuální reality a na podkladě animálních úloh testujících navigaci a chování v prostoru vytvořit metody aplikovatelné ve srovnávacích studiích.

Dalším cílem je ověření sensitivity nově vytvořených virtuálních testů vůči kognitivnímu deficitu u prvních epizod schizofrenie, pozorovanému také v standardních neuro-psychologických testech.

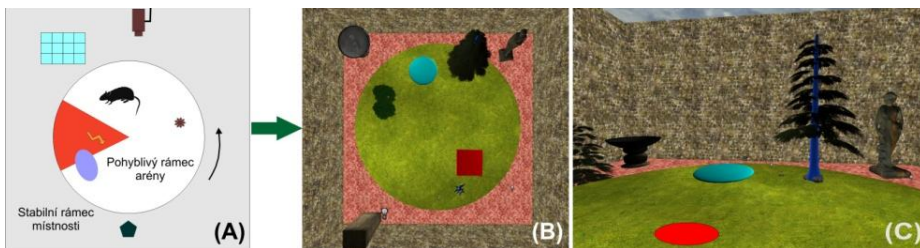
Metody

Vytvořili jsme dva virtuální testy, které jsou analogiemi animálních úloh. V obou testech je úkolem vyšetřované osoby hledat a zapamatovat si polohu skrytého cíle(ů) na podlaze arény pomocí 3 orientačních značek umístěných v tomto prostředí.

1. Virtuální test hledání čtyř cílů (Fajnerova et al., 2014) je lidskou analogií Morrisova vodního bludiště (Morris, 1981). Pro design tohoto testu byla použita předloha v podobě uzavřeného stanu Blue Velvet Arény (Stepankova et al., 1999; Obr.1B) Úloha se skládá ze dvou částí, které testují i) učení a referenční paměť při hledání stabilní cílové pozice a; ii) přeučování a oddálené vybavení sekvence tří cílových pozic.



2. Virtuální test aktivní allocentrické preference místa (Vlček, 2013) vznikl jako analogie úlohy vyhýbání se místu na rotující aréně (Cimadevilla, 2000). Test je tvořen z několika částí, které testují střídavě hledání skrytých cílových míst (viz. Obr. 2B-C), které jsou vázané buďto k povrchu rotující arény (kruhové cíle) anebo k referenčnímu rámci místnosti (čtvercové cíle).



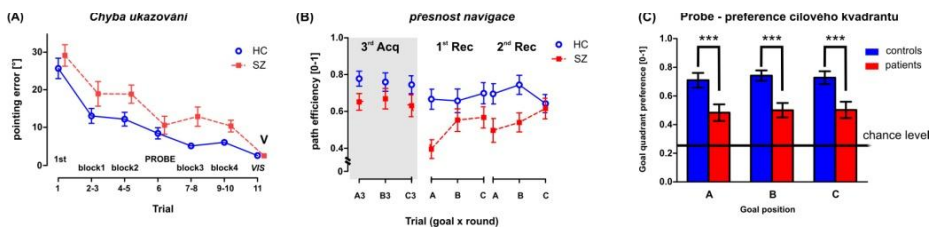
Oba testy se zaměřují především na vizuo-prostorové vnímání, učení a paměť, ale také mentální flexibilitu (schopnost přeučování na měnící se pozici cíle) a přepínání pozornosti (mezi cíli nebo referenčními rámci).

Otestovali jsme 29 pacientů schizofrenního okruhu onemocnění po první proběhlé psychotické atace a zdravé kontroly stejného pohlaví, věku, vzdělání a pokud možno i herních zkušeností. Obě skupiny absolvovali zácvik ovládnání pohybu ve VR. S cílem budoucí validizace vyvíjených metod jsme obě skupiny vyšetřili také standardní baterií neurokognitivních testů.

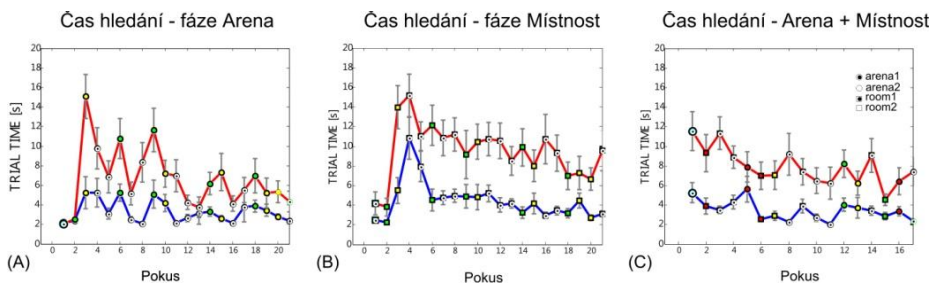
Výsledky

Dosavadní výsledky ukázaly, že kognitivní výkon u prvních epizod schizofrenie se významně liší od výkonu zdravých kontrol v obou virtuálních testech ($p < 0.5$).

1. U skupiny pacientů jsme pozorovali pokles výkonnosti při hledání skrytých cílů na stabilní aréně ve všech měřených parametrech (Obr. 3 A-C), během učení i během oddáleného vybavení prostorové sekvence (Fajnerova et al., 2014). Výkon v kontrolním pokuse s viditelným cílem je ale u obou skupin stejný (viz. Obr. 3A, označení „V“).



2. Mnohem výraznější pokles výkonnosti u sledované skupiny pacientů jsme pozorovali v úloze hledání cílů na rotující aréně. Při hledání nepohyblivých cílů vázaných k aréně (viz. Obr. 4A) je učení u pacientů pomalejší. Jejich výkon je ale výrazně narušen v úloze hledání pohyblivých cílů vázaných k referenčnímu rámci místnosti (Obr. 4B) a během střídavého hledání cílů v obou referenčních rámcích (Obr. 4C).



Závěr

Oba virtuální prostorové testy jsou citlivé vůči kognitivnímu deficitu u prvních epizod schizofrenie. Výsledky navíc potvrdili pozorování animálních studií, že pohyblivé prostředí rotující arény je mnohem citlivější vůči deficitu pozorovanému na stabilní aréně. Zmíněné výsledky tak dobře korelují nejen s výsledky standardního neuro-psychologického vyšetření ale také s pozorováním animálního modelu schizofrenie v analogických prostorových úlohách.

Práce byla podpořena granty IGA MZ ČR č.NT13386, NT14291 a NT13843 a výzkumnými záměry institucí RVO:67985823 (AV ČR) a MZ ČR – DRO (PCP, 00023752).

Literatura

- Fajnerova I, Rodriguez M, Levčík D, Konradova L, Mikolas P, Brom C, Stuchlík A, Vlček K and Horáček J (2014). A Virtual Reality Task Based on Animal Research – Spatial Learning and Memory in Patients after the First Episode of Schizophrenia. *Front. Behav. Neurosci.* 8:157. doi: 10.3389/fnbeh.2014.00157

- Cimadevilla JM, Kaminsky Y, Fenton A, Bures J (2000). Passive and active place avoidance as a tool of spatial memory research in rats. *J Neurosci Methods* 102:155–64.
- Morris, R.G.M. (1981). Spatial localization does not require the presence of local cues. *Learn Motiv* 12, 239–261.
- Stepankova K, Pastalkova E, Gaminsky Y, Fenton AA, and Bures J (1999). Allothetic and idiothetic navigation in healthy young humans. *Physiol Res* 48, 123.
- Vlček K (2013). Dissociated reference frames on a rotating platform in human. Conference proceedings. In *Behaviour 2013*. Newcastle-Gateshead, UK.

V JAKÉ REALITĚ VLASTNĚ ŽIJEME?

J. Beran

Psychiatrická klinika, Fakultní nemocnice Plzeň, Plzeň, Česká Republika

Summary

IN WHICH REALITY DO WE LIVE?

Author is going to discuss the phenomenon of virtual reality as a part of everyday life of healthy individuals as well as of patients suffering from some psychiatric disorders. The phenomenon of virtual reality also revokes Plato's idea of a cave and shadows.

Autor sdělení se formou eseje zamýšlí nad tím, kde se v našem životě setkáváme s virtuální realitou. Pro účel této úvahy se za virtuální realitu pokládá to, co nemá reálnou povahu, co neexistuje jako fyzický, tedy hmatatelný objekt, co se ve skutečnosti neodehrálo, co ale existuje v naší představě (mysli) a nakládáme s tím, jako by to byl objekt fyzické povahy nebo událost, k níž skutečně došlo.

Člověk se rád pokládá za bytost racionální, tedy řídicí se jen tím, co jest, co existuje v reálné podobě nebo co se událo, k čemu určitým způsobem došlo, jak mohou v případě potřeby dosvědčit i očití svědkové. Existuje řada příkladů, které vypovídají o tom, že ve svém životě bereme vážně i to, co ve fyzické podobě neexistuje, neexistovalo a existovat nebude, avšak existuje pouze v představě jednoho člověka, různých velkých skupin lidí, národů případně lidstva jako celku.

Tomu, co se nyní označuje jako virtuální realita, je asi nejbližší to, co lze nazvat představou. Člověk je nadán schopností představivosti, to znamená, že dovede v bdělém stavu nakládat cíleně nebo spontánně se svými představami. Dovedeme si představit, jak co vypadá, jak se co odehrálo či právě v tuto chvíli někde jinde odehrává či k čemu jednou dojde. Představa může mít povahu fotografie nebo filmu, tedy něco vidíme svým vnitřním zrakem respektive máme určitou představu. Představovat si neznamena jen vidět, ale představovat si lze vůně, barvy, zvuky, chutě, hmatové vjemy, tedy představa může být komplexní a může mít všechny kvality vjemu reálné povahy. Představy také doprovázejí nejen příslušné emoce, ale také tělesné procesy těmto představám odpovídající, což podporuje dojem reálnosti. Představy lze vůlí měnit a dokážeme si představovat teď jedno a pak druhé. Původní představa prostě zmizí a je nahrazena jinou. Takto

s realitou nakládat nelze, co existuje v realitě, trvá dál ať tomu věnujeme pozornost či nikoli. V této vlastnosti lze vidět dost podstatný, ne-li přímo zásadní rozdíl mezi realitou a virtuální realitou. (skutečností a představou). Vedle představ máme ještě fantazie, které jsou rozvinutou podobou představ, ve fantazii se například děje to, co se v realitě stát nemůže.

Představivost, fantazie, život ve virtuální realitě může náš živočišný druh odlišovat od jiných živočišných druhů. Jako příklad vezměme psa, kterého asi většina z lidí zná lépe než jiné živočišné druhy. Má pes takovou představivost a fantazii jako člověk, může pes žít ve virtuální realitě? Těžko podat jednoznačný důkaz, potvrdit jedno a vyloučit druhé. Pozorujeme-li chování psa, je jisté, že pes si mnohé pamatuje a dokáže si zapamatované asi představit. I. P. Pavlov zjistil, že psům se po určitém počtu opakování (tedy učení) v žaludku sbíhají sliny, když zvonění avizuje podávání potravy. Slyší-li pes příště zvonění, připomene mu to, že může očekávat krmení a již se mu i sbíhají sliny. Možná si představí misku vonícího pokrmu. Když jindy pes provede něco, co se naučil, že dělat se nemá, chová se provinile a jde pánovi z očí. Co se v něm odehrává, prožívá v představě (ve své virtuální realitě)konkrétní projev pánovy nelibosti?

V lidském životě nalezneme příkladů života ve virtuální realitě řadu. Některé příklady jsou z oblasti všedního každodenního života v jeho základní rovině. Žijeme obklopeni náhražkami, živíme se nejrůznějšími náhražkami (virtuální realitou) například původních potravin, kolem sebe máme místo pravého dřeva, skutečného kamene nebo opravdového kovu jen více či méně zdařilou imitací toho či onoho. Velkým tématem virtuální reality jsou sociální sítě, v nichž se setkávají virtuální identity (nikoli autentické identity) zúčastněných. Dalším velkým tématem je výzkum. Ve výzkumu se používají modelové situace, není však model virtuální realitou? Byl vytvořen umělý chromozom. Existuje umělý život (Petr 2014) a dokonce i virtuální evoluce (Toman, 2014). Templetonova cena se uděluje za „pokrok ve výzkumu a objevy týkající se duchovních skutečností“ (Junek, Pecháčková, 2014). Ve výuce se využívají modely, tedy výuka se odehrává do určité míry ve virtuální realitě. Internet poskytuje virtuální prostředí pozůstalým pro zapálení knotu (Smítalová 2014).

Svět reálný a svět virtuální není jeden od druhého oddělen, oba na sebe navazují a dohromady tvoří funkční celek. Jestliže například platíme bankovkami a mincemi za něco, co si jako věc pak s sebou odnášíme, je to děj, který proběhl v realitě skutečné. Jestliže v téže měně platíme prostřednictvím elektronického bankovníctví, pak jde o transakci v realitě virtuální, která se odehrává mezi kontem naším a kontem příjemce, který námi poukázány obnos nedostane v jeho fyzické podobě a přijetí naší platby bude znamenat jen položku na jeho účtu. Teprve když si příjemce peníze z tohoto účtu vyzvedne, překročí hranici mezi světem virtuálním a světem reálným (světem reálných jevů).

Těchto dějů, které se buď odehrávají pouze ve virtuálním „světě“ nebo přecházejí z reality řekněme fyzické do virtuální a zpět, je v našem každodenním životě víc, než si asi uvědomujeme. Nejsou to tedy jen duševně nemocní nebo nějak „vyšinutí“ lidé, kdo žije více nebo méně ve svém vlastním světě (ve své virtuální realitě), ale jsme to vlastně my všichni. Pouze virtuální realita „naše“ je jiná a liší se od virtuální reality duševně nemocných, v níž jsou jevy, které nazýváme halucinacemi a bludy, jimiž se vyznačuje psychóza nebo delirium.

Možná se náš život odehrává ve větší části ve světě reality virtuální než ve světě reálném, případně významnost jevů virtuálního světa je v našem životě větší než významnost světa reálného. Těžší např. může být vyrovnat se se ztrátou představy než vyrovnat se se ztrátou něčeho takového, jako je automobil... V této souvislosti ožívá pozapomenutá idea Platónova (Machovec, 1966) o jeskyni a stínech vržených na její stěnu...

Literatura

Junek, A., Pecháčková M.: Světová cena pro Tomáše Halíka. LN 14. 3. 2014

Machovec D.: Dějiny antické filosofie. Praha, Státní pedagogické nakladatelství 1966

Petr J.: Krok k umělému životu. LN 9. 4. 2014

Smítalová, P.: Život bez svateb a pohřbů. LN 8. 2. 2014

Toman, J.: Virtuální evoluce. Vesmír, 93 (144), 2014, 5, 292–300.

SYMPOSIUM SEKCE PRO SOUDNÍ PSYCHIATRII: POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA VE FOREN- ZNÍ PSYCHIATRII

garant doc. Karel Hynek

VIKTIMIZAČNÍ SYNDROMY Z POHLEDU FORENZNÍ PSYCHI- ATRIE A PSYCHOLOGIE

*I. Žukov¹, R. Ptáček¹, J. Raboch¹, K. Hynek¹, P. Uhlíková¹, P. Harsa¹,
I. Fischer²*

¹ Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze, Česká republika

² Katedra pedagogiky, PF UJEP, Ústí nad Labem, Česká republika

Summary

VICTIMIZATION SYNDROMES IN THE CONTEXT OF FORENSIC PSYCHIATRY AND PSYCHOLOGY

The aim of the presented article is to draw attention to the question of assessing of victimization syndromes in forensic psychology and psychiatry. The authors bring forward limited reliability and validity of victimization syndromes as i.e. syndrome of battered spouse and point out limited possibility of making such a diagnosis in forensic psychology and psychiatry.

Keywords: victimization syndromes, forensic psychology, psychiatry

V oblasti znalecké činnosti v oboru psychologie a psychiatrie se v poslední době setkáváme stále častěji se skutečností, kdy znalci jsou tázáni na přítomnost některého z tzv. viktimizačních syndromů – zvl.: syndrom týrané osoby (event. partnera) a syndrom CAN. Uvedený příspěvek se zabývá otázkou, nakolik je v kompetenci znalců – psychiatrů a psychologů, se k těmto otázkám vyjadřovat. Tématika „viktimizačních syndromů“ se v odborné literatuře začíná objevovat v druhé polovině 20. století, kdy řada autorů poukazuje na skutečnost, že oběti specifického druhu násilné trestné činnosti mohou vykazovat specifické projevy, které neodpovídají žádné běžně užívané diagnostické kategorii, přesto významným způsobem ovlivňují život daného jedince.

Tento trend přichází v období, kdy je etablována a intenzivně zkoumána diagnostická kategorie „posttraumatická stresová porucha“, která je odrazem empirických nálezů o specifickém vlivu traumatu na lidskou psychiku. Nicméně právě PTSD a rozvíjející se zájem o ni přináší velké pochyby o možnosti její objektivní diagnostiky, eventuálně, relativně snadné možnosti její simulace.

Jedním z prvních systematicky rozpracovaných „viktimizačních syndromů“ bylo tzv. „rape trauma“, které je považováno za formu posttraumatické stresové poruchy u obětí znásilnění. Dále se přibližně od 80. let 20. století začíná v odborné literatuře objevovat pojem „battered women syndrome“, který se později začíná volně transformovat do pojmu „battered spouse“ nebo „battered person“ syndrom. Tato transformace by měla odrážet skutečnost, že oběti domácí násilí jsou nejen ženy.

Zásadním problémem diagnostiky či určení těchto syndromů je skutečnost, že nejsou podchyceny v žádném diagnostickém manuálu, jejich příznaky nejsou v aktuální odborné literatuře konsensuálně popsány a v oblasti psychologie neexistují žádné standardizované testy, které by přítomnost nebo alespoň intenzitu daných symptomů mohly nezávisle prokázat.

Odborné zdroje v této souvislosti dále uvádějí, že doslova neexistuje jeden nebo „správný“ profil týrané osoby – což prakticky vylučuje jakoukoliv možnost validní diagnostiky.

Při posuzování těchto syndromů se tak znalci psychologové i psychiatři dostávají do velmi nejisté situace, protože při posuzování těchto otázek musejí vycházet pouze z velmi omezeného a ještě poměrně názorově různého okruhu odborné literatury a vlastní, byť odborné, úvahy.

Jako „typické symptomy“ odborná literatura obvykle popisuje změny v emočnosti, postojích, sebehodnocení, symptomy neurotických poruch, afektivních poruch, ale též některé behaviorální projevy.

Velmi závažným problémem je též možnost poměrně snadné simulace symptomů viktimitizačních syndromů. Dobře informovaná osoba může poměrně snadno popsat charakteristiky typické pro některý z viktimitizačních syndromů a tyto dále relativně úspěšně simulovat při klinickém nebo znaleckém vyšetření, přičemž psycholog ani psychiatr nemají možnost reliabilního psychometrického nebo klinického posouzení. Toto je problémem zvláště při velmi snadné dostupnosti odborných informací na internetu, které jsou v tomto smyslu zneužitelné.

Konkrétní vyjádření znalce, že daná osoba trpí např. „syndromem týrané osoby“, tak zvláště ve znaleckém posudku vyjadřuje prakticky pouze jeho názor – protože, jak jsme již uvedli syndrom týrané osoby, nejen že nemá jakoukoliv konstruktovou validitu a tudíž ani jasná diagnostická kritéria, ale též není objektivizovatelný jakoukoliv standardní psychometrickou

nebo klinickou metodou. Z tohoto důvodu při případném sporu o oprávněnosti závěru může být „syndrom týrané osoby“ potvrzen i vyvrácen prakticky stejným mechanismem – tzn. prostým názorem znalce, byť podloženým určitou odbornou literaturou. Volba relevantní odborné literatury je zde pouze na znalci. Takže je pouze individuální otázkou, jaká kritéria zvolí, a zda posoudí jejich přítomnost v daném případě či nikoli. Eventuálně, zda na otázku neodpoví vůbec, s odkazem na odbornou literaturu, která se k otázce diagnostiky „viktimitizačních syndromů“ vyjadřuje kriticky.

V aktuální praxi se v důsledku těchto nejednotných kritérií, lze setkat s takovýmto závěrem znalců pro PCR:

„Po vyšetření výše uvedené (poškozené) a prostudování dokumentace lze předběžně konstatovat, že se zde jednalo z psychiatrického a klinicko psychologického pohledu o domácí násilí, ve formě psychického týrání, jehož příčinou bylo jednání bývalého partnera vůči poškozené. Pokud se jedná syndromu ženy, tak jak je popsán doc. Čírtkovou, tak u poškozené je splněna převážná většina kritérií jej popisující, ale úplně všechna naplněna nejsou, tento syndrom je taktéž v přímé souvislosti s jednáním bývalého partnera vůči poškozené, na tomto základě se u poškozené posléze rozvinula posttraumatická stresová porucha, pro niž je dosud léčena.“

Jestliže zcela pomineme otázku, jaká jsou psychiatrická kritéria pro domácího

násilí a jak se určuje psychologicky nebo psychiatricky jeho kauzální souvislosti, nelze pominout skutečnost, že Doc. Čírtková sama ve svých publikacích (viz např. Čírtková, 2014) uvádí, že „neexistuje jediný „správný“ profil týrané osoby. Různé osoby mohou vykazovat různé obrazy či podoby specifického viktimizačního syndromu. To znamená, že syndrom není definován pomocí přesného seznamu nebo skladby symptomů.“ (s.95). Je tedy zcela zásadní otázkou, o jakých kritériích znalci vlastně mluví, a zda jsou si vědomi nejednoznačnosti této problematiky a jeho právních dopadů.

V praxi českého soudnictví se znalcův výrok o přítomnosti nebo nepřítomnosti „syndromu týrané osoby“ může stát jedním z hlavních usvědčujících důkazů obžaloby a proto je v této oblasti nutné pečlivě zvažovat, co je a co není v kompetenci znalců z oboru psychologie a psychiatrie. Dle autorů příspěvku, je posuzování přítomnosti viktimizačních syndromů v psychologii a psychiatrii přinejmenším sporné a eticky i právně velmi závažné. Každopádně při hodnocení těchto otázek je nutné akcentovat odborné vzdělání znalce a jeho praxi v těchto oborech.

K tomuto tématu je nutné vyvolat odbornou diskusi a odborná společnost by k těmto otázkám měla přijmout závazné stanovisko.

Podpořeno projektem PRVOUK PSYCHOLOGIE

Literatura

PTÁČEK Radek, ČÍRTKOVÁ Ludmila, ŽUKOV Ilja. Rape Trauma – klinické a forenzní souvislosti. Psychiatrie pro praxi, 2009, 10(6), 268271.

ČÍRTKOVÁ Ludmila. Viktimologie pro forenzní praxi. Portál, Praha, 2014.

GUPTA, Nina (2013). ADDENDUM TO 72: 1 CONVENTIONS IN SCIENCE AND LAW: DISILLUSIONING THE PROSECUTION: THE UNFULFILLED PROMISE OF SYNDROME EVIDENCE. Law & Contemp. Prob., 76, 413433.

SYMPOSIUM SEKCE GERONTOPSYCHIATRICKÉ garant doc. Roman Jirák

FRONTOTEMPORÁLNÍ DEMENCE

V. Franková

Gerontopsychiatrie, Psychiatrická nemocnice v Dobřanech, Česká republika

Summary

FRONTOTEMPORAL DEMENTIA

Frontotemporal dementia (FTD) is a clinically and pathologically heterogeneous group of non-Alzheimer dementias characterised by relatively selective, progressive atrophy involving the frontal and/or temporal lobes. FTD is a often cause of young onset dementia. Three major pathogenic proteins have been implicated in FTD: phosphorylated tau, TDP-43 and FUS. Clinically it presents mostly as disintegration of personality and behaviour that may be misdiagnosed as a psychiatric disorder (behavioral variant), or as progressive aphasia – fluent or nonfluent. Patients with FTD should have a neuropsychiatric assessment, neuropsychological testing and neuroimaging studies to confirm and clarify the diagnosis. There are no therapies currently shown to alter the evolution of FTD. Management is directed to controlling symptoms and helping patients and their caregivers cope with the illness. Cholinesterase inhibitors or memantine have shown no clear symptomatic benefit and may aggravate behavioural symptoms. Trazodon and selective serotonin reuptake inhibitors may be useful in modulating problem behaviours in some patients. The presentation provides a general overview of FTD with illustrative case reports.

Keywords: Frontotemporal dementia, behavioral variant, primary progressive aphasia, semantic variant, nonfluent variant, logopenic variant, corticobasal syndrome.

Souhrn

Frontotemporální demence (FTD) je klinicky a patologicky heterogenní skupina neurodegenerací non-alzheimerovského typu charakterizovaná relativně selektivní progresivní atrofií frontálních a/nebo temporálních laloků mozku. Po Alzheimerově nemoci je nejčastější příčinou demence s časným začátkem. Z neuropatologických změn se uplatňují tři zásadní patogenní proteiny: fosforylovaný tau protein, TDP-43 a FUS. Klinicky se prezentuje jako dezintegrace osobnosti a chování (behaviorální varianta FTD) nebo jako progresivní afázie – fluentní nebo nonfluentní. Behaviorální varianta FTD bývá často chybně diagnostikovaná jako porucha osobnosti, afektivní porucha, obsedantně-kompulzivní porucha aj. Správné diagnostice přispívá neuropsychiatrické vyšetření, neuropsychologické vyšetření a zobrazovací vyšetření mozku. Definitivní diagnóza je neuropatologická. Aktuálně neexistuje léčba, která by uměla zpomalit progresi onemocnění, léčíme pouze symptomaticky. Důležitá je psychosociální terapie zahrnující i práci s pečujícími. Studie s kognitivny neukazují přesvědčivý efekt, v některých případech mohou vést ke zhoršení chování. Efekt mohou mít trazodon a selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu. Prezentace předkládá základní přehled informací o FTD a ilustrativní kazuistiky.

Klíčová slova: Frontotemporální demence, behaviorální varianta, primární progresivní afázie, sémantická varianta, nonfluentní varianta, logopenická varianta, kortikobazální syndrom.

Úvod

Frontotemporální demence (FTD) je klinicky i patologicky heterogenní skupina onemocnění, která jsou charakterizovaná relativně selektivní progresivní atrofií frontálních a/nebo temporálních laloků mozku (frontotemporální lobární degenerace). Tvoří asi 10% všech demencí a je třetí nejčastější příčinou degenerativní demence (po Alzheimerově nemoci a nemoci s Lewyho tělisky). Projevuje se nejčastěji mezi 45. a 65. rokem věku a zvolna progreduje. Průměrné trvání nemoci je 8 let, v rozmezí 2–20 let. Příčina FTD je nejasná, vzhledem k častému familiárnímu výskytu se předpokládá genetická podmíněnost. Zásadním etiopatogenetickým dějem je porucha metabolismu některých klíčových proteinů (tau protein, TDP-43 = TAR DNA-binding protein 43, FUS = fused in sarcoma protein).

Klinický obraz

Klinický obraz FTD odráží topografickou distribuci mozkové dysfunkce. V popředí bývá změna osobnosti a chování a/nebo řeči spolu s frontálním typem deficitu v neuropsychologických testech (dysexekutivní syndrom). Na počátku onemocnění můžeme většinu pacientů zařadit do jednoho z následujících syndromů: behaviorální varianta FTD (demence frontálního typu) a primární progresivní afázie – sémantická (fluentní) varianta a nonfluentní varianta. S progresí onemocnění často dochází k prolínání symptomů a celkovému zhoršování mnohdy až do obrazu plně rozvinuté demence.

Behaviorální varianta FTD (asi 60% všech FTD) je typická časnými změnami osobnostních rysů a chování, apatií a abulií a/nebo projevy desinhibice, ztrátou společenského taktu a/nebo stereotypním a rituálním chováním. Časně dochází k zanedbávání osobní hygieny, ztrátě zájmu o zevnějšek, emoční oploštělosti, lhostejnosti k pocitům druhých, snížení vřelosti ve vztazích. Časté jsou změny stravovacích zvyklostí s nárůstem hmotnosti (preferenci sladkého, přejídání, braní jídla druhých, stereotypie kolem jídla, pojídání nejedlých věcí), excesivní kouření, pití apod. Jsou narušeny exekutivní funkce (pozornost, strategie, logické myšlení), pacient ztrácí schopnost naplánovat určitou činnost a dovést ji do cíle. Typicky bývá redukce řeči, stereotypní používání některých slov, výrazů či frází. Zrakově-prostorové funkce, paměť, orientace i běžné denní aktivity bývají relativně zachovány až do pozdních stadií nemoci (v MMSE dosahují dobré výsledky). Postupně ale symptomy progredují až do plně vyjádřené demence. Může se objevit paranoidita a bludy. Tento typ byl dříve označován jako Pickova choroba podle histologických změn degenerovaných oblastí. Tzv. Pickova těliska ale nacházíme jen u části pacientů.

Primární progresivní afázie je vzácnější, na počátku se projevuje pouze izolovaným postižením řečových funkcí. Zahrnuje sémantickou variantu (sémantická demence) a nonfluentní variantu (nonfluentní progresivní afázie).

Sémantická demence je charakterizovaná těžkou poruchou sémantické paměti, což je systém, který uchovává získaná fakta a znalosti o světě. Projevuje se poruchou řeči, ztrátou schopnosti pojmenovat předměty a/nebo rozpoznat význam a

obsah zrakových vjemů (asociativní agnózie) a/nebo ztrátou schopnosti rozpoznat známé obličejce (prozopagnózie). Řeč ale zůstává plynulá a gramaticky správná (fluentní afázie). Typická je redukce obsahu řeči, stereotypní používání slov a frází, chybování uvnitř kategorie slov (např. místo „kůň“ řekne „pes“), používání nadřazené kategorie (např. místo „sýkorka“ řekne „pták“ nebo „zvíře“), potíže s nalezením správného slova („to, jak jsem si s tím hrál, když jsem byl malý...“), ztráta znalosti významu slova („Mikrofon? Co je to mikrofon?“), ztráta nabytých obecných znalostí (např. nezná jméno prezidenta). Mohou se objevit perseverace, palilalie a echolalie. Pacient je schopen dlouho normálně fungovat, nemá problémy s orientací, je soběstačný. Pracovní i epizodická paměť bývají zachovány (např. neví, k čemu je pilka, ale po předvedení je schopen ji správně použít). S rozvojem onemocnění se často objevují kognitivní a behaviorální poruchy jako u demence frontálního laloku.

U nonfluentní progresivní afázie dominuje postižení řeči, která je neplynulá, namáhavá, chudá (expressivní afázie). Nemocný nemůže najít správné slovo, slova komolí, dělá gramatické chyby, zaměňuje hlásky a slova, zadržává („nemůže se vyjádřit“). V průběhu onemocnění dochází často k mutismu. Porozumění slov je u většiny pacientů relativně dobře zachováno. Objevují se poruchy čtení, psaní a počítání. Ostatní kognitivní funkce a schopnost provádět běžné denní aktivity bývají většinou dlouho zachovány, i když i zde může dojít ke generalizaci deficitu a vzniku poruch chování.

Vzácněji vzniká tzv. logopenická varianta primární progresivní afázie. Projevuje se obsahově správnou řečí, která je přerušovaná dlouhými pauzami při hledání slova, anomii.

Vzhledem ke shodnému neuropatologickému nálezu a častému společnému výskytu se do spektra FTD řadí i kortikobazální syndrom (asymetrická apraxie, mimovolní pohyby postižené končetiny, myoklonus, rigidita, porucha chování a/nebo řeči), progresivní supranukleární obrna (obrna vertikálního pohledu, časná posturální instabilita a pády, kognitivní zpomalení) a amyotrofická laterální skleróza (onemocnění motorického neuronu).

Vyšetření

Klinickou diagnózu pravděpodobné FTD stanovujeme na základě anamnézy a typických příznaků. K orientačnímu hodnocení kognitivních funkcí se používá nejčastěji Addenbrookský kognitivní test (ACE-R). Typická je správná orientace nemocného, často zachovaná paměť, kdy pomáhá nápověda, selhávání zejména ve verbální fluci a pojmenování obrázků. Zrakově-prostorové funkce bývají zachované (kresba). Teprve v dalším průběhu onemocnění se kognitivní deficit rozšiřuje i na další funkce. Podrobnější hodnocení poskytne neuropsychologické vyšetření. Klinickou diagnózu FTD může podpořit průkaz často asymetrické frontální a/nebo temporální atrofie na vyšetření magnetickou rezonancí nebo nález hypoperfuze ve frontotemporální oblasti při vyšetření jednofotonovou emisní tomografií, případně hypometabolismu na pozitronové emisní tomografii.

Diferenciální diagnostika

V počátečních stádiích onemocnění bývá FTD zaměňována za funkční duševní choroby jako je schizofrenie, deprese, mánie, poruchy osobnosti nebo obsedantně-kompulzivní porucha. V pozdních stádiích bývá chybně diagnostikovaná jako demence u Alzheimerovy nemoci, vaskulární demence, méně často jako

demence jiného typu. Podobný obraz jako u FTD může být způsoben jinou lézí v příslušné lokalitě mozku (vaskulární léze, tumor aj.). Klinická vodítka pro diagnostiku FTD jsou v tabulce 1. Definitivní diagnóza je neuropatologická a imunohistochemická s průkazem depozit patologických proteinů.

Tabulka 1 Klinická vodítka pro diagnostiku FTD

Rozvoj behaviorálního nebo kognitivního deficitu, který se manifestuje buď: časnou a progredující změnou osobnosti s problémovým chováním <i>nebo</i> časnou a progredující poruchou řeči (problémy s vyjadřováním, pojmenováním objektů, porozuměním slov)
Poruchy způsobují významné narušení běžného fungování a představují zhoršení oproti předchozí úrovni
Onemocnění má nenápadný začátek a progredující průběh
Poruchy nejsou způsobeny jiným onemocněním mozku, systémovým onemocněním ani vlivem psychoaktivních látek
Poruchy nejsou vázány výhradně na období deliria
Poruchy nelze vysvětlit lépe jinou psychiatrickou poruchou (např. depresí)

Léčba

Léčba FTD je symptomatická, progresi nemoci zvrátit neumíme. Důležitou součástí je nefarmakologická intervence (aktivační program, behaviorální techniky, logopedie, práce s pečujícími). Vzhledem k prokázanému deficitu serotoninu se doporučují inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (trazodon a SSRI anti-depresiva). Mohou vést k úpravě stereotypního chování, desinhibice, depresivní symptomatiky i ke zmírnění agitovanosti, úzkosti či bažení po sladkém jídle. Efekt serotonergních léků byl prokázán i několika menšími studiemi. Přetrvávají-li poruchy chování, podávají se tiaprid, melperon nebo quetiapin v nízkých dávkách. Antipsychotika jsou v řady nemocných spojena se zvýšeným rizikem nežádoucích účinků, zejména nadměrného útlumu či extrapyramidové symptomatiky. Kognitiva neprokázala efekt u behaviorální varianty FTD, mohou dokonce zhoršit chování nemocných. Některé studie ukazují efekt galantaminu u primární progresivní afázie.

Závěr

FTD má svoje místo v diferenciální diagnostice funkčních i organických duševních poruch středního a vyššího věku. V časných stádiích může imitovat některé funkční duševní poruchy (psychózy, afektivní poruchy, poruchy osobnosti), v pozdních stádiích bývá zaměňována za Alzheimerovu nemoc a je špatně léčena. Kognitivní funkce jsou postiženy selektivně dle lokality postižení (frontálně a/nebo temporálně). Diagnózu upřesňují zobrazovací vyšetření mozku. Léčba je symptomatická. Důležitá je psychosociální intervence a práce s pečujícími. Z psychofarmak se doporučují trazodon, SSRI, popř. tiaprid. Definitivní diagnóza je neuropatologická.

Literatura

u autorky

DELIRIA (STAVY ZMATENOSTI) VE STÁŘÍ

J. Konrád

Gerontopsychiatrické oddělení, Psychiatrická nemocnice v Havlíčkově Brodě, Česká republika

Summary

DELIRIUM (CONFUSIONAL STATES) IN OLD AGE

Delirium is a frequent and serious neuropsychiatric disorder in elderly people, above all in weakened hospitalized persons. Delirium often complicates already present dementia. In health care and social institutions for seniors delirium occurs according to different sources from 10% until 44%. Subjects with chronic cognitive deficit and with polymorbidity used to be delirious more often. It could be difficult to differentiate delirium from dementia, especially, when we do not have available personal history and objective informations about present disorder. The treatment of delirium is comprehensive, main emphasis must be stressed on diagnosing and treatment of underlying somatic disorders and precipitating factors. Usually these causes are not sufficiently clear and distinct. Therefore symptomatic and corroborative treatment is important. Author emphasises guides for differential diagnosis of dementia and delirium, possibilities of therapy and suggests guidelines for treatment of delirium from the viewpoint of psychiatrist. He uses literature sources and his own clinical experience.

Keywords: delirium, dementia with delirium, treatment guidelines for delirium.

Souhrn

Delirium je častou a závažnou neuropsychiatrickou komplikací nemocí ve stáří, především u oslabených hospitalizovaných osob. Často komplikuje již přítomnou demenci. Ve zdravotnických a sociálních zařízeních pro seniory se delirium vyskytuje dle různých zdrojů v 10% až 44%. Nemocní s chronickým kognitivním deficitem a polymorbiditou bývají postiženi častěji. V praxi bývá někdy obtížné odlišit delirium od demence, pokud chybí kvalitní anamneza a objektivní informace o nynějším onemocnění. Léčba deliria je komplexní, hlavní důraz musí být kladen na diagnostikování a léčbu základního onemocnění a precipitujících faktorů. Protože často nebývají tyto příčiny dostatečně jasné a zřetelné, je důležitá symptomatická a podpůrná léčba. Autor uvádí obecné zásady diferenciální diagnostiky demencí a delirií, možnosti léčby a návrh vodítek pro léčbu deliria krok za krokem z pohledu psychiatra. Vychází z literatury a z vlastních klinických zkušeností.

Klíčová slova: delirium, delirium nasedající na demenci, vodítka pro léčbu deliria.

Historický úvod a terminologické poznámky

Pojem delirium (adjektivum deliriozni, nikoliv delirantní) jako označení kvalitativní poruchy vědomí pochází z latinského delirare – blouznit. Ve francouzštině delire-état, v angličtině delirious state, v němčině delirioser Zustand. Čeští autoři užívali většinou pojem deliriozni stav (Mysliveček, Vondráček, Dobiáš, Janík). Pojem delirium se pojil s řadou adjektiv k vyjádření projevů či etiologie deliria –

např. acutum grave, alcoholicum, blandum, divergens, epilepticum, e potu, furibundum, hystericum, metabolicum, senile, symptomaticum atd. V nedávné době se užíval pro méně nápadnou kvalitativní poruchu vědomí pojem amence, amentní stav. Tento pojem je dnes zastaralý, takový stav označíme jako hypoaktivní delirium.

Českým ekvivalentem pojmu delirium je „stav zmatenosti“. Bývá zaměňována za desorientaci. Desorientovaný či špatně orientovaný člověk ale nemusí být ve „stavu zmatenosti“, nemusí mít delirium.

Epidemiologie

Deliria jsou ve stáří velmi častá, především tranzitorní krátkodobá deliria. Jejich četnost v běžné populaci není známá. Ve zdravotnických a sociálních zařízeních pro seniory se delirium vyskytuje dle různých zdrojů v 10 až 44%. Nemocní s chronickým kognitivním deficitem a s více somatickými chorobami bývají postiženi častěji.

Etiopatogeneze

Příčinou deliria může být jakékoliv závažnější poškození mozku nebo jiného orgánu (celkové onemocnění). U nemocných s těžším organickým postižením mozku či demencí nebo těžkým somatickým onemocněním již stačí malá příčina (změna prostředí, dehydratace, banální infekce a podobně) k vyvolání deliria.

Základní příznaky

Delirium je syndrom porušeného vědomí, pozornosti, kognitivních schopností, emocí, psychomotorického chování, spánkového rytmu a vnímání. Rozvíjí se akutně, průběh často kolísá během dne a jako příčinu lze nalézt organickou nemoc mozku, interkurentní tělesné onemocnění nebo psychický stres. Delirium je obvyklé u hospitalizovaných pacientů a je spojeno s vysokou morbiditou a mortalitou. Intenzita proměnlivá a stupeň od lehkého po značně těžký. Pacient bývá orientován pouze vlastní osobou. Je těžce narušena pozornost, schopnost sledovat dotazy vyšetřujícího. Myšlení bývá dezorganizované, někdy reaguje postižený vztahovačně, paranoidně, cítí se být ohrožen, trpět úzkostí, může se snažit bránit nebo utéci před domnělým nebezpečím. Nemocní mívají pravé iluze (zkreslené vnímání reality) a komplexní halucinace. Mohou halucinovat požár, útok nepřátel. Jde o život ohrožující stav. Rozlišujeme delirium hyperaktivní, hypoaktivní a smíšené. Někdy se u jednoho pacienta v čase střídají hyperaktivní i hypoaktivní projevy, hovoříme pak o deliriu smíšeném. Pro průběh deliria bývá typický náhlý začátek většinou večer, v noci nebo již odpoledne. Delirium v čase kolísá, někdy se objevuje opakovaně večer a v noci, dopoledne může být pacient plně při vědomí a orientovaný, mít lucidní interval. Mluvíme pak o tranzitorních deliriích. Delirium může být jednorázové, může trvat jen hodiny, ale může se vracet a trvat i dlouhé týdny, někdy i měsíce.

Léčba

Léčba deliria je komplexní, hlavní důraz musí být kladen na diagnostikování a léčbu základního onemocnění a precipitujících faktorů. Tyto příčiny ale nebývají dostatečně jasné a zřetelné. Proto je důležitá symptomatická a podpůrná léčba.

Obecné zásady léčby deliria jsou poměrně jednoduché:

1. pátrat po somatické příčině deliria a tuto příčinu léčit.
2. identifikovat a odstranit precipitující faktory (iatrogenní – chronicky užívaná nebo nově nasazená medikace, fyzické omezení, vliv prostředí – tma, nadbytek či nedostatek podnětů apod., dehydratace a malnutrice, atd.)
3. kontrolovat chování symptomatickou farmakoterapií a podpůrnou léčbou (hydratace, nutrice, fyzikální mobilizace, příznivé prostředí)
4. dbát na psychotherapeutickou podporu pacienta (vlídná péče, edukace a reorientace) a jeho rodiny.
5. symptomatická psychofarmakoterapie

Důležité je zhodnotit současnou medikaci nemocného a vyloučit z ní především anticholinergní léky a pátrat po další nevhodné medikaci jako možné příčině rozvoje deliria. K metodám podpůrné léčby patří zajištění dostatečné hydratace a alimentace pacienta a podpůrná laskavá psychotherapeutická péče s reorientací a klidněním pacienta.

Symptomatická farmakoterapie – u hyperaktivního bouřlivého deliria krátkodobě injekční antipsychotikum – nejčastěji haloperidol, event. tiaprid. U hypoaktivního deliria nebo k doléčování se používají šetrná antipsychotika melperon, quetiapin event. některá další antipsychotika 2. generace nebo tiaprid.

Závěr

Delirium je častou a závažnou neuropsychiatrickou komplikací nemocí ve stáří, především při hospitalizacích oslabených seniorů. Je důležité umět delirium diagnostikovat, správně léčit a minimalizovat iatrogenní poškození nemocných.

Literatura

1. Lipowski ZJ: Delirium: Acute Confusional States. New York, Oxford University Press, 1990.
2. Jiráček R: Organické duševní poruchy. In: Höschl C, Libiger J, Švestka J (eds.): Psychiatrie, TIGIS, Praha 2002; 455 – 481.
3. Khan B.A, et al.: Delirium in Hospitalized Patients: Implications of Current Evidence on Clinical Practice and Future Avenues for Research – A Systematic Evidence Review J Hosp Med. 2012 September ; 7(7): 580–589
4. Breitbart W, Marotta R, Platt MM, et al: Double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. American Journal of Psychiatry 153(2): 231–237, 1996
5. Torres R, Mittal D, Kennedy R: Use of quetiapine in delirium: case reports. Psychosomatics 2001; 42: 347-349

GENETICKÉ FAKTORY ALZHEIMEROVY NEMOCI

R. Jiráček

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

Summary

GENETIC ASPECTS OF ALZHEIMER'S DISEASE

In this survey there are described some important genetic aspects of Alzheimer's disease. At the early onset form with familial occurrence the main mutations are on chromosome 21 (amyloid precursor protein), 14 (presenilin 1) and 1 (presenilin 2). At the late onset form (sporadic Alzheimer's disease) there are genetic factors more complicated. There takes part some genetic factors, environmental factors and further ones. Most important genetic risk factor is a presence of isoform 4 of apolipoprotein E_{epsilon} (ApoE4), especially in homozygotic allelic combination 4/4. In the present time there are investigated more mutations and polymorphisms, which can contribute to development and progression of Alzheimer's disease. There are for instance mutations and polymorphisms of clusterin, Tau protein, SORL1, cystatine C (CST3), TNF alfa, CD 33, growth faktore BDNF and others. Also epigenetic factors are of use.

Keywords: Alzheimer's disease, amyloide beta, genetics, mutations, polymorphisms.

Souhrn

V přehledovém referátu jsou popsány některé významné genetické aspekty Alzheimerovy choroby. U formy s časným začátkem a familiárním výskytem jsou hlavní mutace na chromozomu 21 (amyloidový prekurzorový protein), 14 (presenilin 1 a 1 (presenilin 2). U formy s pozdním začátkem (sporadické formy) je situace složitější. Účastní se zde faktory genetické (polygenní), faktory zevního prostředí aj. Většina zjištěných genetických abnormit představuje rizikové faktory nemoci. Nejdůležitější genetický rizikový faktor je přítomnost izoformy 4 apolipoproteinu E_{epsilon} (ApoE4), obzvláště v homozygotní kombinaci 4/4. V současnosti je sledováno více mutací a polymorfizmů, které mohou přispět k vzniku Alzheimerovy nemoci. Jsou to např. mutace a polymorfizmy clusterinu, tau proteinu, SORL1, cystatinu C (CST3), TNF alfa, CD33, růstového faktoru BDNF a další. Uplatňují se též faktory epigenetické.

Klíčová slova: Alzheimerova nemoc, amyloid beta, genetika, mutace, polymorfizmy.

U Alzheimerovy nemoci (AN) jsou intenzivně sledovány genetické faktory, a to jak faktory etiologické, tak faktory nemoc modifikující.

U časných form AN s familiárním výskytem se vyskytují mutace na dlouhém raménku chromozomu 21, kde je zakódován amyloidový prekurzorový protein, na chromozomu 14, kde je zakódován presenilin 1 a na chromozomu 1, kde je zakódován presenilin 2. Amyloidový prekurzorový protein je prekurzor amyloidu beta. Za fyziologického stavu je štěpen amyloidový prekurzorový protein enzymy alfa- a gamasekretázami na fragmenty do délky 39 aminokyselin – tyto fragmenty (beta-peptid) jsou plně solubilní, mají své fyziologické funkce. U AN je štěpen amyloidový prekurzorový protein převážně enzymy beta- a gamasekre-

tázami na delší fragmenty o délce 40 – 42 aminokyselin. Tento peptid se slučuje do silně neurotoxických oligomerů a posléze se dále spojuje do fibrilárních útvarů. Ty koagulují v extracelulárních prostorách kortexu, dále polymerují a představují jádra plak – ložisek neurodegenerace.

Preseniliny jsou transmembránové proteiny, které jsou součástí enzymů gama-sekretáz, podílejících se na štěpení amyloidového prekurzorového proteinu a tím na tvorbě amyloidu beta. Je známo asi 150 mutací presenilinu 1 – v důsledku těchto mutací jsou z amyloidového prekurzorového proteinu štěpeny delší částice peptidů, vytvářejících pak amyloid beta. Dále je postižena signální cesta NOTCH. U presenilinu 2 bylo popsáno 11 mutací.

U převažujících, sporadických forem AN (formy s pozdním začátkem) nebylo zjištěno jednoznačné genetické podmínění. Je předpokládáno polygenní podmínění + působení faktorů prostředí, stres aj. Jeden z nejdůležitějších rizikových faktorů AN je přítomnost alely 4 apolipoproteinu E_{epsilon} (ApoE). U lidí existují 3 izoformy – 2,3 a 4. Izofорма 2 je v naší populaci méně častá a zřejmě 4 má v naší populaci asi 17–25% lidí. U AN se její četnost výrazně zvyšuje. Nejrizikovější je ve své homozygotní formě 4/4. Není to předpoklad vzniku AN, pouze rizikový faktor. V populaci postižených je výskyt izoformy ApoE4 u 50 – 60 %. Homozygotů ApoE4/4 se v obecné populaci vyskytuje asi v 1%, v souborech pacientů trpících AN až v 19%. Tito lidé mají celoživotní riziko vzniku AN asi 30 %. U nositelů alely ApoE4 dochází zpravidla k časnějším projevům demence ve srovnání s ostatními. Obecně ApoE4 vede k zvýšené amyloidogenezi, k agregaci beta-amyloidu, k zánětu, je snižována degradace beta-amyloidu i jeho odstraňování z depozit v mozku.

Polymorfismus pro SORL1 (sortilin – related receptor 1) rovněž vede k zvýšení tvorby veta-amyloidu.

Další rizikový faktor u formy s pozdním začátkem je polymorfismus genu pro alfa1-antichymotripsin (ACT). ACT se váže na beta-amyloidové peptidy a výrazně zesiluje jejich polymeraci do amyloidních filament. U Alzheimerovských pacientů je overexprese ACT zvláště v oblastech, kde jsou největší depozita beta-amyloidu. Kombinace ACT/AA a ApoE4 představuje velké riziko pro vznik AN.

Jiný zjištěný rizikový gen je CD33, u kterého existuje polymorfismus. CD33 je transmembránový protein, imunoglobulinům podobný lektin, který váže kyselinu křemičitou. U AN je signifikantně zvýšená exprese CD33. Malá alela CD33SNPrs3865444 je protektivní vůči AN, je spojena se snížením exprese CD33. CD33 pozitivně koreluje s množstvím nerozpuštěného amyloidu beta. Tento protein je exprimován v mikroglii. Inaktivace CD33 je možný terapeutický přístup u AN.

Dále je zmíněno několik mutací a polymorfizmů v současnosti sledovaných, ovlivňujících především amyloidogenezu a zánětlivou reakci, která je součástí neuropatologie AN. Jsou to např. clusterin, cystatin C, tau protein, polymorfismus pro BDNF (brain-derived neurotrophic factor Val66Met), který může predikovat riziko AN.

Jsou také zmíněny některé geny, jejich polymorfismus ovlivňuje behaviorální a psychologické příznaky demence. Je to např. polymorfismus pro dopaminový D3 receptor. D3 receptory se nacházejí především v limbickém systému mozku,

a tím může polymorfismus ovlivňovat chování i emotivitu. Také ApoE4 gen je spojen s poruchami chování, rovněž tak jako gen pro BDNF a další. Epigenetické faktory mají význam v tom, zda se zjištěné mutace a polymorfismy projeví nebo zda bude exprese genů potlačena.

Podpořeno programem Prvok P26 1. LF UK Neuropsychiatrické aspekty neurodegenerativních onemocnění

Literatura

1. Adamczuk K, DeWeer A-S, Nelissen N., et al: Polymorphism of brain derived neurotrophic factor influences *B* amyloid load in cognitively intact apolipoprotein E_{epsilon}4 carriers. *Neuroimage Clin* 2013;2:512–520.
2. Olgiaiti P., Politis A.M., Papadimitriou G.N., DeRonchi D., and Serretti A.: Genetics of Late-Onset Alzheimer's Disease: Update from the Alzgene Database and Analysis of Shared Pathways. *International Journal of Alzheimer's Disease*, Vol. 2011, Article ID 832379, 14 pages.
3. Alsagiakrishnan K., Gill SS., Fagarasanu A.: Genetics and epigenetics of Alzheimer's disease. *Postgrad Med J* 2012 Sep;88(1043):922–529.
4. Coppedé F., Migliore R.: Evidence linking genetics, environment, and epigenetics to impaired DNA repair in Alzheimer's disease. *J. Alzheimers Dis.* 2010;20(4):953–966.
5. Malik M, Simpson JF, Parikh I, Wilfred BR, Fardo DW, Nerlson PT, Estus S.: CD33 Alzheimer's risk-altering polymorphism, CD33 expression, and exon 2 splicing. *J Neurosci* 2013 Aug 14;33(33):13320–5.

SYMPOSIUM SEKCE BIOLOGICKÉ PSYCHIATRIE A SPOLEČNOSTI PRO BIOLOGICKOU PSYCHIATRII: CHRONOBIOLOGICKÉ ASPEKTY DUŠEVNÍCH PORUCH

garant prof. Ján Praško

GENETIKA A CHRONOBIOLOGIE U DUŠEVNÍCH PORUCH

L. Hosák

Psychiatrická klinika, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové, Česká republika

Summary

GENETICS AND CHRONOBIOLOGY IN MENTAL DISORDERS

Clock genes are active in many parts of the brain. Their function is based on a negative feedback time loop. CLOCK, NPAS2, CRY and PER genes belong to the most important circadian ones. The primary center of chronobiology is suprachiasmatic nucleus in hypothalamus. It orchestrates all other circadian centers in the body via neural and paracrine ways. In the end, e.g. melatonin or glucocorticoid secretion, activity/rest rhythm or body temperature are regulated. Mental disorders are supposed to be based on dysregulation of peripheral circadian oscillators. Polymorphisms in circadian genes are recently studied e.g. in Alzheimer's dementia, substance abuse, psychotic disorders, mood disorders, anxiety disorders and autism. There is a trend to involve more polymorphisms and genes into each study, which is due to recent advancements in genetics. The CLOCK gene seems to be important in etiology of Alzheimer's dementia. SIRT1 gene polymorphisms were associated with schizophrenia. In bipolar disorder, the CLOCK and VIP genes were recently revealed as the most important. A better knowledge on the role of circadian genes and their abnormalities in mental disorders will contribute to a better treatment of our patients.

Keywords: genetics; chronobiology; mental disorders; circadian genes, mood disorders

Hodinové geny jsou exprimovány v mnoha různých strukturách mozku. Jedná se o zpětnovazebnou transkripční smyčku, na které jsou založeny veškeré chronobiologické oscilátory. Transkripční faktor BMAL1 působí jako dimer spolu s proteinem CLOCK či proteinem NPAS2 (Neuronal PAS domain protein 2). Jejich působením se aktivuje transkripce mnoha různých genů, například genů skupiny Period (Per1, Per2, Per3) nebo skupiny Cryptochrome (Cry1 a Cry2). Tyto se však projevují jako represory transkripce. Jejich výsledné bílkoviny pak inhibují transkripční geny Per a Cry. Postupně však jsou tyto inhibiční proteiny odbourány a nové kolo transkripce a její suprese se opět může rozběhnout. Tato hlavní zpětnovazebná smyčka je ještě doplněna některými smyčkami regulačními, například ve vztahu ke genům Nr1d1 a Bmal1. Uvedené regulační cykly probíhají simultánně ve všech hodinových buňkách lidského organismu, s periodou přibližně 24 hodin. Hlavním chronobiologickým centrem u savců je suprachiasmatické jádro hypothalamu. Toto centrum integruje signály zevního

prostředí, zejména světlo či tmu pomocí sítnice oka, a ovládá oscilátory periferní. Působí na ně prostřednictvím nervových spojů i parakrinních mechanismů (např. prokineticin 2). Takto je harmonizována činnost jednotlivých oscilátorů, které jsou pak ve vzájemném souladu a rovněž adekvátně reagují na změny zevního prostředí. Uvedenými mechanismy je kontrolována například sekrece melatoninu či glukokortikoidů, cyklus aktivity a odpočinku, tělesná teplota aj. Při poškození suprachiasmatického jádra se jednotlivé rytmy v organismu desynchronizují.

Ke strukturám mozku, kde jsou exprimovány hodinové geny a které jsou významné pro různé duševní poruchy, patří například hipokampus, prefrontální mozková kůra, oblast ventrálního tegmenta a amygdala. Chronobiologické poruchy u duševních onemocnění se spíše týkají dysregulace oscilátorů periferních, než postižení hlavního oscilátoru v suprachiasmatickém jádru. Pokud dojde k desynchronizaci v rámci jednotlivých částí mozku, celková činnost centrálního nervového systému je pak narušena. Na význam činnosti hodinových genů u duševních poruch poukazuje zejména porucha spánku, která se vyskytuje u celé řady psychiatrických diagnóz. Poruchy činnosti hodinových genů již byly asociovány například s demencí u Alzheimerovy choroby, závislosti na opioidech, psychotickými poruchami, poruchami emotivity, úzkostnými poruchami i dětským autismem.

Čínští psychiatři zkoumali, zda polymorfismus 3111T/C genu CLOCK souvisí s náchylností k onemocnění demencí u Alzheimerovy choroby. Vyšetřováno bylo 296 nemocných a 423 duševně zdravých dobrovolníků. Výskyt alely C byl významně vyšší u pacientů, než kontrolních jedinců ($P < 0,0001$). Narušení cirkadiánních rytmů zde může souviset s poruchou spánku, která bývá u demence přítomna. Uvedený polymorfismus genu CLOCK může přispívat k etiopatogenezi demence u Alzheimerovy choroby nezávisle na polymorfismu genu ApoE.

Výzkumníci v Japonsku se zabývali otázkou, zda polymorfismus genu SIRT1 souvisí se schizofrenií a bipolární afektivní poruchou. Na základě exprese genu SIRT1 je vytvářen jeden z významných proteinů cirkadiánního systému. Poruchy cirkadiánního rytmu jsou přítomny jak u schizofrenie, tak bipolární poruchy. Postupně bylo geneticky vyšetřeno 1 158 nemocných schizofrenií, 1 008 pacientů trpících bipolární afektivní poruchou a 2 127 zdravých dobrovolníků. Hodnoceny byly čtyři významné polymorfismy – rs12778366, rs2273773, rs4746720 a rs10997875. Jako nadějná se ukázala být asociace polymorfismu rs4746720 se schizofrenií, její statistická významnost však vymizela po Bonferoniově korekci pro mnohočetná porovnávání. Oproti tomu však zůstala zachována statistická významnost asociace haplotypu genu SIRT1 se schizofrenií ($P = 4,89 \times 10^{-15}$). Zde byly brány v úvahu všechny čtyři SNPs současně. Asociace polymorfismů genu SIRT1 s bipolární poruchou prokázána nebyla. Gen SIRT1 se nachází v oblasti 10q21.3. Syntetizovaný protein se podílí na negativní zpětné vazbě chronobiologických oscilátorů. Ve výzkumech u pokusných zvířat se ukazuje, že tato bílkovina také ovlivňuje dopaminergní neurotransmisí.

Cílem studie v Číně bylo zjistit, zda polymorfismus typu VNTR genu hPer3, který je řazen k hodinovým genům, je spojen se závislostí na heroínu. Vzorky DNA byly odebrány 209 jedincům, závislým na heroínu, a 249 duševně zdravým lidem. Asociace uvedeného polymorfismu se závislostí na heroínu se ukázala být

jako statisticky významná ($P=0,001$). Tento jev byl výraznější u mužů. Protein vytvářený na základě exprese genu *hPer3* zřejmě souvisí s poruchou spánku, která bývá rovněž přítomna u závislých na opioidech. Souvislost uvedeného genu s preferencí návykových látek je ještě výraznější ve výsledcích výzkumu animálního modelu závislosti.

Ve Španělsku probíhal výzkum genetiky hodinových genů u unipolární deprese a bipolární afektivní poruchy. Vyšetřováno bylo celkem 199 nemocných s bipolární poruchou, 335 osob s unipolární depresí a 440 zdravých dobrovolníků. Autoři hodnotili nálezy u 209 bodových polymorfismů DNA, týkajících se 19 cirkadiálních genů, například *ADCYAPI*, *ARNTL*, *BHLHB2*, *CLOCK*, *CRY1*, *CRY2*, *NPAS2*, *PER1*, *PER2*, *PER3*, *TIMELESS*, *VIP* a *VIPR2*. Statisticky významné asociace byly zprvu nalezeny v 15 těchto genech. Po statistické úpravě pro mnohočetná porovnávání se jako významné jevíly geny *CRY1*, *NPAS2* a *VIPR2* a to u obou uvedených poruch afektivity. Co se týče výhradně bipolární poruchy, zde byly významně asociovány polymorfismy genů *CLOCK* a *VIP*. Ukazuje se, že vliv těchto genů je spíše aditivní, než interaktivní. Výsledky této studie podporují zahrnutí abnormalit cirkadiálních genů do etiopatogeneze poruch nálady. Předpokládá se, že jednotlivé polymorfismy ovlivňují zejména časový průběh onemocnění.

Literatura

Menet JS, Rosbash M. When brain clocks lose track of time: Cause or Consequence of neuropsychiatric disorders. *Curr Opin Neurobiol* 2011; 21: 849–857.

Soria V, Martinez-Amoros E, Escaramis G et al. Differential Association of Circadian Genes with Mood Disorders: *CRY1* and *NPAS2* are Associated with Unipolar Major Depression and *CLOCK* and *VIP* with Bipolar Disorder. *Neuropsychopharmacology* 2010; 35: 1279–1289.

Yang YK, Peng XD, Li YH et al. The Polymorphism of *CLOCK* Gene 3111T/C C>T Is Associated With Susceptibility of Alzheimer Disease in Chinese Population. *J Investig Medicine* 2013; 61: 1084–1087.

Zou Y, Liao G, Liu Y et al. Association of the 54-nucleotide repeat polymorphism of *hPer3* with heroin dependence in Han Chinese population. *Genes Brain Behavior* 2008; 7: 26–30.

CHRONOBIOLOGIE SCHIZOFRENIE

K. Látalová, J. Praško, D. Kamarádová

*Klinika psychiatrie Fakultní nemocnice v Olomouci a LF UP v Olomouci
Česká Republika*

Summary

CHRONOBIOLOGY OF SCHIZOPHRENIA

Disturbed sleep is a key symptom in the pathophysiology of schizophrenia and appears as a prodromal sign prior to the first and also recurring psychotic episodes. Individuals with schizophrenia suffer from sleep-onset and sleep-maintenance insomnia, regardless of whether they are untreated or treated with antipsychotics and irrespective of the clinical course of the disorder. In fact,

most studies have found reduced sleep efficiency and total sleep time, as well as increased sleep latency. Inconsistent results have been reported for other sleep variables such as the duration or percentage of slow-wave sleep, stage 2 or rapid-eye movement (REM) sleep regulation, such as REM latency or density. Sleep disturbances in individuals suffering from chronic schizophrenia have been discussed as a consequence of D₂ dopamine receptor and 5-HT₂ serotonin receptor occupancy. These irregularities were more prominent in individuals treated with typical than with atypical antipsychotics. Given that synchronisation of the sleep–wake cycle to the 24-h day is determined by zeitgebers such as light or social cues, individuals with schizophrenia who often withdraw from social life may be exposed to insufficient daylight, which in turn can lead to circadian rhythm disturbances. Endogenous melatonin, a neurohormone synthesised in the pineal gland and whose secretion is strictly controlled by the internal clock located in the suprachiasmatic nuclei. Studies on melatonin secretion in people with schizophrenia have to be interpreted with caution, since effects of antipsychotic medication on melatonin levels are not yet known.

Keywords: chronobiology, schizophrenia, sleep, antipsychotics

Poruchy spánku lze nalézt v 30–80% pacientů se schizofrenií, v závislosti na stupni

psychotické symptomatologie. Polysomnograficky nacházíme u pacientů se schizofrenií sníženou spánkovou účinnost, snížení celkové doby spánku a zvýšení spánkové latence, které se zdají být důležitou součástí patofyziologie tohoto onemocnění.^{1,2} Některé studie také hlásily změny v pomalo-vlnovém spánku (SWS) a (REM) spánku, tj. sníženou REM latenci a REM densitu. Parametry spánku, jako je například výše SWS a REM latence výrazně korelují s klinickými proměnnými, včetně závažnosti onemocnění, pozitivních symptomů, negativních symptomů, neurokognitivního postižení, celkového fungování a morfolgie mozku. Existuje evidence o tom, že schizofrenní pacienti jsou zatíženi vyšším rizikem poruch spánku souvisejících s poruchami dýchání, zejména tehdy, jestliže jsou nositeli rizikových faktorů jako je nadváha, ale také dlouhodobé užívání antipsychotik. Pokud se týká syndromu neklidných nohou, nebylo dosud prokázáno, že by se u pacientů se schizofrenií vyskytoval častěji než u zdravých kontrol. Závěry studií dopadu první generace antipsychotik u zdravých osob nejsou konzistentní. Na rozdíl od první generace antipsychotik, atypická antipsychotika (klozapin, olanzapin, quetiapin, risperidon, ziprasidon a paliperidon) u zdravých jedinců relativně konzistentně ovlivňují spánkovou kontinuitu, dochází k nárůstu obou fází spánku i k nárůstu celkové doby spánku³. Ostatní parametry spánku jsou ovlivněny individuálně. Například zvýšení latence REM bylo pozorováno u olanzapinu, quetiapinu a ziprasidonu, zvýšení SWS je doloženo u olanzapinu a ziprasidonu. Léčba pacientů se schizofrenií první generací antipsychotik je spojena se zvýšením celkové doby spánku a spánkovou účinností, a většinou i se zvýšením REM latence, zatímco vliv na jednotlivé spánkové fáze je variabilní. Ukončení léčby první generací antipsychotik je provázáno obvykle změnou ve struktuře spánku hlavně v opačném směru, což vede ke zhoršení kvality spánku. Na pozadí poněkud rozporuplných dopadů prvního generace antipsychotik u zdravých jedinců, je možné, že vysoce potentní léky

upravují u pacientů se schizofrenií spánek nepřímou, prostřednictvím potlačení stresující psychotické symptomatologie. V kontrastu s tím, dostupné údaje týkající se druhé generace antipsychotik (klozapin, olanzapin, risperidon a paliperidon) ukazují na relativně konzistentní vliv na kontinuitu spánku u pacientů i u zdravých jedinců. Dochází k nárůstu celkové doby spánku, zvýšení spánkové účinnosti nebo ke snížení bdělosti. Navíc, klozapin a olanzapin prokázali srovnatelné vlivy také na jiné proměnné spánku, jako je SWS nebo REM denzita, jak u kontrol, tak u pacientů.^{4,5} V diferenciální diagnostice poruch spánku by měly být vždy zvažovány specifické poruchy spánku, jako je syndrom neklidných nohou, spánek-související s poruchou dýchání, syndrom nočního přejídání, somnambulismus a poruchy spánkové rytmu, které mohou být nepříznivými vedlejšími účinky antipsychotik.

Literatura

1. Monti JM, Monti D. Sleep in schizophrenia patients and the effects of antipsychotic drugs. *Sleep Med Rev* 2004 ; 8: 133– 48.
2. Monti JM, Monti D. Sleep disturbance in schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2005; 17: 247– 53.
3. Cohrs S. Sleep disturbances in patients with schizophrenia: impact and effect of antipsychotics. *CNS Drugs* 2008 ; 22: 939– 62.
4. Benca RM, Obermeyer WH, Thisted RA, Gillin JC. Sleep and psychiatric disorders. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 651– 68.
5. Chouinard S, Poulin J, Stip E, Godbout R. Sleep in untreated patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2004; 30: 957– 67.

CHRONOBIOLOGICKÉ ASPEKTY DEPRESIVNÍ PORUCHY

M. Anders

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha, Ke Karlovu 11, 120 00 Praha 2, Česká republika

Summary

CHRONOBIOLOGICAL ASPECTS OF DEPRESSIVE DISORDERS

The circadian clock in humans is located mainly in the suprachiasmatic nucleus, which is a group of cells located in the hypothalamus. Increasing evidence points to a role of the biological clock in the development of depression. Chronotherapies, including bright light exposure, sleep deprivation, and social rhythm therapies, may be useful adjuncts in non-seasonal and seasonal depression. The social zeitgeber theory offers an explanation of how life events trigger depressive episodes and according to this, life stress leads to mood episodes by causing disruptions in individuals' social routines and, in turn, their biological circadian rhythms. Chronotherapeutics as lithium or new antidepressant agomelatin have marked effects on circadian processes and can contribute to clinical profit for depressive patients, including the positive effect on remission.

Keywords: circadian system, melatonin, chronotherapeutics, affective disorders

Lidský organismus, podobně jako ostatní živé organismy, vykazuje cyklické změny ve svých funkcích. K nejdůležitějším patří rytmy cirkadiánní tj. zhruba denní koordinované biologickými hodinami uloženými v dvou suprachiasmatických (SCN) jádrech hypothalamu, které mezi sebou komunikují, a které určují tzv. geneticky podmíněný cirkadiánní profil. Mezi hlavní cirkadiánní rytmy řadíme např. rytmus střídání spánku-bdění, rytmy v tělesné teplotě, v tvorbě a uvolňování hormonů, v aktivitě enzymů, či v „zapínání“ a „vypínání“ různých genů. Biologické hodiny jsou synchronizovány s 24hodinovým dnem převážně světlou periodou dne. Jejich podstatou je vícenásobně jištěný systém negativních a pozitivních transkripčně-translačních smyček hodinových genů. Hodinové geny a stovky dalších genů nejsou zapínány rytmicky jen v SCN v mozku, ale i v periferních orgánech – časový systém organismu koordinovaný z SCN. Tomuto systému dominuje epifyza a její hormon melatonin. Vysoce citlivé receptory pro melatonin se vyskytují ve více místech mozku a různých orgánů, ale jedna z nejvyšších hustot těchto receptorů se nachází právě v SCN. Produkce melatoninu je nízká během dne a maximální v noci, večerní nárůst v syntéze je považován za nejspolehlivější indikátor cirkadiánního časování. Vnitřní biologické hodiny umožňují živým tvorům získat nezávislost ve vztahu k času. Časová organizace daných biologických funkcí může být narušena v závislosti na astronomickém čase nebo v závislosti na jiných biologických funkcích. Existují též vnější podmínky, které ovlivňují biologické hodiny. Fyziologické mechanismy v živých organismech mají různé trvání a oscilační frekvence, od nanosekundových změn v membránách iontových kanálů nebo enzymatických reakcích a syntéze proteinů, k EEG nebo EKG vlnám, k ultradiánním rytmům, trvajícím několik minut nebo hodin, k dlouhým cirkadiánním rytmům až k cyklům trvajícím měsíce, roční období, rok a více.

Depresivní epizody se objevují jako následek životních událostí, které narušují sociální zeitgebery a následně pak sociální a biologické rytmy. V souvislosti s touto teorií narušení rytmů dochází pak k ovlivnění tělesných symptomů např. spánku, což může u citlivých jedinců vést k rozvoji depresivní epizody. Tato teorie je částečně též odvozena od známých faktů, že depresivní nemocní mají nepravidelné biologické rytmy, jako jsou cyklus spánek-bdění, tělesná teplota, rytmus kortizolu nebo melatoninu. Vztah mezi funkcí melatoninu a depresivní poruchou byl opakovaně a dlouhodobě studován a ukázalo se, že abnormality v sekreci melatoninu nezávisí na závažnosti depresivní poruchy.

Alterace cirkadiánních rytmů jsou u depresivních stavů nezpochybnitelné, a to jak z pohledu biologického, tak i z pohledu klinického. Pacienti trpící depresivní epizodou vykazují depresivní náladu, poruchy spánku a zhoršené fungování během dne. Tyto stěžejní symptomy depresivní poruchy byly dány do souvislosti s narušenou cirkadiánní rytmicitou, která by mohla hrát klíčovou roli v etiologii a léčbě tohoto onemocnění. Nové pohledy na depresivní onemocnění vedou k hypotéze, že právě v obnově cirkadiánních rytmů u pacientů trpících depresivní poruchou, by mohla být skryta účinná terapie, a že léčiva, obnovující narušené cirkadiánní rytmy, by mohla mít antidepressivní potenciál. Existuje mnoho studií dokládajících narušení biologických cirkadiánních rytmů u depresivních nemocných. Jedná se o fázi posunu v plazmatických koncentracích kortizolu, noradrenalinu a prolaktinu, nepravidelnou sekreci kortizolu, změnu v normální

cirkadiánní sekreci interleukinu-6. Je prokázáno, že u zdravých osob, které vykonávají běžné denní aktivity (běžné denní aktivity = základní sociální zeigebery) tyto ovlivňují např. sekreci kortizolu, zatímco u depresivních nemocných je tento vztah narušen nebo zcela chybí. Pojem sociální zeitgeber je odvozen od sociálního kontaktu s ostatními lidmi, ale patří mezi ně i pravidelné aktivity (např. dojíždění za prací, stravování, sledování televize, čas uléhání ke spaní). Sociální rytmy každého člověka jsou dány frekvencí a pravidelností denních aktivit a sociálními kontakty spojenými s těmito aktivitami. Jejich načasování (čas vstávání, stravování během dne) přispívá ke stabilitě denního režimu a vytvoření sociálních rytmů. Jako sociální zeitgeber je označena aktivita, která během dne trvá průměrně 45 minut a pravidelnost sociálních rytmů je definována počtem těchto aktivit, které se vyskytují tři a vícekrát během jednoho týdne (rozmezí 0–17 aktivit). Závažnost narušení cirkadiánních rytmů je jednak důsledkem „síly“ zeitgeberů ovlivnit rytmus (teorie sociálních zeitgeberů nebo teorie zevních spouštěčů) a jednak i důsledkem biologické abnormality pacemakeru ve smyslu jeho oslabené odpovědi na vnější podněty (teorie vnitřních spouštěčů). Jednou z klinických implikací teorie sociálních spouštěčů v léčbě poruch nálady je interpersonální terapie a terapie sociálních rytmů, která byla specificky vytvořena za účelem udržení pravidelných denních rytmů, rozpoznání a managementu potenciálních faktorů, které tyto rytmy narušují.

Dalším zřejmým klinickým výstupem z teorie sociálních spouštěčů v etiologii depresivních poruch je uvědomění si důležitosti denního režimu depresivních nemocných, a to nejen v době remise, v jejich běžném domácím a pracovním prostředí, ale i za hospitalizace v psychiatrických lůžkových zařízeních. Nejen pravidelné sociální interakce s ostatními spolupacienty a ošetřujícím personálem, ale i pravidelný budíček/večerka, stravování, podpůrné aktivity v rámci léčebného procesu (např. tělocvik aj.), to vše se nikoliv nevýznamnou měrou podílí na terapeutickém procesu a procesu úzdravy pozitivním zásahem do sociálních rytmů.

Léčba depresivní poruchy by měla být vedena v souladu s chronotypem pacienta, který je geneticky determinován, ale vyvíjí se s věkem. V produktivním věku přibližně čtyřicet procent lidí představuje tzv. ranní typy, zhruba polovina je nevyhraněná a výrazně večerních je menšina. Pro orientační určení chronotypu může posloužit stupnice, jež může posloužit například ke vhodnému naplánování aplikace terapie jasným světlem. U zdravých osob je tzv. „eveningness“ oproti „morningness“ spojena s pocitem nižší úrovně energie, smutkem, potíže s koncentrací a neschopností cítit. U pacientů trpících depresivní poruchou je večerní typ asociován s vyšší závažností depresivních symptomů a vyšší mírou úzkosti. Tito nemocní jsou vážněji postiženi v oblasti práce a aktivit. Pravděpodobnost dosažení remise je u nich nižší.

Řada psychofarmak má prokazatelný vliv na cirkadiánní rytmicitu, někdy jsou označovány jako chronoterapeutika. Dalším neméně zajímavým pohledem je podávání léčivých přípravků (rozličných anatomicko-terapeutických skupin) v určitou denní dobu a dosažení určité formy modifikace účinku léčby. Příkladem prototypu chronoterapeutika je lithium a k dispozici je také antidepressivum agomelatin, které vykazuje zřetelný chronobiologický účinek (agonizuje M1 a M2 receptory a antagonizuje 5-HT₂C receptory), čímž upravuje narušenou

cirkadiánní rytmicitu a má prokazatelný antidepresivní efekt u pacientů trpících depresivních epizodou různé závažnosti.

Práce byla podpořena výzkumnými projekty MZ ČR -RVO VFN64165 a PRVOUK: P26/LF1/4.

Literatura

Bunney JN, Potkin SG: Circadian abnormalities, molecular clock genes and chronobiological treatments in depression. *Br Med Bull*, 2008; 86: 23–32.

Monk TH, Flaherty JF, Frank, et al: The Social Rhythm Metric: An instrument to quantify the daily rhythms of life. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1990, 178, 120–126.

Srinivasan V, Smits M, Spence W, et al: Melatonin in mood disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2006, 7(3): 138–151.

Wirz-Justice A: Biological rhythm disturbances in mood disorders. *Int Clin Psychopharmacol*, 2006; 21 Suppl.1: S11–15.

CHRONOBIOLOGICKÉ ASPEKTY BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY

J. Praško, K. Látalová, D. Kamarádová, M. Nováková, A. Sumová, H. Illnerová

Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Katedra psychologie, Akademie věd ČR, Česká republika

Summary

CHRONOBIOLOGICAL ASPECTS OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

When circadian rhythms – the daily oscillations of various physiological and behavioral events that are controlled by a central timekeeping mechanism – become desynchronized with the prevailing light/dark cycle, a maladaptive response can result. Bipolar disorder has an interesting link to rhythm-related disease biology. Circadian disturbances have been observed in BPD such as a phase advance of the diurnal rhythm of plasma melatonin and plasma cortisol, although negative results have also been reported. Sleep disturbances are a defining symptom of BPD, with insomnia or hypersomnia, early morning awakening, reduced sleep efficiency, and altered REM sleep latency being the most consistently reported. The relationship between the sleep-wake cycle and changes in mood appear to be important in BPD, with the switch from mania or hypomania to depression or euthymia often occurring during or after sleep, while positive changes in mood from depression to hypomania or mania are more likely to occur after a period of wakefulness. Sleep duration also appears to be critical, as sleep restriction predicts the onset of mania or hypomania the following day, while sleep extension is often associated with depression. A number of interventions related to sleep and circadian rhythms have been success-

fully used to treat BPD. Primary interventions are bright light exposure and SD therapy, either partial or total, scheduled during the depressive phases of the illness.

Keywords: bipolar disorder, chronobiology, circadian rhythms, sleep-wake cycle, melatonin, clock genes, chronotherapy

Narušení spánku u bipolární poruchy

Lidé, kteří trpí bipolární poruchou, mají se synchronizaci na environmentální vlivy problémy. Během epizod mánie, má většina pacientů (69%–99%) zkušenosti se sníženou potřebou spánku. (Cartwright et al. 2003). Hypersomnie se objevuje mezi 23% a 78% pacientů s depresí (Harvey et al. 2008). Cirkadiánní fázový úhel nástupu spánku, se může lišit u pacientů s bipolární poruchou typu I v závislosti na stavu. Deprese způsobuje fázové zpoždění, zatímco u mánie dochází k fázovému.

Cirkadiánní rytmy u bipolární poruchy

Rytmické dysfunkce byly pozorovány u pacientů poruchou nálady při měření aktivity pomocí aktigrafů a na základě hodnocení sociálních rytmů, hladin melatoninu, kortizolu, měřením tělesné teploty, exprese hodinových genů, i diurnálních preferencí (McCarthy et al. 2013). Hladiny melatoninu, které vykazují cirkadiánní kolísání jako přímý výstup centrálních hodiny v SCN, jsou u pacientů s BAP sníženy. V mánií pacienti naopak vykazovali vyšší hladiny kortizolu v průběhu noci a časnější nadir plazmatických hladin kortizolu oproti zdravým kontrolám.

Hodinové geny a bipolární porucha

U několika genů je známé, že jsou důležité pro regulaci cirkadiánních rytmů a spánku a jsou spojené také s bipolární poruchou; sem patří Timeless, Clock (311 T až c), a Bmal1. Tyto asociace jsou skromné, což je v souladu s předpokladem, že u bipolární poruchy hraje pravděpodobně roli více genů s malým účinkem. Konkrétně, byly prokázány vazby mezi polymorfizmem jednoho nukleotidu v promotorové oblasti několika hodinových genů (Milhiet et al. 2014). In vitro studie odhalila rozdíly v amplitudě rytmické exprese pro Bmal1, NR1D1 a Dbp ve fibroblastech pacientů BAP ve srovnání s kontrolami.

Regulace cirkadiánních rytmů u bipolární poruchy

Léčba stabilizátory nálady může cirkadiánní rytmy obnovit a tato obnova souvisí se zotavením pacienta. Lithium je účinný tymostabilizer i když mechanismus účinku není jasný. Výzkum cirkadiánních rytmů a spánku u bipolární poruchy vedly k vytvoření nefarmakologická terapie poruch nálady, které mohou být použity v každodenní praxi. Tyto strategie, pojmenované „chronoterapie“, jsou založeny na užití kontrolované manipulace s podněty prostředí, které působí na biologické rytmy. Jde o léčbu jasným světlem, léčbu tmou, spánkovou deprivaci, spánkový předstih, pravidelný tělesný pohyb. Všechny tyto přístupy prokázaly dobrou účinnost v léčbě epizod bipolární poruchy (Dallaspezia a Benedetti 2011).

Benedetti a jeho spolupracovníci (2005) kombinovali týden administrace fototerapie, 3 noci totální spánkové deprivace s pokračující léčbou antidepresivy a

solemi lithia v léčbě rezistentních i nerezistentních pacientů s bipolární depresí. U pacientů bez historie lékové rezistence, 70% dosáhlo léčebné odpovědi po akutní léčbě a 39% (57% respondentů) byl výsledek udržen v průběhu následujících 9 měsíců, zatímco u pacientů s anamnézou lékové rezistence, 44% dosáhlo akutní léčebné reakce a pouze 7 % (17% respondentů) a bylo ještě euthymických 9 měsíců později.

Interpersonální terapie a terapie sociálních rytmů postuluje, že sociální udavač rytmu (zeitgeber) může napravit dysfunkci v cirkadiálním systému. Tato teorie naznačuje, že epizody deprese a mánie nebo hypomanie vznikají v důsledku životních událostí, které naruší sociální udavače rytmů, jako je pravidelné jídlo a pravidelný čas spánku a tyto pak vykolejí cirkadiální rytmus, což vyvolává relaps. Léčba založená na učení se stabilizovat pravidelné sociální rytmy vede ke snižování počtu relapsů u bipolární poruchy.

Závěr

Je stále nejisté, zda narušení vnitřních hodin je příčinou bipolární poruchy, nebo jsou tyto narušení rytmu jen druhotné změny odrážející narušení v jiných systémech. K dysregulaci rytmických hormonálních hladin, narušení cirkadiálních rytmů u BAP naznačují také genetické studie hodinových genů u BAP. Přes řadu nálezů o narušených cirkadiálních rytmech u bipolární poruchy, mechanismus, kterým by cirkadiální hodiny mohly ovlivňovat náladu, je stále nejasný.

Podpořeno grantem IGA MZ ČR NT11474

Literatura

Benedetti F, Barbini B, Fulgosi MC, Colombo C, Dallaspezia S, Pontiggia A, Smeraldi E: Combined total sleep deprivation and light therapy in the treatment of drug-resistant bipolar depression: acute response and long-term remission rates. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:1535–1540.

Cartwright R, Baehr E, Kirkby J, Pandi-Perumal SR, Kabat J: REM sleep reduction, mood regulation, and remission in untreated depression. *Psychiatry Res* 2003; 121:159–167.

Dallaspezia S, Benedetti F: Chronobiological therapy for mood disorders. *Expert Rev Neurother* 2011;11(7):961-970.

Harvey AG: Sleep and circadian rhythms in bipolar disorder: seeking synchrony, harmony, and regulation. *Am J Psychiatry* 2008; 165:820–829.

McCarthy MJ, Wei H, Marnoy Z, Darvish RM, McPhie DL, Cohen BM, Welsh DK: Genetic and clinical factors predict lithium's effects on PER2 gene expression rhythms in cells from bipolar disorder patients. *Transl Psychiatry* 2013 Oct 22;3:e318. doi: 10.1038/tp.2013.90.

Milhiet V, Boudebessé C, Bellivier F, Drouot X, Henry C, Leboyer M, Etain B. Circadian abnormalities as markers of susceptibility in bipolar disorders. *Front Biosci (Schol Ed)*. 2014 Jan 1;6:120–37.

SYMPOSIUM PSYCHOSOMATICKÉ ASPEKTY CHRONICKÝCH ONEMOCNĚNÍ V DĚTSKÉM VĚKU

garant MUDr. Daniela Jelenová, prof. Ján Praško

PSYCHICKÉ ASPEKTY CHRONICKÉHO ONEMOCNĚNÍ DĚTÍ

M. Hunková¹, D. Jelenová¹, J. Praško¹, M. Ocisková^{1,2}, V. Mihál³, E. Karásková³, J. Kolářová³, D. Vydra³

¹Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

²Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

³Dětská klinika, Fakultní nemocnice v Olomouci, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

Summary

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF CHRONIC ILLNESS IN CHILDREN

The way children experience chronic illness is influenced by personal factors, social and family relationships and social support, socioeconomic status, culture, environment, activities, and goals of the individual. The perceived severity of the diagnosed illness is more important than the real one. Understanding of illness and their coping strategies change as children grow older. Both the child and parents need to adapt to the situation from its early stages. Perception of illness in the family member can influence the way children understand the illness.

Keywords: chronic illness, psychological functioning

Chronické onemocnění

Chronické onemocnění znamená trvalou organickou či funkční změnu postiženého orgánu či systému, u něhož nelze počítat s vyléčením a zasahuje do každodenního fungování po dobu alespoň 3 měsíců v roce nebo po dobu alespoň měsíčního trvání hospitalizace. Nepředvídatelný průběh onemocnění může být kolísavý nebo progresivní, s remisemi a relapsy. Projevy onemocnění lze zmírnit, jsou léčitelné, ale nejsou vyléčitelné. Přetrvávají a neočekává se úplně uzdravení. Dítě s chronickou nemocí je tedy dítě trvale nemocné. Chronické onemocnění postihuje cca 10 % dětské populace. Mezi nejčastější onemocnění v dětském věku patří astma, diabetes mellitus, epilepsie, nádorové onemocnění.

Psychické potřeby nemocného dítěte

Každý pacient včetně dětského se potřebuje zorientovat ve své situaci, znát svůj zdravotní stav a vědět, co je čeká a proč. V případě nejistoty se dítě uchyluje k různým fantaziím. Nemocné dítě má větší potřebu citové jistoty, bezpečí, podpory, více se fixuje na blízké lidi, může docházet k regresi.

Faktory ovlivňující rozvoj psychických potíží

Děti prožívají onemocnění v závislosti na mnoha dalších faktorech, které nesouvisí se somatickým stavem. Osobní faktory (pohlaví, rasa, věk, zvládací mecha-

nismy, předchozí zkušenost), zázemí, sociální a rodinné vztahy, socioekonomický status, kultura, životní prostředí (fyzické, sociální, politické), aktivity (včetně činností, které se týkají každodenního života, rekreace, školy, práce) a cílů daného jedince (Falvo 2013). Povahy somatického onemocnění včetně vnímání závažnosti, dopadů samotného onemocnění i léčby, viditelné znetvoření zvyšuje riziko vzniku emočních a behaviorálních potíží. Mezi další faktory patří fáze onemocnění (krátce po stanovení diagnózy se objevily poruchy přizpůsobení, které postupně vymizely), závažnost onemocnění (po hospitalizaci na JIP se rozvine častěji PTSD než při hospitalizaci na standardním oddělení), psychosociální riziko a protektivní faktory v rodině (genetická zranitelnost, temperament, rodičovské soužití, attachment, onemocnění matky, vrstevnické vztahy)

Intenzita prožívání nemusí odpovídat reálné závažnosti onemocnění, ale především souvisí se subjektivní nepřijemností příznaků a veškerých změn, k nimž vede. Může se projevovat zvýšenou dráždivostí a emoční instabilitou. Z duševních poruch bývají častější poruchy přizpůsobení, akutní stresová reakce, PTSD, úzkostné poruchy, deprese.

Strach a úzkost, které somaticky nemocné děti prožívají, mohou být posilovány strachem rodičů, přestože rodiče o svých prožitcích před dětmi nemluví. Nemocné děti bývají zvýšeně empatické, zejména ve vztahu k nejbližším. Nemoc dítěte je pro rodiče silnou stresovou zátěží. Způsob, jakým rodiče tuto situaci zvládají a jak na ni reagují, se podílí na tom, jak bude nemoc vnímat samo dítě. Dítě nemá o své nemoci tolik informací jako dospělí a ani není schopno chápat v plném rozsahu míru závažnosti a dopady pro svůj další život. Zásadní význam tak má postoj rodičů k nemoci a z něho plynoucí chování.

Dopady chronického onemocnění

U pacientů s chronickým onemocněním se vyskytují 2x častěji emocionální a behaviorální problémy. Negativní emoce souvisí s bolestí, strachem z lékařských zákroků, pobytem v nemocnici, omezením pohybu, fyzické aktivity (unavitelnost, brzkým vyčerpáním), dietními omezeními, obavami z budoucnosti, omezením sociálních kontaktů. Největším vývojovým problémem chronicky nemocných dětí je otázka osamostatňování. Aby se dítě dokázalo osamostatňovat, musí pociťovat stabilitu, jistotu a bezpečí. Čím déle se nedaří u dítěte s chronickým onemocněním dosahovat dobrých léčebných výsledků, tím více jsou uvedené pocity narušovány.

Věk a vývojová fáze

Pochopení chronické nemoci se polarizuje s věkem dítěte, děti ve věku 4–10 let lépe chápou význam a důsledky akutní nemoci a úrazu než chronického onemocnění (Myant et al 2005) Děti reagují citlivěji na dlouhodobé a opakované pobyty v nemocnici spojené se somatickým a psychickým strádáním. Zátěž spojená se somatickým onemocněním a nutnost hospitalizace má zcela specifický význam v různém věku. Pro kojence a batolata je nejvýznamnější ztráta jistoty a pocitu bezpečí při separaci od rodičů. Batolata a předškolní děti těžko zvládají omezení pohybu a autonomie, nemoc přijímají jako trest. Školáci se obtížně vyrovnávají zejména s pocitem méněcennosti v důsledku snížené fyzické zdatnosti. Adolescenti vnímají vše, co nějak narušuje jejich nově utvářenou identitu a omezuje autonomii, jako zraňující.

Fáze prožívání nemoci

Pro první fázi (prvních somatických potíží) je typická rozmrzelost, ztráta zájmu o příjemné činnosti, dissimulace. V druhé fázi (potvrzení choroby) může být dítě zmatené, pouze registrovat změnu chování u rodičů, že „se něco špatného děje“. Ve třetí fázi (adaptace na nemoc) si dítě postupně zvyká na nemoc, uvědomuje si, že je nemocné a učí se s nemocí žít, tehdy se objevují změny aktivity, hodnot, potřeb. V poslední čtvrté fázi trvalejších změn osobnosti a kompetencí nemocného dítěte dochází ke změnám v sebehodnocení, závislosti, dítě využívá různých privilegií, která získalo v důsledku své choroby. (dle Vágnerová 2004)

Reakce rodičů na onemocnění dítěte

Rodiče mohou v reakci na nemoc dítěte zažívat bezmoc, beznaděj, frustraci, úzkost, vinu. Způsob rodičovského vnímání zásadně ovlivní prožívání nemoci samotným dítětem. Rodiče se na onemocnění dítěte adaptují a procházejí 5 fázemi: šoku a popření, bezmocnosti, postupné adaptace a vyrovnávání se, smlouvání, realistického postoje

Hyperprotektivní nadměrně tolerantní postoj – omezuje dítě v rozvoji, dělá úzkostnějším, dítě pak reaguje negativistickým postojem, riskantním chováním, vydíráním

Podpořeno grantem IGA MZ NT/14281.

Reference

Falvo D. Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability. Jones and Barlett Publishers, 2013

Myant KA, Williams JM. Children's Concepts of Health and Illness: Understanding of Contagious Illness, Non-contagious Illness and Injuries. Journal of Health Psychology. 2005, 10, 6, 805–8019

Vágnerová M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004.

CHRONICKÉ ZÁNĚTY STŘEV U DĚTÍ: PSYCHOPATOLOGIE A KVALITA ŽIVOTA DĚTÍ I RODIČŮ

D. Jelenová¹, J. Praško¹, M. Ocisková^{1,2}, V. Mihál³, M. Hunková¹, E. Karásková³, J. Kolářová³, D. Vydra³

¹Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

²Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

³Dětská klinika, Fakultní nemocnice v Olomouci, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

Summary

CHILDREN WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AND THEIR PARENTS: PSYCHOPATHOLOGY AND QUALITY OF LIFE

Inflammatory bowel diseases (IBD) are chronic illnesses with an impact on quality of life (QoL). The aim of this study is to compare the QoL, depressivity and anxiety in children with IBD and healthy children, as well as their parents.

Participants were 13 – 16 year old adolescents, 27 children with IBD and 35 healthy children. Children and their parents filled in questionnaires about level of anxiety (ŠAD, BAI), depressivity (CDI, BDI) and QoL (KidScreen-10, PedsQL). Children show similar symptoms of depression, anxiety and QoL measured by KidScreen-10. Parents of children with IBD struggle with more anxiety and depression and present lower QoL measured by PedsQL than their healthy controls. Mothers of IBD children scored significantly higher in the anxiety tests. Mothers' mean score in BDI didn't differ, but relatively higher number of mothers with mild and moderate depression was found in group of IBD children than in the healthy control group. Fathers of IBD children scored significantly higher in depression tests than fathers of healthy children.

Keywords: inflammatory bowel disease, Crohn's disease, ulcerative colitis, quality of life, anxiety, depression

Úvod

Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida patří mezi hlavní nozologické jednotky nespecifických střevních zánětlivých onemocnění (IBD). Řadí se k chronickým somatickým onemocněním, u kterých se vyskytují psychické potíže častěji než v obecné populaci. Vyšší prevalence úzkostných a depresivních poruch v porovnání s běžnou populací dosahuje obdobných hodnot jako v případě pacientů s jiným chronickým somatickým onemocněním (Szigethy 2004). Pacienti s IBD a jejich rodiče mají zhoršenou kvalitu života (Halder et al. 2004).

Cíle

Cílem naší studie je zmapovat psychologickou a psychiatrickou péči o děti s IBD ve FN Olomouc a porovnáním adolescentů s IBD a zdravých dětí popsat hlavní psychologické aspekty, které se objevují u dětí s chronickým střevním onemocněním a mohou ovlivňovat kvalitu jejich života. Dalším cílem je zmapovat prožívání rodičů těchto dětí, odhadnout možný podíl chronického onemocnění dětí na kvalitě života rodičů, jejich úzkostném a depresivním prožívání.

Metody

Zpracovali jsme všechny záznamy dětí léčených na Dětské klinice pro Crohnovu nemoc nebo ulcerózní kolitidu v období X/2007 – X/2011. Do následné studie byli zařazeni adolescenti ve věku 13 – 16 let, kteří jsou v péči gastroenterologické ambulance Dětské kliniky FN Olomouc. Děti jsou vyšetřeny psychologem a psychiatrem se zaměřením na depresivitu, anxiету, vztahy v rodině, rodičovské jednání a postoje, osobnostní vývoj, sebestigmatizaci a samostatné parametry kvality života (popsané v dotaznících PedsQL 4.0 a KidScreen-52). Kvalita života je porovnána s českými referenčními hodnotami (KidScreen – Ravens-Sieberer, 2005; PedsQL – Varni et al., 2006)

Výsledky

V pětiletém období bylo na Dětské klinice FN Olomouc léčeno 105 dětí s Crohnovou nemocí a 78 dětí s ulcerózní kolitidou. Téměř polovině těchto dětí byla na doporučení ošetřujícího lékaře poskytnuta psychologická nebo psychiatrická intervence. Jednalo se o podpůrnou psychoterapii, krizovou intervenci a ojediněle o systematickou psychoterapii. Nejčastějším závěrem psychologického

vyšetření u dětí s Crohnovou nemocí byla anxieta, u dětí s ulcerózní kolitidou (sub)depressivní prožívání nebo kombinované úzkostně-depressivní projevy. V případě psychiatrického vyšetření byla dětem nejčastěji stanovena diagnóza porucha přízpůsobení a doporučeny SSRI antidepressiva.

Na základě zpracování dotazníků 27 dětí s IBD a 35 dětí z kontrolní skupiny nebyl popsán rozdíl v kvalitě života měřené desetipoložkovým dotazníkem Kid-Screen-10. Rodiče dětí s IBD dosahovali statisticky významně nižších hodnot v dotaznicích měřících kvalitu života v porovnání s rodiči zdravých dětí. Jednalo se především o modul týkající se dopadu na rodinu a modul týkající se kvality života v souvislosti se zdravotním stavem. Otcové dětí s IBD vykazovali nižší skóre kvality života související s rodinným fungováním. Děti s IBD se nelišily od zdravých dětí v hodnotách depresivity či anxiety. Opět rodiče dětí s IBD vykazovaly vyšší úzkost a depresivitu než rodiče zdravých dětí. Matky dětí s IBD získaly v testech úzkosti statisticky významně vyšší hodnoty oproti matkám zdravých dětí. V testech depresivity se průměrná skóre matek zdravých a nemocných dětí nelišila, nicméně ve skupině matek dětí s IBD byl větší počet matek s výsledkem testu v pásmu mírná až středně těžká deprese. Otcové obou skupin dětí se nelišili v testech zaměřených na prožívání úzkosti, ale v testech depresivity dosahovali otcové dětí s IBD statisticky významně vyšších hodnot v porovnání s kontrolní skupinou.

Závěr

Dětští pacienti s IBD mívají časté psychické obtíže, které mohou významně interferovat s compliancí, rizikem relapsů, celkovou kvalitou jejich života i kvalitou života jejich rodin. Rodiče dětí s IBD dle dotazníkového šetření trpí horší kvalitou života a setkávají se častěji s úzkostnějšími a depresivními prožitky v porovnání s rodiči zdravých dětí. Děti zdravé i s IBD vykazovaly v naší studii podobnou úroveň depresivity, úzkostnosti a kvality života (měřené KidScreen – 10). Psychosomatickým faktorům je vhodné věnovat zvýšenou pozornost. Ve srovnání s údaji ve světě je naše psychoterapeutická i psychofarmakologická péče o děti s IBD a jejich rodiče nadále podceňena.

Podpořeno grantem IGA MZ NT/14281.

Klíčová slova: nespecifické střevní záněty, Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, kvalita života, úzkost, deprese

Reference

- Halder SL, Locke GR 3rd, Talley NJ, *et al.* Impact of functional gastrointestinal disorders on healthrelated quality of life: a populationbased case-control study. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19: 233–42.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. and the European KIDSCREEN Group. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5 (3), 353–364.
- Szigethy E1, Levy-Warren A, Whitton S *et al.* Depressive symptoms and inflammatory bowel disease in children and adolescents: a cross-sectional study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2004 Oct;39(4):395–403.

Varni JW, Burwinkle TM, Seid M. The PedsQL TM 4.0 as a School Population Health Measure: Feasibility, Reliability, and Validity. *Quality of Life Research*, 2006; 15; 203–215

VARIABILITA SRDEČNÍ FREKVENCE U DĚTÍ S CHRONICKÝMI ZÁNĚTY STŘEV A U ZDRAVÝCH DĚTÍ

M. Ocisková^{1,2}, D. Jelenová¹, J. Praško¹, V. Mihál³, M. Hunková¹, E. Karásková³, J. Kolářová³, D. Vydra³

¹Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

²Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

³Dětská klinika, Fakultní nemocnice v Olomouci, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

Summary

HEART RATE VARIABILITY IN CHILDREN WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Inflammatory bowel diseases (IBD) are chronic illnesses with an impact on quality of life (QoL). The aim of this study is to examine QoL of children with IBD and analyse the heart rate variability (HRV) as a possible marker of chronic stress. 27 children with IBD and 35 healthy children participated in our study. Questionnaires focused on anxiety (ŠAD), depressivity (CDI) and QoL (KidScreen-10) did not reveal any difference between both groups of children. The differences in autonomic nervous system activity, indexed by HRV were evaluated in three positions (supine-standing-supine). Adolescents with IBD have significantly lower HRV than healthy children. The spectral activity in a low frequency band and low and high frequency ratio were significantly lower in children with IBD, which indicate their worse adaptability to stress. Unlike depressive and anxious symptoms, several aspects of QoL, as measured by PedsQL, significantly correlated with the HRV. Adolescents with IBD suffer from chronic stress which lowers their ability to react adaptively to stress and possibly quality of life.

Keywords: inflammatory bowel disease, Crohn's disease, ulcerative colitis, quality of life, heart rate variability, autonomic nervous system, anxiety, depression

Úvod

Srdeční frekvence je využívána jako jednoduchý ukazatel funkčního stavu organismu, přičemž hlavním regulátorem je aktivita autonomního nervového systému, která se projevuje přirozeným kolísáním – variabilitou srdeční frekvence (HRV). Vlivem stresu se mění poměr mezi aktivitou sympatiku a parasympatiku ve prospěch aktivity sympatiku, proto dochází k poklesu HRV. Čím vyšší aktivitou autonomního nervového systému člověk disponuje, tím je jeho organismus odolnější vůči stresu (Evans et al 2013). Psychologické faktory a dysregulace autonomního nervového systému se podílejí na patogenezi chronických střev-

ních onemocnění (Pellissier et al 2010). Nespecifické střevní zánětlivé onemocnění jsou chronická onemocnění s dopadem na kvalitu života (Filipovic 2014).

Cíle

Cílem této studie je zhodnotit úroveň kvality života dětí s IBD a analyzovat variabilitu srdeční frekvence (HRV) jako možný marker chronického stresu.

Metody

Do studie jsou zařazeni adolescenti ve věku 13 – 16 let. Zkoumanou skupinu tvoří 27 dětí s IBD a 35 zdravých kontrol. Pacienti s IBD jsou v péči gastroenterologické ambulance Dětské kliniky FN Olomouc (21 pacientů s Crohnovou nemocí, 6 pacientů s ulcerózní kolitidou), kontrolní skupinu představují žáci z běžné základní školy. Adolescenti vyplnili dotazníky se zaměřením na depresivitu (CDI), úzkost (ŠAD), kvalitu života (KidScreen-10). Činnost autonomního nervového systému je hodnocena pomocí neinvazivního vyšetření variability srdeční frekvence pomocí mikropočítačového systému VarCor PF7. EKG bylo snímáno během ortoklinostatického manévru: leh 1-stoj-leh 2, kdy byly hodnocené parametry RR interval, spektrální interval v oblasti vysoké frekvence (HF), nízké frekvence (LF) a velmi nízké frekvence (VLF) a poměr LH/HF.

Výsledky

Úroveň kvality života adolescentů s IBD se výrazně nelišila od zdravých kontrol při měření dotazníkem KidScreen-10. Variabilita srdeční frekvence u dětí s IBD je oproti zdravým kontrolám snižena. Statisticky významný rozdíl je v pásmu nízkofrekvenčním (LF), kde byl zaznamenán pokles ve všech třech pásmech měření, v pásmu velmi nízké frekvence (VLF) v manévrech leh 1 a leh 2; a v poměru LF/HF v pozici leh 1 a stoj. U skupiny zdravých dětí nebyly zjištěny korelace mezi HRV a kvalitou života. U dětí s IBD byla nalezena středně silná korelace mezi kvalitou života týkající se školy a pásmo velmi nízké frekvence v úvodní fázi měření (VLF v pozici leh 1). Středně silnou negativní korelaci vykazovala kvalita života v oblasti emočního prožívání a parasympatiková aktivita (HF v pozici leh 1 a leh 2). Žádná složka variability srdeční frekvence nevykazovala korelaci s výsledky v dotaznících týkající se projevů deprese či anxiety.

Závěr

Variabilita srdeční frekvence je u dětí trpících nespecifickými střevními záněty významně alterovaná. Snižené hodnoty v pásmu nízkých a velmi nízkých frekvencí vypovídají o zvýšeném tonu sympatiků. Snižená variabilita srdeční frekvence u dětí s nespecifickými střevními záněty naznačuje celkově nižší přizpůsobivost na stres. Některé aspekty kvality života (dle dotazníku PedsQL) významně korelují s HRV. Tyto faktory pak mají signifikantně negativní dopad na průběh nemoci.

Podpořeno grantem IGA MZ NT/14281.

Klíčová slova: nespecifické střevní záněty, Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, kvalita života, variabilita srdeční frekvence, autonomní nervový systém, úzkost, deprese

Reference

- Filipovic BR, Filipovic BF. Psychiatric comorbidity in the treatment of patients with inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol.* 2014; 20(13): 3552–3563.
- Evans S, Seidman LC, Tsao JC, *et al.* Heart rate variability as a biomarker for autonomic nervous system response differences between children with chronic pain and healthy control children. *J Pain Res.* 2013; 12;6:449–57
- Pellissier S, Dantzer C, Canini F *et al.* Psychological adjustment and autonomic disturbances in inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome. *Psychoneuroendocrinology.* 2010; 35(5):653–62

CHRONICKÁ SOMATICKÁ ONEMOCNĚNÍ V DĚTSKÉM VĚKU JAKO VULNERABILNÍ FAKTOR PRO PSYCHICKÉ PROBLÉMY V DOSPĚLOSTI

J. Praško¹, D. Jelenová¹, M. Ocisková^{1,2}, V. Mihál³, E. Karásková³, J. Kolářová³, D. Vydra³

¹Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

²Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

³Klinika pediatrie Fakultní nemocnice v Olomouci, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

Summary

CHRONICAL SOMATIC ILLNESSES IN CHILDHOOD AS VULNERABILITY FACTOR FOR PSYCHIATRIC PROBLEMS IN ADULTHOOD

In recent decades there has been a significant improvement in the health care of the children with chronic or life-threatening physical illnesses. Chronic diseases in children, especially if they lead to a significant reduction in quality of life, excessive stress, isolation, stigmatization and self-stigmatization, or hyperprotectivity in family care, can act as a factor increasing vulnerability for the development of psychiatric disorders in adulthood. An important task is to identify these children and include them to the psychosocial programs for better adaptation.

Keywords: childhood chronic somatic illness, distress, parental care, psychiatric problems in adulthood

Úvod

V posledních desetiletích došlo k významnému zlepšení zdravotní péče o děti s chronickými nebo život ohrožujícími tělesnými nemocemi. Někteří z těchto pacientů se úspěšně integrují do dospělého života; zvládnou samostatný život, kroky jako je dokončení studia, odchod z domova, naplňování partnerských a sociálních rolí, plnohodnotně se zaměstnají a dokážou těšit ze života. Nicméně, i přes pečlivé vedení a podporu, mnoho dalších neuspěje a řada z nich může rozvinout v dospělém věku psychickou poruchu, zejména pak některou z poruch neurotického spektra nebo depresivní poruchu (Verhoof *et al.* 2013).

Chronická tělesná onemocnění v dětství jako stresor

Časný životní stres v dětství může být spojen se zvýšenou zranitelností pro rozvoj psychických poruch u dospělých (Carr et al. 2013). Vážným stresorem v dětství může být závažné tělesné onemocnění.

Chronická onemocnění v dětském věku, zejména pokud vedou k významnému snížení kvality života, nadměrnému stresu, částečné izolaci dítěte, jeho stigmatizaci nebo sebestigmatizaci, či hyperprotektivité členů rodiny, mohou působit jako faktor zvyšující vulnerabilitu pro rozvoj psychických poruch v dospělosti (Verhoof et al. 2013).

Péče rodiny a sebedůvěra

Jak nedostatečná péče o citové potřeby dítěte, tak přehnaná péče se zahlcováním dítěte nadměrnou kontrolou, může mít přímý vliv nedostatečný pocit bezpečí dítěte a postupný rozvoj nadměrných obav, starostí, úzkostnosti a bezmoci (Spada et al. 2012). Nadměrná péče může být překážkou pro dětské zkoumání světa a učení se zkušeností a brání učení se na adaptivním zvládacím strategiím.

Pro děti všeobecně platí, že plnění věkově specifických psychosociálních vývojových úkolů v dětství má velký význam pro přizpůsobení v dospělosti, včetně schopnosti se plnohodnotně účastnit života ve společnosti. U osob, které od dětství trpěly chronickým somatickým onemocněním, to může být mnohem obtížnější, protože dosažení důležitých psychosociálních milníků může být pro ně obtížnější díky léčbě a omezením v životě. Ukazuje se, že řada dospívajících, kteří trpí od dětství chronickým tělesným onemocněním, může později dosahovat významných vývojových kroků, jako je dosažení nezávislosti na původní rodině, samostatnosti, sociální i psychosexuální zralosti, což vede ke zhoršené kvalitě života a horší adaptaci na stresové životní události (Haverman et al. 2012).

Potřeba psychosociálních programů pro děti s chronickým tělesným onemocněním

Zdá se, že podpůrné psychosociální přístupy k chronicky nemocným dětem a jejich pečovateli, budou potřebným doplňkem péče o chronicky somaticky nemocné děti, zejména pokud již v dětství prokazují zvýšenou úzkostnost nebo bezmoc a hůře se sociálně adaptují (Haverman et al. 2012, Walker et al. 2012). Důležitým úkolem je identifikovat tyto děti a zařadit je do programů, které jim pomohou se lépe adaptovat. Tyto programy však potřebují být cílené i pro jejich rodiče (zejména matky), kteří mohou v souvislosti s chronickým tělesným onemocněním dítěte sami prožívat nadměrný stres, úzkost nebo depresi a s tím související maladaptivní chování, které se na zranitelnosti jejich dětí může podílet.

Závěr

Rodiče, lékaři a další poskytovatelé zdravotní péče by měli věnovat systematickou pozornost psychosociálnímu rozvoji dětí s chronickými tělesnými nemocemi, zejména pokud už v dětství reagují zvýšenou úzkostí, bezmocí nebo sociální izolací, aby později nedocházelo ke snížení kvality života a zvýšené vulnerabilitě k psychickým poruchám ale naopak byly vytvořeny podmínky pro optimální přechod do dospělého života.

Podpořeno grantem IGA MZ ČR NT/14281-3.

Literatura

Verhoof E, Maurice-Stam H, Heymans H, Grootenhuis M: Health-related quality of life, anxiety and depression in young adults with disability benefits due to childhood-onset somatic conditions. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013 Apr 15;7(1):12. doi: 10.1186/1753-2000-7-12.

Haverman L, Verhoof EJ, Maurice-Stam H, Heymans HS, Gerlag DM, van Rossum MA, Grootenhuis MA: Health-related quality of life and psychosocial developmental trajectory in young female beneficiaries with JIA. *Rheumatology (Oxford)* 2012;51(2):368–374.

Carr CP, Martins CM, Stingel AM, Lemgruber VB, Juruena MF: The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *J Nerv Ment Dis* 2013;201(12):1007–1020.

Walker LS, Sherman AL, Bruehl S, Garber J, Smith CA: Functional abdominal pain patient subtypes in childhood predict functional gastrointestinal disorders with chronic pain and psychiatric comorbidities in adolescence and adulthood. *Pain* 2012;153(9):1798–1806.

Spada MM, Caselli G, Manfredi C, Rebecchi D, Rovetto F, Ruggiero GM, Nikčević AV, Sassaroli S: Parental overprotection and metacognitions as predictors of worry and anxiety. *Behav Cogn Psychother* 2012;40(3):287–296.

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U DĚTÍ A JEJICH SOMATICKÉ KOMPLIKACE

L. Stárková, J. Zapletalová

PKFN, DKFN, Olomouc, Česká Republika

Summary

EATING DISORDERS IN CHILDHOOD AND PHYSICAL CONSEQUENCES

The aim of the presentation is to inform about longterm and danger consequences of eating disorders at early onset. Anorexia nervosa is related to early onset, especially restrictive form of it. The insufficiency of daily calorie intake and serious hormonal changes develop the clinical picture of hypogonadotropic hypogonadism. Excessive exercising can damage bone density and osteopenia or osteoporosis are seen at adolescent age. The increase of calorie intake can improve bone density during the treatment. Our presentation will summarize the most important common consequences of eating disorders in childhood and adolescent age.

Keywords: Eating disorders, endocrinological and metabolic changes, osteopenia, osteoporosis

Úvod

Poruchy příjmu potravy mohou reprezentovat klasické psychosomatické nemoci. Četné psychologické faktory, které souvisejí s obdobím dospívání a nezbytným plněním řady vývojových úkolů jako je přijetí vlastního těla, pohlavní zralosti a pohlavní role, vytváření autonomie, ujasnění hierarchie hodnot, stabilizace vlastního vztahu ke světu apod., mohou vést u disponovaných osobností

k rozvoji poruchy příjmu potravy, zejména u dívek. V dospívání se častěji manifestuje mentální anorexie, která má převážně podobu restriktivní, což znamená vědomé hladovění a rigidní příjem minimálního množství potravy, které nestačí pokrýt běžnou denní energetickou potřebu. Mentální bulimie má obvykle počátek později, někdy na anorexii navazuje. V důsledku těžkého omezení příjmu jídla dochází u anorektických dívek k významnému úbytku tělesné hmotnosti, ke změnám v tělesném složení a ke změnám hormonálním a metabolickým. Somatické důsledky jsou především hormonální a kardiovaskulární, ovšem nemoc může zasáhnout do funkce celé řady dalších systémů. Cílené dlouhodobé hladovění může vést k poruchám růstu nebo k redukci kostní denzity. Významné zahraniční studie prokazují v souvislosti s nemocí také zhoršení kognitivních funkcí.

Cíle

Cílem sdělení bude poukázat na nejzávažnější komplikace, které mohou mít dlouhodobé, někdy celoživotní důsledky. Význam komplexní interdisciplinární léčby je zásadní. Poukážeme na některá důležitá fakta, která byla publikována v mezinárodních pracích a doplníme některými zkušenostmi, které byly dříve získány na PKFN ve spolupráci s dalšími pracovišti FN Olomouc.

Metody

Prezentace si klade za cíl informovat o nejzávažnějších a nejčastějších důsledcích poruchy příjmu potravy, která se objevuje záhy, obvykle v časně a střední adolescenci. Vychází z přehledu nejčastějších poruch, které jsou publikovány v zahraniční literatuře, zatímco v české literatuře je přehledových článků málo a obvykle splývají s informacemi o somatických konsekvencích u dospělých žen. Proto jsme považovali za důležité znovu upozornit na závažné komplikace, které se zejména v souvislosti s mentální anorexií u dívek v adolescentním věku objevují. Doplnujeme výsledky sledování hormonálních a osteologických změn, jak byly ve spolupráci s endokrinologickou ambulancí DKFN již dříve prováděny na našem pracovišti.

V rámci sledování hospitalizovaných dívek jsme prováděli vyšetření řady hormonů, které vstupují do důležitých metabolických procesů ve vztahu k růstu a kvalitě kostní denzity.

Výsledky

V přehledu nejčastějších změn, které u nemocných dívek nacházíme, zdůrazníme hormonální změny, které prokazují poruchu v ose HPG. Amenorrhoea, obvykle trvající několik měsíců, je jedním z diagnostických kritérií mentální anorexie. Vyšetření, které pediatr orientuje na běžný laboratorní screening, nemusí odhalit žádné závažné změny ve funkcích jater nebo ledvin. Častým nálezem bývá snížená hladina T₃, což souvisí s hladověním, obvykle při normálních hodnotách T₄ a TSH. Tyto změny jsou vnímány jako klasický důsledek váhového úbytku a nevyžadují hormonální substituci, nýbrž potřebu zvýšit kalorický příjem v zájmu zlepšení hmotnosti. Jiným častým nálezem je hypercholesterolemie, která je rovněž důkazem dlouhodobého hubnutí. Hyperkortizolemie může být dalším důsledkem dlouhodobého hubnutí, běžně se ovšem nevyšetřuje, takže o ní lékaři nevědí. Všechny uvedené hladiny (hodnoty štítné žlázy, hyper-

cholesterolemie a hyperkortizolemie) se obvykle upravují a normalizují v průběhu léčby, když se zvyšuje hmotnost pacientky. Sledování hormonální maturity (sonografické vyšetření velikosti dělohy a zrání ovariální funkce) bylo dříve doporučováno jako jeden z markerů prognostického významu. Dnes má podobný prognostický význam spontánní návrat menstruačního cyklu, který dokumentuje zlepšení funkce HPG osy.

Kardiovaskulární změny se mohou vyskytovat v souvislosti s nemocí také u adolescentek, ale naštěstí nemají tak dramatické důsledky, jako u dospělých, kde se uvádí, že až jedna třetina těch žen, které v důsledku nemoci zemře, zemře v důsledku náhlého srdečního selhání. Bradykardie je častým projevem a uvádí se, že je přítomna u 35–95% dívek s mentální anorexií. Také bradykardie se po zlepšení hmotnosti se upravuje. Prodloužení QTc intervalu je nekonzistentním nálezem u adolescentek s mentální anorexií. Zatímco může jít o závažnou komplikaci u dospělých žen, která může souviset s ventrikulární arytmií a náhlou smrtí, nemá dle zahraničních studií prodloužení QTc intervalu u adolescentek charakter životohrožujícího stavu, neobjevují se u nich závažné arytmie. Na druhé straně nelze nález podečňovat – ani absence prodlouženého QTc intervalu nemusí potvrzovat stabilitu stavu, Ortostatické změny se objevují v důsledku dehydratace, autonomní dysregulace, atrofie periferních svalů, jejichž důsledkem je snížený venózní návrat krve do srdce. Ortostatická úprava bývá považována za indikátor celkového somatického zlepšení a stability stavu, Echokardiografické vyšetření může u adolescentek s anorexií zachytit redukci svaloviny levé komory, snížení srdečního výkonu a mitrální prolaps. Tyto nálezy se mohou objevit v souvislosti s těžkou malnutricí a normalizují se po zlepšení hmotnosti. Je nutné si pamatovat, že není vhodné podávat adolescentkám s uvedenými kardiovaskulárními nálezy medikamenty, které mají nežádoucí kardiovaskulární účinky (např. tricyklická antidepresiva).

Kromě hormonálních a kardiovaskulárních změn dochází u adolescentek s mentální anorexií také ke zhoršení kostní denzity, která může mít charakter těžké osteopenie nebo osteoporózy. Nejméně 50% kostní hmoty se formuje právě v adolescenci, kdy tento proces vrcholí. Etiologicky se na rozvoji závažných kostních změn podílejí jak snížené formování kostní denzity, tak i zvýšení kostní resorpce. Nedostatečná výživa, nízký příjem vápníku a vitamínu D v potravě, hypoestrinní stav, nízké hodnoty IGF-1, hyperkortizolemie a excesivní cvičení – všechny tyto faktory se podílejí na rozvoji osteopenie a osteoporózy. Sledování, které jsme dříve prováděli ve spolupráci s endokrinologickou ambulancí DKFN nám jednoznačně potvrdilo nejen přítomnost závažných důsledků při formování kostní denzity u adolescentek, ale také prokázalo, že zvýšení příjmu potravy a normalizace hmotnosti může vést k výraznému zlepšení kostní denzity. Zajímavé zjištění bylo, že ve sledovaném období neměly dívky ještě spontánní obnovu menstruačního cyklu. Tato skutečnost jasně poukazuje na rozdíl mezi osteoporózou, která se objevuje u adolescentek v souvislosti s mentální anorexií a u osteoporózou, která vzniká v souvislosti s hormonálními změnami u menopauzálních žen.

V prezentaci uvedeme výsledky uvedeného sledování.

V poslední době věnují zahraniční autoři pozornost kognitivním změnám (snížení koncentrace, paměti a myšlenkových procesů) u dívek a žen s mentální

anorexií. Výsledky mohou snížit schopnost kompetence dívek při rozhodování o přijetí nabízené léčby. Součástí motivační terapie je tedy také zhodnocení celkového somatického stavu, neboť somatické konsekvence mohou závažným způsobem vstoupit do terapeutického procesu a zhoršit spolupráci pacientky v průběhu léčby.

Závěr

Léčba poruch příjmu potravy u dětí vyžaduje interdisciplinární spolupráci. Jedná se sice o závažné duševní poruchy, které vyžadují především psychoterapii (individuální, rodinnou, atd.), nicméně jejich somatické konsekvence vyžadují, aby byla věnována patřičná pozornost všem změnám a důsledkům, které se v rámci nemoci objevují. Léčba by měla být zahájena co nejdříve, dokud je větší naděje na rychlejší úpravu stavu. Somatické důsledky mohou výrazně zhoršit spolupráci dívky v léčbě a mohou přispívat k chronicitě nemoci. Spolupráce s endokrinology, pediatry a gynekology přispívá ke komplexnějšímu přístupu a zvyšuje naději na úplnou úzdravu pacientky.

Literatura

1. Lask B, Bryant-Waugh R. Eating Disorders in Childhood and Adolescence. Fourth edition. Routledge, London and New York, 2013. 368 p.
2. Oldershaw A., Treasure J., Hambrook D, Tchanturia K., Schmidt U. Is anorexia nervosa a version of autism spectrum disorders? Eur.Eat.Disord. 19,2011, 462–474.
3. Turrell S.H., Peterson-Badali M., Katzman D.K. Consent to treatment in adolescents with anorexia nervosa. Int.J.Eat.Dis.2011, 44,8,703–707

VARIA IV

PŘEVOD MEZI MONTREALSKÝM KOGNITIVNÍM TESTEM (MO-CA) A MMSE

M. Kopeček¹, H. Štěpánková¹, J. Lukavský¹, E. Panenková¹, K. Horáková¹, T. Nikolai², O. Bezdíček², M. Brunovský¹, R. Krombholz³, D. Řípová¹

¹Psych. centrum Praha a Národní ústav duševního zdraví, Česká republika

²Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, 1. LF UK a VFN Praha, Česká republika

³Psychiatrická nemocnice Bohnice, Česká republika

SUMMARY

CONVERSION BETWEEN THE MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA) AND MMSE

The aim of the study was to establish the conversion between MoCA and Mini-Mental State examination (MMSE). We assessed 540 seniors without dementia ≥ 60 years old with MoCA and MMSE. We present equivalents between MMSE and MoCA (range 14–30) based on equipercetile equating method.

Keywords: ageing, cognition, screening

Cíle

Pro záchyt syndromu demence se nejčastěji používá Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975), na jehož získaný skór je vázána preskripce kognitiv v ČR. MMSE však není citlivý k zachycení časnějších stádií demence či rizikového stavu předcházejícímu demenci, kterým je mírná kognitivní porucha (MKP). K záchytu MKP je vhodný např. Montrealský kognitivní test (MoCA; Nasreddine et al., 2005; Reban 2006). Aby lékař nemusel provádět MMSE i MoCA najednou, je vhodné vědět, jaký skór dosažený v MoCA odpovídá MMSE a naopak. Existence znalosti ekvivalentů mezi MoCA a MMSE umožní převod výsledků mezi oběma metodami.

Metody

Dobrovolníci zařazení do Národní normativní studie kognitivních determinant zdravého stárnutí (NANOK) (Štěpánková et al., 2013) byli vyšetřeni pomocí MoCA (www.mocatest.org), MMSE (MMSE; Folstein et al., 1975) a neuropsychologické baterie. Nábor probíhal do předem daných kategorií stratifikovaných dle věku (5leté intervaly: od 60, 65, 70, 75, 80 a nad 85 let), pohlaví a vzdělání (s maturitou, bez maturity). Nábor účastníků probíhal ve 12 krajích ČR za pomoci 24 administrátorů. Vstupními kritérii byl věk 60 a více let, absence neurodegenerativního onemocnění včetně diagnostikované demence či MKP. Abychom vyloučili jedince s dosud nediodagnostikovanou vážnou kognitivní poruchou, do konečných analýz nebyli zařazení účastníci, kteří skórovali ve 2 ze 3 kognitivních testů (Filadelfský test verbálního učení (kompozitní z skór oddáleného vybavení a součtu pokusů 1–5), Testu cesty B a testu verbální fluence (kompozitní z skór fonémické+sémantické fluence) více jak 2 směrodatné od-

chyly (s.o.) pod průměrem či v 1 ze 3 výše uvedených testů spolu se skóre v Geriatrické škále deprese (GDS15) či Dotazníku každodenního fungování (FAQ) >2 s.d. pod průměrem. Výsledný soubor tvořilo 540 osob ve věku ≥ 60 let (průměrný věk $75,6 \pm 9,1$, průměrný počet let ve škole $12,7 \pm 3,5$, 46% mužů, 47% osob mělo základní či střední vzdělání bez maturitní zkoušky). Podrobnější demografické údaje studie NANOK jsou popsány v tomto sborníku v příspěvku E. Pankové a kol.

Ekvivalentní skóre byly získány pomocí odpovídajících percentilů. Tato metoda je používána při porovnání standardizovaných testů (Roalf et al., 2013). Výhodou této metody je, že porovnávané skóre spadají do odpovídajícího rozsahu skóre, což není vždy pravdou při užití tradičních metod počítajících s průměrem či lineárními postupy. Nevýhodou této metody je možnost vzniku nepravidelné distribuce skóre, a proto byla použita log-lineární transformace k vyhlazení hrubých MoCA a MMSE skóre.

Výsledky

Tabulka 1 znázorňuje ekvipercentilové ekvivalenty mezi MoCA a MMSE získané v naší a pro srovnání i v zahraniční studii (Roalf et al., 2013).

Tab 1. ekvipercentilové ekvivalenty mezi MoCA a MMSE

česká studie		americká studie
MoCA skóre	MMSE ekvivalent	MoCA skóre
29–30	30	28–30
27–28	29	27–25
25–26	28	23–24
23–24	27	22
21–22	26	21–20
20	25	19
18–19	24	18
17	23	17
15–16	22	15–16
14	21	14

Závěr

Naše práce předkládá převod MoCA skóre na MMSE. Z výsledků je patrné, že MoCA při stejném bodovém maximu jako je u MMSE je náročnějším testem. Naše výsledky jsou srovnatelné s dosud jedinou obdobně provedenou americkou studií (Roalf et al., 2013), která však byla provedena na klinické populaci. Drobné odlišnosti mezi studii jsou především v horním pásmu kognitivního výkonu. V pásmu pravděpodobné demence (MMSE < 24) jsou výsledky již plně srovnatelné.

Znalost ekvivalentů umožňuje např. stanovit jaký MoCA skóre odpovídá hodnotě 25 bodů v MMSE, což je hodnota, při které jsou hrazena kognitiva ze zdravotního pojištění. Test MMSE je licencovaným testem a jeho použití podléhá licenčním poplatkům, což neplatí pro MoCA test, který je volně dostupný. Publikova-

né ekvivalenty MoCA a MMSE doplňují informace o normativních hodnotách MoCA i MMSE (Kopeček a kol. respektive Štěpánková a kol. v tomto sborníku) a položkovou analýzu MoCA (Kopeček a kol. v tomto sborníku). Tyto informace mají lékařům a psychologům usnadnit možnost přechodu od MMSE k MoCA testu. Závěrem je však nutné upozornit, že MoCA test obdobně jako test MMSE nenahrazuje neuropsychologické vyšetření kognice.

Projekt je podpořen grantem IGA MZ NT 13145.

Literatura

1. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 1975; 12:189–198.
2. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53:695–9.
3. Reban J. Montrealský kognitivní test/MoCA/: přínos k diagnostice prede-mencí. *Česká Geriatrická Revue* 2006;4:224–229.
4. Roalf DR, Moberg PJ, Xie SX, Wolk DA, Moelter ST, Arnold SE. Comparative accuracies of two common screening instruments for classification of Alzheimer's disease, mild cognitive impairment, and healthy aging. *Alzheimer's Dement.* 2013;9(5):529–37.
5. Štěpánková H, Kopeček M, Lukavský J, Nikolai T, Bezdíček O, Brunovský M et al. Národní normativní studie kognitivních determinant zdravého stárnutí. *Psychiatrie* 2013; 17:(Suppl.2):53–4.

PSYCHIATRICKÁ DIAGNÓZA NA ROZCESTÍ

J. Libiger

Psychiatrická klinika LF UK a FN Hradec Králové, Česká republika

Summary

THE CROSSROADS IN FRONT OF PSYCHIATRIC DIAGNOSIS

The present state of psychiatric diagnostics is fluid. There is a steady increase in the number of diagnoses during the last 60 years. There is a fluctuation of the borders of basic diagnostic concepts. In the course of 20th century schizophrenia had expanded, shrank again and tends to expand again. Bipolar disorder has multiple varieties and expands into the areas of childhood psychiatry (ADHD) and personality disorders (unstable personality disorder). DSM V appears to be a result of an incomplete compromise that continues in the recent tradition of poor validity and strong reliability. NIMH developed recently Research Domains Criteria (RDoC) for mapping the terrain in psychiatric research. They classify the processes behind psychopathology and provide a methodological guideline for the assessment of fundamental dysfunctions in the brain. Their clinical significance may not be great as yet, their significance for research is undeniable. Psychodynamically oriented psychiatrists developed OPD-2 system for psychodynamic approach to treatment. This system integrates the psycho-

pathological symptoms into a multiaxial descriptive network, parts of which are psychopathological syndromes, subjective experience, interpersonal relationships, personality structure, conflicts and defense mechanisms. The diagnostic approaches in psychiatry are an exciting area of inquiry and discussion for researchers and practitioners alike.

Keywords: psychiatric diagnosis, classification systems, RDoC, OPD-2, DSM V.

Postavení psychiatrie mezi ostatními medicínskými obory není samozřejmé. Psychiatrie se v rámci vlastního oboru vyrovnává s antipsychiatrií, jejíž základní předpoklad principiálně popírá chorobnost stavů mysli. Praktikující psychiatr v průběhu prvních let své klinické zkušenosti hledá odborné zakotvení odlišným způsobem než je tomu u kolegů v ostatních oborech. Zjišťuje, že na psychiatrická onemocnění lze nahlížet nejen jako na poruchu skladby a fungování organismu, ale také jako na příběhy subjektivně prožívané a subjektivně také hodnocené. Jejich objektivizace na základě nepochybných příznaků nemoci je obtížná, protože psychiatrická diagnostika a klasifikace se opírala o neuropatologický koncept nemoci, pěstovaný především v 19. století a o existenci přirozených chorobných jednotek. V analogii k jiným klasifikacím v přírodních vědách se snažila uspořádat duševní nemoci systematicky, ale východiska pro klasifikační schéma se proměňovala, takže stav psychiatrické diagnostiky má značně nestálou a tvárnou povahu. Navíc se stále potřebuje vyrovnat s hluboce zakořeněným dualismem v náhledu na podstatu a původ chorobných projevů mysli. To se promítá do tlaku na příklon k přírodovědné klasifikaci opírající se o znalosti složitých a provázaných patogenetických a etiologických procesů na straně jedné a na druhé straně do pokusů o klasifikace vycházející z analýzy interakcí a vztahů jedince, která se snaží utřídit psychoanalytické interpretace patologie v kontextu příběhů.

V roce 2013 se v USA začal užívat nový diagnostický systém DSM-V. V příštím roce by se měla představit 11. revidovaná verze kapitoly Psychiatrických poruch Mezinárodní klasifikace nemocí. Tato přednáška nabízí přehled a zamyšlení nad stavem současné diagnostiky a klasifikace v psychiatrii. Vychází ze skutečnosti, že:

a. Narůstá množství diagnostických jednotek a to jak vyčleňováním z jednotek již existujících (tak je tomu na příklad u katatonie, která se v DSM V oddělila od schizofrenie), tak vytvářením jednotek nových. Některé staré dříve používané kategorie duševních poruch z klasifikace mizí a objevují se nové (oblast závislosti- závislost na práci, nebo na sexu, poruch příjmu potravy- orthoorexie). Do diagnostiky se tak sice nerovnoměrně, ale nevyhnutelně prosazují dobová hodnotová měřítka související s kulturou. To souvisí i s nestabilitou nomenklatury diagnostických kategorií. I při ní se prosazuje jednak specifická kulturní senzitivita, ale také tradice a politická korektnost.

b. Některé diagnostické jednotky zažívají velké rozšíření významu a do jejich hranic se vejde více nemocných než v minulosti, často dříve diagnostikovaných v odlišných kategoriích (příklady jsou bipolární porucha).

c. Platnost některých dětských diagnostických kategorií se rozšiřuje do dospělého věku, takže se diagnostikují mimo věkové hranice, které bývaly součástí jejich definice (to platí o na příklad o ADHD a autismu)

d. Zavedením DSM-III a jeho vlivem na psychiatrii se zvýšil důraz na klasifika-

ci, která sice poměrně spolehlivě třídí potíže pacienta podle spolehlivých kritérií, ale vede k mnohočetným diagnózám komorbidit a přinejmenším u některých diagnostických jednotek vznikají pochybnosti o jejich validitě.

e. Diagnostické systémy současnosti jsou ateoretické. V obraně medicínského charakteru psychiatrie před vlivem „revolučního“ přístupu, jakým na začátku 20. století byla psychoanalýza, se prosazuje snaha „operacionalizovat“ diagnostické postupy a upřednostnit pozorovatelné a dobře kvantifikovatelné poruchy funkce před subjektivními prožitky a postoji, jejichž detekce vyžaduje empatickou percepci a angažovanost hodnotícího. Přínos technik jakou byla psychoanalýza (obránné mechanismy, vztahy a varianty vztahových vazeb mezi lidmi) lze nalézt v kulturním a intelektuálním „diskursu“, ale v okruhu medicínsky orientované psychiatrie se uplatňuje méně.

f. Z dlouhodobě typologicky založené psychiatrické nomenklatury vymizely pojmy, které byly po dlouhou dobu široce užívané a srozumitelné, nebo se změnil jejich význam. Význam konceptů hysterie, melancolie a do jisté míry i schizofrenie se v posledních padesáti letech roztrpěl nebo změnil.

Všechny tyto jevy nazovují pocit, že je třeba klasifikační systém v psychiatrii přiblížit medicíně a pokrokům lékařské technologie. Také by ale měl být blízký praxi a využívat zkušeností psychiatrie s psychologickými metodami léčby.

V tuto chvíli se nezdá, že DSM V nebo MKN 11 přinesou v tomto směru zásadní změnu. Změny, které přinesl systém DSM V posilují nerovnoměrnou expanzi některých diagnóz, zároveň poněkud snižují prahy a rozvolňují hranice psychiatrických diagnóz. Zejména snižování prahů pro diagnózu se stalo předmětem kritiky lidí, jako je vedoucí autorského týmu předchozího diagnostického manuálu Allen Frances. Jeho kniha „Saving normal“ usiluje o větší toleranci variability lidského chování a snížení rizika hodnotového nálepkování a eventuální restriktivní funkce nafouknuté objemu psychiatrických kategorií. Rozšíření psychiatrických diagnóz do oblasti dosavadní normy dává do souvislosti také s vlivem a mocenským postavením velkého farmaceutického průmyslu, který hledá cesty k širším indikacím nových přípravků. Problémy klasifikace v psychiatrii jsou spojené i s problémy klasifikace psychofarmak.

Jedním z možných alternativních postupů korespondujícím s vývojem jak v medicíně, tak s trendy ke specializaci při uspokojování společenských i individuálních potřeb je vytváření klasifikačních a diagnostických schémat zaměřených na specifický účel. Novou cestou byla snaha vytvářet narativně založené personalizované diagnózy. Nahrazení diagnostické kategorie osobním příběhem může ale vést k ohrožení odborné komunikace a tvorby hypotéz. Příklad bylo medicínu o výhody vědecké metody a jejího dalšího rozvoje. V minulém roce Národní ústav duševního zdraví (NIMH) v USA představil systém Kritérií výzkumných domén (Research Domain Criteria – RDoC). Ten je založen na průniku dvou systémů. Jeden systém je tvořen jednotkami analýzy jako jsou geny, molekuly, ale také chování a subjektivní výpovědi a druhý tvoří konstrukty domén přístupných výzkumnými metodami a relevantních pro popis lidského chování a prožívání. Takovými doménami jsou na příklad „procesy s negativní valencí“ jako je „ztráta“ a „frustrující chybění odměny“, ale také „doména sociálních procesů“ zahrnující „komunikaci“, „porozumění druhým“ a „afiliaci a společenskou vazbu“. Tyto doménové konstrukty jsou s jednotkami analýzy

propojeny metodicky dostupnými paradigmaty zkoumání a hypotézami. Systém umožní biologicky založenou klasifikaci, nezávislou na společenských a kulturních hodnotách a umožňující se přiblížit etiologickým a patogenetickým sítím spojeným s poruchami řídicích struktur v mozku.

Operacionalizace se ale nevyhnuly ani teoretické školy založené na lidské interakci a její analýze. Psychoanalytici rozvíjejí Operacionalizovanou psychodynamickou diagnostiku (OPD). Systém OPD 2 u nás přeložený dr. Holubem je v psychoanalytickém prostředí vzniklým manuálem pro diagnostiku a plánování léčby, který nabízí vodítko jak na pěti nezávislých osách hodnotit komponenty psychodynamické diagnózy, která zahrnuje vliv sféry mezosociálních vztahů, včetně terapeutického vztahu jako komplexní podklad pro terapeutický plán. Tyto osy zahrnují I. Prožívání obtíží a předpoklady léčby, II. Interpersonální vztahy, III. Konflikty IV. Osobnostní strukturu a V. fenomenologický syndrom. Nástroj je určen pro frekventanty psychoanalytického výcviku, ale zahrnutí vztahových a osobnostních charakteristik mezi diagnosticky relevantní proměnné má a myslím, že bude mít širší význam.

Chápání psychiatrického onemocnění jako přirozené jednotky definované rozvojem neuropatologické a neurofyzilogické abnormality se bude v budoucích diagnostických schématech vyrovnávat s pojetím síťové komplexní poruchy komunikace v mozku a jeho strukturách, ale také vztahu mezi jedincem a jeho společenským okolím. Klasifikace se v psychiatrii stává vzrušující oblastí poznání.

Literatura

1. Allen Frances: Saving Normal; 2013, Harper Collins, New York
2. Cuthbert BN: The RDoC Framework: facilitating transition from ICD{DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology, 2014, World Psychiatric Journal ; 13(1): 28–35
3. Holub D, Telerovský M, Operacionalizované psychodynamická diagnostika OPD-2 Manuál pro diagnostiku a plánování léčby- recenze, 2013 ; Psychiatrie/Psychoterapie/ Psychosomatika 201(2): 48–51

META-ANALÝZA STUDIÍ CATIE A EUFEST Z ÚROVNĚ PACIENTŮ

J. Volavka¹, R. A. Van Dorn², L. Citrome³, R. S. Kahn⁴, W. W. Fleischacker⁵, P. Czobor⁶

¹ Department of Psychiatry, New York University School of Medicine, New York, USA

² RTI International, Research Triangle Park, NC, USA

³ Department of Psychiatry, New York Medical College, Valhalla, NY USA

⁴ Department of Psychiatry, Rudolf Magnus Institute of Neuroscience, UMC Utrecht, Utrecht, the Netherlands

⁵ Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical University Innsbruck, Innsbruck, Austria

⁶ Department of Psychiatry and Psychotherapy, Semmelweis University, Budapest, Hungary

Summary

A PATIENT-LEVEL META-ANALYSIS OF COMBINED CATIE AND EUFEST STUDIES

The Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) obtained a sample of 1493 chronic schizophrenia patients. The European First Episode Schizophrenia Trial (EUFEST) studied a sample of 498 patients. We have combined these two samples to study the adherence to treatment and hostility at the first six months of these trials in the combined sample of 1958 schizophrenia patients.

An analysis using a measure of adherence as the dependent variable was set up. The independent variables were drug and alcohol use (any use, combined), akathisia, parkinsonism, dyskinesia, hostility, and insight. The results showed that reduced adherence to treatment was associated with more drug or alcohol consumption, higher levels of hostility, and impaired insight.

An analogous analysis was set up with the PANSS hostility item as the dependent variable. The independent variables were the drug and alcohol use (combined), akathisia, dyskinesia, treatment adherence, and insight. The results indicated that increased hostility was associated with akathisia, impaired adherence to treatment, and impaired insight.

The clinical implications of the results point to the importance of routine assessment and interventions to improve patients' insight, establishment of therapeutic alliance, control of extrapyramidal side effects, as well as detection and treatment of comorbid substance use disorders.

Keywords: adherence, hostility, schizophrenia

Souhrn

Studie CATIE (The Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness) pracovala se souborem 1493 pacientů. Studie EUFEST (The European First Episode Schizophrenia Trial) pracovala se souborem 498 pacientů. Oba soubory jsme sloučili a zkoumali adherenci k léčbě a hostilitu v průběhu prvních šesti měsíců těchto studií, celý soubor tvořilo 1958 pacientů.

Adherence byla postulována jako závislá proměnná a byla dále zkoumána. Nezávislými proměnnými byli: užívání drog a alkoholu (samostatné i kombinova-

né), akathizie, parkinsonismus, dyskineze, hostilia, a náhled. Výsledky ukazují, že snížená adherence k léčbě souvisí se zvýšenou spotřebou drog a alkoholu, vyšší hostilitou a nedostatečným náhledem.

Analogická analýza byla provedena pro položku hostility škály PANSS (Positive and Negative Symptoms Scale), hostilita byla závislou proměnnou. Nezávislémi proměnnými byli: užívání drog a alkoholu (kombinované), akathizie, dyskineze, adherence k léčbě, a náhled. Výsledky naznačují, že zvýšená hostilita je spojena s akathizí, špatnou adherencí k léčbě a nedostatečným náhledem.

Výsledky poukazují na důležitost rutinního hodnocení a intervencí vedoucích ke zlepšení náhledu, vytvoření terapeutické aliance v klinické praxi, stejně jako na nutnost kontroly vedlejších extrapyramidových příznaků a detekci komorbidního zneužívání psychoaktivních látek.

Cíle

Stanovit koreláty adherence k léčbě a hostility u velmi rozsáhlého souboru pacientů se schizofrenií.

Metoda

Údaje jednotlivých pacientů získaných v prvních šesti měsících ze studií CATIE¹ (N = 1493) a EUFEST² (N = 498) byly spojeny a zadány do datového souboru. Byly provedeny dvě logistické regresní analýzy: první používala míru adherence k léčbě jako závislou proměnnou, a další používala položku hostilita ze škály PANSS. Nezávislé proměnné jsou uvedeny v tabulkách 1 a 2.

Výsledky

Výsledky jsou shrnuty v tabulkách. Zneužívání návykových látek, hostilita, a zhoršený náhled souviseli se sníženou adherencí k léčbě. Nicméně, extrapyramidové nežádoucí účinky neprokázaly žádný významný vztah k adherenci.

Akathizie, snížená adherence a snížený náhled souvisely s hostilitou. Navíc byly mezi oběma studii zjištěny rozdíly v úrovni adherence a hostility.

Závěry

Výsledky týkající se náhledu jsou nápadné, a měly by ovlivnit klinickou praxi. Metody pro posuzování a zlepšování náhledu jsou k dispozici³ a měly by být široce používány. Výsledky potvrzují, že je důležitá kontrola nežádoucích účinků léků, a také detekce poruch spojených s užíváním psychoaktivních látek. Hlavním omezením této studie je průřezový design a omezení možnosti tvořit kauzální závěry.

Literatura

- (1) Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med.* 2005;353:1209–1223.
- (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.
- (3) Latalova K. Insight in Bipolar Disorder. *Psychiatr Q.* 2012;83:293–310.

Tabulka 1. Logistická regrese adherence k medikamentózní léčbě během šesti měsíců

Nezávislé proměnné	Odds Ratio	95% Confidence Interval	P
Alkohol/drogy čas o	1.56	1.16–2.10	0.0035
Alkohol/drogy 6 měsíců	1.81	1.24–2.65	0.0023
Akathizie 6 měsíců	1.38	0.92–2.07	n.s.
Parkinsonismus 6 měsíců	0.72	0.50–1.05	n.s.
Dyskineze 6 měsíců	0.69	0.45–1.07	n.s.
Hostilita 6 měsíců	1.41	1.20–1.64	< 0.0001
Náhled 6 měsíců	1.47	1.31–1.63	<0.0001
Studie (CATIE, EUFEST)	5.41	3.90–7.51	<0.0001

Tabulka 2. Logistická regrese hostility během šesti měsíců

Nezávislé proměnné	Odds Ratio	95% Confidence Interval	P
Alkohol/drogy čas o	1.26	0.96–1.65	n.s.
Alkohol/drogy 6 měsíců	1.30	0.87–1.92	n.s.
Akathizie 6 měsíců	1.65	1.18–2.32	0.038
Parkinsonismus 6 měsíců	0.75	0.55–1.02	n.s.
Dyskineze 6 měsíců	1.15	0.82–1.63	n.s.
Adherence 6 měsíců	0.81	0.73–0.89	<0.0001
Náhled 6 měsíců	1.47	1.33–1.61	<0.0001
Studie (CATIE, EUFEST)	0.41	0.29–0.56	<0.0001

SYMPOSIUM ADHD V DOSPĚLOSTI

garant prof. Hana Papežová

KOMPLEXNÍ PROGRAM PRO DOSPĚLÉ PACIENTY S ADHD

P. Uhlíková, T. Štěpánková, J. Hanusová, J. Albrecht, H. Papežová
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha, Česká republika

Summary

COMPREHENSIVE PROGRAM FOR ADULTS WITH ADHD

Interest in our work on ADHD in adulthood was established on the basis of comorbid disease epidemiology research in eating disorders and ADHD (the most common comorbidity is represented by impulsive overeating – binge eating). Then based on preliminary study, we established a comprehensive diagnostic and therapeutic program for adults with and without eating disorders. We are demonstrating our first experiences with the diagnostic process and therapy, the possibilities and limitations of our program.

Keywords: Adult ADHD, diagnoses and therapy

Cíl

Zájem našeho pracoviště vznikl na podkladě výzkumu epidemiologie komorbidního onemocnění poruch příjmu potravy a ADHD u dospělých (nejčastěji popisovanou komorbiditou ADHD z okruhu poruch příjmu potravy je impulzivní přejídání – binge eating). Diskutujeme program nabízející komplexní diagnostický a terapeutický program.

Metoda

Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) je nejčastěji diagnostikovanou duševní poruchou v dětství (podle odhadů prevalence 3–5%). ADHD symptomy a postižení může často pokračovat až do dospělosti, ale údaje o celoživotním vlivu jsou omezené. V Anglii byl proveden výzkum komisí složenou z ADHD odborníků uskutečněný prostřednictvím organizace provádějící průzkumu trhu. Účastníci byli přijati z databáze 487,533 dobrovolníků, a odpovídali na otázky týkající se ADHD diagnózy a aktuálních zkušeností. Jednotlivé položky byly sloučeny do stupnic a skóřů hodnotících různé oblasti, podle nich pak byly srovnány 2 skupiny, celkem 629 dospělých s ADHD a 736 kontrol. Horší výsledky u skupiny ADHD byly významně vyšší ($p < 0,001$) než kontroly ve většině zkoumaných oblastí (práce, sociální vztahy, sebekontroly a nálady, dodržování pravidel, organizace a plánování a finanční potíže. Analýzy ukázaly, že vliv země původu byl obecně zanedbatelný (Asheron et al. 2012). Dospělí s ADHD, kteří nejsou diagnostikováni v dětství, mohou být poprvé diagnostikováni po zjištění poruchy u jejich dítěte. Zatímco hyperaktivita má tendenci slábnout, mnoho příznaků ADHD může přetrvávat do dospělosti (neklid, problémy s organizováním vlastního času, impulzivní chování a sociální problémy). Dospělí s ADHD mívají problémy s udržení pozornosti, s plánováním budoucnosti. Mohou mít problémy dotahovat věci do konce. Často mají výkyvy nálad a bývají popudliví, vzrušitelní. Dospělí s ADHD často selhávají zejména v dosahování vzdálenějších

a náročnějších cílů. To některým způsobuje kariérní problémy. Častou příčinou je narušená reakce na odměnu zprostředkovaná dopaminergním systémem.

Výsledky

Pro prevenci a klinické pochopení i léčbu je třeba mít možnost posuzovat ADHD komplexně, z hlediska multifaktoriální interakce genetických dispozic, biochemických a strukturálních odchylek a sociokulturního vlivu prostředí. Posouzení ADHD u dospělé osoby, vyžaduje komplexní zhodnocení kvalifikovaného odborníka. Kromě posouzení současných příznaků by vyšetření mělo zahrnovat vyhodnocení akademické a behaviorální historie v dětství.

V jednotlivých zemích Evropy jsou k dispozici pouze omezená data související s léčbou u dospělých s ADHD. M et al. 2012 zkoumali zkušenosti dospělých s ADHD, jejich přístup k diagnostickým a terapeutickým postupům ve srovnání s pacienty diagnostikovanými v dětství. Pomocí semi-strukturované face-to-face rozhovorů u 30 dospělých s ADHD v celé Anglii. Polovina účastníků byla diagnostikována během dětství. Poukazují, že získání diagnózy ADHD a přístup k službám v dospělosti je "těžký boj", často v důsledku negativních a skeptických postojů k ADHD ve zdravotnictví. Dle autorů řada pacientů bojoval řadu let s diagnózami deprese a úzkost a následným zhoršením funkčního poškození. Nediagnostikovaná a neléčená ADHD vedla ke značnému poškození, chronickému pocitu selhání. Autoři poukazují na dopady velmi nízké dostupnosti péče o tyto pacienty.

Na Denním stacionáři na Psychiatrické klinice jsme zahájili program pro dospělé pacienty s ADHD v říjnu 2013. První oznámení vyšlo v odborném článku Zdravotnických novinách, poté na webových stránkách www.nepozorni.cz, které byly spuštěny od 1. 12. 2013. Zde si pacient může ověřit své obtíže a zjistit, zda splňuje jednoduchá diagnostická kritéria pro onemocnění. (Na základě uvedeného článku a webových stránek nás již kontaktovalo 43 pacientů: 24 přes internetové stránky, článek ve Zdravotnických novinách našlo na internetu 8 pacientů, 10 pacientů nás kontaktovalo na základě doporučení psychiatra)

Postupně jsme vytvořili diagnostickou testovou baterii a nabídli podpůrnou psychoterapeutickou skupinu, které se v prvním běhu zúčastnilo 8 pacientů. Celkem se uskutečnilo 7 setkání, skupina se setkávala po dobu 3 měsíců. Pacienti z této první skupiny se aktivně zapojili do tvorby materiálů k projektu: dokumentárního filmu, brožury a webových stránek.

Celkem jsme dosud vyšetřili 28 pacientů, u 19 (68%) se diagnóza potvrdila. Mezi komorbidními psychiatrickými onemocněními byla bipolární porucha, závislost na psychoaktivních látkách, hraniční porucha osobnosti, úzkostná porucha, deprese, sociální fobie, poruchy příjmu potravy i schizofrenie. Psychiatricky již bylo v minulosti léčeno 9 (32%) pacientů. Zcela první kontakt s psychiatrií uvedlo 11 pacientů (39%).

Farmakoterapeutickou léčbu užívali dlouhodobě 4 pacienti, nejčastěji antidepresiva (3x), 2 pacienti již užívali psychostimulancia a měli zájem jen o skupinovou psychoterapii nebo kognitivní trénink. O léčbu stimulancii projevilo zájem 5 pacientů, většina však odmítla léčbu preparáty nehrazenými VZP (Strattera), mimo jiné i z nedostatku finančních prostředků v důsledku horšího pracovního zařazení, které neodpovídá dosaženému vzdělání. Kognitivní trénink byl pacien-

tům doporučován v několika formách, jejich účinnost bude dále hodnocena.

Závěr

Autoři prezentují teoretická východiska a zkušenosti s prvním diagnostickým a terapeutickým komplexním programem pro pacienty s ADHD v dospělosti. Pacienti i jejich příbuzní se aktivně o program zajímali, u 68% z nich se diagnóza potvrdila, u 39% se jednalo o první kontakt s psychiatrickou péčí. Do budoucnosti plánujeme rozšíření souboru a zpracování účinnosti jednotlivých intervencí.

Podpořeno PRVOUK P26/LF1/4 a PRVOUK P03/LF1/9

Klíčová slova: ADHD v dospělosti, stanovení diagnózy a terapie

Literatura

P.Asherson, H.Caci, M.Doepfner, R.Donfrancesco, S.V.Faraone, M.Fitzgerald
The negative impact of attention deficit hyperactivity disorder on adult daily life: results of the european lifetime impairment survey. 20th European Congress of Psychiatry, abstract on CD-ROM, vol.27, Suppl 1, P-257, 2012.

L.Matheson, P.Asherson, I.Wong, P.Hodgkins, J.Setyawan, R.Sasane, S.Clifford
Adult ADHD patients' experiences of impairment, accessing services and treatment management – a qualitative study in England. 20th European Congress of Psychiatry, abstract on CD-ROM, vol.27, Suppl 1, P-876, 2012.

Kooij et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD BMC Psychiatry 2010, 10:67
www.biomedcentral.com/1471-244X/10/67

Štěpánková T, Papežova H, Uhlíková P, Ptáček R: Hyperkinetická porucha a porucha pozornosti u komorbidních poruch příjmu potravy attention-deficit/hyperactivity disorder with comorbid eating disorders. Čes a slov Psychiatr 2013; 109(3): 128–135

V 2. části workshopu bude představen dokumentární film o ADHD v dospělosti, na kterém se podíleli naši odborníci a pacienti.

Kolektiv autorů. P. Jiráček: Nepozorní (Dokumentární film o ADHD v dospělosti)

WORKSHOP KRITICKÝ RODIČ, ZRANĚNÉ A ROZZLOBENÉ DÍTĚ – ANEB ZÁKLADY SCHÉMA TERAPIE U HRANIČNÍCH PACIENTŮ

garant prof. Ján Praško

ZÁKLADY SCHÉMA TERAPIE

J. Praško¹, J. Vyskočilová², A. Grambal¹

¹Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

²Fakulta humanitních studií, Karlova Univerzita Praha, Česká republika

Summary

BASICS OF SCHEMA THERAPY

Schema therapy is an extension of Beck's model and has grown to become a unique integrative treatment for the entire spectrum of personality disorders and other difficult patients. Schema therapy shares the view that schemas are crucial to understanding of personality disorders. Schemas represent purportedly stable generalized themes that develop early in life and are important considerations for understanding and treating a wide range of psychopathological conditions. Schema therapy holds that there exists a set of universal core emotional needs (needs for safety, stable base, predictability, security, love, nurturance, empathy, validation, autonomy, spontaneity, guidance and protection, and reasonable limits) and that schemas emerge when these needs go unmet or are met inappropriately or excessively.

Keywords: schema therapy, early maladaptive schemas, schemas change, experiential strategies

Úvod

Young (1994) vyvinul léčebný program pro hraniční pacienty založený na práci s ranními maladaptivními schémata. Schematerapie vznikla integrací kognitivní terapie, gestaltterapie a některých proudů v psychodynamické psychoterapii. Používá jak klasické kognitivní a behaviorální strategie, tak experienciální přístupy (práce s imaginací, hraní rolí, psaní terapeutických dopisů), tak klade velký důraz na terapeutický vztah, který vnímá jinak, než kognitivní terapie. Ve schéma terapii se mluví o limitovaném znovu rodičovství (limited reparenting), které umožňuje pacientovi dosytit nenaplněné potřeby z dětství a postupně jej vede k posílení zralých zvládacích strategií. Nedávná studie ukázala, že tento přístup je účinnější než psychodynamická na přenos zaměřená psychoterapie (Giesen-Bloo et al. 2006).

Raná maladaptivní schémata

Young (1994) popsal 18 základních typů tzv. „raných maladaptivních schémat“, která se vytvářejí během dětství na základě negativních zážitků a narušených vztahů. Tato schémata rozdělil do 5 skupin, z nichž každá odpovídá narušení určité základní lidské potřeby během dětství.

I. Porucha navázání vztahů a odvržení

- *Opuštění / nestabilita* – Jde o hluboké zvnitřnělé přesvědčení, že důležití lidé nebudou schopni nebo ochotni poskytovat potřebnou péči, emoční podporu a ochranu, protože jsou emočně labilní či nespolehliví nebo protože mohou umřít nebo opustit pacienta ve prospěch někoho jiného. Toto schéma bývá následkem toho, že rodiče nenaplňují emoční potřeby dítěte – ať již v následku rozvodu, rozchodu, úmrtí nebo opuštění dítěte.
- *Zneužívání / nedůvěra* – Přesvědčení, že druzí budou člověka zraňovat, zneužívat, pokořovat, manipulovat a využívat ve svůj prospěch. Negativní chování druhých je vnímáno jako úmyslné a zlovolné. Vzniká zpravidla tehdy, když je jedinec v raném dětství vystaven sexuálnímu, fyzickému nebo psychickému týrání ze strany rodičů či sourozenců.
- *Emoční deprivace* – Jde o přesvědčení, že druzí člověku neposkytnou takovou emoční podporu, jakou potřebuje. Člověk s tímto schématem se cítí nepochopen, přehlížen, nedostatečně chráněn a podporován. Tito lidé byli obvykle v dětství vystaveni emočnímu přehlížení ze strany významných osob. Jedinci s tímto schématem vystupují jako chladní, nároční, stažení a vybírají si za partnerské osoby, které nejsou schopné či ochotné poskytovat emoční podporu.
- *Vadnost / stud* – Jde o přesvědčení, že daný člověk je ve své podstatě vadný a nepovedený. Tito lidé jsou přesvědčeni, že je nikdo nemůže mít rád a že se nikomu nemohou líbit, mají neustálý pocit studu a trpí strachem, že druzí odhalí jejich vady a zavrhnou je. Toto schéma vzniká tehdy, když je dítě vystaveno neustálé kritice, zesměšňování a odmítání ze strany rodičů.
- *Sociální izolace / odcizení* – Přesvědčení, že člověk je nepřítazlivý a že je jiný – horší – než druzí. Tito jedinci jsou přesvědčeni, že jsou oškliví, sexuálně neatraktivní, společensky neschopní a podřazení. Toto schéma se vytváří, když rodiče dítě kritizují kvůli jeho vzhledu, chování a dávají mu najevo, že je horší než druzí.

II. Narušená autonomie a projev

- *Funkční závislost/neschopnost* – Přesvědčení, že člověk nedokáže sám správně zvládat běžné denní úkoly bez výrazné pomoci ze strany druhých. Týká se to běžných rozhodnutí, plnění pracovních povinností, domácích prací apod. Toto schéma vzniká, když rodiče neumožní dítěti, aby si vytvořilo pocit vlastní schopnosti, samostatnosti a nezávislosti.
- *Zranitelnost vůči nebezpečí* – Přesvědčení, že člověku v každém okamžiku hrozí nějaká velká pohroma a že je člověk neschopen se před tímto ohrožením sám ochránit. Může jít o pohromu finanční, zdravotní, přírodní nebo o trestný čin. Toto schéma vzniká působením nadměrně protektivních rodičů, kteří dítěti vštípi přesvědčení, že svět je velice nebezpečné místo a život je nepředvídatelný.
- *Propletení/nevyvinuté jáství* – Přesvědčení, že emoční blízkost a těsné vztahy s druhými jsou možné pouze na úkor vlastní individuace a normálního vývoje vlastní osobnosti. Tito lidé jsou také často přesvědčeni, že by nebyli schopni přežít nebo být šťastni, pokud nebudou mít neustálou podporu ze strany někoho blízkého. Často se cítí s druhými natolik propletení, že nemají plný pocit vlastní identity a vnitřního směřování. Když jsou sami, cítí paniku a prázdnotu. Toto schéma se vytváří v kontextu nadměrně emocionálně propletené rodiny, kde nejsou ujasněny hranice mezi generacemi, nebo se tyto hranice neustále mění.
- *Selhání* – Přesvědčení, že člověk selže, když se o něco bude snažit a že jeho

schopnost dosáhnout nějakého výkonu je mnohem horší než je tomu u druhých. Postižený se považuje za netalentovaného, neschopného a hloupého člověka. Toto schéma se vytváří v prostředí trvalé kritiky ze strany rodičů, kteří dítě nepravdělivě srovnávají s jeho vrstevníky či sourozenci.

III. Narušení hranic

- *Nadřazenost/grandiozita* – Přesvědčení, že člověk je výlučný, má nárok dostat vše co chce, bez ohledu na to zda je to přiměřené a bez ohledu na potřeby druhých. Toto schéma se vytváří buď v rodinách, kde rodiče nevedou dítě k zodpovědnosti a rozmazlují jej, nebo jako kompenzace pocitů deprivace, sociální nežádoucnosti nebo nedostatečnosti.

- *Nedostatečná sebekontrola / sebedisciplína* – Přesvědčení o tom, že je nesmírně obtížné kontrolovat své potřeby a touhy a snášet jejich neuspokojení, nebo že je obtížné či zbytečné kontrolovat své emoce a impulsy. Toto schéma se vytváří v rodinách, kde rodiče své dítě nevychovávali, nevedou k sebeovládání a nestanovují žádné meze jeho chování. Toto schéma však také může vzniknout jako následek nesnesitelných pocitů nejistoty a napětí, vzniklých v prostředí nevypočitatelných a konfliktních rodinných vztahů.

III. IV. Zaměření na druhé

- *Podrobení se/submisivita* – Přesvědčení, že o člověku rozhodují druzí a že člověk nemůže mít vlastní přání a preference. Smyslem podřízení se druhým je vyhnout se jejich hněvu, odplatě nebo opuštění. Podřízení jedinci jsou přesvědčeni, že jejich vlastní touhy nejsou důležité a pro druhé významné, někdy ale cítí hněv vůči těm, komu se podřizují. Toto schéma vzniká tehdy, když rodiče dítě trvale trestají za to, že projevuje vlastní přání a potřeby.

- *Sebeobětování / Přehnaná odpovědnost* – Přesvědčení, že se člověk má dobrovolně zříci vlastních potřeb a dávat přednost druhým. Tito jedinci jsou motivováni snahou zbavit druhé bolesti a trápení, vyhnout se pocitům viny a zvýšit si pocit vlastní hodnoty. Toto schéma se může vyvinout u dětí, jejichž rodiče je příliš brzy postavili do role pečovatele – o sebe či o někoho druhého.

- *Hledání souhlasu a uznání* – Lidé se schématem nadměrné závislosti na souhlasu a uznání druhých jsou přesvědčeni, že když se jim tohoto uznání nedostane, znamená to, že jsou nějakým způsobem špatní. Rychle se dostávají do napětí a chovají se křečovitě a nepřírozně. Potřeba souhlasu a uznání bývá tak přehnaná, že může druhým lidem vadit.

IV. V. Nadměrná ostražitost a inhibice

- *Negativismus / obava z chyby* – Přesvědčení, že člověk udělá chybu, když se bude o něco aktivně pokoušet a že za tuto chybu pak bude potrestán, ať již druhými lidmi nebo osudem. Raději se o nic nepokoušet, protože všechno beztak dopadne špatně. Toto nastavení vzniká hyperkritickou výchovou, kdy každý prohrěšek i drobná chyba jsou neustále omílány, trestány nebo vysmívány. Snadno se taky učí nápodobou podobného rodiče.

- *Nadměrná sebekontrola / emoční inhibice* – Přesvědčení, že volné vyjadřování vlastních emocí by nutně vedlo ke ztrapnění, odmítnutí ze strany druhých nebo by to mohlo jedince či jemu blízké osoby ohrozit. Toto schéma vzniká tehdy, pokud rodiče dítěti velmi zdůrazňují nutnost sebeovládání a trestají jej když projevuje nějaké emoce, především hněv.

- *Perfekcionismus / hyperkritičnost* – Přesvědčení, že člověk musí bez ustání

usilovat o splnění těch nejvyšších nároků a požadavků, a to i na úkor štěstí, spontaneity, zdraví a spokojených mezilidských vztahů. Tito jedinci mají často vůči druhým nereálná očekávání ohledně morálky a výkonnosti. Kladou větší důraz na postavení, jmění a uznání než na vnitřní pohodu a vyrovnanost. Toto schéma vzniká v rodinách, kde je kladen nadměrný důraz na výkonnost, postavení a morální nadřazenost a kde rodiče projevují svou přízeň v závislosti na dosažených výkonech.

- *Extrapunitivnost* – Tito lidé jsou přesvědčení, že každou chybu druhých lidí je nutné potrestat, nikdo si nesmí dovolit ji přehlédnout. Drobné prohřešky druhých lidí vidí jako pod lupou a ihned na ně poukazují. Za cokoliv, co se kdekoliv stane, najdou viníky mimo sebe, nezávisle na míře vlastního podílu. Bývají agresivní buď přímo tím, že druhým nadávají, vyčítají nebo je jinak napadají, nebo nepřímou tak, že srovnávají s jinými situacemi. Zpravidla byli vychováni v rodinách, kde nadměrná kritika a vzájemné obviňování členů rodiny byly na denním pořádku a důležité bylo nenechat nikdy vinu na sobě.

Podpořeno grantem IGA MZ CR NT 11047-2010/4

Literatura

Young JE, Klosko JS & Weishaar ME: Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press 2003.

Young JE: Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota FL: Professional Resource Exchange 1994

Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A. Arch Gen Psychiatry. 2006;63:649–658.

KONCEPT MÓDŮ A JEJICH VYUŽITÍ

A. Grambat¹, J. Vyskočilová², J. Praško¹

¹Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

²Fakulta humanitních studií, Karlova Univerzita Praha, Česká republika

Summary

CONCEPT OF MODES AND ITS APPLICATION

A mode is the set of schema operations that are in one moment functioning for a person. It is a circumscribed complex pattern of emotional, cognitive a behavioral experiences, which operate in typical situations. The person reacts characteristically in each mode. Modes are functioning temporary. A person is pre dominantly in one particular mode at any given moment. There are four types of modes: child modes, maladaptive coping modes (avoidance, over-compensation, and surrender), dysfunctional internalized parental modes (such as punitive or critical parental voices), and a healthy adult mode, In collaboration with the client, modes get labeled their origin is explored and linked to current problems, and the possibility of modifying them is explored. Following such arrangements, dialogues between modes are initiated.

Keywords: schema therapy, borderline personality disorder, mode, maladaptive coping

Úvod

Podle Younga se vždy několik raných maladaptivních schémat účastní tzv. modu. Mody jsou typické komplexní vzorce emočního prožívání, myšlení a chování, které fungují v typických situacích. V každém „modu“ člověk reaguje charakteristicky. Schopnost zachytit mód, ve kterém se člověk nachází umožňuje rychle pochopení co se s člověkem děje a proč má tendenci reagovat konkrétním způsobem. Rozpoznání vlastních módů v jednotlivých okamžicích umožňuje bezprostřednou sebereflexi a svobodnou sebekontrolu. Proto je nácvik sebereflexe vlastních módů důležitou strategií v léčbě pacientů s hraniční poruchou osobnosti.

Young a spol. (2003) popsali celkem 10 schématických módů, které mohou být seskupeny do 4 širších kategorií:

- Dětské mody;
- mody Dysfunkčního zvládnání;
- dysfunkční Rodičovské mody;
- modus Zdravého dospělého.

Podle autorů jsou dětské mody vrozené a univerzální. Všechny děti se rodí s potenciálem je rozvinout. Jde o čtyři dětské mody: Zraněné dítě, Rozzlobené dítě, Impulzivní/nedisciplinované dítě a Šťastné dítě (u pacientů autoři používají více individuální názvy, např. Opuštěná Maruška apod.).

Zraněné dítě je modus, který je většinou projevem jádrových raných maladaptivních schémat: Opuštěného, Zneužívaného, Deprimovaného nebo Odmítaného dítěte (viz. předchozí kapitola). Rozhněvané dítě je rozhněvaná část v člověku, která se zlobí za nenaplněné dětské potřeby a jedná zlostně bez ohledu na důsledky. Impulzivní/nedisciplinované dítě vyjadřuje silné emoce, jedná podle touhy a náhlých potřeb, které se přirozeně různě mění, bez ohledu na možné důsledky pro sebe i druhé. Šťastné dítě je modus, který odráží fakt, že jádrové emocionální potřeby jsou naplňovány.

Mody Dysfunkčního zvládnání jsou podle autorů tři: Přizpůsobivý přežívající (Compliant surrenderer), Odtahitý obránce a Superkompenzátor. Tyto tři mody korespondují s třemi styly zvládnání – přežíváním, vyhýbáním se a hyperkompenzací. Přizpůsobivý přežívající je se chová jako pasivní, bezmocné dítě, snažící se naplnit potřeby druhých. Odtahitý obránce se emočně uzavírá, chová se s odstupem, vyhýbá se blízkosti, často podléhá abusu a používá další vyhýbavé a zabezpečovací mechanismy zvládnání životních problémů. Superkompenzátor je soutěživý, bojuje s ostatními, musí stále něco dokazovat sobě i okolí, aby se nepropadl do schémat zraněného dítěte. Všechny tyto maladaptivní mody zvládnání vedou dále k potvzrování jádrových schémat.

Dva popsané dysfunkční Rodičovské mody jsou: Trestající rodič a Vyžadující rodič. V těchto modech se lidé chovají jako rodiče, které si zvnitřnili. Trestající rodič trestá některé z dětských módů v sobě a když se tak chová někdo v okolí, používá výčitky, značkování a vysvětlování, jak je „dítě“ špatné. Vyžadující rodič zase neustále své vnitřní „dítě“ nutí k vyšším a dokonalejším standardům.

Konečně desátým modem je Zdravý dospělý. Je to modus, ke kterému se pacientovi snažíme v terapii zprostředkovat cestu a který laskavě pečuje o ostatní mody v nás i druhých.

Tyto mody reagování se střídají podle podnětů a situací, ve kterých se pacient nachází. Nejtypičtější je to u hraniční poruchy osobnosti. Dětské mody zde emoč-

ně fungují na úrovni potřeb 2–3letého dítěte. Protože rodiče se o emoční potřeby svého dítěte v tomto věku nestarali, nebo jej dokonce týrali, zůstává v člověku po zbytek života téměř neukojitelný hlad po péči a po přijetí. Pokud cítí nepříjetí nebo odmítání, dostává se do modu Zraněného dítěte, kdy reaguje silnou lítostí, smutkem, beznadějí, nebo Rozzlobeného dítěte, kdy se projevuje zlostně a agresivně. Emoční stavy a interpersonální chování slouží potřebám těchto základních modů. Protože emoce Zraněného dítěte jsou bolestné a po chování Rozzlobeného dítěte následují pocity viny (modus Trestající rodič), snaží se člověk s hraniční poruchou osobnosti negativní emoce potlačovat (funguje dokazovat v modu Odtahitý obránce). S potlačováním negativních emocí však dochází i k depersonalizaci a derealizaci, vytrácí se prožívání příjemných emocí. V modu Odtahitý obránce má člověk pocit, že svůj život neprožívají vůbec. Potlačování negativních emocí se trvale nedaří a člověk vybuchuje i po malých podnětech v modu Zlobivého dítěte nebo se propadá do modu Zraněného dítěte. Dalším možným modem hraničního pacienta je Superkompenzátor. V tomto modu je snaživý, perfekcionista, pomáhající a výkonný. Očekává, že za to bude ostatními přijímán a milován. V tomto modu však nedokáže dlouhodobě fungovat – je to příliš náročné a vyčerpávající. Navíc, protože jeho potřeba přijímání je mohutná (odpovídající dětskému modu Zraněného dítěte), zpravidla se mu chování okolí jeví jako nedostatečně přijímající. Pak opět propadá modu Zraněného dítěte nebo Rozzlobeného dítěte. Rychlé přechody mezi těmito základními mody lze vysvětlit emoční nestabilitou a nadměrnou zranitelností, typickou pro hraniční poruchu osobnosti.

Tabulka: Nejčastější mody schémat u člověka s hraniční poruchou osobnosti

MODUS	FUNKCE A PROJEVY A PŘÍZNAKY JEDNOTLIVÝCH MODŮ
Zraněné dítě	Bezmocné při naplňování svých potřeb nebo hledání ochrany <u>Projevy a příznaky:</u> deprese, beznaděj, závislost, ustrašenost, oběť, pocity bezcennosti, neschopnosti vzbudit v druhých lásku, ztráta, zoufalé úsilí vyhnout se opuštění, idealizace pečovateli,
Rozzlobené a impulzivní dítě	<u>Funkce:</u> chová se impulzivně, aby dosáhlo svých potřeb, ventiluje své pocity nevhodným způsobem <u>Projevy a příznaky:</u> intenzivní vztek, impulzivita, požadovačnost, znehodnocování, „manipulativnost“, kontrolování, zneužívání, vyhrožování sebevraždou, promiskuita
Trestající rodič	Jde o internalizaci kritických rodičů <u>Funkce:</u> trestá dítě za potřeby a pocity nebo děláni chyb <u>Projevy a příznaky:</u> sebenávist, sebekritičnost, sebezpopření, sebepoškozování, vztek na sebe za své potřeby
Odtahitý obránce	<u>Funkce:</u> potlačuje potřeby a pocity, vzdaluje se od lidí, chová se obezřetně, aby se vyhnul potrestání <u>Projevy a příznaky:</u> depersonalizace, pocity prázdnoty, nuda, zneužívání návykových látek, přejídání se, sebepoškozování, psychosomatické stesky, spolupracuje
Superkompenzátor	<u>Funkce:</u> vyhovět potřebám kritických rodičů <u>Projevy a příznaky:</u> nadměrně se snaží, přepracovává, je perfekcionista, obětavý,

Závěr

Módy jsou typické komplexní vzorce emočního prožívání, myšlení a chování, které fungují v typických situacích. V každém „modu“ člověk reaguje charakteristicky. Dovednost rozpoznávat vlastní módy v konkrétních okamžicích umožňuje bezprostřední sebereflexi a vsobodnou sebekontrolu.

Podpořeno grantem IGA MZ CR NT 11047-2010/4

Literatura

Praško J, Možný P, Šlepecký M: Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Triton, Praha 2007.

Young JE, Klosko JS & Weishaar ME: Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press 2003.

HRANÍ ROLÍ A UŽITÍ DRAMATERAPIE VE SCHÉMA TERAPII

J. Vyskočilová¹, J. Praško², A. Grambal²

¹Fakulta humanitních studií, Karlova Univerzita Praha, Česká republika

²Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

Summary

ROLE PLAYING AND USING OF DRAMATHERAPY IN SCHEMA THERAPY

Affects and emotions have been increasingly brought to the prominence in cognitive behavioural theory and practice. Research also suggests that distorted images of the self are common in people traumatized in childhood who develop psychiatric disorder and play a role in maintaining this disorder. Several cognitive and behavioral approaches have begun to emphasize emotional phenomena connected with traumatic memories. Role playing of stressful situation and changing the stressful situation in role playing are the useful methods for emotional processing applied within the cognitive behavioral therapy. Instead, patient hurtful situation imagined in his/her mind, he or she play it in session. After description of the childhood traumatic or stressful experiences therapist ask the patient to verbalize his/her opinion to the person, who maltreat him/her or who didn't help him/ her at past stressful situation. Aggressor or non-helping person could be symbolized by empty chair or by some object. The next step is adding problem solving in role playing. At first therapist together with the patient plan the best reaction on past traumatic or stressful situation. According the patient's instruction therapist plays the role of the helper. After that they play together the ideal solution of the situation. It is possible to create other helping persons.

There are many variants of role playing of memories. One of frequently used is inversion of roles, e.g. a patient plays the role of his father and therapist plays the role of the patient as a child. The aim is to better understand the feeling of other person and his/her behavior. Other variant is empty chair, monologue. Role playing is powerful strategy for emotional processing. After role playing

therapist must have enough time to calm down atmosphere, create safety, express the empathy and honor patient.

Keywords: emotional processing strategies; trauma; children needs; role playing

Úvod

Důležitým přístupem, jak pracovat s bolestnými emocemi spojenými s důležitými osobami v životě pacienta, je využití metody hraní rolí. Využívá se při ní různých postupů, jako je prázdná židle, dialog se sebou samým, záměna rolí, dvojník. Místo, aby si pacienti zraňující situaci představovali ve své mysli, jak tomu bylo při práci s imaginací, přehrávají ji ve scénkách. Partnerem jim může být terapeut, nebo se scénky využije ve skupině, kde pravidelně osloví i všechny pacienty s podobnými schématy.

Možností jak využívat hraní rolí je mnoho. Je možné vyjít ze situace zde a nyní a postupně ji propojit se situací z dětství a ukázat, v čem jsou si obě situace podobné (Praško et al. 2007). Uvedeme zde některé jednodušší postupy.

Nejdříve se snažíme přehrát situace z dětství, které souvisely s rozvojem maladaptivních schémat, pak najít podobné situace v dospělém věku a ty přehrát. V dalším kroku pak nabízíme pacientovi možnost začít jednat z modu „Zdravý dospělý“, jak v dětských, tak v dospělých situacích. Hraní rolí je účinná technika a je potřebné mít vždy dost času na zklidnění pacienta, případně skupiny. Terapeut musí zůstat klidný, zarámovat celou scénku do práce se schématy, ocenit odvalu pacienta, zdůraznit jeho schopnosti, které projevil v jiných situacích, a pochválit jej, jak scénku úspěšně zvládl.

Dialog

Pacient hraje sebe v dětském věku a terapeut nebo některý člen skupiny jednoho z rodičů, případně oba. Nejdříve se přehrává scéna tak, jak si ji pacient pamatuje. Ve druhém kole pak začne pacient reagovat na rodiče v modu „Zdravý dospělý“. Vyjádří, co k rodičům cítí a co od nich potřebuje. Podobnou scénku pak pacient přehrává o současné vztahové situaci, ve které se uplatňuje jeho maladaptivní schéma.

Dialog s dvojníky

Protože potřebuje dvojníky, používá se ve skupině. Během rozhovoru pacienta s rodičem nebo jinou důležitou osobou mohou v prvním kole za něj přistupovat i druzí členové skupiny a vyslovovat to, co si myslí, že by pacient měl vyjádřit. Ve druhém kole pak mohou přistupovat ostatní členové skupiny i za druhou osobu ve scéně a vyjadřovat její pocity. Podobně jako při dialogu se i v tomto případě emoční rekonstrukce děje ve dvou kolech, kdy ve druhém kole se pacient snaží mluvit z modu „Zdravého dospělého“.

Záměna role

Je postup, kdy k lepšímu vyjádření i pochopení druhé osoby pacient hraje tuto osobu a terapeut nebo spolupacient samotného protagonistu.

Prázdná židle

Na prázdné židli sedí buď rodič pacienta, nebo současná pro pacienta důležitá osoba. Pacient pak k této židli říká nejdříve bez cenzury vše, co by dotyčné osobě potřeboval sdělit. (dá se to i tematizovat: „Vše, co jsem ti zapomněl říct“, „Proč jsi mi to udělal?“, „Za co se na tebe zlobím a za co jsem ti vděčný“). Ve druhém kole zkouší pak říci to, co by řekl z mody „Zdravý dospělý“

Závěr

Hraní rolí je důležitá zážitková strategie umožňující kontakt s traumatickými emocemi a jejich propracování v bezpečné atmosféře terapeutického vztahu. Umožňuje emocionální zpracování hlubokých postojů k sobě a druhým lidem a jejich adaptivní změnu.

Podpořeno grantem IGA MZ CR NT 11047-2010/4

Literatura

Arntz A & Weertman A: Treatment of childhood memories: Theory and Practice. *Behav Res Ther* 1999; 37: 715–740.

Arntz A, Tiesema M, Kindt M: Treatment of PTSD: a comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2007; 38(4): 345–370.

Ehlers A, Hackmann A, Michael T: Intrusive re-experiencing in post-traumatic stress disorder: phenomenology, theory, and therapy. *Memory* 2004; 12(4): 403–415.

Epstein S (1994) Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *Am Psychol* 2004; 49(8): 709–724.

Praško J, Možný P, Šlepecký M: Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Triton, Praha 2007.

PŘEPIS TRAUMATICKÝCH UDÁLOSTI V IMAGINACI

J. Praško¹, J. Vyskočilová², A. Grambal¹

¹*Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika*

²*Fakulta humanitních studií, Karlova Univerzita Praha, Česká republika*

Summary

RESCRIPTION IN IMAGINATION OF TRAUMATIC EVENTS

A proportion of patients with borderline personality disorder report significant stressful experiences in their childhood. In many others, basic childhood needs, such as security, acceptance or appreciation, were not met. Without systematic processing of such traumatic experiences, their therapy fails and their problems become chronic. The basic principles in the treatment of patients who have developed mental disorders, contributed to by childhood and adulthood stressful events, include establishment of a therapeutic relationship, explanation of and education on what is happening with the patient and decreasing or removing stigmatization and feelings of guilt. The therapist helps the patient understand how the symptoms are related to burdening events of the childhood and

current problems. As a rule, rescripting is initiated only after cognitive processing of basic attitudes (core beliefs) and derived rules. The therapeutic process may be divided into several steps (a) creating a therapeutic atmosphere (security and control, acceptance, appreciation); (b) imagined exposure to painful experiences; (c) expressing negative emotions towards aggressors or persons who could not protect; (d) expressing the child's needs towards the person who should have protected him or her; (e) experiencing a better end – imagery rescripting of the story; and (f) general calming. The therapist's task is to help the patient to recall his or her memories of the stressful event and express an adequate affective experience, and then help him or her reprocess the experience so that its consequences were less painful. The text provides several examples of imagery rescripting of traumatic events.

Keywords: trauma; childhood needs; personality disorders; exposure therapy; rescripting of trauma

Úvod

Zážitkové metody jako je využití představivosti nebo hraní rolí se používají k zpracování hlubokých traumatických emocí. Jsou zaměřeny zejména na dva cíle (Praško et al. 2007):

- Vyvolat emoční stavy spojené s maladaptivními schémata
- Naučit pacienta v bezpečné atmosféře s těmito emocemi zacházet

Smyslem zážitkových technik je prožít si novou emoční (korektivní) zkušenost a umožnit propojení kognitivního porozumění s emocionálními stavy (Young 2003). Young je přesvědčen, že bez jejich použití nelze v KBT raná maladaptivní schémata zpracovat vůbec, protože nejsou dostupná vědomé kontrole.

Metoda

Přibližně 5 minut trvá vysvětlení smyslu práce v imaginaci, vlastní imaginaci pak věnujeme kolem 25 minut a dalších 20 minut je potřebných na zpracování toho, co pacient prožil. Před použitím imaginace při práci se schémata je potřebné pacientovi vysvětlit smysl této metody. Metodu uplatňujeme v době, kdy už pacient na kognitivní úrovni zná svá dysfunkční kognitivní schémata, rozumí, jak jeho fungují v jeho životě, jak vznikla a co je udržuje, co pozitivního a negativního mu přináší. Cílem imaginace je v relaxovaném stavu si začít představovat nepříjemné zážitky z dětství a pak korespondující zážitky z dospělosti, které jsou propojeny s aktivací maladaptivních schémat a změnit emoční doprovod těchto aktivovaných dysfunkčních schémat.

Vedoucím principem při vedení imaginace je používat co nejméně verbálních instrukcí. Důležité je, aby představa byla opravdu pacientova a nikoliv vsugerovaná terapeutem.

Jakmile je představa vytvořená, ptá se terapeut na myšlenky, emoce a všechny další charakteristiky, kterou jsou s představou spojeny. Co cítíte? Co vás napadá? Máte v sobě nějaký impuls něco udělat? Co se děje ve vašem těle? Co v tuto chvíli chcete?

Práce s imaginací končí tím, že terapeut požádá pacienta, aby si otevřel oči a pak mu položí otázky: Jaká byla pro vás tato zkušenost? Co pro vás tyto představy znamenaly? Jaká témata se objevila? Která schémata jsou spojena s těmito tématy?

Terapeut pomáhá pacientovi prožívat jeho představy co nejintenzivněji, aby se objevily všechny důležité emoce s nimi spojené. Terapeutovo empatické chápání pomáhá pacientovi, aby se do silných emocí mohl ponořit naplno.

Na počátku imaginativní práce je dobré začít s představou bezpečného místa. To je velmi důležité zejména pro emočně labilní a traumatizované pacienty. Začít s představou bezpečného místa je jednoduchá, nezraňující cesta, jak zahájit imaginativní práci. Cílem imaginace bezpečného místa je uklidnit a uvolnit pacienta.

Pokud již má pacient vytvořenou představu svého bezpečného místa, kam se může vrátit a zklidnit se tu, můžeme začít pracovat se zraňujícími představami z dětství. Zpravidla se zaměřujeme na následující představy (typicky zpracováváme v každém sezení jednu představu z dětství):

- Jakákoliv zraňující vzpomínka z dětství
- Jedna zraňující představa z dětství s každým z rodičů
- Zraňující situace s jinými blízkými lidmi, včetně vrstevníků, které se podílely na formování dysfunkčního kognitivního schématu.

Po probrání důležitých dětských představ, které souvisely s vytvořením raných maladaptivních schémat, vede terapeut pacienta k tomu, aby si představil současné situace, ve kterých se cítí podobně. Tím umožňuje propojení mezi dětskými vzpomínkami a jeho dospělým životem.

Terapeut pacienta instruuje, aby ve své představě vedl dialog jak s lidmi, kteří se podíleli na vytváření jeho maladaptivních schémat v dětství, tak s lidmi, kteří jeho schémata posilují v dospělosti. Young doporučuje používat v těchto imaginativních dialogích tři mody: modus „Zraněného dítěte“, „Dysfunkčního rodiče“ a „Zdravého dospělého“ (Young a kol. 2003).

Prvními důležitými osobami většiny pacientů v dětství jsou rodiče, proto práce s dialogy v imaginaci začíná obvykle u nich. Terapeut požádá pacienta, aby si zavřel oči a představil si sebe s rodiči v zraňující nebo nepříjemné situaci. To se podobá již uvedeným příkladům. Pak ovšem pacienta požádá, aby vyjádřil rodiči co nejzřetelněji, co k němu v tu chvíli cítí, obzvláště stenické emoce jako je zlost. Terapeut pomáhá pacientovi, aby si uvědomil své dětské potřeby a vyjádřil zlost vůči rodiči za to, že tyto oprávněné potřeby dítěte nenaplňoval. Důvodem není jen očistný účinek z vyjádření hněvu, ale hlavně postavení se vlastnímu schématu. Boj proti vlastnímu schématu umožňuje pacientovi se od něj distancovat a změnit ho. Když pacient říká: „Nechci, aby mě dále kritizovala!, Nechci, abys mě dále kontroloval, nadával mi nebo vyčítal! Potřebuji lásku a ty mi ji nedáváš! Potřebuji, abys sis mě konečně všimnul, abys mě pochválil, abys sis mě vzal na klín!“ cítí se očistěn, nepodléhá už rodičovskému tlaku, ale opírá se sám o sebe. Někdy je poslušnost vůči autoritě tak silná (schéma Podrobení se), že pacient pochybuje o tom, že by vůči rodiči mohl být vůbec kritický. V tom případě je na místě racionální pohovor o univerzálních potřebách a základních právech dítěte. Někteří pacienti říkají, že mají z tohoto imaginárního dialogu pocity viny. Věřící, že vyjádřit zlost vůči vlastním rodičům je něco špatného či nemorálního. Rodiče si to nezaslouží. Buď dělali vždy všechno dobře nebo bylo jejich chování vedeno dobrým úmyslem. Terapeut musí jasně vyjádřit, že rodiče za špatné nepovažuje, že je ovšem potřebné rozlišit chování, které vedlo pacienta k vytvoření jeho maladaptivního schématu, kterému rodič často sám nerozuměl, a celkové chování rodiče.

Pro řadu pacientů je vyjádření zlosti vůči rodičům nejdůležitějším krokem v uvědomění si kořenů jejich maladaptivních schémat. Pro mnohé je to však jen část cesty. Dalším krokem je nalezení dobrých vlastností rodičů a přijetí rodičovských omezení. Tento krok však nesmí předejít vyjádření zlosti, jinak bývá jen povrchní a schémata nemění, spíše je vyjádřením schématu.

Na konci imaginace vrátí terapeut pacienta z představy do přítomnosti a nechá ho otevřít oči. Pak spolu prožitek, který měl v imaginaci, prodiskutují. Proberou schéma, se kterým imaginace souvisela.

Po imaginaci pomáhá terapeut pacientovi vyslovit, co se vlastně během imaginace přihodilo. To umožňuje kognitivní integraci silných emočních stavů, které pacient během imaginace prožíval.

Podpořeno grantem IGA MZ CR NT 11047-2010/4

Literatura

Praško J, Možný P, Šlepecký M: Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Triton, Praha 2007.

Young JE, Klosko JS & Weishaar ME: Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press 2003.

Young JE: Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota FL: Professional Resource Exchange 1994

POUŽITÍ TERAPEUTICKÝCH DOPISŮ VE SCHÉMA TERAPII

A. Grambal¹, J. Vyskočilová², J. Praško¹

¹Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

²Fakulta humanitních studií, Karlova Univerzita Praha, Česká republika

Summary

USING OF THERAPEUTIC LETTERS IN SCHEMA THERAPY

The letter writing is a therapeutic strategy, which can help to the patients to cope with the relationship to the significant people from their childhood. The social and the interpersonal experience from the childhood significantly affect behavior of the individual in the adult age. The purpose of writing letters is to experience and to understand their own feelings, to cope with strong emotional experiences, which are related to the injuries in the childhood. The letter-writing process is carried out in a safe atmosphere of the therapeutic relationship, where the patients can learn to deal with these emotions. The basic types of therapeutic letters are these four: not censured letter, emphatic letter from the "other side", the letter to the "inner child" of the significant person and the letter "visit-card".

Keywords: emotional schemas, therapeutic letters, emotional processing, cognitive behavioral therapy, traumatic experiences from childhood.

Úvod

Důležité osoby, které souvisely s vytvořením a udržováním negativních jádrových schémat, mají dlouhodobý, často celoživotní vliv na pacienta. Není podstatné, zda je pacient s těmito osobami v kontaktu, zda žijí daleko, nebo dokonce již zemřely, ale z pohledu pacienta hrají nadále významnou roli v jeho sebehodnocení, v hodnocení druhých a okolního světa. Jednou z možností, jak tyto traumatické, zpravidla dětské zkušenosti zpracovat, je napsat dopis původcům jádrových schémat. Nejčastěji jsou to rodiče. Účelem psaní terapeutických dopisů není aktuální dohoda s druhým, ale prožití (expozice) a pochopení vlastních pocitů a následně i postupná změna hlubokých přesvědčení o sobě a druhých. Psaní dopisů je typické domácí cvičení. Někdy je však natolik emočně silný, že je lépe, když jej pacient napíše v blízkosti terapeuta (např. v čekárně nebo v denním stacionáři). Dopisy se píšou důležitým osobám v životě pacienta, zpravidla rodičům, sourozencům, důležitým přátelům a partnerům, eventuálně dětem. Pacient dopis napíše, pak jej přinese do sezení a tam jej terapeutovi přečte. Dopisu používá pacient k vyjádření svých pocitů a potřeb, včetně obhajoby svých práv. Nejde o dopisy, které by se měly dotyčným osobám posílat. Pacient píše vlastně dopis osobám uvnitř sebe, těm osobám, které se kdysi podílely na vzniku jeho maladaptivních schémat nebo těm osobám, které je v současnosti pomáhají udržovat. Jde však spíše o jeho vnitřní reprezentace těchto osob než o to, jaké tyto osoby v reálném životě jsou. Běžně se píšou dopisy osobám, které už zemřely. Obvyklý postup zahrnuje nejméně dva dopisy jedné důležité osobě:

Necenzurovaný dopis

První v řadě dopisů určených ke zpracování emocí souvisejících s důležitými osobami v životě je necenzurovaný. Má obsahovat všechny emoce, potřeby, nároky a odsudky, které pacienta k této osobě napadají. Důležité je nechat zaznít všechno v co nejsyrovější podobě. Pokud je to moc „učesané“, terapeut požádá pacienta, aby napsal další, otevřenější dopis. Pacientovi pomáhá v tom, aby objevil další důležité emoce ve vztahu: zlost, lítost, zklamání, touhu, přání, lásku. Tento dopis mu má mimo jiné pomoci v zažití faktu, že každý vztah je mnohovrstevný.

Dopis z druhého břehu

Druhým dopisem je „dopis z druhého břehu“. Je o to napsat dopis, který by pacient přál dostat od důležité osoby (rodič, sourozenec, partner, přítel apod.). I když si ho píše sám, formulace může být pro něj velmi důležitá, protože v něm si pacient uvědomuje, co by vlastně chtěl. I takový dopis může pacientovi pomoci narušit jeho maladaptivní schémata.

Jde o „ideální“ dopis, který by měl pomoci ošetřit zranění, ke kterým v dětství a v průběhu života došlo. Pacient píše tento dopis sám sobě. Jde o fiktivní dopis, který by doopravdy chtěl dostat a který by zahojil jeho zranění z dětství, povzbudil jeho sebevědomí, ujistil ho o lásce, respektu v očích blízké osoby a důvěře v sebe samého. Tento dopis je určený k vytvoření sebe-podpory, mělo by v něm být vystiženo to, co by rád slyšel: omluvu, zdůvodnění negativního chování, projevy blízkosti, osvobození („dokážeš sám“), přijetí („jsi moje“), bezpečí („stojím za tebou“), lásky („miluji tě“). Vyslovením konkrétních přání si pacient začíná vytvářet vnitřního ideálního rodiče.

Dopis dítěti důležité osoby

Pacient píše „dítěti“ svého blízkého. Před psaním tohoto dopisu je vhodné promluvit s pacientem o dětství osoby, které patřily předešlé dopisy. Práci může usnadnit, když pacient přinese fotografii z dětství blízké osoby. Základní otázkou, kterou terapeut pacientovi klade, je, jaké bylo dětství tohoto blízkého, co jej potkalo, co mu v dětství scházelo, zda měl nějaká trápení, stresy, jaké byly jeho životní podmínky. V dopise, který mu pak pacient píše, by měl ošetřit vše, co v životě tohoto dítěte nebylo dobré, ochránit je, povzbudit a naplnit nenaplněné potřeby. Smyslem tohoto dopisu je plně si uvědomit, že i člověk, který byl spojen s vytvořením negativních postojů u pacienta, byl kdysi dítětem, jehož dětské potřeby byly nenaplněny. To pacientovi umožňuje pochopit chování této osoby v dospělosti.

Dopis vizitka

Jde o „cenzurovaný“ dopis, psaní v modu „dospělý – dospělému“, tedy odvážně, důstojně, směřujíc ke smíření, nikoli k ústupu, a s respektem sám k sobě i k oslovené osobě. Pacient tak formuluje zdravě sebevědomý a zároveň chápající postoj k někomu, koho původně vnímal jako původce svých zranění. Může, ale nemusí obsahovat odpuštění, měl by ale obsahovat pochopení pro druhou osobu a její situaci, pro motivy jejího chování. Některé skutečnosti, jako je týrání nebo sexuální zneužívání, odpustit ani není reálně možné. V této fázi terapeut poukazuje na důstojnost a možné sociální sdílení při psaní závěrečné formy dopisu. Jde o dopis, který by pacient mohl blízké osobě poslat. Nutné ani potřebné to však není, protože jde spíše o formulování si svojí dospělé role.

Závěr

Technika psaní dopisů patří mezi významné kognitivní a zároveň zážitkové techniky určené k emocionální restrukturalizaci. Díky kognitivnímu a emocionálnímu vyhýbání (potlačení) se řada nezpracovaných emočních zkušeností z dětství přenáší do dalších situací, které jsou s nimi v něčem podobné.

Podpořeno grantem IGA MZ CR NT 11047-2010/4

Literatura

Praško J, Možný P, Šlepecký M: Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Triton, Praha 2007.

PŘENOS A PROTIPŘENOS Z HLEDISKA SCHÉMA TERAPIE

J. Vyskočilová¹, J. Praško², A. Grambal²

¹Fakulta humanitních studií, Karlova Univerzita Praha, Česká republika

²Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

Summary

TRANSFERENCE AND COUNTERTRANSFERENCE IN SCHEMA THERAPY

Transference and countertransference could be significant sources of insight about the patient's, therapist's and supervisor's inner worlds. Transference phenomena are viewed as a reenactment in the treatment relationship of key elements of previous significant relationships. Countertransference occurs in CBT when the relationship with the patient activates automatic thoughts and schemas in the clinician, and these cognitions have the potential for influencing the therapy process. Schema therapy shares the view that schemas are crucial to understanding of personality disorders, but also can help to understand the emotional reaction of therapist. A mode is the set of schema operations that are in one moment functioning for a person. It is a circumscribed complex pattern of emotional, cognitive a behavioral experiences, which operate in typical situations. When therapist suspects that countertransference may be developing, he/she could try to identify her/his automatic thoughts and schemas. More comprehensive approach is to quickly identify in which mode him/her are at that moment and reflect it such reaction is for the patient benefit or not. Understanding therapist countertransference reactions and theirs management are a significant point of supervision. Self-reflection and realizing the countertransference can therapist help to overcome it and may be necessary for overcoming stagnation in therapy. Understanding own mode and their flipping into the therapeutic session is an important tool in psychotherapy and supervision.

Keywords: psychotherapy; therapeutic relationship; countertransference; schema modes; ethics

Úvod

Přenos byl původně zařazen mezi důležité složky terapeutického vztahu klasikou psychoanalýzou. V rámci psychoanalytického pohledu je terapeutický vztah souhrnem reálného vztahu dvou lidí, pracovního spojení, přenosu a protipřenosu.

Při přenosu si klient promítá na svého terapeuta myšlenky a pocity, které mají kořeny v dřívějších postavách jeho života. Klient se vztahuje ke svému terapeutovi zčásti tak, jak se vztahoval k důležitým lidem v minulosti. Protipřenos je naproti tomu charakterizován postoji, myšlenkami a pocity, které klient vyvolal v terapeutovi.

Klasický přístup vymezoval protipřenos jako patologickou reakci terapeuta na klienta, která pramenila z terapeutových vlastních nevyřešených konfliktů. Byl chápán jako překážka léčby, kterou je třeba odstranit. Později se ukázalo, že protipřenos je přítomen v každém terapeutickém vztahu. Přítom terapeutovy reakce na klienta mohou být cenným zdrojem informací, které lze účinně využít

jako hybnou sílu léčby – to ovšem v případě, že terapeut sám prošel procesem sebepoznání a minimalizoval své vlastní „slepé skvrny“. Celostní pojetí dnes chápe protipřenos především jako úplnou odezvu (vědomou i nevědomou) terapeuta na klienta. Zvědomění a porozumění protipřenosu pomáhá terapeutovi, aby klientovi neškodil, a aby mu naopak mohl více pomoci, čímž se dotýká základních etických premis.

Terapeutický vztah ze strany klienta

Terapeutický vztah je ze strany klienta utvářen celou řadou postojů a očekávání, které jsou dány:

- (a) vztahem k terapeutovi jako představiteli autority, systému v závislosti na osobní zkušenosti s autoritami, na zkušenosti s předchozími terapeuty,
 - (b) vztahem klienta k sobě samému (nakolik věří sám sobě, svým schopnostem zvládat, mít hodnotu, kontrolovat svoje prožívání a reagovat na stres, nakolik se sám značkuje),
 - (c) vztahem k terapeutovi dle jeho reálného chování (jak se terapeut chová a jak na něj působí)
 - (d) vztahem k terapii jako takové (nakolik jí věří, věří, že se k němu hodí, co od ní očekává a co očekává od sebe v terapii),
 - (e) vztahem k terapeutovi v kontextu společenských postojů, včetně mýtů o terapii a terapeutech
 - (f) vztahem k terapeutovi dle jeho pověsti (co o něm slyšel)
 - (g) vztah k celému systému a prostředí, kde se terapie odehrává.
- Všechny výše uvedené aspekty se mohou dynamicky měnit v průběhu terapie.

Práce s přenosem

Pokud si terapeut přenos klienta uvědomuje, může jej využít v terapii pro dobro klienta buď nepřímou, kdy klienta nenechává do procesu přenosu nahlédnout, nebo přímo, kdy mu pomáhá jej objevit (pojmenovat očekávání), a uvědomit si jeho souvislosti (historické i současné), vliv na terapii a vztahy mimo terapii a zpracovat tak, aby se mohl ve svém životě lépe orientovat i adaptivně chovat. Zvědomování přenosového vztahu vyžaduje takt a empatii terapeuta s vědomím možného zranění klienta. Přímá konfrontace může způsobit zesílení přenosu, proto bývá zpravidla užíváno strategie řízeného objevování, která pomáhá klientovi, aby si na to přišel sám.

Práce s přenosem umožňuje identifikovat a modifikovat jádrová schémata i podmíněná přesvědčení, jeho raná maladaptivní schémata a jeho módy fungování. V terapeutickém vztahu je přenosový vztah zkoumán při prožívání zde a nyní. Při adaptivní korekci přenosového vztahu, kdy si klient v realitě terapeutického vztahu ověřuje platnost svých dysfunkčních očekávání vůči terapeutovi, dochází zpravidla i ke změně pohledu klienta na sebe (zvýšení sebepřijetí) a změně jeho vztahu k druhým lidem, zejména autoritám a blízkým (zvýšení důvěry i schopnosti spolupráce). Interpersonální maladaptivní schémata (např. „Druzí odmítají neschopné“) i schémata o sobě (!“Jsem neschopný.“) mohou být při práci s přenosem korigována.

Závěr

Přenosový vztah může fungovat v součinnosti s terapií a pomáhat dosažení jejích cílů, nebo celý proces terapie omezovat, narušovat či blokovat. U klientů s poruchou osobnosti se terapeutický vztah stává ohniskem terapie. Může být využíván k identifikaci automatických myšlenek, dysfunkčních předpokladů a jádrových přesvědčení i k jejich změně. Přenos může být také zneužit ve prospěch terapeuta na úkor klienta a k tomuto překračování hranic může docházet neuvědoměle nebo vědomě. Etická reflexe terapeutického vztahu je možná až tehdy, když terapeut zvědomí a konceptualizuje přenos klienta i vlastní protipřenosové reakce. Sebereflexe však musí být doplněná kladením si relevantních etických otázek.

Podpořeno grantem IGA MZ CR NT 11047-2010/4

Literatura

Prasko J, Diveky T, Grambal A, Kamaradova D, Mozny P, Sigmundova Z, Slepecky M, Vyskocilova J. Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. *Biomedical Papers* 2010;154:189–198.

Prasko J, Mozny P, Novotny M, Slepecky M, Vyskocilova J: Self-reflection in cognitive behavioural therapy and supervision. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2012;156(4):377–384.

Prasko J, Vyskocilova J. Countertransference during supervision in cognitive behavioral therapy. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2010;52:251–260.

Vyskocilova J a Prasko J: Countertransference, schema modes and ethical considerations in cognitive behavioral therapy. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2013;55(1–2): 33–39.

SYMPOSIUM PSYCHIATRICKÉ KLINIKY BRNO A CEITEC: NOVÉ PŘÍSTUPY V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ PSYCHICKÝCH PORUCH

garant prof. Eva Češková

MOŽNOSTI TRANSKRANIÁLNÍ SONOGRAFIE V PSYCHIATRII

P. Šilhán^{1,2}

¹Oddělení psychiatrické, Fakultní nemocnice Ostrava, Ostrava, Česká republika, ²Katedra interních oborů, Lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, Ostrava, Česká republika

Summary

THE POSSIBILITY OF TRANSCRANIAL SONOGRAPHY IN PSYCHIATRY

Over the past 20 years the use of transcranial B-mode sonography (TCS) to assess brainstem and subcortical brain structures has become an important tool for the diagnosis of movement disorders in neurology. In Parkinson's disease (PD), TCS is able to detect a hyperechogenic and enlarged area of the substantia nigra (SN) as a marker of nigrostriatal damage and helps to differentiate idiopathic PD from other forms of parkinsonian syndromes (PS). The SN hyperechogenicity is also present in patients with a neuroleptic-induced PS. In psychiatry TCS revealed reduced echogenicity of the brainstem raphe (BR) as a characteristic finding in unipolar depression, depression form of adjustment disorder and organic depression associated with Parkinson's and Wilson's disease, but not in bipolar disorder. The BR hypoechogenicity was also described in panic disorder patients and as a trend in obsessive-compulsive disorder, where, in addition, the hyperechogenicity of the caudate nucleus was found. The ADHD children and adolescent patients showed an increase in echogenic size of the SN. So, TCS could be successfully used to explore other psychiatric disorder, help with establishing the diagnosis and differentiation of specific disorder's subgroups.

Keywords: transcranial sonography, TCS, psychiatry, Parkinson's disease, depression, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, ADHD, neuroleptic-induced parkinsonian syndrome

Úvod

Trans kraniální ultrazvukové vyšetření (TCS) se zobrazením v B-módu je poměrně mladá zobrazovací metoda využívaná především v neurologii. V posledních 20 letech zaznamenala značný rozvoj a stala se významným pomocníkem především v diagnostice Parkinsonovy choroby (PCh), ale také dalších převážně pohybových poruch. Své první, zatím spíše experimentální výsledky přinesla také v oblasti duševních poruch.

Technika TCS

Zvuk je mechanické vlnění o frekvenci 16 Hz až 20 KHz, přičemž zvuky o kratší vlnové délce a vyšší frekvenci označujeme jako ultrazvuk. Jeho průniku a odrazu

na rozhraní různých prostředí využívají sonografy. Vysílají vlnění v ultrakrátých pulzech a registrují odražená kvanta vlnění a čas jejich návratu. Ve starším způsobu zobrazení, tzv. typu A (amplitude), se zobrazuje vzdálenost místa odrazu polohou na stanovené ose a kvantum odraženého vlnění pomocí amplitudy výchylky. V zobrazení typu B (brightness) se intenzita odraženého vlnění vyjadřuje stupněm šedi. Obě zobrazení jsou jednorozměrná, k získání dvourozměrného obrazu se v B-zobrazení využívá většího počtu paprsků vedle sebe či kmitání zdroje ultrazvukového vlnění. Při TCS se využívá sonografů o frekvenci 2,0–3,5 MHz. Rozlišovací schopnost techniky je srovnatelná s MRI, event. mírně vyšší, protože MRI snímky jsou při delším snímání narušeny i minimální pohyby.

Vyšetření TCS probíhá ve třech základních standardizovaných rovinách. Sonda se přikládá v oblasti temporálního akustického okna preaurikulárně.

1) Rovina mozkového kmene. Zachycuje téměř axiální řez mozkovým kmenem ve výši mesencefalu. V porovnání se standardním MRI obrazem TCS umožňuje diferencovat řadu struktur mozkového kmene, zvl. SN, nucleus ruber (NR) a rafeální zónu (RZ). Zachytit však lze rovněž hipokampus, dolní frontální lalok a části temporálního a okcipitálního laloku.

2) Ventrikulární rovina či rovina talamu. Prochází třetí komorou mozkovou a šišinkou, nikoliv však v axiálním řezu, ale stranově vzestupně, takže zobrazované struktury nejsou symetrické. Rozlišení v oblasti přiléhající k sondě není ideální a zachyceny jsou spíše středové a kontralaterální struktury. Lze stanovit šíři třetí mozkové komory, dále zobrazit talamus, nukleus lentiformis a nukleus caudatus.

3) Rovina mozečku či rovina zadní jámy lební. Umožňuje zobrazení čtvrté komory mozkové, vermís a hemisfér mozečku spolu s nukleus dentatus (1).

Poruchy pohybu

TCS je v současnosti důležitým nástrojem časné a pravděpodobně také preklinické detekce PCh. Je založená na detekci hyperechogenity a zvětšení plochy SN, která je markerem nigrostriálního poškození. Má specifitu i senzitivitu kolem 90%. Hyperechogenní SN můžeme nalézt také u 8–10% asymptomatických pacientů, kde pravděpodobně naznačuje subklinickou alteraci nigrostriálního systému.

TCS lze rovněž užít v odlišení PCh od ostatních parkinsonských syndromů (PS). Sekundární PS zahrnují příznaky bradykineze, rigidity a tremoru vyvolané jinými příčinami než degenerací nigrostriálního systému. Pomocí TCS je u nich možné diferencovat další specifické nálezy jako šířku komor v případě hydrocefalu nebo nález hyperechogenity nukleus lentiformis u Wilsonovy choroby. Jindy je nutné spokojit se s absencí hyperechogenity SN, jako je tomu u PS vaskulárního či posttraumatického původu. Esenciální tremor je charakterizován nižším výskytem hyperechogenity SN než u PCh, ale vyšším než u zdravé populace. Nález hyperechogenní SN je i zde považován za rizikový faktor rozvoje PCh a možné spojení mezi etiopatogenenezí esenciálního tremoru a PCh. Podobné jsou nálezy a jejich vysvětlení také u pacientů s unipolární depresí. Deprese samotná je považována za možný premotorický příznak PCh. Oproti esenciálním tremoru je však v 50–70% přítomen specifický nález hypoechogenity rafeální zóny (RZ) středního mozku.

Atypické PS zahrnují stavy, které z neznámých příčin vedou k neurodegeneraci nigrostriatálního systému a atypickým parkinsonským příznakům – instabilitě a pádům, vegetativním příznakům, malé odpovědi na levodopu a rychlejší progresivní nemoci. Multisystémová atrofie není spojena s hyperechogenitou SN, progresivní supranukleární paralýza jen přibližně ve třetině případů, oba stavy jsou navíc charakterizovány hyperechogenitou nukleus lentiformis. Naopak málo výtežná je TCS při odlišení PCh od demence s Lewyho tělisky a od kortikobazální degenerace, které jsou rovněž spojeny s hyperechogenitou SN.

Depresivní stavy

U pacientů s unipolární depresí je v 50–70% nacházena snížená echogenita RZ mozkového kmene zahrnující sníženou sytost RZ či přerušení až vymizení její linie. Hypoechogenita RZ může být spojena s dobrou odpovědí na léčbu SSRI. Naprostá většina studií však neodhalila žádnou souvislost s věkem, pohlavím, délkou či závažností nemoci. Předpokládá se, že změna obrazu je způsobena strukturálními změnami dorsálního rafeálního jádra nebo procházejících nervových vláken. Obdobné jsou nálezy rovněž u depresivních poruch způsobených a také u organických depresivních poruch v rámci PCh či Huntingtonovy chorey. Naopak v případě bipolární afektivní poruchy typu I i typu II nebyl prokázán signifikantní rozdíl obrazu RZ mezi pacienty a kontrolami a dokonce ani mezi pacienty s depresí, mánií či v remisi navzájem.

Úzkostné poruchy

V pilotní části výzkumu echogenity rafeální zóny u pacientů s panickou poruchou, který probíhal v letech 2012–13 ve FN Ostrava (zatím nepublikované výsledky), byla zjištěna signifikantně častěji hypoechogenita RZ u pacientů (15 případů, 60%) než v souboru zdravých kontrol (7 případů, 28%), $p < 0,023$. Nález nesouvisel se závažností příznaků onemocnění.

Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD)

U pacientů s OCD byl proti zdravým kontrolám zjištěn trend k častějšímu nálezu snížené echogenity rafeální zóny mozkového kmene ($p = 0,073$) a signifikantně častější hyperechogenita nucleus caudatus ($p = 0,014$).

Polékový parkinsonský syndrom

U pacientů léčených anitpsychotiky bylo prokázáno, že pacienti se středním a těžkým PS mají vyšší echogenitu SN než pacienti s mírným či žádným PS a že závažnost PS koreluje se vstupní echogenitou SN. Také stranová asymetrie parkinsonských příznaků korelovala se stranově asymetrickými nálezy na SN. Podle autorů tak může být hyperechogenita SN markerem subklinického poškození nigrostriatálního systému, který se manifestuje použitím antipsychotik.

ADHD

Opakované studie s TCS u dětských pacientů zjistily, že ADHD je spojeno s hyperechogenitou SN. Ta je fyziologicky přítomna u dětí v prvních letech života, s dalším vývojem ustupuje. Nález hyperechogenity tedy může u ADHD odrážet opožděný vývoj mozku, protože však ve studiích nekoreloval s věkem, odráží spíše alteraci dopaminového metabolismu.

Závěr

TCS je standardně využívanou vyšetřovací metodou v neurologii, její dosavadní slibné výsledky v psychiatrii však odůvodňují její využití také u duševních nemocí. Přispět může k výzkumu etiopatogeneze duševních poruch, ke zpřesnění jejich diagnózy a diferenciální diagnózy, žádoucí je však její využití také při výzkumech efektů léčby, kde by mohla napomoci diferenciaci jednotlivých subtypů klinických jednotek a v predikci terapeutické úspěšnosti vybraných postupů léčby.

Literatura

1. Školoudík D, Walter U. Method and Validity of Transcranial Sonography in Movement Disorders. *International Review of Neurobiology* 2010 (90): 7–34.
2. Berg D, Godau J, Walter U. Transcranial sonography in movement disorders. *Lancet Neurol* 2008 (7): 1044–55.
3. Mijajlović MD. Transcranial sonography in psychiatric diseases. *Perspectives in Medicine* 2012 (1): 357–361.
4. Bartová P, Školoudík D, Bar M et al. Transcranial sonography in movement disorders. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2008; 152(2): 251–258.
5. Mavrogiorgou P, Nalato F, Meves S et al. Transcranial sonography in obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res.* 2013; 47(11): 1642–8.

MOŽNOSTI TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKÉ STIMULACE V DIAGNOSTICE DUŠEVNÍCH PORUCH

L. Ustohal^{1,2,3}, R. Příkryl^{1,2,3}, M. Mayerová^{1,2,3}, S. Dudašková³, J. Synková¹, I. Stehnová^{1,3}, B. Valková¹, T. Svěrák^{1,2,3}, E. Česková^{1,2,4,5}, T. Kašpárek^{1,2,3}

¹Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, Brno, Česká republika, ²CEITEC MU, Brno, Česká republika, ³Lékařská fakulta Masarykovy Univerzity, Brno, Česká republika, ⁴Oddělení psychiatrické, Fakultní nemocnice Ostrava, Ostrava, Česká republika

⁵Katedra interních oborů, Lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, Ostrava, Česká republika

Summary

POSSIBILITIES OF TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION IN THE DIAGNOSTICS OF MENTAL DISORDERS

Cortical inhibition is a neurophysiological mechanism whereby GABA interneurons attenuate the activity of other neurons. The inhibitory and excitatory mechanisms can be assessed using transcranial magnetic stimulation (TMS). Inhibitory and excitatory paradigms include cortical silent period (CSP), short-interval cortical inhibition (SICI), amplitude of motor evoked potential (MEP), resting motor threshold (RMT) and intracortical facilitation (ICF). Studies in obsessive-compulsive disorder, major depressive disorder and schizophrenia revealed impairment of various of these parameters. But at the present time we cannot use TMS for diagnostic purposes because of some uncertainties.

Keywords: transcranial magnetic stimulation, cortical inhibition, diagnostics, OCD, MDD, schizophrenia

Úvod

Kyselina gamaaminomáselná (GABA) je hlavní inhibiční neurotransmiter v mozku a má se za to, že hraje velmi důležitou roli v kortikální excitabilitě a neuroplasticitě, o kterých se předpokládá, že jsou narušeny u řady neuropsychiatrických poruch. GABAergní neurony tvoří 25–30% neuronální populace v motorickém kortexu. Aktivita pyramidových buněk je synchronizována rovnováhou inhibičních a excitačních postsynaptických potenciálů. Inhibiční postsynaptické potenciály jsou generovány GABAergními interneurony končícími na pyramidových buňkách. Kortikální inhibice je pak neurofyziologický mechanismus, při kterém GABA inhibiční interneurony ovlivňují aktivitu ostatních neuronů v kortexu.

Metody

Neinvazivní metodou, která dokáže zkoumat inhibiční a excitační mechanismy je transkraniální magnetická stimulace (TMS). Lze k tomu využít různá paradigmatata. Dělit je můžeme dle dvou hledisek. Na inhibiční a excitační či na ta, která užívají jednopulsovou TMS (single-pulse TMS) či párovou stimulaci (paired-pulse TMS).

Mezi inhibiční paradigmatata patří kortikální tichá perioda (cortical silent period – CSP) a kortikální inhibice s krátkým intervalem (short-interval cortical inhibition – SICI). Trvání CSP je měřeno od začátku motorického evokovaného potenciálu (MEP) do návratu elektromyografické aktivity. CSP se pak dle studií jeví být asociována s GABA-B receptory mediovanou inhibiční neurotransmisí. Naproti tomu SICI, která je měřena aplikací podprahového podmiňovacího stimulu následovaného nadprahovým testovacím stimulem v krátkém interstimulačním intervalu a rezultující v inhibici MEP o 50–90%, je spojována s GABA-A receptory mediovanou inhibiční neurotransmisí.

K excitačním TMS paradigmatům náleží amplituda motorického evokovaného potenciálu (motor evoked potential – MEP), klidový motorický práh (resting motor threshold – RMT) a intrakortikální facilitace (intracortical facilitation – ICF). Amplituda MEP je měřena jako průměrná odpověď na sérii aplikovaných pulsů o konstantní intenzitě. RMT je definován jako minimální intenzita, která vyvolá MEP > 50mikroV v pěti z deseti pokusů v relaxovaném svalu. Konečně při ICF následuje po podprahovém podmiňovacím stimulu nadprahový testovací stimulus, které společně vyvolají zesílený MEP. ICF je spjata s glutamatergní excitační neurotransmisí (1,2).

Narušení kortikální inhibice je zjišťováno u různých duševních poruch, dále budou popsány nálezy u tří z nich – u obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD), depresivní poruchy a schizofrenie.

Výsledky

U OCD byla zjištěna deficitní SICI, zesílená ICF a zkrácená CSP. RMT nebyl změněn, dle některých údajů je redukován. To vše ukazuje na sníženou kortikální inhibici, což potvrzují i nálezy zobrazovacími metodami (snížená hladina GABA v mediálním prefrontálním kortexu) a úspěšná aplikace 1 Hz rTMS nad

suplementární motorickou areou. U depresivní poruchy byl nalezen deficit v SICI (dle některých údajů jen u rezistentních pacientů) a zkrácená CSP (ta byla konzistentně nalezena u všech pacientů s depresivní poruchou, nejen u těch rezistentních). U rezistentních pacientů byl dále zvýšený RMT, u jiných podskupin zůstal nezměněn. ICF a amplituda MEP nebyly signifikantně změněny. U schizofrenie byla zjištěna signifikantní redukce SICI. Ostatní parametry – RMT, amplituda MEP, ICF a CSP – nebyly signifikantně změněny, avšak existuje zde mnoho neznámých – záleží totiž na fázi onemocnění (pacienti s první epizodou vs. s chronickým průběhem onemocnění), dále léčbě (pacienti drug-naive nebo nemedikovaní vs. léčení antipsychotiky; roli zdá se hraje i konkrétní volba antipsychotika – užívání klozapinu je spjato s prodloužením CSP atd.) a případně dalších okolnostech (1,2). Chybí zejména prospektivní studie zkoumající změnu parametrů kortikální inhibice po nasazení medikace psychofarmaky.

U posledně jmenované poruchy, totiž u schizofrenie, jsme se pokusili tuto mezeru zaplnit naší studií. Zařadili jsme do ní celkem třináct pacientů s první epizodou schizofrenie, kteří byli dosud drug-naive. Tyto pacienty jsme následně léčili monoterapií risperidonem po dobu čtyř týdnů. Před nasazením medikace a po čtyřech týdnech léčby jsme u nich změřili délku CSP. Zároveň jsme u nich hodnotili psychopatologii pomocí Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Zjistili jsme, že léčba risperidonem vede k signifikantnímu prodloužení délky CSP. Nenalezli jsme ale žádnou korelaci CSP či její změny s celkovým skórem PANSS, ani s jejími subskóry.

Závěr

Možnosti TMS v diagnostice duševních poruch jsou zatím značně omezené. TMS ale může hodně pomoci ve zjišťování způsobu narušení kortikální inhibice, které je řadě duševních poruch vlastní, a také ve zjišťování mechanismu účinku jednotlivých léčebných modalit. Je možné, že v budoucnosti napomůže nejen diagnostice, ale třeba také predikci léčebného efektu. K tomu však ještě povede dlouhá cesta.

Tato práce vznikla díky projektu “CEITEC – Středoevropského technologického institutu” (CZ.1.05/1.1.00/02.0068) z Evropského Regionálního Rozvojového Fondu, výzkumnému projektu MŠMT ČR (číslo projektu 0021622404) a projektu (Ministerstva zdravotnictví) koncepčního rozvoje výzkumné organizace 65269705 (FN Brno).

Literatura

1. Radhu N, de Jesus DR, Ravindran LN, Zanjani A, Fitzgerald PB, Daskalakis ZJ. A meta-analysis of cortical inhibition and excitability using transcranial magnetic stimulation in psychiatric disorders. *Clinical Neurophysiology* 2013; 124: 1309–1320.
2. Bunse T, Wobrock T, Strube W, Padberg F, Palm U, Falkai P, Hasan A. Motor excitability assessed by transcranial magnetic stimulation in psychiatric disorders: a systematic review. *Brain Stimulation* 2014; 7: 158–169.

PLAZMATICKÉ HLADINY PSYCHOFARMAK A EFEKT LÉČBY U PSYCHICKÝCH PORUCH

M. Mayerová^{1,2,3}, **E. Češková**^{1,2,4,5}, **L. Ustohal**^{1,2,3}, **R. Příkrýl**^{1,2,3}, **T. Kašpárek**^{1,2,3}, **J. Pivnička**⁶

¹Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, Brno, Česká republika; ²CEITEC MU, Brno, Česká republika; ³Lékařská fakulta Masarykovy Univerzity, Brno, Česká republika; ⁴Oddělení psychiatrické, Fakultní nemocnice Ostrava, Ostrava, Česká republika; ⁵Katedra interních oborů, Lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, Ostrava, Česká republika; ⁶Ústav soudního lékařství FN U Sv. Anny, Brno, Česká republika

Summary

PLASMATIC LEVELS OF PSYCHOPHARMACS AND THE EFFECT OF THERAPY OF MENTAL DISORDERS

For a few years it has been possible to monitor plasma levels of antipsychotics and antidepressants in the Czech Republic. Therapeutic drug monitoring (TDM) has been becoming a very important instrument of optimization of therapy, especially with the patients who have specific problems – for example pharmacoresistant patients, patients with side effects after medication, noncompliant patients, or patients with liver or renal dysfunction. In the presentation, we focus on TDM of antipsychotics, especially olanzapine and clozapine. We summarize our experience with TDM and we present a group of patients whose plasma levels we monitored. The presentation includes a few short case interpretations of the patients whose consequent treatment was strongly influenced by TDM and of the patients whose plasma levels were surprising. The main benefit of TDM appears to be the determination of drug pseudo-resistance and noncompliance.

Keywords: therapeutic drug monitoring, antipsychotics, schizophrenia, non-compliance

Úvod

Již několik let lze v ČR monitorovat plazmatické hladiny antipsychotik a antidepressiv. Terapeutické monitorování plazmatických hladin (therapeutic drug monitoring – TDM) se stává důležitým nástrojem k optimalizaci léčby pacientů, zejména pacientů nějakým způsobem v léčbě problematických – např. farmakoresistentních; s nežádoucími účinky; nonkompliantních, s jaterními nebo ledvinovými dysfunkcemi, atd. V přednášce se zaměříme na TDM antipsychotik, zejména olanzapinu a klozapinu. Shrňeme vlastní zkušenosti s TDM antipsychotik a představíme soubor pacientů, kterým jsme TDM provedli. Součástí přednášky bude několik minikazuistik pacientů, u kterých odběr plazmatické hladiny antipsychotika zásadně ovlivnil léčbu, nebo pacientů, u nichž byla hodnota plazmatické hladiny překvapivá.

Cíl

Stanovení plazmatických hladin klozapinu a olanzapinu u pacientů hospitalizovaných na psychotickém oddělení PK FN Brno, kteří jsou těmito antipsychotiky léčeni, se zaměřením na pacienty, kteří na léčbu nedostatečně reagovali; měli nežádoucí účinky; nebo u nich bylo podezření na nonkomplianci.

Metodika

Jde o vlastní malou studii, do níž byli zařazeni pacienti hospitalizovaní na psychiatrickém oddělení Psychiatrické kliniky Brno. Zařazeni jsou pacienti s dg. F20, F25, F231, F232. Monitorace hladin probíhá necelé dva roky. Odběr hladiny probíhá po 7–10 dnech hospitalizace nebo po 7–10 dnech od nasazení cílové dávky antipsychotika (zajištění kontroly nad užíváním léku, zajištění nástupu účinku). Po případné následné úpravě dávky se další odběr hladiny provádí po dalších 7 dnech.

Výsledky

77 pacientů užívajících klozapin (54 mužů a 23 žen); 107 pacientů užívajících olanzapin (61 mužů a 46 žen).

Klozapin (clo):

Při dávkování clo 100–700 mg/den – hladiny clo 0–1900 ng/ml.

Hodnoty mimo optimální terapeutické rozmezí (= „mimo normu“) – (350–600 ng/ml) – 48 pac/77 = 61%

- Hladina v normě, dobrý efekt, bez nežádoucích účinků, stávající dávka následně v terapii nechána: 19 pac.
- Hladina v normě, efekt ne příliš dobrý (vyloučena pseudorezistence), následně změna léčebné strategie (navýšení dávky nebo lékové kombinace, případně ECT): 10 pac.
- Hladina nad normou, dobrá tolerance, snížení by bylo rizikové, dávka nechána a medikace neměněna: 3 pac.
- Hladina nad normou, dobrá tolerance, efekt nedostatečný (vyloučena pseudorezistence), změna léčebné strategie (lékové kombinace, případně ECT): 4 pac.
- Hladina nad normou, nežádoucí účinky a nedostatečný efekt, kvůli nežádoucím účinkům snížena dávka, efekt stejně špatný a proto změna léčebné strategie: 2 pac.
- Hladina nad normou, nežádoucí účinky, následně snížena dávka, úleva od nežádoucích účinků a efekt zůstal stejný: 8 pac.
- Hladina pod normou, efekt ale dostatečný, dávka nechána, nebyl důvod zvyšovat: 4 pac.
- Hladina pod normou, efekt nedostatečný, proto dávka navýšena, následně alespoň částečné zlepšení stavu: 22 pac.
- Hladina pod normou, přesto nežádoucí účinky, proto dávka nechána nebo dokonce snížena: 4 pac.
- Hladina nulová, odhalena evidentní léková nonkompliance: 1 pac.

Olanzapin (ola):

Při dávkování olanzapinu 5–30 mg/den – hladiny 0–110 ng/ml (respektive 200 ng/ml u intoxikovaného pacienta, kde nebylo ale jasné, jakou dávku užil).

Hodnoty mimo optimální terapeutické rozmezí (= „mimo normu“) – (20–80 ng/ml) – 17/107 = 16%

- Hladina v normě, dobrý efekt, bez nežádoucích účinků, stávající dávka následně v terapii nechána: 56 pac.
- Hladina v normě, efekt ne příliš dobrý (vyloučena pseudorezistence), následně změna léčebné strategie (navýšení dávky, změna léku nebo lékové kombinace): 32 pac.

- Hladina v normě, efekt dostatečný, ale nežádoucí účinky, proto následně snížena dávka: 2 pac.
- Hladina nad normou, dobrá tolerance, snížení by bylo rizikové, dávka nechána a medikace neměněna: 2 pac.
- Hladina nad normou, dobrá tolerance, efekt nedostatečný (vyloučena pseudorezistence), změna léčebné strategie (změna léku nebo lékové kombinace): 3 pac.
- Hladina nad normou, nežádoucí účinky, následně snížena dávka, úleva od nežádoucích účinků a efekt zůstal stejný: 3 pac.
- Odhalení intoxikace olanzapinem při podezření na anticholinergní delirium: 1 pac.
- Hladina pod normou, efekt ale dostatečný, dávka nechána, nebyl důvod zvyšovat: 3 pac.
- Hladina pod normou, efekt nedostatečný, v medikaci už ale maximální dávka olanzapinu, proto změna medikace: 1 pac.
- Hladina nulová, odhalena evidentní léková nonkompliance: 4 pac.

Závěr

Monitorování plazmatických hladin antipsychotik se jeví jako užitečná metoda v optimalizaci léčby. Velmi vhodná je u farmakorezistentních pacientů nebo u pacientů s nežádoucími účinky. Zřejmě nejpřínosnějším výstupem je stanovení lékové pseudorezistence a odhalení nonkompliance.

EFEKTIVITA LÉČBY SCHIZOFRENIE Z POHLEDU POHLAVNÍCH ROZDÍLŮ

E. Češková^{1,2,4,5}, R. Příkryl^{1,2,3}, L. Ustohal^{1,2,3}

¹Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, Brno, Česká republika; ²CEITEC MU, Brno, Česká republika; ³Lékařská fakulta Masarykovy Univerzity, Brno, Česká republika; ⁴Oddělení psychiatrické, Fakultní nemocnice Ostrava, Ostrava, Česká republika; ⁵Katedra interních oborů, Lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, Ostrava, Česká republika

Summary

GENDER DIFFERENCES IN THE TREATMENT EFFICACY IN SCHIZOPHRENIA

Aims: To evaluate gender differences in response to treatment with antipsychotics on prospective evaluation in routine clinical praxis.

Methods: We used data from two studies, the EUFEST (European first-episode schizophrenia trial) and the e-STAR (electronic Schizophrenia Treatment Adherence Registry). The EUFEST trial compared four second generation antipsychotics (amisulpride, olanzapine, quetiapine and ziprasidone), against treatment with low doses of haloperidol patients with first-episode schizophrenia. Using the PANSS score. In the e-STAR clinical outcomes in schizophrenic patients who have started RLAI risperidone long-acting injection (RLAI) as part of their continuing therapy were evaluated. in both the Czech and Slovak Republics..The improvement in psychopathology was assessed using CGI-S (Clinical Global Impression – Severity of illness).

Results: In the EUFEST study (n=498, 298 men and 200 women) among all given antipsychotics only olanzapine led to significantly greater improvement in psychopathology, in women than in men. Concerning to the e-STAR (n=868, 488 males and 380 females). No difference in treatment response between men and women was found.

Conclusions: Gender differences, especially concerning treatment response to individual antipsychotics and forms of treatment, should be more intensively studied and should be taken into consideration in guidelines.

Keywords: schizophrenia, treatment response, antipsychotics, gender differences

Cíle

Pohlavní rozdíly u psychotických poruch byly popisovány hlavně v psychopatologii a průběhu onemocnění. Efekt pohlaví může hrát roli v antipsychotické léčbě obecně, byly však také pozorovány pohlavní rozdíly v reakci na jednotlivá antipsychotika (1, 2). Tato problematika byla doposud velmi málo studována, proto jsme se zaměřili na zhodnocení pohlavních rozdílů v reakci na léčbu ve dvou mezinárodních prospektivních studiích, na kterých jsme se podíleli.

Metody

Jednalo se o studie EUFEST (The European First Episode Schizophrenia Trial) a e-STAR (electronic Schizophrenia Treatment Adherence Registry). EUFEST je otevřená, multicentrická, randomizovaná 1-roční studie, která se soustředila na srovnání efektu léčby haloperidolem s antipsychotiky 2. generace. Metodika byla opakovaně popsána (3). Byli zahrnuti jedinci s první epizodou schizofrenie, kteří byli randomizováni na haloperidol, amisulprid, olanzapin, quetiapin nebo ziprasidon. K hodnocení odpovědi byla použita škála PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale PANSS). Do studie E-STAR byli zařazeni nemocní s diagnózou schizofrenie a schizoafektivní porucha, kteří zahájili léčbu dlouhodobě účinkujícími injekcemi risperidonu nebo byli na ně převedeni z jiné antipsychotické léčby. Efekt léčby byl hodnocen dle CGI, závažností onemocnění (CGI-S – Clinical Global Impression-Severity, 5).

Výsledky

EUFEST: Celkem 498 pacientů (298 mužů a 200 žen) bylo randomizováno na haloperidol (1–4 mg denně, n=103: 64 mužů, 39 žen), amisulprid (200–800 mg denně, n=104: 58 mužů, 46 žen), olanzapin (5–20 mg denně, n=105: 67 mužů, 38 žen), quetiapin (200–750 mg denně, n= 104. 68 mužů, 36 žen) nebo ziprasidon (40–160 mg denně, n=82: 41 mužů, 41 žen). Základní charakteristiky se mezi muži a ženami nelišily. Take průměrné dávky podávaných antipsychotik se v průměru signifikantně nelišily mezi oběma pohlavími (3). Po 1 roce mezi podávanými antipsychotiky pouze olanzapin vedl k signifikantně větší redukci skóre PANSS u žen (-32,9 (-40,2; -25,6) vs -47,0 (-53,7; -40,3), p=0,009, resp. 0,045 po Bonferroniho korekci.

e-STAR: Celkem bylo zahrnuto 868 pacientů (488 mužů a 380 žen z ČR a SR). Ženy byly signifikantně starší než muži (42,1 ±12,8 vs. 34,8 ± 11,1 roků, p=0,0001) a více žen bylo s diagnózou schizoafektivní porucha (p=0,0048).

V závažnosti onemocnění se bazálně muži a ženy nelišily. Průměrná iniciální dávka dlouhodobě účinkujícího injekčního risperidonu byla dávka u mužů 28,2 mg (\pm 6.7) každý druhý týden, dávka na konci studii 35 mg (\pm 10,2). Dávky u žen byly téměř stejné, tj. 27,8 mg (\pm 6,1) na začátku a 35 mg (\pm 10) každé dva týdny na konci sledování (9). Po dvou letech nebyly zjištěny signifikantní rozdíly mezi muži a ženami) ve snížení závažnosti onemocnění dle CGI-S skóre (muži $-1,5 \pm 1,3$ vs ženy $-1,7 \pm 1,2$) (4).

Diskuze

Obě studie v podmínkách běžné klinické praxe. Ve studii EUFEST byly podávána léčba perorální, ve druhé studii léčba dlouhodobě účinkujícími injekcemi risperidonu.

Mezi testovanými perorálními antipsychotiky byla zjištěna signifikantně výraznější reakce na olanzapin u žen ve srovnání s muži. Vysvětlení těchto údajů může spočívat ve farmakokinetice olanzapinu (5). Bohužel nebyly monitorovány krevní hladiny olanzapinu. Několik málo studií naznačilo, že pohlaví může predikovat klinickou reakci na antipsychotiky, ale vliv není stejný u jednotlivých antipsychotik (1, 2).

Na rozdíl od toho při aplikaci dlouhodobě účinkujících injekcí risperidonu nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi muži a ženami, i když efekt nebyl hodnocen škálou PANSS, ale pouze dle CGI-S, je možným vysvětlením skutečnost, že při podání této formy risperidonu nedochází k metabolismu prvního průchodu a tedy pohlavní rozdíly mohou být minimalizovány (5). Pohlavní rozdíly v reakci na různé formy antipsychotik zatím zkoumány nebyly.

Závěry

Zatím žádné doporučené postupy léčby psychických poruch neberou v úvahu pohlavní rozdíly. Nepochybně by pohlavní rozdíly v reakci na jednotlivá antipsychotika a rozdílné formy antipsychotik měly být intenzivněji studovány. Tato práce vznikla díky projektu "CEITEC – Středoevropského technologického institutu" (CZ.1.05/1.1.00/02.0068) z Evropského Regionálního Rozvojového Fondu, výzkumnému projektu MŠMT ČR (číslo projektu 0021622404).

Literatura

1. Raedler TJ, Schreiner A, Naber D, Wiedermann K. Gender-specific effects in the treatment of acute schizophrenia with risperidone. *Pharmacopsychiatry* 2006; 39, 171–174.
2. Usall J, Suarez D, Haro JM, SOHO Study Group. Gender differences in response to antipsychotic treatment in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2007; 153: 225–31.
3. Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H, et al. The Eufest study group: Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet* 2008; 371: 1085–1097.
4. Ceskova, E., Prikryl, R., Importance of gender in the treatment of schizophrenia. *Prim. Care Companion CNS Disord* 2012; 14, doi:10.4088/PCC.12m01407.
5. Bigos KL, Pollock BG, Coley KC et al. Sex, race, and smoking impact olanzapine exposure. *J Clin Pharmacol* 2008; 48: 157–165.

VÁLKA POHLEDEM DUŠEVNÍ CHOROBY

T. Tošnerová

Psychiatrie FN Královské Vinohrady a 3. LF UK Praha 10, Česká republika

Summary

WAR SEEN THROUGH MENTAL DISEASE

Posttraumatic stress disorder is known for some time and it was recognised by The American Psychiatric society in 1978. This enables the patients to receive an adequate treatment. The presentation deals with history of this disorder, mainly First World War, whose war trauma have been reflected in the newly described mental disorder. The symptoms are described, possible triggers and possible aid. Posttraumatic stress disorder born during First World War is a part of a short film from 1916 capturing the battle of Verdun, military conflict between Germany and France that lasted ten months and meant 700 000 casualties. The trench-style of war contributed to this and led to senseless massacres of soldiers on both sides. The presentation also warns about the war traumas persisting till the present times, beyond bodily traumas, mainly psychical traumas in veterans – soldiers in fields. From the recent ones, it is the war in Bosnia-Herzegovina 18 years ago. Another current example comes from Afghanistan and Iraq where the experience shows the motivation of soldiers towards participation on a mission is changing and so the number of the disorders is decreasing.

Keywords: posttraumatic stress disorder, First World War, mental disorder

Souhrn

Posttraumatická stresová porucha se sice vyskytuje od nepaměti, uznaná až Americkou psychiatrickou společností v roce 1978, což umožňuje poskytnout pacientům adekvátní léčbu. Příspěvek se věnuje historii vývoje poruchy, především 1. světové válce, jejíž válečná traumata se promítala v nově popsané duševní poruše. Vysvětleny jsou příznaky, možné spouštěče poruchy a možná pomoc. Posttraumatická stresová porucha vzniklá během 1. světové války je součástí krátkého filmu z roku 1916 zachycující bitvu u Verdunu, vojenský konflikt mezi Německem a Franci, který trval deset měsíců a vyžádal si na obou stranách 700 000 mrtvých. Podílel se na něm zákopový styl války, způsoboval na obou stranách nesmyslné masakry vojáků. Příspěvek rovněž upozorňuje na dodnes přetrvávající válečná traumata, nejen tělesná, ale především psychická pronásledující veterány, účastníků bojů. Z posledních se jedná o naši účast ve válce v Bosně, Hercegovině před 18. lety, či současná v Afganistanu a Iráku, kdy se mění motivace vojáků k účasti na misi a klesá počet posttraumatických poruch.

Historické souvislosti

Ve větším měřítku se duševní porucha s masivní úzkostí objevuje v souvislosti s 1. světovou válkou spojenou s bitvami u Verdunu a Sommy v 1916. Je definovaná nová duševní porucha PTSP. Uznaná je až Americkou psychiatrickou společností v roce 1978, což v současnosti umožňuje poskytnout pacientům ade-

kvátní léčbu. Do 80. let 20. stol se situace popisovala jako „palební šok“ v důsledku boje nebo tím, že na ně byla vedena palba. Od té doby je popisováno psychologické /psychické/ trauma – narušení lidské psychiky v důsledku traumatické události, nejen válečné. V 10 revizi MKN je uváděna reakce na závažný stres a poruchy přízpusobení: F 43

Porucha je spojována s Německo–francouzským konfliktem. Boj byl vedený ještě zákopovým stylem, trval 10 měsíců, výsledkem bylo 700 000 mrtvých vojáků a to na obou stranách. Promítaný film v prezentaci pochází z roku 1916, sleduje posttraumatickou stresovou poruchu u vojáků, kteří byli svědky smrti svých kamarádů v bitvě u Verdunu. První světová válka (před rokem 1939 známá jako velká válka, nebo světová válka) byl globální válečný konflikt trvající od roku 1914 do roku 1918. Vypukla mezi dvěma koalicemi: mocnostmi Dohody / Spojeně království, Francie a carské Rusko, od roku 1915 Itálie, v roce 1917 USA/ a Ústředními mocnostmi – v roce 1914 Německo a Rakousko-Uhersko, Osmanská říše a v roce 1915 se přidává Bulharsko.

Válečná praxe prokázala, čím těžší trauma účastník prožívá, provázené větší bezmocností se mu bránit a čím je menší podpora ze strany ostatních, tím je pravděpodobnost rozvoje PTSD vyšší.

Válečná tělesná postižení

minulosti se o válečné invalidy nikdo nestaral, a když byli zraněni v boji a neměli rodinu, většinou umírali v bídě a bez pomoci. To se změnilo v 18. století, kdy se vlivem osvícenství začalo myslet i na ně.

Budova pražské Invalidovny, pro kterou bylo určeno místo daleko za tehdejšími hradbami, měla svůj myšlenkový předobraz v Invalidovně pařížské, která ale vznikla již o 60 let dříve. Byla postavena na podnět císaře Karla VI. z prostředků nadace hraběte Petra Strozziho, samotný projekt je dílem Kiliána Ignáce Dientzenhofera. Realizován byl v letech 1731 až 1737, pouze z jedné devítiny původně zamýšleného objektu, který měl ubytovat až 4000 invalidů. Podle Dientzenhoferova návrhu žili obyvatelé Invalidovny vždy po 37 v jedné buňce. Postupně se jejich počet ustálil na třiatřiceti. V Invalidovně bydlelo až 1400 lidí, kteří měli k dispozici nemocnici, školu i kapli. Z dnešního hlediska bychom hovořili o komunitním projektu. Po první světové válce zde sídlila Družina československých válečných poškozenců. V roce 1919 s ohledem na pokles počtu invalidů byly do Invalidovny přestěhovány některé exponáty Vojenského muzea.

Charakteristika PSTP

V zavinění poruchy stojí člověk – což se netýká jen znásilnění, šikany, mučení, přepadení, účasti na válečných událostech, ale také utrpění těžkého úrazu, spoluúčasti při úmrtí či ztráty blízkého člověka v rodině.

Lze hovořit o dispozici k poruše: vzniká u citlivých, zranitelných osob. K vlohám může patřit předčasné odloučení od matky, trestající výchova, výchova k perfekcionismu, dědičné faktory, dále naučené faktory citlivosti, či snížená odolnost ke stresu a iracionální životní postoje, spojené s nároky na sebe i na druhé. Příznaky PTSD mohou odeznít samy, u jiných přetrvávají, mohou se komplikovat s depresí, zneužíváním alkoholu, drog.

Charakteristika

- Úzkostná porucha – rozvoj po emočně těžké stresující události, závažností přesahuje obvyklou lidskou zkušenost, je traumatická pro většinu lidí, je se

o častou poruchu – postihuje až 10% celkové populace, u každého 4.tého člověka po katastrofické události

Psychická traumatizace

Primární – člověk je přímým cílem agrese, sekundární – blízká zkušenost s traumatizací jiné osoby, terciární – není vztah k oběti, týká se svědků, členů perzekvované skupiny, humanitárních pracovníků, terapeutů.

PTSD – příznaky

1. Dotírající vzpomínky a sny
2. Ztráta pozitivních emocí
3. Vyhybání se problémovým situacím
4. Zvýšená psychická a tělesná vzrušivost.

Je provázena opakujícími se vzpomínky na událost a její okolnosti, děsivými sny připomínající událost, znovuprožívání události v podobě záblesků, tzv. flashbacků, vzpomínkami na minulost, vyhybání se činností připomínající trauma, rozhovorům o traumatu, filmům a podobným tématem, neschopnosti rozpomenout se na některé důležité aspekty traumatu, ztrátou zájmu o důležité činnosti, pocitem odcizení, omezením a oploštěním pozitivních emocí, pocity, že budoucnost nemá smysl. Jsou problémy s usínáním a spánkem vůbec, podrážděnost, výbuchy hněvu, potíže se soustředěním, nadměrná ostražitost, vysoká pohotovost k biologické poplašné reakci. Je přítomno ustrašené chování, nadměrná lekavost, tělesné a psychické příznaky při expozici něčemu, co trauma připomíná, nadměrná konzumace alkoholu nebo drog. Může ovlivnit život v podobě neuróz a psychóz

PTSD

Posttraumatická stresová porucha byla uznaná až Americkou psychiatrickou společností v roce 1978 a umožnila tak poskytnout pacientům adekvátní léčbu. Do 80. let 20.stol byla vedena jako „palební šok“ v důsledku boje nebo tím, že na ně byla vedena palba. Od té doby je chápána jako psychologické trauma – narušení lidské psychiky v důsledku traumatické události. V 10. revizi MKN evidována jako reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení: F 43

Spouštěče PTSD

1. Traumatické události jsou způsobené člověkem – chybou, selháním techniky, nedbalostí, nukleární katastrofy (Černobyl), letecké, lodní, dopravní nehody, požáry, výbuchy plynů
 2. Přírodní katastrofy – povodně, vichřice, lesní požáry, laviny
 3. Traumatické události záměrně způsobené člověkem, kriminální činy, přeapadení, znásilnění, sex zneužívání, teroristické útoky, válečné události, mučení
- Léčba válečných traumat /současnost/ PTSP:

Lze využít neurofeedback (NFB), podávat antidepresiva, případně placebo a vhodná je psychoterapie

NFB – přiložení EEG elektrod na hlavu pacienta, je snímaná mozková aktivita to tak, že lékař sleduje mozkovou činnost, pacient pozoruje adekvátní video

Nejen tělesný následek válečných zranění, ale i psychologický důsledek válečných traumat může přetrvávat celým životem, proto je třeba věnovat pozornosti i válečným vysloužilcům – veteránům

Veterán (pochází z latinského *vetus* neboli starý) je vojenský vysloužilec zvláště vysloužilý účastník nějaké války či bojového tažení. Pro svůj přínos vlasti bývají

veteráni obvykle chováni v úctě.

Válečný veterán v ČR v současnosti.

- 2. 5. 2013 Vláda ČR schválila návrh zákona, kterým se mění zákon č. 170/2002 Sb., o válečných veteránech. Novela si klade za cíl stanovit nově podmínky pro získání statusu válečného veterána, na jehož základě je možné těmto osobám poskytovat určité benefity a péči.

Československá obec legionářská /sdružuje bývalé vojáky čs. zahraniční armády z doby 2. světové války a novodobé veterány. Spolupráce s historickými ústavy, školami atp. při zpracování dějin, využití při výuce. Napomáhá při obnově, zřizování, udržování a udržování památníků, čestných pohřebišť, památných míst bojů českých vojáků.

- Novodobý válečný veterán – občanská sdružení sdružující novodobé válečné veterány ČR

Sdružení válečných veteránů ČR – cílem je trvalé péče o zdravotní a sociální potřeby válečných veteránů ČR, mají k dispozici například domovy péče.

Domovy péče o válečné veterány

1/ při ÚVN Praha /8 lůžek/

2/ Karlovy Vary /28 lůžek/

Historicky lze v Praze vidět podobný projekt „Invalidovna“, jedná se o rozsáhlý barokní objekt v Karlíně postavený podle vzoru pařížské Invalidovny v letech 1731–1737 pro ubytování válečných invalidů. V praxi nikdy nebyl v plné míře realizován.

Zahraněční mise ČR

Vstupem do Severoatlantické aliance převzala Česká republika také závazek spolupůsobit v zahraničních misích pod vlajkou NATO a od přijetí ČR do Evropské unie se Armáda České republiky účastní jejich zahraničních misí. Provinční rekonstrukční tým je typicky posádka vojenské základny především ve spojení se skupinou civilních odborníků. Tyto armádou chráněné skupiny začala sestavovat americká vláda pro Afganistán od roku 2002. Obecně je cílem podpora místních společenství, zejména samosprávy. Ideálním výsledkem práce by pak byli noví rovnocenní partneři pro obchod a soužití, schopní se především postarat sami o sebe, o své obyvatele. Od března 2008 v Afghánistánu působí i český PRT v Lógaru. (z encyklopedie Wikipedie, Provinční rekonstrukční tým)

Mise tzv českého Provinčního rekonstrukčního týmu (Provincial Reconstruction Team – PRT) v afghánské provincii Lógar, jihovýchodně od afghánské metropole Kábul. Tým – skládal se převážně z příslušníků Armády České republiky (AČR) – tři a půl tisíce našich vojáků a třicet devět civilních expertů spadajících pod Ministerstvo zahraničí ČR. Zabývali se 5 let rekonstrukcí této malé provincie, především v oblasti zemědělství, vodního hospodářství, bezpečnosti a vzdělávání.

Dle psychologů z ÚVN posttraumatická stresová porucha postihla 4% účastníků mise. Před výjezdem do zahraničí byli zde všichni účastníci psychologicky vyšetřeni. Retrospektivní studie se se současnými válečnými veterány se zatím neprováděly. Z rozhovoru s válečným veteránem z Afghánistánu vyplývá, že posttraumatickou stresovou poruchou, či obecně těžší neurotickou poruchou trpí daleko více účastníků, ale k poruše nehlásí. Tento fenomén bohužel patří do její charakteristiky.

VÝVOJOVÁ PSYCHOFARMAKOLOGIE V SOUČASNOSTI

I. Drtílková

Psychiatrická klinika FN Brno a LF MU v Brně, Brno, Jihlavská 20, 625 00, Česká republika

Summary

CURRENT DEVELOPMENTAL PSYCHOPHARMACOLOGY

Most psychotropics act through neurotransmitters, such as dopamine, serotonin, and norepinephrine, whose receptors undergo major changes during development. Receptor density tends to peak in preschool years and then gradually declines towards adult levels in late adolescence. Differences between children and adults in efficacy and safety have been observed thus suggesting that development can significantly influence the effects of these medications. The serotonin receptors develop more rapidly and reach adult levels earlier compared to norepinephrine. Total cytochrome P450 content in the fetal liver is between 30 and 60% of adult values and approaches adult values by 10 years of age receptors.

Keywords: psychotropics, neurotransmitters, cytochrome P450, children, development, brain.

Specifické reakce na farmaka u dětí v klinické oblasti.

Vliv vývojových změn během dětství a dospívání na účinnost a bezpečnost léků ještě stále není přesně znám. Pozorované rozdíly mezi dětmi a dospělými v reakci na léčbu však potvrzují, že vývoj může významně ovlivnit účinnost a bezpečnost léčby. I když rozsah medicíny založené na důkazech v dětské psychofarmakologii je limitován ve srovnání s údaji dostupnými u dospělých, v posledních dvou dekádách přibývají i v této oblasti nové poznatky.

Například, tricyklická antidepresiva, která prokázala účinnost při léčbě deprese u dospělých, nemají žádný prokazatelný antidepresivní účinek u dětí (Hazell et al, 1995).

Stimulancia s větší pravděpodobností vyvolávají euforii u dospělých než u dětí. antipsychotika mají tendenci způsobit silnější metabolické účinky a dystonické reakce u dětí a mladistvých. Hormonální nežádoucí účinky (např. hyperprolaktinémie) způsobená antipsychotiky, mohou mít nežádoucí vliv na sexuální vývoj a denzitu kostí.

Serotonergní antidepresiva zvyšují riziko vzniku aktivačního syndromu a sebevražedných myšlenek a pokusů více u dětí, dospívajících a mladých dospělých, ve srovnání se s dospělými ve středním věku nebo ve stáří. (Correll et al, 2009, Hammad et al, 2006).

Snášenlivost a účinnost methylfenidátu u dětí s ADHD mezi 3 a 5 lety je nižší ve srovnání se staršími dětmi (Greenhill et al, 2006).

Vývojové abnormality mozku u autismu, pravděpodobně souvisejí s nižší účinností SSRI v léčbě repetitivního a kompulzivního chování (King et al, 2009).

U dětí s poruchami autistického spektra a komorbidní poruchou ADHD je také vyšší sensitivita k nežádoucím účinkům metylfenidátu.

Mladiství mohou být také citlivější na kardiotoxické účinky léků, monitorování

EKG je proto indikováno například při použití TCA, lithia a řady antipsychotik. Dlouhodobá léčba metylfenidátem u ADHD může způsobit mírný růstový deficit, který podle některých autorů perzistuje (Swanson et al, 2007) nebo v důsledku transientní inhibice hladiny testosteronu může oddálit nástup puberty (Mattison et al. 2011).

Závažné kožní reakce (Stevens-Johnsonův syndrom) při terapii lamotriginem, zejména při kombinaci s valproátem, se vyskytují u dětí s incidencí 1:100 až 1:330, na rozdíl od nižší incidence 1: 1 000, u dospělých pacientů.

V „mimopsychiatrické“ oblasti patří k závažným reakcím u dětí Reyův syndrom, (kombinace hepatálního postižení a nezánětlivé encefalopatie, často spojené s edémem mozku), který souvisí s podáním kyseliny acetylsalicylové a Grey syndrom (šedý syndrom), který se může vyskytnout při podávání chloramfenikolu v důsledku nezralé UDP-glukuronyl transferázy.

Také riziko útlumu dechu vlivem opioidních analgetik a sedativ je významně vyšší u dětí než u dospělých.

Somatický vývoj a reakce na farmaka

Vývojové změny tukové tkáně ovlivňují distribuci vysoce lipofilních léků (většina antidepresiv a antipsychotik). Podíl tělesného tuku je nejvyšší v prvním roce života, po němž následuje trvalý pokles během raného a středního dětství, ke zvýšení dochází obvykle až prepubertálně. U lipofilních léčiv podávaných ve středním dětství, nižší obsah tuku váže menší množství látky v tkáni a důsledkem je vyšší koncentrace léku v plazmě.

Proporce tělesné vody (celkové a extracelulární) je vyšší v dětství a snižuje se během věku.

Vyšší proporce tělní vody v dětství (70 až 75 %; u nedonošených kolem 80 %) podmiňuje větší distribuční objem a tím nižší plasmatickou koncentraci léků (např. lithium). Hydrofilní látky je proto třeba podávat v relativně vyšších dávkách než u dospělých.

Absolutní clearance je u dětí obvykle nižší než u dospělých, avšak clearance vztažená k celkové hmotnosti je větší.

Glomerulární filtrace je nedostatečně vyvinuta zejména v prvních šesti měsících života. Nejrychlejší vývoj nastává v prvních 2 týdnech postnatálního života a pokračuje v průběhu 8–12 měsíců po porodu. V jednom roce věku GF dítěte odpovídá asi 90 % GF dospělého. Tubulární sekrece je nedostatečná po dobu 12 měsíců. Hodnot srovnatelných s dospělým organizmem je dosaženo až od 24. měsíce života.

Vývoj neurotransmiterových systémů.

Většina psychotropik působí prostřednictvím neurotransmiterů, jako je dopamin, serotonin a noradrenalin, jejichž receptory procházejí významnými změnami během vývoje. Hustota receptorů vrcholí v předškolním věku a poté se postupně snižuje v období pozdní adolescence směrem k úrovni patrné u dospělých.

I když současné znalosti o vývoji jednotlivých typů receptorových systémů jsou omezené, obecně platí, že receptory serotoninu se vyvíjejí rychleji a dosahují úrovně přítomné u dospělých dříve, ve srovnání s noradrenergními receptory (Murrin et al.2007).

Preklinické studie na opicích makak rhesus potvrzují, že vývoj noradrenalinu v CNS je pomalejší než vývoj u serotoninu a dopaminu. Dosažení „dospělé“ úrovně hladiny noradrenalinu ve většině regionů kůry trvá nejméně dva až tři roky.

Stejně jako u primátů, vývoj koncentrací noradrenalinu je také v krysím mozku relativně pomalejší ve srovnání se serotoninem.. Hladiny noradrenalinu se zvyšují postupně od narození, avšak plné, dospělé koncentrace nedosáhnou dříve než 30 až 40 dnů po narození. Krysy dosahují sexuální maturity po 5.týdnu věku, což koresponduje s obdobím puberty a časně adolescence u lidí.

Pomalejší maturity noradrenergického systému u dětí je částečně dávana do souvislosti s nedostatečným účinkem tricyklických antidepresiv v léčbě deprese.

Vývoj systému cytochromu P450

Enzymový systém cytochromu P450 (CYP450), který je zastoupen v tenkém střevě a v játrech je nejdůležitější známý systém pro metabolismus léčiv. Enzymy CYP450 inaktivují farmaka prostřednictvím oxidace, redukce a hydrolýzy (metabolismus I. fáze) a pomocí hydroxylace a konjugace (metabolismus II.fáze).

V raném novorozeneckém období je celková aktivita biotransformačních procesů vázaných na enzymatický systém CYP450 a konjugačních enzymů II. fáze biotransformace asi o 50 až 70 % nižší, než je tomu u dospělých. Nejméně je vyvinutá glukuronyltransferázová aktivita, která dosahuje aktivity srovnatelné s dospělými až ve věku kolem tří až čtyř let. Tato nedostatečnost je částečně kompenzovaná dobře vyvinutou sulfatační konjugací.

Činnost I. fáze je snížena u novorozenců a zvyšuje se postupně během prvních 6 měsíců života. U dětí mezi 1.–6. rokem je enzymatická aktivita vyšší než u dospělých, hepatální clearance je zvýšená a vylučovací poločas zkrácený. Adolescenti již mají tuto enzymatickou aktivitu stejnou jako dospělí. Výsledkem větší CYP450 aktivity během dětství jsou nižší plazmatické koncentrace léků při dávkách přepočítaných na kg váhy. Vzhledem k rychlejší eliminaci léků je u dětí v tomto věkovém období potřebné pro dosažení ustáleného stavu v plazmě častější a opakované podání, které také přispívá k prevenci abstinenčních příznaků mezi dávkami (Andersen et al. 2011).

Aktivita glukuronidace ve II. fázi dosahuje úrovně dospělých ve věku 3–4 let, a dále se účinnost reakce fáze II nemění s věkem.

Ontogeneze má také vliv na činnost jednotlivých isoenzymů P 450. Dva nejdůležitější enzymy CYP 450 v pediatrické psychofarmakologii jsou CYP3A4 a CYP2D6, které se podílejí na metabolismu nejčastěji používaných psychofarmak.

CYP3A4 je nejhojnější izoforma cytochromu P450 v lidském těle, která je zodpovědná za katalýzu biotransformaci více než 20 léčiv běžně užívaných v dětské praxi. Aktivita CYP3A4 je extrémně nízká u plodu a během 1 měsíce dosáhne 30 až 40 % aktivity přítomné u dospělých. Srovnatelné úrovně s dospělými dosahuje někdy mezi 3. a 12. měsícem po narození

CYP3A5 je významněji zastoupen u dětí a dospívajících, u dospělých se jeho úroveň snižuje na 20–30%.

CYP2D6 přispívá k metabolismu mnoha tříd léčiv, jako jsou tricyklická a další antidepresiva, beta-blokátory, antiarytmika, kodeinl a ondansetron. Během

prvního týdne po narození se exprese proteinu CYP2D6 zvyšuje. U kojenců a dětí do věku pěti let úroveň aktivity CYP2D6 dosahuje asi dvě třetiny úrovně u průměrného dospělého člověka. (Fernandez et al 2011).

CYP1A2 je zapojen prostřednictvím demetylace do metabolismu kofeinu. Měření clearance kofeinu je často používáno jako test funkce CYP1A2 in vivo, protože kofein je z 90% metabolizován CYP1A2. Clearance kofeinu je u novorozenců snižena a hodnot srovnatelných pro dospělého dosáhne v 5–6 měsíci věku. U dětí ve věku 3–9 let je až o 50% vyšší než u dospělých a dále mírně klesá u dospívajících na 33% hodnoty pro dospělé.

Literatura

1. Murrin L, Sanders J, Bylund D. Comparison of the Maturation of the Adrenergic and Serotonergic Neurotransmitter Systems in the Brain: Implications for Differential Drug Effects on Juveniles and Adults *Biochem Pharmacol.* 2007; 73(8): 1225–1236.
2. Andersen S, P. Navalta C New frontiers in developmental neuropharmacology: Can long-term therapeutic effects of drugs be optimized through carefully timed early intervention? *J Child Psychol Psychiatry* 2011;52,4:476–503
3. Fernandez E, Perez R, Hernandez A et al. Factors and Mechanisms for Pharmacokinetic Differences between Pediatric Population and Adults. *Pharmaceutics* 2011, 3, 53–72.
4. Rhodin MM, Anderson BJ, Peters AM, Coulthard MG, Wilkins B, et al. Human renal function maturation: a quantitative description using weight and postmenstrual age. *Pediatr Nephrol.* 2009; 24(1): 67–76.
5. Clavenna A, Bonati M. Adverse drug reactions in childhood: a review of prospective studies and safety alerts. *Arch Dis Child.* 2009; 94(9): 724–728.

Neděle 15. června 2014

SYMPOSIUM PSYCHOTERAPEUTICKÉ SPOLEČNOSTI: MÍSTO PSYCHOTERAPIE V REFORMOVANÉ PSYCHI- ATRII

garant MUDr. Ondřej Pěč

MÁ MÍSTO PSYCHOTERAPIE V PŘIPRAVOVANÉ REFORMĚ PSY- CHIATRICKÉ PÉČE?

O. Pěč

ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, Praha, Česká republika

Summary

HAS PSYCHOTHERAPY A PLACE IN THE REFORM OF PSYCHIAT- RIC CARE?

The strategic document on the reform of psychiatric care finds lack of psychotherapeutic care. The services in CR provide only one side biological approach instead by bio-psycho-social model of care. The strategic document recommends the promotion of research and education in psychotherapy and in legislation to create a "legislative framework" for psychotherapy. According to the opinion of the author the strategic document unfortunately does not give clear direction for the correction of network of under dimensioned psychotherapeutic services. To develop further the reform more attention should be given to the unfavorable state of these services.

Keywords: psychotherapy, psychiatric reform, legislation

Ve strategickém dokumentu k reformě psychiatrické péče najdeme pojem psychoterapie pouze na devíti místech (Reforma péče o duševní zdraví, 2013). Dozvíme se v něm, že chybí nabídka psychoterapeutické péče a namísto péče podle bio-psycho-sociálního modelu se poskytuje péče jednostranně biologická. Strategický dokument doporučuje podporovat výzkum a vzdělávání v psychoterapii a v oblasti legislativy vytvořit „legislativní rámec“ pro psychoterapii. V plánovaných službách center duševního zdraví se o psychoterapii uvažuje v rámci denní péče, resp. zdravotnických denních stacionářů a měla by být zajištěna dostupnost specialisty v oboru klinická psychologie/psychoterapie v počtu 2/100 000 obyvatel. V plánovaném rozvoji lůžkové psychiatrické péče se počítá se specializovanou péčí, která má být zaměřena také na psychoterapii. Lůžková péče však plánuje vytvořit nové výkony pro psychoterapii mezi nově vznikajícími výkony pro akutní psychiatrickou lůžkovou péči.

Autor příspěvku souhlasí s východiský strategického dokumentu o chybějící nabídce psychoterapeutických služeb a dokumentuje na datech VZP značný nepoměr mezi biologickými a psychoterapeutickými intervencemi. Za posledních patnáct let nové psychoterapeutické služby v rámci zdravotnictví téměř nevznikaly. Rozvoj denních stacionářů s psychoterapeutickou péčí se po roce 2000 zastavil. Mezi roky 2000 a 2011 můžeme dokonce pozorovat pokles pro-

vádění skupinové psychoterapie a využití denních stacionářů (Ročenka VZP ČR 2000, Ročenka VZP ČR 2011). Nepříznivá situace v nabídce psychoterapeutické péče je v rozporu s vodítky psychiatrické péče a tedy se skutečností, že psychoterapie je léčbou první volby u řady psychických poruch (Raboch a kol., 2010).

Strategický dokument bohužel nepodává jasnější směr pro nápravu poddimenzované sítě psychoterapeutických služeb. Určité její rozšíření by mohlo nastat rozvojem center duševního zdraví ve spojitosti s navýšením úvazků klinických psychologů nebo psychiatrů v nich. Podmínkou navýšení těchto úvazků by však měla být psychoterapeutická kvalifikace alespoň u části z nich. Co se týká vytváření nových specializovaných psychoterapeutických lůžkových oddělení nemocnic, bude zapotřebí ještě další odborné diskuse k ozřejmění jejich významu a funkce.

Strategický dokument MZ vybízí k vytvoření legislativního rámce pro psychoterapii. Bude však zapotřebí upřesnit, jakou by měl mít tento legislativní rámec podobu. V minulosti byla řadou kolegů prosazováno i vytvoření samostatného zákona o psychoterapii, který by byl obdobou podobných zákonů, které nacházíme v zahraničí. Zákonná podoba však může mít i jinou formu. V diskusích na půdě odborné psychoterapeutické společnosti se již dlouhodobě krystalizuje potřeba definování pojmů, kompetencí a rozsahu služeb, které se sami vztahují k psychoterapii, avšak působí mimo oblast zdravotnických zařízení. Může jít o poradenství, sociální služby či školství. Současná i budoucí praxe si bude vnučovat i podobná vymezení v rámci zdravotnictví pro další zdravotnické pracovníky kromě již zavedených profesí. Dalším legislativním opatřením by mohlo být vydělení psychoterapie jako samostatného nástavbového oboru, což by mohlo posílit postavení psychoterapie mezi jinými obory a lépe její úhrady v rámci zdravotnictví.

Závěrem je možno konstatovat, že současný koncept reformy psychiatrie nenabízí příliš mnoho prostoru pro rozvoj psychoterapie a vzhledem k nepříznivému stavu těchto služeb u nás by měla být při dalším rozpracování reformy psychoterapii věnována větší pozornost.

Literatura

Raboch J., Anders M., Hellerová P., Uhlíková P. Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče III. Praha: Tribun EU, 2010. str. 268

Reforma péče o duševní zdraví. Strategie reformy psychiatrické péče. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, verze 1.0, vydáno 8. října 2013, str. 78

Ročenka Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2000. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2002. str. 154

Ročenka Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2011. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2013. str. 184

ZÁKONNÁ REGULACE PSYCHOTERAPIE VE SVĚTĚ

M. Kolumpková

Katedra psychologie, FF UK, Praha, Česká republika

Summary

LEGAL REGULATION OF PSYCHOTHERAPY IN THE WORLD

The main objective of this study is to explore the circumstances under which psychotherapy services are provided in some other countries beside the Czech Republic, not only in European, but also in other countries across the continents. The focus is primarily on conditions of providing psychotherapy, which are in some countries defined by law, in other countries there is no legal regulation and somewhere, conditions of psychotherapeutic care are described at least by professional associations. In the study, there are specified concrete qualification requirements for the operation of the profession of psychotherapist, and then there is also mentioned a required number of hours of theory and practice, if these requirements are set in a particular country. Finally, the study follows the involvement of psychotherapists in the system of health care or social services as well as options how to fund psychotherapy.

Keywords: psychotherapy, legal regulation, conditions of providing psychotherapy, qualification requirements, system of health care and social services, funding of psychotherapy

Cíle

Cílem studie je zmapovat okolnosti, za kterých jsou poskytovány psychotherapeutické služby v některých dalších zemích kromě České republiky, a to nejen v evropských, ale i v ostatních státech napříč kontinenty. Pozornost je soustředěna především na podmínky poskytování psychoterapie. Ve studii jsou uvedeny konkrétní kvalifikační požadavky na provozování profese psychoterapeuta společně s potřebným počtem absolvovaných hodin teorie a praxe, jsou-li tyto požadavky v konkrétní zemi stanoveny. V neposlední řadě studie sleduje zahrnutí profese psychoterapeuta v celkovém systému poskytování zdravotních nebo sociálních služeb a také možnosti financování psychoterapie.

Metody

Uvedené informace byly získány prostřednictvím rešerše dokumentů poskytnutých buď přímo danými zeměmi, nebo získaných od pověřených osob při osobním kontaktování, dále bylo čerpáno přímo ze článku Rakouského institutu zdraví, který na základě vyplněných dotazníků z jednotlivých zemí shrnuje regulace profese psychoterapie. Nakonec se studie pokouší o nejnovější aktualizace pomocí kontaktování zainteresovaných osob v této oblasti.

Výsledky

Výsledky této studie je možné rozdělit do několika oblastí: 1. Legislativní rámec psychoterapie, 2. Kvalifikační požadavky pro poskytování psychotherapeutických služeb a 3. Zahrnutí profese psychoterapeuta v systému zdravotních a sociálních služeb a možnosti financování psychoterapie.

Psychoterapie jako profese je v zákoně definována v osmi zemích Evropského hospodářského prostoru (EHP) včetně Velké Británie, kde je definována pouze

profese dětského psychoterapeuta. Ve Švýcarsku je psychoterapie zákonně regulována ve většině kantonů. Nově vznikl zákon regulující psychoterapii také ve Francii. V Belgii by měl vyjít v platnost zákon v roce 2016. Dále v Izraeli neexistuje sice obecný zákon zabývající se psychoterapií, avšak nacházejí se zde samostatné zákony regulující práci psychologů, sociálních pracovníků a psychiatrů v oblasti psychoterapie. V Kanadě je psychoterapie definována v zákoně dvou provincií. Kromě zákonných regulací existují v některých zemích nejrůznější profesní organizace a asociace, které se snaží kontrolovat oblast psychoterapie pomocí stanovení požadavků pro udělování licencí a certifikátů k poskytování psychoterapeutických služeb, nebo které umožňují členství v různých „řádech“ psychoterapeutů. Pomocí udělování licencí a dalších registrací je v těchto zemích možné oddělit profesionální poskytovatele služeb od neprofesionálních a zahrnout tak psychoterapii do zdravotního systému. Tato regulace psychoterapie funguje například v Portugalsku, Austrálii, Chile, USA a Kanadě. Naopak například v Polsku je možná pouze administrativní a finanční registrace pro poskytování psychoterapeutických služeb v soukromé sféře. Také v Uruguayi nefunguje možnost registrace nebo udělování licencí a psychoterapii může poskytovat každý profesionál v oblasti duševního zdraví obecně.

Z hlediska kvalifikačních požadavků se v jednotlivých zemích nejčastěji uplatňuje model absolvování vzdělání v psychologii nebo lékařské vzdělání a k tomu příslušný výcvik v psychoterapii. Tento model se uplatňuje pro poskytování psychoterapeutické péče definované zákonem, nebo pro získání potřebné licence, případně pro zapsání do příslušného registru. Ve Velké Británii je kromě tohoto modelu potřeba ještě čtyřletá praxe na plný úvazek jako dětský psychoterapeut. V Austrálii je potřeba výcvik v psychoterapii pouze pro provozování specifických forem psychoterapie, základní zdravotnické profese výcvik nepotřebují. V Izraeli se pak požadavky liší – pro psychology je nutné absolvované vzdělání a následná počáteční praxe, nicméně psychiatři musí podstoupit ještě výcvik v psychoterapii. V Kanadě a ve Francii je požadavkem pouze absolvované vzdělání s tím, že ve Francii po obdržení příslušného akademického titulu je třeba absolvování speciálního kurzu, jehož součástí je kromě teoretické přípravy i pětiměsíční stáž na akreditovaném pracovišti. Naopak v Polsku může absolvovat výcvik a následně vykonávat profesi psychoterapeuta kdokoli, kdo má zájem a zároveň je zde psychoterapie povinnou součástí specializace v psychiatrii.

Ve většině zemí je psychoterapie součástí zdravotní péče a je možné ji tedy financovat ze zdravotního pojištění při splnění určitých požadavků – buď definovaných zákonem, nebo obdržením licence či registrací. Psychoterapie je tak nejčastěji poskytována ve státních zdravotnických zařízeních nebo v soukromé praxi. V jednotlivých zemích pak existují různé specifické podmínky – například ve Francii ve státních zařízeních je psychoterapie financována jako zdravotní služba, nicméně v soukromém sektoru je financována pouze konzultace s psychiatrem. Také v Chile je omezeno financování určitého počtu sezení s psychologem, pro sezení s psychiatrem však tato omezení neplatí. V Portugalsku spolupracuje zdravotní systém se systémem sociálním, a tak je možné financovat i služby ze sociálního systému. Ve Švédsku, Chile a Izraeli spadá psychoterapie čistě do systému zdravotních služeb.

Závěr

Z výsledků studie je patrné, že v některých zemích je profese psychoterapeuta definována přímo zákonem, v jiných zemích neexistují žádná zákonná ustanovení a někde se podmínkami poskytování psychoterapeutické péče zabývají alespoň různá profesní sdružení a asociace. Konkrétně existuje zákonná regulace například v Itálii, Finsku, Lichtenštejnsku, Německu, Nizozemsku, Rakousku, Švédsku, Švýcarsku, Velké Británii, kde je zákonem regulována pouze profese dětského psychoterapeuta a nově také ve Francii a v Belgii, kde by měl být zákon platný v roce 2016. Ze světa je možné jmenovat například Izrael. Dále mezi země, kde není psychoterapie regulována přímo zákonem, ale je zde snaha o aspoň částečná omezení pomocí různých registrů, certifikací a udělování licencí, a kde se o splnění daných požadavků starají alespoň některé profesní skupiny a asociace, patří: Island, Lucembursko, Norsko, Polsko, Portugalsko, Rumunsko, Španělsko a ze světa pak Austrálie, Chile, Uruguay, USA a dvě Kanadské provincie – Ontario a Quebec. Důsledkem toho může být v těchto zemích psychoterapie poskytována i některými neprofesionály. Bez regulace nadále zůstává Dánsko, Řecko a Irsko, nicméně do budoucna je cílem každého státu danou profesi regulovat. Pomocí této studie je snaha o vytvoření legislativního rámce pro provozování psychoterapie také v České republice. Prostřednictvím porovnání funkčních modelů v zemích Evropy i v některých dalších zemích z celého světa je cílem poskytnout inspiraci a možnosti pro legislativní zakotvení psychoterapie u nás a tím regulovat a kontrolovat poskytování těchto služeb.

Reference

Bednar, W., Lanske P. & Schaffenberger E. (2004). *Regulation of the Professions of Psychotherapist, Clinical Psychologist, Health Psychologist in the Member States of the EEA and the Swiss Confederation*. Vienna: Austrian Health Institut ÖBIG.

PERSPEKTIVY PSYCHOTERAPIE V ČR

K. Koblíček

Středisko psychoterapeutických služeb Břehová, Praha, Česká republika

Summary

PERSPECTIVES OF PSYCHOTHERAPY IN THE CZECH REPUBLIC

Presentation shows two possible scenarios of development in organizing psychotherapy in the Czech Republic. Both of them are based on two different concepts of identity of psychotherapist. One scenario is derived from complex education, practice, differentiated competencies according to education and requirements for providing psychotherapy, stressing rules and safety for patients. The other one is based on education in psychotherapy only, on power and business of training institutes and „freedom for psychotherapy. The author favors the first one.

Keywords: organizing psychotherapy, identity of psychotherapist, differentiated competencies, future development

Další vývoj psychoterapie v ČR závisí podle mého názoru na nás, na psychoterapeutech. A identita psychoterapeuta je v současné ČR jedním z klíčových témat. Možná převáží při ohraničování identity psychoterapeuta hlas těch (mezi něž se počítám), kteří po absolvování úplného vzdělání v psychoterapii (definované pregraduální vzdělání, definovaná atestace, absolvování schváleného výcvikového programu a státem respektované zkoušky) a nezbytné praxi poskytují psychoterapii jako součást zdravotní péče (ať již ve smlouvách se zdravotními pojišťovnami a nebo za přímou úhradu). A tedy sobě a zejména svému pacientovi poskytují jasný právní rámec a hranice týkající se nejen financí, ale zejména odbornosti, mlčenlivosti, zákonného pojištění, vedení dokumentace, řešení nespokojeností a stížností atd. Tedy identita těch, kteří např. v inspiracích z Evropy a ze světa vůbec – např. ve stanoviscích Evropské asociace pro psychoterapii (EAP) – vnímají zejména důraz na pacienta, na přehlednost pravidel pro něho a na dodržování zákonů dané země.

Samozřejmě si dokážu představit postupné zřetelné vymezení nezbytné psychoterapeutické kvalifikace a kompetencí pro parciální psychoterapeutickou práci např. zdravotních sester, adiktologů a dalších zdravotnických pracovníků zabývajících se psychoterapií pod vedením plně kvalifikovaného psychoterapeuta.

V kontextu připravované reformy péče o duševní zdraví by pak byl takový obraz psychoterapie diferencovaný, jasný a přehledný. Bylo by však nezbytné spojit síly k tomu, aby psychoterapie získala z celého zdravotního balíku více peněz, neboť jen tak mohou zdravotní pojišťovny nasmlouvat více psychoterapeutů a kvalifikovaná psychoterapie tak bude pro potřebného pacienta dostupnější. Bude užitečné spojit síly také k etablování psychoterapie jako nástavbového oboru. Oboje by prospělo k vyváženějšímu poskytování péče jako skutečně bio-psycho-sociální.

Je třeba dodat, že existuje stále více kolegů, kteří vymezené vzdělání mají a jako součást zdravotní péče působit nechtějí. A těch, jimž nechybí úplné vzdělání v psychoterapii (byť bez zkoušky), ale ve zdravotních službách působit nemohou, protože nemají buď odpovídající vzdělání pregraduální či postgraduální a nebo jim chybí praxe v oblasti duševního zdraví. I zde si dokážu představit postupné vymezení nezbytných kvalifikací i kompetencí – samozřejmě mimo oblast zdravotní péče, s jasným odlišením názvu profese jako vodítkem pro uživatele – třeba jako psychoterapeutičtí poradci či konzultanti (i zde nám svět nabízí množství inspirací). Odlišující i přesto, že teoretické zázemy jednoho oboru – psychoterapie – můžeme sdílet.

A nebo si můžeme představit jinou identitu či scénář, který je z mého pohledu destruktivní. V něm v ČR převáží identita psychoterapeuta navazující nikoliv na odbornost, ale na deviantní (dříve byla psychoterapie chápána jako jeden z ostrůvků pozitivní deviace) charakteristiky posttotalitního světa (jako světa, kde pravidla jsou přijímána pouze formálně a ve skutečnosti jsou obcházena a nikoli přetvářena atd.). Nepochybně by takový scénář vyhovoval tlaku vzdělavatelů v psychoterapii, jejichž srozumitelným zájmem je mít co nejširší trh zájemců. Taková identita by mohla navazovat také na jeden z bodů štrasburské deklarace EAP, který by – vytržen z kontextu – mohl takové pojetí podporovat.

Tedy identita opřena pouze o vzdělání v psychoterapii samotné a o činnost vzdělávacích institutů (tedy identita, která vliv těchto institutů samozřejmě posiluje). Identita vyvádějící psychoterapii z péče o zdraví.

Identita téměř bezhraniční, rozmlžující a devalvující odbornost, v současné době bez jakékoli možnosti právní ochrany pacienta. Pro mnoho kolegů však identita atraktivní, protože pohodlná, bez nutnosti vést dokumentaci, starat se o vybavení ordinace atd. Identita nabízející lákavou „svobodu“, která však nemůže být pro pacienta bezpečná.

Identita, která s devalvací odbornou a profesionální přinese snížení kvality psychotherapeutické péče, přinese samozřejmě snížení plateb (a velmi pravděpodobně vyřazení plateb za psychoterapii ze zdravotního pojištění) a odklon kvalifikovaných psychotherapeutů do jiné oblasti – v důsledku přinese tedy celkové zhoršení zdravotní péče o pacienty. V souvislosti s připravovanou reformou přinese nepřehlednost a skutečně kvalifikovanou psychoterapii rozmělní – s masivním dopadem na zdravotní péči v ČR.

Je zřejmé, kterou z perspektiv považují na nosnou a jedinou možnou cestu vývoje pro psychoterapii v ČR. Pro psychoterapii jako ověřenou a účinnou (evidence-based) léčebnou metodu a pro obor jako takový. Co není zřejmé, která z nastíněných identit v současné ČR převáží, stejně jako není zřejmé, budeme-li dost silní, abychom odbornost psychoterapie dokázali zřetelně ohraničit a strukturovat či diferencovat zejména s ohledem na naše pacienty. A nabídli jim perspektivu srozumitelnou.

SYMPOSIUM SEKCE DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ PSYCHIATRIE: DĚTSKÁ A DOROSTOVÁ PSYCHIATRIE, AKTUÁLNÍ OTÁZKY SOUČASNÉ PRAXE

garant doc. Ivo Paclt

DIAGNOSTIKA A LÉČBA PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA Z POHLEDU SOUČASNÝCH MEZINÁRODNÍCH DOPORUČENÍ

L. Stárková

Psychiatrická klinika FN Olomouc, PSYCHOMED s.r.o., Česká Republika

Summary

DIAGNOSTIC PROCESS AND TREATMENT OF AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS (ASD) FROM THE VIEW OF CONTEMPORARY INTERNATIONAL PRACTICAL GUIDELINES

This presentation brings available knowledge about the structure of diagnostic process of ASD at clinical practice published by AACAP in 2014. New practical guidelines are based on international review of published literature collecting data since 1999. This diagnostic approach underlines the importance of clinical assessment provided by child psychiatrist and removes our doubts about our professional ability to assess autistic child without a need of a specific training in the use of diagnostic scales (ADOS, ADI-R etc). Basic recommendations are related to assessment and appropriate treatment of autistic children.

Keywords: autistic spectrum disorders, diagnosis, treatment, practical guidelines

Úvod

V posledních letech jsme byli svědky rozšíření diagnostiky poruch autistického spektra (PAS), což způsobilo, že jsme byli vystaveni potřebě hodnotit i mírnější klinické obrazy, kdy nebyla všechna diagnostická kritéria dětského autismu naplněna (např. atypický autismu, Aspergerův syndrom, atd.). Zachycení pouze některých autistických symptomů, aniž by byly v klinickém obrazu přítomny všechny jeho znaky, se stávalo běžnou součástí ambulantní praxe. Jednalo se většinou o komplikované případy, kdy byly autistické symptomy v komorbiditě s hyperkinetickou poruchou (ADHD) nebo s opožděným vývojem řeči (dysfázie receptivní nebo expresivní), často u velmi malých dětí. Pedopsychiatr byl často žádán, aby vyslovil jednoznačný diagnostický závěr z velmi nejasných a komplikovaných klinických projevů. Potřeba rozšířit vzdělání v oblasti diagnostiky autismu, zejména v oblasti použití škál, které vyžadují specifické vzdělání (ADOS, ADI-R) se zdála být nevyhnutelnou a vedla k rozvoji pochybností, zda dětským psychiatrům specializované vzdělávání v oboru poskytuje dostatečný rozhled i ve směru diagnostiky poruch autistického spektra. Včasné aktivní vyhledávání dětí s autismem v předškolním věku na sebe vzali v především psychologové a speciální pedagogové pracující ve Speciálních pedagogických poradnách. Byli pečlivě proškoleni v použití škály CARS (Childhood Autism Rating Scale), když aplikovali zahraniční program TEACCH v našich mateřských školách. Diagnostika duševních nemocí patří ovšem do rukou lékařů-

psychiatrů. Uvedené faktory, především nedostatečná praktická zkušenost na straně jedné (někteří kolegové se setkávali s autismem v ambulanci zřídka) a nárůst komplikovaných obrazů dětských vývojových poruch se symptomy autismu, zvyšovala nejistotu mnohých pedopsychiatrů.

Cíl

Cílem prezentace je uvedení základních praktických postupů v diagnostickém procesu a vymezení požadavků na důležitá vyšetření, jak je na základě zpracování dat z publikovaných zpráv a studií přinesla a mezinárodně rozšířila AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry). Upozorníme na základní doporučení nejen v oblasti diagnostiky, ale i v oblasti léčby.

Metody

Na základě praktických poznatků, že s rozšířením diagnostického spektra PAS vzrostly u našich dětských psychiatrů pochybnosti, zda jsou dostatečně erudováni pro diagnostiku autismu v praxi a kdy došlo ke značnému nadhodnocení významu některých specifických škál, které mohou být pomocnými nástroji v diagnostice, jsme hledali zahraniční zdroje, které by poskytly informace o tom, jak v klinické praxi dobře diagnostikovat a jakým směrem orientovat léčbu. Práce, které v posledních letech přinášely odborné zahraniční zdroje, potvrzovaly, že podobné problémy řeší také dětské psychiatry a pediatri v jiných zemích. Vzhledem k tomu, že se výrazně zvýšila prevalence autistických poruch v populaci (nyní prevalence uváděna kolem 1%), vydala například v.r. 2006 American Academy of Pediatrics doporučení provádět screeningová vyšetření u dětí v 18 a 24 měsících věku, aby byly znaky autismu odhaleny u dětí co nejdříve. Diagnostický manuál DSM 5 (2013) stanovil základní diagnostická kritéria s důrazem na potřebu zachytit všechny možné přidružené poruchy. Cílem je zjistit všechny relevantní informace, které by mohly přispět k odhalení příčin nemoci. Začátkem roku 2014 byla zveřejněna zpráva AACAP, která přinesla velmi pragmatické informace, jak v praxi k problému diagnostiky a léčby autismu přistupovat.

Výsledky

Kolektiv výzkumníků AACAP stanovil na základě analýzy publikovaných článků a studií o autismu (celkem téměř 10 tisíc relevantních studií z databází prací uveřejněných v PubMed, PsycINFO a Cochranově databáze) nové základní parametry PAS. Vztahují se k základní charakteristice nemoci a vývoji symptomatologie v průběhu dětství a dospívání. Praktická doporučení se tak opírají nejen o výzkumy, ale také o klinické zkušenosti psychiatrů. Autoři doporučují celkem 7 základních kroků, které bychom měli v praxi dodržovat, aby bylo hodnocení stavu provedeno odborně a léčba se opírala zkušenosti podložené důkazy (EBM). Tři doporučení zdůrazňují potřebu komplexního hodnocení. Nejtěžší, ale také nejdůležitější je vyšetření malých dětí. **Prvním** krokem by mělo být zaměření pozornosti psychiatra na možné autistické symptomy při hodnocení vývoje každého dítěte (screening). **Druhým** krokem pak zjištění, zda případné zachycené symptomy naplňují diagnostická kritéria dle DSM 5. Pokud ano, má ve **třetím** kroku následovat multidisciplinární vyšetření. Ve spolupráci s dalšími obory se zaměřujeme na zhodnocení event. somatických změn Provádíme pediatrické, popřípadě neurologické vyšetření, audiometrické, logopedic-

ké, vyšetření psychologické a také vyšetření genetické. Dvacetiletá zkušenost a výsledky publikovaných studií neprokázaly potřebu provádět rutinní metabolické vyšetření. Teprve v případě, kdy se dítě rozvíjelo zdravě a po čase se objevil regres ve vývoji, pátráme dál po možných příčinách (homocysteinurie, hypothyreoidismus, atd.). Po ukončení diagnostického procesu volíme ve **čtvrtém** kroku vhodnou léčebnou intervenci. V USA je to obvykle u malých dětí metoda ABA (aplikovaná behaviorální analýza), která představuje vysoce intenzivní a individualizovanou metodu výuky, v trvání 40 hodin týdně. Zahrnuje učení jednoduchým a složitějším sociálním dovednostem, které trénují i verbální projev. **Páté** doporučení se týká farmakoterapie. Podávání léků není pravidlem, ale z praxe víme, že léky mohou autistickým dětem pomoci, když prožívají úzkost, jsou neklidné nebo mají sebepoškování. Základními doporučenými léky jsou risperidon a aripiprazol. **Šesté** doporučení zdůrazňuje nezbytnost zachování dlouhodobého terapeutického vztahu, v němž by měl psychiatr hrát aktivní roli v plánování dlouhodobé léčby. V **sedmém** doporučení je připomenuto, že by měl být psychiatr v každém okamžiku připraven čelit dotazům ohledně alternativní léčby (podávání B6 a magnezia, praktikování dietních omezení, jako je bezlepková a bezmléčná dieta, apod).

Z uvedeného jasně vyplývá, že pedopsychiatrické vyšetření je základem správné diagnostiky. Škálování pomocí škál (ADOS apod.) spadá do kategorie pomocných vyšetření a jako takové může při diagnostickém procesu sice pomoci, ovšem diagnostika se neopírá o výsledky škál, nýbrž o výsledky pedopsychiatrického vyšetření a výsledky mezioborového hodnocení. V zájmu zlepšení diagnostiky jsou na odborných mezinárodních konferencích prezentovány nové škály (nap. AMSE, atd.), je zdůrazňován prospěch domácích videí dítěte, kde jsou specifické projevy dítěte dokumentovány. Nová praktická doporučení jsou především vysoce pragmatická se snahou zacílit vhodnou intervenci a pomoc ve směru, kde je to nejvíc potřeba, a s následným pružným přizpůsobováním specifických edukativních přístupů dle vývojových potřeb dítěte.

Závěr

Novým aspektem aktuálních doporučení je zdůraznění nezbytnosti interdisciplinární péče v diagnostice a léčbě autismu. Diagnostika by neměla spočívat jen na bedrech jednoho ambulantního psychiatra, ale měla by být souhrnným závěrem z vyšetření několika odborných pracovišť. Vyjádření AACAP, že, citujeme“ žádné škály a screeningové instrumenty (např. ADOS a další) nemohou nahradit řádné klinické, tedy komplexní pedopsychiatrické vyšetření“ může vnést uklidnění do duší dětských psychiatrů v terénu. Základním diagnostickým instrumentem zůstává MKN a DSM. Zejména nový klasifikační manuál DSM-5 uvádí velmi podrobný popis autistických příznaků a chování- věříme, že bude výborným pomocníkem v klinické praxi.

Literatura

1. Volkmar F., Siegel M., Woodbury-Smith M., King B., McCracken J., State M. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adol Psychiatry*, vol.53, 2014, no 2,p. 237–257

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013. P.947
3. Al-Qabandi M., Gorter J.W, Rosenbaum P. Early Autism Detection: Are We Ready for Routine Screening?:
<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/06/08/peds.2010-1881>

SUICIDÁLNÍ A SEBEOŠKOZUJÍCÍ CHOVÁNÍ U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

J. Koutek, J. Kocourková

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

Summary

SUICIDAL AND SELF HARM BEHAVIOR IN EATING DISORDERS

Eating disorders are significantly associated with suicidal and self harm behavior. Anorexia nervosa has the highest rates of completed suicide. Suicide attempts and self harm behavior are easily found among patients with bulimia nervosa. Risk factors are associated with depression, borderline personality and substance abuse. The authors examined 47 patients (46 girls and 1 boy) with eating disorders. They found suicidal behavior in 59,6 %, self harming behavior in 49 %. Risk of suicidal behavior is associated with self harm in history.

Keywords: eating disorder, suicidal behavior, self harm

Suicidální chování i sebepoškozování stejně jako poruchy příjmu potravy u dětí a adolescentů představují závažný zdravotnický a sociální problém. V literatuře je často uváděná souvislost mezi tímto autodestruktivním jednáním a poruchami příjmu potravy. Současné studie uvádějí vyšší výskyt suicidií u mentální anorexie (kolem 2 %), zatímco výskyt suicidálních pokusů je stejný nebo nižší než v případech mentální bulimie. U mentální anorexie je uváděn výskyt suicidálních pokusů 3–20 %, u mentální bulimie 25–35 %. Suicidální pokusy u mentálních anorexií jsou ale závažnější než v případech mentální bulimie. Tam obvykle převažuje syndrom záměrného sebepoškozování, ať již v podobě pořezávání se, ale také formou předávkování medikamenty bez suicidálního úmyslu.

Cíl

Cílem studie je identifikace rizikových faktorů suicidálního a sebepoškozujícího jednání u dětí a adolescentů s poruchami příjmu potravy, posouzení jejich rodinné situace a případné rodinné psychopatologie, zjištění komorbidní psychopatologie a porovnání charakteristik suicidálního jednání a sebepoškozování u těchto pacientů, identifikace rozdílů a eventuálních rozdílných rizikových faktorů.

Metoda

Cílovou skupinou výzkumu byli pacienti, resp. pacientky přijaté pro poruchu příjmu potravy v roce 2013 na Dětskou psychiatrickou kliniku FN Motol. Šlo celkem o 47 pacientů (z toho 46 dívek a 1 chlapec), ve věku od 10 let 3 měsíců do

18 roků, ve věkovém průměru 15 let a 6 měsíců. Pacienti byli vyšetřeni formou psychiatrické a psychologické explorace, která byla zaměřena na symptomatiku poruchy příjmu potravy a její typ, komorbidní psychopatologii, přítomnost suicidálního chování a sebepoškození, dále na rodinnou situaci a aktuální stres. Při vyšetření byl použit dotazník suicidálního rizika CASPI a sebeposuzující škála depresivity pro děti CDI.

Výsledky

V souboru dětí a adolescentů hospitalizovaných pro poruchu příjmu potravy převažovala jednoznačně typická mentální anorexie (77 %), v 17 % šlo o atypickou mentální anorexii a v 6 % o mentální bulimii. Z hlediska přítomnosti komorbidní psychopatologie převažovala deprese, která byla přítomna v 72 % vzorku, další symptomatika měla obsedantně kompulsivní charakter, byla přítomna v 10,6 %, úzkostné poruchy se vyskytly v 8,5 %. Disharmonický vývoj osobnosti byl zjištěn v 57 %. 53 % věří na posmrtný život, pouze menšina však ve spojení s běžnou religiozní orientací. Suicidální chování se vyskytlo celkem v 59,6 %. V rámci tohoto chování se vyskytly výrazné suicidální ideace u 22 pacientek, u 2 pacientek byly zjištěny suicidální tendence s aktivní přípravou sebevražedného jednání, u 4 dívek proběhl suicidální pokus. Sebeпоškození se vyskytlo v 49 % vzorku, převažovalo zejména pořezávání. Ve skupině sebeпоškozujících se pacientů se zároveň vyskytuje signifikantně více znaků suicidálního chování (viz tabulka).

Vztah sebeпоškození – suicidální jednání

		Suicidální jednání (Ideace nebo tendence nebo TS)			Total
			Ne	Ano	
Je v anamnéze sebeпоškození	Ne	počet	13	11	24
		%	54,2	45,8	100
	Ano	počet	6	17	23
		%	26,1	73,9	100

Ve skupině sebeпоškozujících (N=23) je 17 suic. jednání, tj. 73,9%. Ve skupině bez sebeпоškození (N=24) je 11 suic. jednání tj. 45,8%. Rozdíl je signifikantní **Chi-Square Test** Asymp. Sig. (2-sided) **p=0,050**.

Rodinná situace pacientek byla často problematická. 45 % zažilo rozvod rodičů. Z hlediska typu rodiny 47 % žijí v úplné rodině, s oběma biologickými rodiči, v 36 % s jedním biologickým rodičem (převážně matkou), ve 13 % pak s jedním biologickým rodičem a jeho partnerem. Z hlediska funkce rodiny byla plně harmonická rodina zjištěna ve 30 %, v 36 % rodina fungující s konflikty a v 32 % dysfunkční rodina. U pacientů byl zjišťován aktuální stres, kdy v 81 % šlo o stres vycházející z vlastní duševní poruchy, v 57 % prožívali aktuální stres v rodině a ve 13 % mezi vrstevníky. Stresové okolnosti se mohou kombinovat. Zvýšený skóre rizika suicidálních jednání v dotazníku CASPI byl zjištěn u 62 %, klinicky významný skóre depresivity v sebeposuzující škále CDI byl zjištěn v 68 %.

Závěr

Ve zkoumaném vzorku pacientů s poruchou příjmu potravy hospitalizovaných na DPK FN Motol Praha převažovaly v souladu s naší předchozí klinickou zkušeností i literárními údaji dívky adolescentního věku s diagnózou mentální anorexie, v menší míře se vyskytla atypická mentální anorexie, u níž nejsou přítomny všechny diagnostické znaky poruchy dle MKN-10. Mentální bulimie byla zastoupena okrajově, což odpovídá tomuto věkovému rozložení. Přítomnost komorbidní psychopatologie je častá, typicky ve spojení s depresivní, obsedantně-kompulzivní a anxiózní symptomatikou. Prakticky u poloviny pacientů je předchozí osobnostní vývoj disharmonický. Výskyt vlastního suicidálního chování je zjištěn u více než poloviny pacientů, zejména v rámci vážných suicidálních myšlenek, vyskytuje se též přípravná suicidální aktivita a realizované suicidální pokusy. Sebepoškozování se vyskytlo téměř u poloviny pacientů, ze statistického zpracování pak vyplynulo, že u těchto pacientů je zvýšené riziko suicidálního chování. Výsledky dotazníkových metod CASPI a CDI potvrzují zvýšené riziko suicidálního a sebepoškozujícího chování a též přítomnost depresivní symptomatiky. Z hlediska posouzení rodinného prostředí lze konstatovat problémy ve fungování rodin, kdy pouze menšina pacientů žije v harmonickém rodinném prostředí a více než polovina subjektivně prožívá stres vázaný na rodinu. Největší aktuální stres však přináší samotné onemocnění poruchou příjmu potravy, které zvyšuje riziko rodinných konfliktů. Tyto konflikty jsou vázány zejména na jídelní chování pacientky, týkají se její hmotnosti a příjmu potravy. Z výsledků výzkumu vyplývá, že u pacientů s poruchami příjmu potravy existuje zvýšené riziko suicidálního chování a sebepoškozování, přičemž sebepoškozování představuje rizikový faktor pro následné suicidální jednání. Proto by se dětští lékaři, pedopsychoiatrii a psychologové měli na tuto symptomatiku při diagnostice a léčbě poruch příjmu potravy zaměřit.

Podpořeno projektem MZD ČR koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (Fakultní nemocnice v Motole) a Programem rozvoje vědních oblastí na Univerzitě Karlově č. P07 Psychosociální aspekty kvality lidského života.

Literatura

1. Fennig S., Hadas A., Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nord J Psychiatry*, 2010, 64 (1), 32–39.
2. Franko DL., Keel PK., Suicidality in eating disorders occurrence, correlates, and clinical implications. *Clin Psychol Rev*, 2006, 26(6), 769–782.
3. Pompili M., Girardi P., et al, Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern. *Eat Behav*, 2006, 7(4), 384–394.

TOURETTEŮV SYNDROM – KLASIFIKACE DSM-5.

E. Malá

DPS Ondřejov a Neurologická klinika 1. LF Praha, Česká Republika

Summary

TOURETTE'S DISORDER DSM-5 CLASSIFICATION

The article deals with the classification of motor disorders according to the DSM-5 and diagnostic criteria Tourette's Disorder (TS). TS is characterized by the presence of motor and vocal tics and is often accompanied by comorbid conditions such as attention deficit and hyperactivity disorder, obsessive compulsive symptoms, anxiety-depression and sleep difficulties. Cortico-striato-thalamo-cortical circuits and the dopaminergic – glutamatergic system are believed to be involved in the pathophysiology of TS.

Keywords: Tourette's Disorder, DSM-5

Souhrn

V článku je popsáno rozdělení motorických poruch dle DSM-5 a diagnostická kritéria Touretteova syndromu (TS). TS je charakterizován motorickými a vokálními tiky a je často doprovázen komorbidními poruchami jako jsou poruchy pozornosti s hyperaktivitou, obsedantně kompulzivní symptomy, anxiózně-depresivní syndrom a poruchy spánku. Kortiko-striato-thalamo-kortikální okruh, dopaminergní a glutamatergní systém pravděpodobně hrají úlohu v patofyziologii TS.

Klíčová slova: Touretteův syndrom, DSM-5

Definice duševní poruchy, tedy i Touretteova syndromu, je dle DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) následující: „duševní porucha je charakterizována poruchou chování, kognice a emoční regulace. Reflektuje dysfunkci psychologickou, biologickou a vývojovou a je spojena s výrazným stresem, disstresem a sociální maladaptací.

Neurovývojové poruchy se manifestují v předškolním věku a jsou charakterizovány vývojovými chybami, které způsobují kognitivní dysfunkci a vedou ke globálnímu zhoršení sociálních dovedností, nebo intelektových výkonů. DSM-5 mezi ně řadí mentální retardace (Intellectual Developmental Disorder), poruchy řeči a jazyka (Communication disorders), poruchy autistického spektra, ADHD (hyperkinetická porucha aktivity a pozornosti), specifické poruchy učení, motorické poruchy a ostatní nespecifikované neurovývojové poruchy.

Motorické poruchy dle v DSM 5:

vývojová porucha koordinace

stereotypní pohybová porucha

kombinovaná tiková vokální a mnohočetná motorická porucha (TS)

chronická vokální nebo chronická motorická tiková porucha

„prozatímní“ (provisional) tiková porucha

ostatní specifické a nespecifické tikové poruchy

Diagnostická kritéria dle DSM 5 Touretteova syndrom (TS):

A mnohočetné motorické a vokální tiky

(objevující se souběžně v průběhu poruchy, ale nemusí)

B tiky mají vzrůstající a slábnoucí frekvenci a musí být přítomny v časovém intervalu delším než 1 rok od začátku poruchy

C začátek vzniku před 18 rokem věku

D porucha není způsobena jinou příčinou (léky, intoxikací, neurologickými a jinými somatickými onemocněními)

Tikové poruchy jsou charakterizovány motorickými a vokálními tiky, které jsou náhlé, nerytmické, fluktuující, lokalizované spíše v horní polovině trupu (převážně hlava, ramena a mimické svalstvo). Prevalence je 3–8 na 1000 dětí školního věku, poměr chlapců k dívkám je 2:1 až 4:1. Typický začátek 4–6 let, v 93 % vznikají před 11. rokem věku, výrazná exprese se objevuje mezi 10–12 rokem, pak dochází ke zmírňování, jen malé procento vykazuje zhoršení symptomů v dospělosti.

Symptomy Touretteova syndromu jsou si podobné ve všech věkových skupinách, ve všech životních obdobích, bez ohledu na pohlaví. Čím je dítě starší, tím častěji se objevuje varovné nutkání (premonitory urges Cohen), které nemá volní charakter. Nutkání nekoreluje s tíží poruchy (se závažností tiků), s úzkostnými poruchami nebo s ADHD, ale koreluje s výskytem obsesí

a kompulzí a s přítomností depresivního syndromu. Premonitory urges jsou pro děti nesrozumitelné. Cítí úzkost a ptají se: „Co se to se mnou děje? Jak tomu mohu zabránit?“ Zdá se, že jde o signály z vnitřku našeho těla, které jsou nesmyslně varující. Toto nutkání pomáhá k porozumění, jak plastický je mozek a jak různá seskupení neuronů mohou souviset s naprosto jinými funkcemi. U TS se obvykle nejprve objeví motorické tiky, pak se přidruží tiky vokální. U některých jedinců dochází k opakování a opravování exprese tiků, dokud pacienti nejsou přesvědčeni, že tiky byly provedeny „just right“. Dále se objevují echolalie, palilalie, koprolalie, kopropraxie, sebezbraňování a sebepoškozující chování. Mimo tiky u pacientů s TS nacházíme impulzivitu, nutkavost a labilitu nálad. U dětí mladšího školního věku může jít o určité známky behaviorální inhibice v jejich temperamentovém vybavení a k tikům (zvláště ve stresu) se přidružují neurotické projevy jako onychofagie, balbuties a různě vyjádřený anxiózní depresivní syndrom. Nejčastější komorbidní poruchou v tomto věku je ADHD.

Ačkoliv si děti nestěžují na poruchy spánku, až 70 % rodičů referuje o problémech kolem usínání. Jde hlavně o dlouhé usínání (díky zvýšenému základnímu arousalu). Tiky ve spánku nezmizí a objevují se jak v REM, tak nonREM spánkových stádiích. Polysomnografické záznamy vykazují deterioraci kvality spánku – redukcii 2. spánkového stadia s následným vzestupem REM fáze. Větší výskyt Touretteova syndromu u chlapců potvrzuje hypotézu, že androgenní steroidy ovlivňují prenatální formativní období vývoje mozku. U mužského fetu během kritické vývojové fáze se musí objevit kolísání hladin testosteronu a androgenních steroidů, aby došlo k strukturálnímu dimorfismu CNS. První objevení adrenálních androgenů je ve věku 5–7 let a pak v pubertě a vztahuje se ke zvýšenému výskytu Touretteova syndromu v těchto obdobích.

Jak u dětí, adolescentů a dospělých jednou z nejčastějších komorbidit je obsedantně kompulzivní porucha. Dle MKN 10 obsedantní symptomy, které se roz-

víjejí u TS, mají být pokládány za součást této poruchy, což neplatí pro DSM 5. Ale v této klasifikaci je možná specifikace u OCD poruchy, že jde o OCD symptomatiku ve vztahu k tikům. Je velmi těžké rozlišit kompulze nebo nutkání k tikům a pravděpodobně dochází k jejich prolínání. Obsese zvyšují výskyt tiků, ale častější výskyt obsedantně kompulzivní poruchy v rodinách pacientů s Touretteovým syndromem nezhoršuje jeho prognózu.

Dospělí pacienti s dg TS mají signifikantně zvýšený počet receptorů D2 a DA releasing faktoru v levém ventrálním striatu. Vývojová hyperinervace ventrálního striata dopaminovými zakončeními je anatomicky a funkčně propojena s limbickým systémem. U TS jsou nacházeny změny dopaminové

a noradrenalinové transmise v perfrontální kůře, v bazálních gangliích a vermis cerebelli. Dochází k hypoaktivitě kortikálního DA systému a jeho hyperaktivitě ve striatu. Zjistilo se, že na modulaci CSTC (kortiko-striato-thalamo-kortikálního okruhu) se podílejí glutamát a interakce mezi ním a dopaminovým systémem. Je-li TS spjat s hyper- nebo hypoglutamáterním stavem, pak modulate glutamáterními agonisty nebo antagonisty by vedla k novým terapeutickým strategiím.

Literatura

1. Cohen DJ, Jankovic J, Goetz CG eds.: Tourette syndrome. Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore 2000.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition DSM-5 2013.
3. Mol Debes NM: Co-morbid disorders in Tourette syndrome. Behav Neurol. 2013;27(1):7–14.

WORKSHOP PSYCHOSOMATIKA V PSYCHIATRII

garant MUDr. Michal Kryl

PSYCHOSOMATICKÉ ODDĚLENÍ JAKO VARIANTA ÚSTAVNÍ PÉČE

M. Kryl

Psychiatrická léčebna Šternberk, Česká republika

Summary

A PSYCHOSOMATIC DEPARTMENT AS A VARIANT INSTITUTIONAL CARE IN PSYCHIATRY

A system of facilities focusing on the multifaceted treatment of psychosomatic disorders is being developed in the Czech Republic. This treatment is based on a psychotherapeutic approach combined with body-centred psychotherapeutic procedures. The psychosomatic care department that was recently opened as part of the Šternberk Psychiatric Hospital (the Olomouc region) has the ambition to measure up to the services provided by other well-established centres of this kind. The presentation of our workplace identifies the relevant approaches stemming from the principles of holistic (comprehensive, psychosomatic) care addressing all four dimensions of human life – physical, mental, social, and spiritual. It further describes the target patient group, treatment methodology, and the structure of the therapeutic team. In conclusion, possibilities for the further development of this treatment method are explored.

Souhrn

V ČR je postupně budován systém pracovišť zaměřených na komplexní léčbu psychosomatických poruch. Základem této léčby je psychotherapeutický přístup v kombinaci s psychotherapeutickými postupy orientovanými na tělo. Nově vzniklé oddělení psychosomatické péče v rámci psychiatrické léčebny Šternberk (Olomoucký kraj) má ambice stát svým zaměřením po boku již fungujících a dobře zavedených pracovišť. Prezentace našeho pracoviště odhaluje zdroje vycházející z principů celostní (komplexní, psychosomatické) péče zasahující všechny čtyři dimenze života člověka – tělesnou, duševní, sociální i spirituální. Dále popisuje cílovou skupinu pacientů, metodiku léčby i složení terapeutického týmu. V závěru se věnuje i možnostem rozvoje tohoto způsobu léčby.

Úvod

V ČR je postupně budován systém pracovišť zaměřených na komplexní léčbu psychosomatických poruch. Základem této léčby je psychotherapeutický přístup v kombinaci s psychotherapeutickými postupy orientovanými na tělo. Jejimi uživateli jsou v typickém případě chroničtí pacienti s psychosomatickým příznakem, kteří trpí obvykle nějakou tělesnou poruchou vzdorující standardní léčbě. Somatický příznak způsobuje, že tyto pacienti po dlouhý čas střídají somatická pracoviště podle jednotlivých oborů. Ve většině případů jim nelze běžnými postupy pomoci, a je nezbytné je získat pro náhled na vznik a udržování poruchy v oblasti psychosociální. Zároveň je třeba jim poskytovat také somatickou péči léčbu obohacenou o psychosociální pohled. Výše uvedené podmínky kladou

nárok na terapeutický tým. V našich podmínkách jde nejlépe o tým sestavený z psychoterapeutů a rodinných terapeutů (lékařů či klinických psychologů) s fyzioterapeuty nebo psychosomaticky smýšlejícími specialisty v některém somatickém oboru podle zaměření toho kterého pracoviště. Takto už více než dvacet let funguje v rámci našeho veřejného zdravotnictví řada pracovišť (Středisko komplexní terapie v Liberci, v Jablonci n. N. a Hradci Králové, Psychosomatická klinika v Praze, Komplexní rehabilitační pracoviště v Dobrušce u Prahy, Psychosomatický stacionář v České Lípě, Psychologická a psychosomatická ordinace v Nemocnici v Rychnově nad Kněžnou a některá další). Tam kde se taková pracoviště teprve budují, je věcí jednání s příslušnými institucemi (krajskými úřady a zdravotními pojišťovnami) tak, aby postupně vznikla síť pokrývající celé území ČR. Nově vzniklé oddělení psychosomatické péče v rámci psychiatrické léčebny Šternberk (Olomoucký kraj) má ambice stát svým zaměřením po boku uvedených a většinou i dobře zavedených pracovišť.

Teoretická východiska vzniku oddělení

V nejobecnějším slova smyslu vycházíme z principů *celostní (komplexní, psychosomatické) péče* zasahující všechny čtyři dimenze života člověka – tělesnou, duševní, sociální i spirituální. Ta je zajištěna integrovaným léčebným programem zahrnujícím jak péči o tělo (rehabilitační aktivity, farmakoterapie, dietetická opatření), o duševní stav (psychoterapeutické aktivity, farmakoterapie), sociální (komunitní uspořádání oddělení) a v neposlední řadě spirituální (některé prvky psychoterapie, jógy, ústavní kaple). Odůvodněním vzniku a zaměření našeho pracoviště jsou i epidemiologická data vážící se k diagnostickému spektru neurotických, stres-dependentních a tzv. psychosomatických poruch v populaci vykazující vzrůstající trend (zdroje ÚZIS, WHO) a s tím související zvýšenou poptávku po specializované péči.

Strategie léčebného programu

Jedná se o lůžkové otevřené psychiatrické oddělení s rozšířeným spektrem psychoterapeutické a rehabilitační péče pro klientelu jak s neurotickými poruchami, poruchami vyvolanými stresem, lehčími depresivními stavy, tak i tzv. psychosomatickými potížemi (blíže v dalším textu).

Způsob práce formou komunitní a skupinové psychoterapie navazuje na tradici psychoterapeuticky orientovaného pracoviště na půdě PL Šternberk v minulosti, stejně jako na tradici českých a moravských komunitních zařízení pro léčbu neuróz (namátkou odd. 18 PL Kroměříž, komunita v Lobči, v Sadové, na Horní Palatě v Praze aj.). Uspořádání léčby formou terapeutické komunity vychází z moderních trendů komunitní péče obsažených mj. i v nově prezentované koncepci oboru psychiatrie. Pro skupinu pacientů s psychosomatickými poruchami jsou komunitní uspořádání a psychoterapeutické postupy novým léčebným prvkem poskytujícím významný pocit sounáležitosti, stejně jako další terapeutické faktory, jako je univerzalita („ostatní jsou na tom podobně“), altruismus („pomáhání druhým mi samému pomáhá...“) či dodávání naděje („povzbuzuje mne zlepšení ostatních“). Jejich léčba tak není redukována na péči o tělo, jak byli dosud zvyklí, ale skýtá možnosti propojení duševního, fyzického a vztahového světa s veškerým potenciálem k úzdravě či alespoň ke zlepšení jejich celkového stavu.

Diagnostické spektrum pacientů

Jedná jednak o nositele duševní poruchy vykazující výrazně somatickou symptomatiku (skupina somatoformních poruch), ale i o pacienty s onemocněními považovanými za psychosomaticky podmíněná jako jsou nespecifické střevní záněty, astma, poruchy imunity či endokrinologické poruchy (diabetes, poruchy štítné žlázy) hypertenze a další kardiovaskulární poruchy, migréna, dorsalgie a artralgie, atd.

V sociální rovině se jedná především o vztahové problémy, krize, rozvraty manželství či celých rodin, ve spirituální rovině pak o hledání životního smyslu a motivace, víry a naděje.

Léčebná metodika

Léčebný program je speciálně orientován na sebepoznání a podporu vnitřních sil a rezerv pacientů, na pěstování vhodnějších způsobů komunikace, na navazování, zlepšování a utužování vztahů s druhými lidmi, na zdravý životní styl, zahrnující dostatek pohybu včetně pravidelného cvičení, umění uvolnit se a vhodně dietní návyky.

Léčebnými metodami jsou:

- 1) komunitní a skupinová psychoterapie v otevřené skupině
- 2) nácvik relaxace metodou autogenního tréninku
- 3) individuální psychoterapie
- 4) farmakoterapie (psychofarmaka, léky na somatické obtíže)
- 5) doprovodné léčebné postupy: jóga, arteterapie, taneční terapie, pohybové aktivity vč. sportu
- 6) činnostní terapie zahrnující keramiku, práce v dílnách a ateliérech a v zahradnictví
- 7) léčebná rehabilitace zahrnující fyzikální terapii, léčebnou tělesnou výchovu, elektroléčbu, magnetoterapii, sonoterapii, světloléčbu a vodoléčbu, různé druhy masáže a ošetření technikami měkkých tkání, suché i parafinové zábaly atd.

Personální zabezpečení léčby

Vedoucím lékařem je psychiatr s psychoterapeutickou aprobačí, sekundární lékař – psychiatr, internista s nástavbovou atestací v oboru fyzioterapie a rehabilitace, mj. absolvent kurzů algeziologie a akupunktury, dále pak internista se zaměřením na revmatologii a nutrici, klinický psycholog a komunitní sestra s psychoterapeutickým vzděláním. Terapeutický tým v širším smyslu dotváří střední zdravotnický personál.

V současné době je jeden z internistů zařazen do vzdělávacího programu nástavbového oboru

psychosomatická medicína pořádaného MZČR.

Technické a organizační uspořádání léčby

Oddělení disponuje celkem 38 lůžky rozmístěnými na dvoulůžkových pokojích.

Perspektivy dalšího rozvoje

Rádi bychom pokračovali v započaté komplexní léčebné činnosti, která se podle prvních ukazatelů (ohlasy pacientů i jejich ambulantních lékařů) osvědčuje. Zdá se tedy, že teoretické základy, strategii ani metodiku není třeba zásadně měnit.

Za významný úkol však považujeme prohlubování kontaktů s ambulantními lékaři, především s praktickými, ale i se specialisty, a směřování k jednotným cílům, jejímž hlavním jmenovatelem je poskytování komplexní léčby a odklon od tříštění péče na jednotlivé obory, s nimiž psychosomaticky stonající pacient přichází (často i léta a bez valného efektu) do kontaktu.

Za přínosné do budoucna bychom považovali i zavedení a rozvoj klubových aktivit pro pacienty, kteří léčbu již ukončili. Vedou nás k tomu mj. I přibývající zkušenosti se spontánními srazy bývalých nemocných

Literatura

Kryl M., Kochtová E.: Komunitní a skupinová psychoterapie jako varianta celostní péče. *PsychoSom* č. 1, 2012.

Tress, W. et al: Základní psychosomatická péče. Portál, Praha 2007: 110–114

Yalom, I.: Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Konfrontace. Hradec Králové 1999.

POSTERY

STEJNOSMĚRNÝ PROUD A NEUROPSYCHIATRICKÁ ONEMOCNĚNÍ NA POČÁTKU 21. STOLETÍ

J. Albrecht, M. Anders, P. Kozelek, D. Hadjipapanicolaou, E. Jurigová, J. Raboch

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

Summary

DIRECT CURRENT AND NEUROPSYCHIATRIC DISEASES IN 21ST CENTURY

With regard to direct current and its clinical application in neuropsychiatry present day we mean mainly the concrete method – transcranial direct current stimulation (tDCS). tDCS has been utilized for the modulation of cortical excitability in various diseases, such as affective disorders, chronic pain, stroke, movement disorders and many others. The exact pathways involved in the effects of tDCS are not fully understood, but we assume changes in many neurotransmitter systems (such as GABA and NMDA-ergic systems) and modification of cerebral metabolism. tDCS is safe, non-invasive and non-convulsive neurostimulation technique, which can induce long-lasting and polarity-specific changes in the excitability of the cortex in humans. Depending on the current flow, it can increase or decrease neuronal excitability. In our brief overview we describe the contemporary knowledge about this method and its treatment possibilities in neuropsychiatric disorders.

Keywords: direct current, tDCS, possible indications, depression, affective disorders

Pokud dnes hovoříme o léčebném účinku stejnosměrného proudu na centrální nervový systém, máme na mysli především transkraniální magnetickou stimulaci stejnosměrným proudem (tDCS). Působení stejnosměrného proudu za účelem modulace aktivity centrálního nervového systému není záležitostí neznámou a nepatří tedy v našem armamentáriu mezi úplné novinky. V roce 1801 boloňský lékař Giovanni Aldini, mimochodem synovec Luigi Galvaniho, lékaře, který inspiroval Mary Shelleyovou při psaní Frankensteinova, aplikoval galvanické proudy ve snaze léčit melancholii u svých pacientů.

tDCS je neinvazivní nekonvulzivní neurostimulační metoda modulující aktivitu neuronálních sítí mozku velkého rozsahu. Použití vede k měřitelným a významným změnám v chování, prokazatelným kvalitativními i kvantitativními neuropsychiatrickými a psychologickými metodami. Během stimulace protéká elektrický proud vždy od pozitivní elektrody (anody) k elektrodě negativní (katodě) (lokalizace elektrod na kalve viz Obr. 1).

Mechanismus účinku: Výsledek stimulace je specifický – záleží na parametrech stimulace (zapojení elektrod, délce, četnosti, síle proudu a odporu) a převažující subpopulaci neuronů (inhibiční, excitační). Ukazuje se, že neurony ležící pod anodou jsou „excitovány“ – KMP (klidový membránový potenciál) je posu-

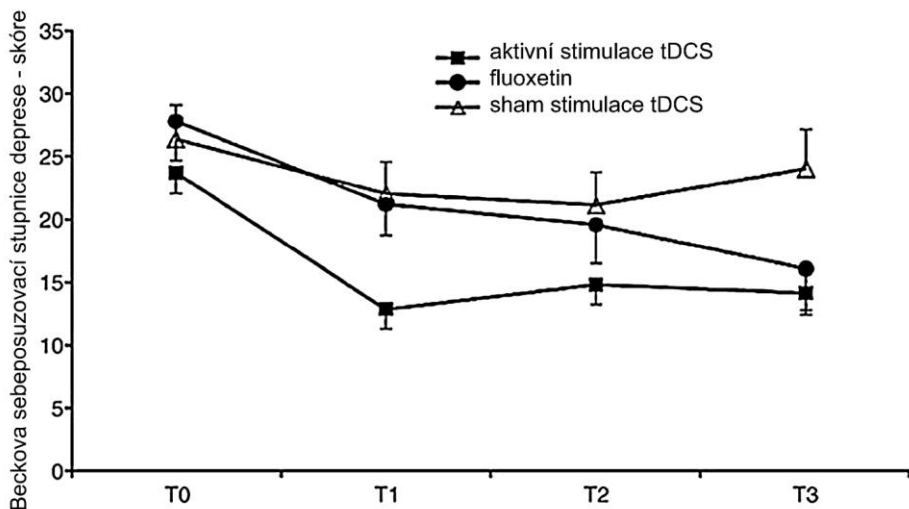
nut směrem k depolarizaci, zvyšuje se „firing“ neuronů a pod katodou se neuro-ny jeví jako „inhibované“ – KMP se posouvá k hyperpolarizaci, „firing“ neuronů se snižuje. Obecný účinek tDCS na kortex spočívá ve změnách akčních potenciálů, dochází k podprahové modulaci neuronální aktivity.

Neurobiologický korelát: Prolongovaný efekt tDCS je připisován dlouhodobé potenciaci – LTP (long-term potentiation) a dlouhodobé depresi – LTD (long-term depression), změnám ve vyplavování neurotransmiterů (GABA, NMDA, glutamát, aspartát), metabolické aktivitě (glukóza, laktát), koncentraci vazebných membránových receptorů a iontových kanálů (sodíkový, kalciový). Další změny proteomické a genetické jsou prozkoumány jen velmi málo.

Bezpečnost a nežádoucí účinky: Dosud neexistují důkazy o patologických strukturálních změnách mozku (edém, nekróza) při dodržení všech bezpečnostních kautel. Je nezbytné vyvarovat se foramin, fisur nebo poróz, kde může docházet ke zvýšení efektivní hustoty proudu. Nejsou zaznamenány závažnější komplikace terapie – možné nežádoucí účinky tDCS jsou mírné a přechodné: krátkodobý pruritus a brnění pokožky skalpu, bolest hlavy a únava. Zřídka se vyskytly lokální popáleniny, a to pod anodou při užití extrémně vysokého proudu a nedostatečné vodivosti nebo malé ploše elektrody.

Jaké jsou oblasti využití tDCS v neuropsychiatrii? Diskutuje se především o následujících oblastech klinických a experimentálních: afektivní poruchy (depressivní (viz. Graf 1) i manická symptomatika), psychotické poruchy (vizuální a auditivní halucinace), obsedantně-kompulzivní porucha (afektivní složka), craving (alkohol, jídlo, nikotin, marihuana), motorika (centrální mozkové příhody, parkinsonismus, implicitní učení), koordinace (senzomotorická a vizuomotorická), vizuálně-perceptivní úlohy (prostorová pozornost, vyhledávání objektů), řeč (verbální fluence, asociace mezi slovy a obrázky), kognitivní výkon (Alzheimerova nemoc, cévní mozkové příhody), kognitivní flexibilita (task-switching, úkol sledovat dva podněty současně), exekutivní funkce (plánování, aritmetika, pravděpodobnostní uvažování), paměť (vštipivost verbální deklarativní paměti, výbavnost epizodické paměti, retence slovních asociací „slovo – obrázek“ během spánku) a specifické poruchy učení v dětském věku (dyslexie, dysgrafie).

Diskuse: tDCS je slibnou a bezpečnou biologickou metodou léčby neuropsychiatrických onemocnění. Jde o metodu, která má ve své elementární podobě dlouhou historii. Teprve v současnosti však zkoumáme její komplexní mechanismus účinku, změny fyziologie i patofyziologie mozku, jež působení stejnosměrného proudu vyvolává, zatím však chybí data z dlouhodobějších sledování. Oblastí možného využití je široká škála (viz výše), nikoliv pouze léčba afektivních poruch, kde by bylo možno tDCS využít jako augmentaci léčby psychofarmakologické (s ohledem na latenci účinky antidepresiv).



Graf 1: Ovlivnění závažnosti depresivní poruchy aplikací tDCS v porovnání s podáváním fluoxetinu (TX – týden sledování)



Obr. 1: Poloha anody (▲) a katody (●) v systému EEG 10/20 při aplikaci tDCS k ovlivnění různých neuropsychiatrických onemocnění. F3 přibližně koreluje s lokalizací dorso-laterální prefrontální kůry.

VZTAH REMISE, FUNKČNOSTI A KVALITY ŽIVOTA U SCHIZOFRENIE

P. Augustin¹, R. Příkryl²

¹Psychiatrická ambulance MUDr. Bureše, s.r.o., Havířov-Podlesí, Česká republika; ²Psychiatrická klinika Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno, Česká republika

Summary

RELATIONSHIP BETWEEN REMISSION, FUNCTIONING AND QUALITY OF LIFE IN SCHIZOPHRENIA

This poster reproduced the concept of remission designed Andreasen in 2005. Recently, as a result of the emphasis on the needs of patients, has been given to the treatment of the concept of quality of life (QoL). Therefore, the objectives changed, from the alleviation of symptoms to improve patient satisfaction to social activities. The main statistically significant correlation of the QoL related to overall functionality. Psychiatric symptoms negatively correlate with total functionality. These findings confirm a strong relationship between negative symptoms and social disabilities. Weiden has defined three stages in the treatment of patients with schizophrenia spectrum disorder. The first phase was to "maintain stability", which means that the level of stability had been achieved through the control of symptoms. The second stage was defined as "improving the quality of life", which stated that the quality of life was a side effect of stability. The third and final phase was "restore the functioning", described here functioning level and social autonomy. Enumeration of pictures tried to map the current observations, what is the relationship of remission, the quality of life and functionality for this disability disease.

Keywords: Quality of life, remission, functioning, schizophrenia, disability.

Cíle

Jedná se o souhrn z literatury k uvedené problematice a využití převážně obrazového materiálu, který hledá vztah mezi symptomatikou, funkčním stavem a kvalitou života u schizofrenních pacientů.

V roce 1987 popsal Peter Liddle tři na sobě nezávislé syndromy, které pojmenoval „psychomotorický útlum“ (doslova tedy „ochuzení“), „syndrom dezorganizace“ a „zkreslení skutečnosti“. V roce 2005 k nim přiřadila Andreasenová a kol. adekvátní položky z PANSS škály: k prvnímu patří N1 Oploštělý afekt, N4 Sociální stažení a N6 Snížená spontaneita v konverzaci, druhý syndrom zahrnuje P2 Konceptuální dezorganizace a G5 Manýrismus a pozérství, k třetímu patří P1 Bludy, P2 Halucinace a G9 Neobvyklý myšlenkový obsah. Tím definovala koncept remise u schizofrenie: pacient dosahuje úrovně intenzity u všech 8 uvedených symptomů mírné nebo žádné (tzn. 1–3) nejméně po dobu 6-ti měsíců.

Schématické zobrazení „pyramidy“ popisuje funkční zotavení z psychotické epizody, na základě náčrtu Petera Weidena z roku 1996, na levé části pyramidy, a adaptace k symptomatické remisi na straně pravé. V první fázi je důležité „Odpověď na léčbu a Funkční udržení stability“ a až poté je možné získat dobrou „Remisi a na stejné úrovni také Kvalitu Života“, nakonec se může pacientovi zcela vrátit jeho funkční kapacita, tzn. na vrcholu pyramidy se vysky-

tují položky „Úzdrava a Obnovení Funkce“. Vztah symptomatiky, funkčních schopností a kvality života u schizofrenie popisuje také Awad 1997 (v modifikaci Bobese et al. 2007), když popisuje 3 časová pásma výsledných efektů léčby: 1/ krátkodobé výsledky: symptomatické zlepšení a výskyt vedlejších účinků léčby (6–12 týdnů léčby), 2/ střednědobý výsledek: response, adherence a zlepšení kvality života (3–12 měsíců léčby), dlouhodobý (distanční) výsledek léčby: další zlepšování kvality života a funkčních schopností (více než 12 měsíců léčby).

Poster se dále věnuje obecné šíři kvality života ve čtyřech základních aspektech dle Veenhovenové 2000. Pro zjednodušení můžeme říci, že obsahuje úroveň sociální, zdravotně-psychologickou, filozofickou a úroveň vlastního pojetí kvality života a smysluplnosti (kvadranty).

Průběh schizofrenie ve vztahu k funkci přehledně znázornil J. A. Liberman, 1996, kde je zřetelný progresivní pokles sociální funkční úrovně nemocných, kolísání intenzity příznaků a míry společenské adaptace v průběhu jednotlivých stádií onemocnění (premorbidní, prodromální, progredující ataky, stabilizační s dekompenzacemi). Graf je obecným schématem a nezachycuje průběh v té části pacientů, u kterých dochází po prodromech nebo po prvních progredujících atakách k návratu do blízkosti předchozí hladiny funkční úrovně. Některé ze zachycených fází mohou být velmi krátké. Přestože atypická antipsychotika prokázala, že mají širší profil účinnosti a lepší snášenlivost než konvenční léky, výsledky týkající se jejich většího přínosu ke zlepšování kvality života schizofrenních pacientů jsou v současnosti kontroverzní. Vliv extrapyramidových příznaků na kvalitu života schizofrenních pacientů zůstává nejasná. Jiné vedlejší účinky, přibývání na váze a sexuální dysfunkce, se ukázaly být v negativní korelaci s kvalitou života.

Vztah mezi úrovní fungování pacientů podle Camberwellské škály potřeb (Camberwell assessment of need scale- CAN) a jejich remisním statem zpracoval v roce 2009 Helldin. Zajímavostí je, že ve skupině remitentů méně než 20 % pacientů mají nízkou úroveň funkčnosti, ve srovnání s asi 15 % těch, kteří nejsou remitentí, přestože patří do skupiny, která je dobře funkční. Dle Bobese (2007) je kvalita života schizofrenních pacientů charakterizována, obecně, následujícími aspekty: Je horší než u obecné populace a jiná než u fyzicky nemocných pacientů. Mladí lidé, ženy, vdané osoby a ty s nízkou úrovní vzdělání udávají lepší kvalitu života. Čím delší je délka nemoci, tím horší kvalita života. Psychopatologie, zejména negativní a depresivních syndromy, negativně korelují s kvalitou života. Méně vedlejších účinků a kombinace psychofarmakologické a psychotherapeutické léčby zvyšuje kvalitu života. Pacienti zapojení do podpůrných programů vykazují lepší kvalitu života, než ti, kteří jsou institucionizováni.

Závěr

Dobré kognitivní schopnosti jsou základem dobré remise a funkce u schizofrenních pacientů. Je možno vysledovat silný vztah mezi dosažením remise a lepší funkční úrovní.

Literatura

u autorů

PREVALENCE NÁSILÍ U HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ NA PSYCHIATRICKÉ KLINICE 1. LF UK A VFN – DATA Z LET 2000 A 2011/2012

A. Balíková, J. Vevera

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

Summary

THE PREVALENCE OF VIOLENT BEHAVIOUR AMONG PSYCHIATRIC INPATIENTS IN 2000 AND 2011/2012

Aim: To examine the prevalence and characteristics of violent behaviour among inpatients during a 1- year period of 2000 and from December 2011 to November 2012 **Method:** We collected data using The Modified Aggression Scale (MOAS) **Results:** Prevalence of violence were 4,35% and 4,9 % respectively. Increase in violence was significant only among women group ($p = 0,021$).

Of 1639 patients admitted to the units in the second period (2011–2012) 80 patients were responsible for 104 violent episodes (1.3 incidents/patient). The highest prevalence of violence was found among patients with psychotic and organic disorders. During the preceding 6 months 10% of violent patients had been victims of assault.

Conclusion: There was no increase in violent behavior between 2000–2012, however when both genders were analyzed separately, there was an increase in violence among women.

Keywords: violent behaviour, psychiatric inpatients, prevalence

Cíl

Zjistit zda dochází k nárůstu násilného chování pomocí srovnání dvou 12 měsíčních prospektivních studií prevalence násilného chování na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v roce 2000 a v období od XII/2011–XI/2012.

Metody

Za násilné chování jsme v naší práci považovali fyzicky agresivní chování, které na škále MOAS – The Modified Overt Aggression Scale dosáhlo více než 3 body. Dvakrát týdně jsme procházeli všechna oddělení a zjišťovali jsme výskyt násilného chování dotazy u lékařů a staničních sester. Každý týden jsme také procházeli dokumentaci všech oddělení a prověřovali, zda byly všechny násilné ataky zaznamenány a jestli heteroagrese/autoagrese nebo agrese vůči majetku byla důvodem přijetí. 2012 Viktimizace v posledním půl roce před hospitalizací byla hodnocena pomocí škály MacArthur Interview. K statistické analýze byl použit Fisherův exaktní test.

Výsledky

Prevalence násilného chování na PK byla 4,35% (M=24, F=19) v r. 2000 (1) a 4,9% (M=32, F=48) v roce 2011–2012. Mezi sledovanými lety nedošlo k nárůstu prevalence násilného jednání u pacientů jako celku. Když jsme hodnotili muže a ženy zvlášť, zjistili jsme nárůst násilného chování u žen ($p = 0,021$)

V období od 1. 12. 2011 – 30. 11. 2012 bylo na PK hospitalizováno 1639 osob. U 9,3%_osob byla důvodem hospitalizace autoagrese a u 6% pacientů hetero-

agrese, či agitovanost. U 0,5% pacientů důvodem přijetí byla agrese proti majetku. U 4% pacientů bylo násilné chování přítomno pouze před hospitalizací a po přijetí jsme je už dále nezaznamenali. Při autoagresivním chování se nejčastěji vyskytovali suicidální pokusy pořezáním předloktí a intoxikací medikamenty. Rozdíly v prevalenci násilného chování ve zkoumaném období s ohledem na pohlaví ukazuje Obrázek 1. Pouze v případě žen jsme zjistili nárůst násilného chování ($p = 0,021$).

Nejvíce násilných pacientů na PK hospitalizováno pro psychotické a organické duševní poruchy (obr. 2).

U pacientu trpících psychotickými poruchami 46% napadení bylo spácháno přímým vlivem bludů, halucinací nebo psychotické zmatenosti/dezorganizace a důvodem 54% atak byla impulzivita. Nikdo ze zkoumaného souboru nejednal v důsledku psychopatické motivace (viz. obr. 3).

54,8% násilných ataků proběhlo v prvních dvou dnech hospitalizace, 27,9 % během prvního týdne, 17,3 % později v průběhu léčby.

Cílem násilí byl většinou ošetřující personál (82,69%), dále spolupacienti (8,65%), majetek (6,73%) a cizí osoba (1,9%). Nejvíce násilných napadení bylo zaznamenáno u mladších pacientů (mezi 20–30 lety). 27,5% násilně se chovajících pacientů mělo násilné chování v anamnéze U 10% pacientů jsme v posledních 6 měsících před hospitalizací zaznamenali viktimizaci.

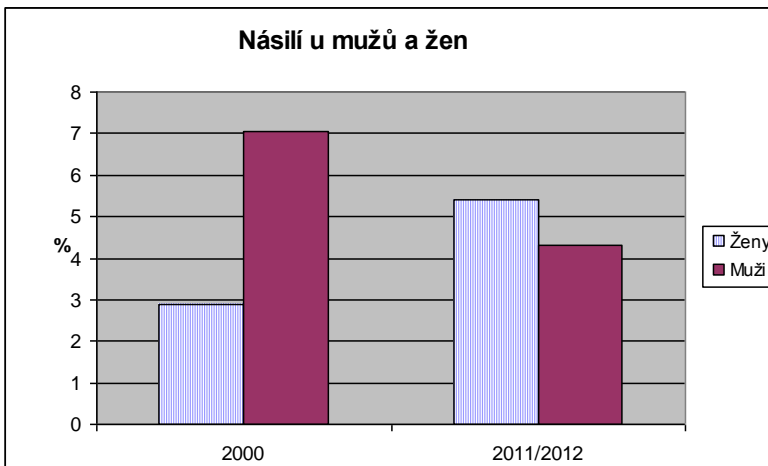
Závěr

Mezi lety 2010 až 2012 nedošlo k statisticky významnému nárůstu násilného chování mezi psychiatrickými pacienty, když jsme ale analyzovali muže a ženy odděleně, zjistili jsme nárůst násilného chování u žen. Zjištěná prevalence je nižší než v evropských (2,3) a amerických studiích (4). Údaje ze souboru z r. 2012, kde byla také zkoumána viktimizace, prokázaly, že násilní pacienti jsou častěji oběťmi než vykonavateli násilí.

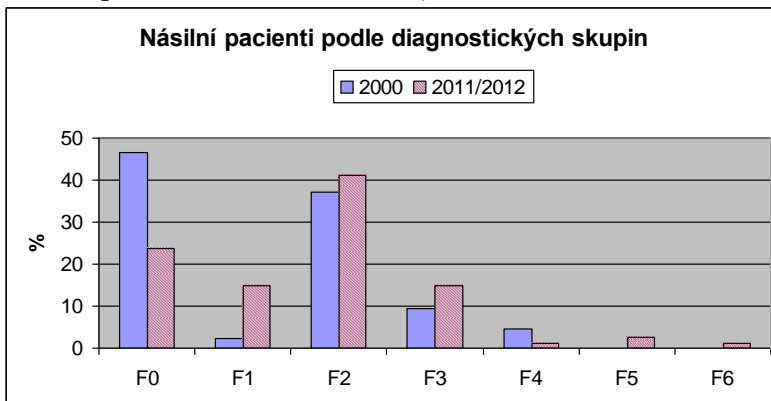
Literatura

- 1) Vevera J, Papežová H, Ort M, Žukov I.: Prevalence a charakteristika násilného chování u psychiatrických pacientů: roční prospektivní sledování. *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii*.(eds. Raboch J, Doubek P, Zrzavecká I) Galen 2002. pp. 277.
- 2) Grassi L, Peron L, Marangoni C, Zanchi P, Vanni A.: Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric in-patients: a 5-year Italian study. *Acta Psychiatr Scand*. 2001, 104(4):273–39.
- 3) Ketelsen, R., et al. Characteristics of aggression in a German psychiatric hospital and predictors of patients at risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2007, 14, 92–399.
- 4) Volavka J.: *Neurobiology of violence*, Washington, D.C., American Psychiatric Press, Inc.,1995.

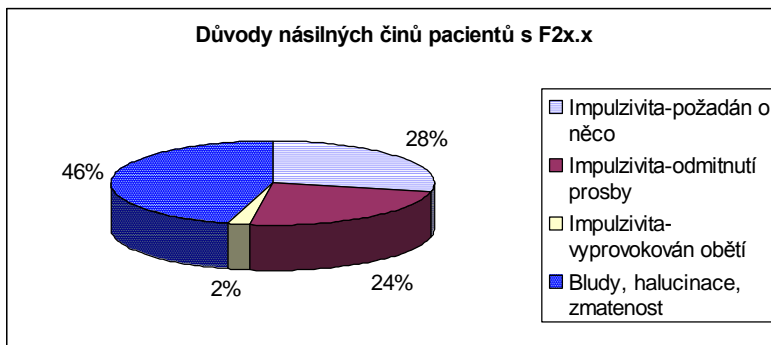
Obr. 1 Násilí u mužů a žen v roce 2000 a v letech 2011/2012



Obr. 2 Násilní pacienti v roce 2000 a 2011/2012



Obr. 3



REDUKCE QEEG KORDANCE A ČASNÁ ZMĚNA PŘÍZNAKŮ JAKO PREDIKTORY ODPOVĚDI NA LÉČBU VENLAFAXINEM ER U PACIENTŮ S DEPRESIVNÍ PORUCHOU

M. Bareš, T. Novák, M. Brunovský, M. Kopeček, C. Höschl

Psychiatrické centrum Praha, Praha, Česká republika

Klinika psychiatrie a lékařské psychologie, 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha, Česká republika

Národní ústav duševního zdraví, Česká republika

Summary

THE REDUCTION OF QEEG CORDANCE AND EARLY IMPROVEMENT OF DEPRESSIVE SYMPTOMS AS PREDICTORS OF RESPONSE TO VENLAFAXINE ER IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER

Objectives: The aim of study was to compare efficacy of prefrontal QEEG theta cordance change at week 1 and reduction of depressive symptoms at week 2 in the prediction of response to venlafaxine ER in patients with resistant depression.

Methods: All patients (n=43) were treated with Venlafaxine for 4 weeks or more. Depressive symptoms were assessed using MADRS at baseline, week 2 and at the end of the treatment. EEG data were monitored at baseline and after week 1. QEEG cordance was computed at 3 frontal electrodes (Fp1, Fp2, Fz) in theta frequency band.

Results: There were no significant differences between change of cordance at week 1 and reduction of depressive symptoms at week 2 in predictive ability in terms of AUC of ROC analysis (0.78 vs 0.74; $p=0.75$).

Using $\geq 20\%$ reduction of MADRS and reduction of cordance value as indicators of response we did not detect significant difference in their predictive parameters. The model combining both measures yielded value of AUC ROC analysis 0.86 (nonsignificantly better than individual predictors).

Positive and negative predictive values of proposed models were 0.93 and 0.75. Results: Both parameters predicted response to Venlafaxine ER with comparable ability to differentiate between responders and non-responders.

Keywords: depression, early improvement of depressive symptoms, QEEG prefrontal theta cordance, treatment, prediction of response.

Cíle

Stávající studie předpokládají, že časné zlepšení depresivních příznaků a pokles hodnoty prefrontální theta kordance jsou prediktory odpovědi na léčbu antidepresivy [1,2,3]. Cíle studie: 1) porovnat predikční parametry časného zlepšení depresivních symptomů (změna skóru MADRS po 2. týdnu léčby) a změny prefrontální kordance po 1. týdnu léčby u rezistentní depresivních pacientů léčených Venlafaxinem ER, 2) porovnat predikční účinnost a priori definovaných prediktorů ($\geq 20\%$ redukce skóru v MADRS po 2. týdnu léčby, pokles kordance po 1. týdnu léčby).

Metody

Do analýzy byli zařazeni hospitalizovaná pacienti ($n=43$) ve věku 18–65 let s depresivní epizodou či rekurentní depresivní poruchou podle DSM IV. Další zařazovací kritéria: skóry ≥ 20 ve škále MADRS a ≥ 4 body ve škále CGI, nedosta- tečná odpověď alespoň na 1 předchozí antidepressivní léčbu. Vylučovací kritéria: přítomnost jiné psychiatrické komorbidity na ose I a II v posledním půl roce před zařazením, riziko suicidia, nutnost přídatné psychiatrické či nepsychiatrické léčby v období studie, která by mohla ovlivnit EEG záznam či ECT v období 2 měsíců před zahájením studijní léčby.

Pacienti byli léčeni venlafaxinem ER v dávce podle uvážení oš. lékaře (≥ 150 mg p.d.) po dobu ≥ 4 týdnů. Jako přídatná medikace bylo povoleno podávání hypnotik (zolpidem) a anxiolytik (hydroxyzin)

EEG vyšetření byla provedena před zahájením léčby a po jejím 1. týdnu. Byly analyzovány průměrné hodnoty prefrontální kordance v pásmu theta (4–8Hz) ze tří frontálních elektrod (Fp1, Fp2 and Fz).

Depresivní psychopatologie byla hodnocena pomocí škály MADRS při zahájení léčby, po jejím 2. týdnu a na konci léčby. Odpověď na léčbu byla definována jako redukce skóru ≥ 50 % ve škále MADRS. Porovnání predikční účinnost změny kordance po 1. týdnu léčby a změny skóru MADRS po 2. týdnu léčby bylo provedeno porovnáním ploch pod křivkou (AUC) ROC. Pro a priori definované prediktory ($\geq 20\%$ redukce skóru v MADRS po 2. týdnu léčby, pokles kordance po 1. týdnu léčby) byly kalkulovány pozitivní a negativní prediktivní hodnoty (PPV a NPV), počet potřebných k diagnóze (NND), přesnost a AUC ROC analýzy pro predikci odpovědi na léčbu. Byly analyzovány i predikční parametry modelu kombinujícího oba prediktory a byly porovnány hodnoty AUC individuálních prediktorů a kombinovaného modelu.

Výsledky

a. Vstupní demografické a léčebné charakteristiky a klinické výsledky:

Celkově byla analyzována data 43 pacientů (33 žen, 10 mužů, průměrný věk $45,3 \pm 11,1$ roku). Na léčbu odpovědělo 22 pacientů (51%). Mezi respondéry a non-respondéry nebyl signifikantní rozdíl v klinických a demografických parametrech (věk, trvání depresivní epizody, počet předchozích adekvátních léčeb, vstupní skór MADRS a basální hodnota prefrontální kordance).

b. Predikční účinnost změny prefrontální kordance a časné změny depresivních příznaků:

Nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi predikční účinností změny prefrontální kordance po 1. týdnu léčby a změnou skóru MADRS po 2. týdnu léčby – porov- nání AUC ROC analýzy: 0,74 vs. 0,78; $p=0,75$.

Rozdílné nebyly ani hodnoty AUC a priori definovaných individuálních predik- torů (pokles kordance po 1. týdnu léčby, $AUC=0,75$; redukce $MADRS \geq 20\%$ po 2 týdnech léčby, $AUC=0,72$; $p=0,84$). Model kombinující oba prediktory (logistic- ká regrese) dosáhl hodnoty AUC 0,86 (nesignifikantně vyšší než individuální prediktory a predikoval odpověď se správností 0,81 – číselné detaily jsou uve- deny v Tabulce č. 1.

Závěr

Oba parametry (změna skóru MADRS a změna prefrontální kordance) predikovaly odpověď na Venlafaxin ER v akutní léčbě rezistentních depresivních pacientů a jejich predikční účinností byla srovnatelná.

Tabulka č. 1: Charakteristiky prediktorů a kombinovaného predikčního modelu vzhledem k odpovědi na léčbu

prediktor či predikční model	PPV (95%CI)	NPV (95%CI)	NND (95%CI)	AUC (95%CI)	Přesnost
RM \geq 20%	0,67 (0,46–0,83)	0,81 (0,54–0,96)	2,23 (1,54–8,65)	0,72 (0,57–0,85)	0,72
RC	0,71 (0,49–0,87)	0,79 (0,54–0,94)	2,04 (1,39–6,59)	0,75 (0,59–0,87)	0,74
RM \geq 20% +RC	0,94 (0,68–1,0)	0,75 (0,55–0,89)	1,61 (1,41–3,22)	0,86 (0,73–0,95)	0,81

Vysvětlivky: AUC-plocha pod křivkou, CI-interval spolehlivosti, MADRS-stupnice hodnocení deprese podle Montgomeryho a Åsbergové, NND- počet potřebných k diagnóze, NPV-negativní prediktivní hodnota, PPV-pozitivní prediktivní hodnota, RM \geq 20%- \geq 20% redukce skóru ve škále MADRS po 2. týdnu léčby oproti vstupu do studii, RC-snížení hodnoty kordance po 1, týdnů léčby v porovnání se vstupem do studie.

Studie byla podpořena grantem IGA MZ ČR No. NT 14287 a grantem RVO-PCP/2013. U autorů není žádný jiný konflikt zájmů v souvislosti s presentovanými daty.

Literatura

u autorů

ANTISOCIÁLNÍ PORUCHA OSOBNOSTI V DŮSLEDKU NEGATIVNÍHO VÝVOJE V DĚTSTVÍ

S. Fischer¹; K. Pergreffi¹; I. Žukov²; R. Ptáček²

¹ Pedagogická fakulta Univerzity J. E. Purkyně; ² Psychiatrická klinika 1. LF a VFN Univerzita Karlova Praha, Česká republika

Summary

ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER AS A RESULT OF NEGATIVE DEVELOPMENT IN CHILDHOOD

The article deals with partial results of research realized among selected groups of delinquent youths. Relationships between negative events in childhood and adolescence, and following problems to self actualization were researched. The analogical relationship was investigated in relation to the development of forms of antisocial behavior. There were observed statistically significant differences between trauma and following lower adaptation skills and the development of typical symptoms of specific personality disorders. Findings and results are applicable in the forensic psychology practice and for diagnostic and treatment to juvenile delinquents.

(Supported by GACR 406/09/0367)

Keywords: Psychological abuse; emotional privation; traumatization; antisocial personality disorder

Řešený problém

Traumatizace je uváděna jako jedna z příčin, která může vést k rozvoji specifické poruchy osobnosti. Vztahem mezi psychickou traumatizací a následnou poruchou osobnosti, se zabývá dlouhodobě řada studií (viz citace). Studie odborníků ukazují na vzájemné souvislosti. Zkoumány a zjišťovány jsou příznaky poukazující na disociální, a dále také na emočně nestálou, a přetrvávající poruchu osobnosti. Následným obsahem příspěvku jsou výsledky výzkumu, realizovaného u vybraných skupin juvenilních delikventů. V důsledku negativního vývoje v dětství a dospívání, zejména psychického týrání a deprivace, můžeme v praxi pozorovat u jedinců, kteří byli těmto zátěžovým situacím vystaveni, celkově snížené adaptační schopnosti. Ty se projevují v neschopnosti se přijatelným způsobem seberealizovat ve společnosti. Mohou mít důsledně různou podobu poruch chování. Často dokonce ústí až v různé formy protispolečensky zaměřeného chování. K nejzávažnějším patří závislostní chování, delikvence a kriminalita.

Cíle a metody

V rámci výzkumu byly šetřeny souvislosti mezi negativním vývojem v dětství, a následnými důsledky. Ty spočívají v celkově snížených adaptačních schopnostech, a chováním majícím příznaky specifických poruch osobnosti. Zkoumány, a vzájemně porovnávány, byly následující okruhy problémů:

- ✓ negativní zážitky v dětství a dospívání, zejména psychické týrání a deprivace (traumatizace)
- ✓ symptomy poruchy osobnosti (antisociální; emočně nestálá)
- ✓ potíže v partnerských vztazích a s pracovním uplatněním

Pro výzkum byl využit vlastní dotazník osobnosti delikventa, s využitím zahraničních zkušeností z diagnostických nástrojů RSTI (Risk Sophistication Treatment Inventory), HARE PCL (Hare Psychopathy Checklist).

Pro posouzení míry vzájemné souvislosti sledovaných ukazatelů korelační analýza. Výzkum byl realizován u následných skupin respondentů ve věku 15 až 26 let:

- ✓ delikventní mládež v ústavní a ochranné výchově (N=144)
- ✓ juvenilní delikventi vězni (N=110)
- ✓ závislí na psychoaktivních nealkoholových látkách (N=74)
- ✓ kontrolní skupina (N=150)

Výsledky

Výsledky šetření prokázaly statisticky významné odlišnosti mezi jednotlivými sledovanými skupinami juvenilních delikventů a také mezi kontrolní skupinou. U delikventních jedinců se jedná o důsledky intenzivního, dlouhodobého psychické zanedbávání a týrání (traumatizace).

Všechny skupiny sledované delikventní populace vykazují symptomy specifické poruchy osobnosti. K příznakům patří racionalizace vlastního chování, pocit privilegovanosti k porušování norem, vychytralost a manipulativní jednání, nedostatek lítosti nebo pocitu viny, egocentrismus, bezcitnost a nedostatek empatie. Dále agresivita, impulzivita, a kriminální univerzálnost. Stejně závažná je také to, že u šetřených osob můžeme statisticky významně pozorovat potíže s fungováním ve společnosti (v seberealizaci). V chronických potížích s uplatněním, a v partnerských vztazích, se sledovaní jedinci zásadně neliší. To je bohužel z hlediska perspektivy ve smyslu požadované formy společenské seberealizace nepříznivé. U všech skupin delikventních osob tedy existuje značné riziko společenské nebezpečnosti.

Tab. Korelace sledovaných ukazatelů s negativními zkušenostmi (traumatizací)

důsledky trauma- tizace	poruchové partnerské vztahy	potíže za- městnání	symptomy poruchy osobnosti
ústavní výchova	0,160	0,116	0,188
vězni	0,410	0,272	0,576
závislost	0,293	0,277	0,587
kontrolní skupina	0,221	0,230	0,195

U výsledků korelační analýzy můžeme pozorovat vzájemnou souvislost mezi traumatizací a jejími důsledky. Konstatujeme, že byl prokázán vztah mezi negativním vývojem v dětství, a rozvojem příznaků poruchy osobnosti, a také celkově nižšími adaptačními schopnostmi pro společenskou seberealizaci. Nízká míra korelace u jedinců v ústavní výchově je ovlivněna nižším průměrným věkem.

Závěr

Konstatujeme, že byly prokázány důsledky negativního vývoje v dětství a dospívání. Ty spočívají v celkově snížených schopnostech se později ve společnosti uplatňovat sociálně přijatelným způsobem. Mohou ústit až v typické příznaky

specifických poruch osobnosti. Při dosahování potřeb se bohužel jedná často o antisociální formy chování. Prognóza změny není bohužel pozitivní. Zjištění ukazují na antisociální poruchu osobnosti v důsledku traumatizace. Jako jedna z možností, ale s nejasnými vyhlídkami, se nabízí dlouhodobá psychoterapie.

Literatura

- 1) HERMAN, J.L. Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1989, Vol. 146, p. 490–495.
- 2) MARTENS H. J., Multidimensional model of trauma and correlated personality disorder. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*. 2004, Vol. 10, NO. 2, p. 115–129.
- 3) PARIS, J. Does childhood trauma cause personality disorders in adults? *Canadian Journal of Psychiatry*. 1998, Vol.43, No. 2, p.:148–53.

SELF-STIGMA U SCHIZOFRENIE

D. Hadjipapanicolaou, L. Kališová, P. Kozelek, I. Žukov, J. Albrecht, B. Dvořáček, T. Glaser, E. Janečková, P. Chrenková
Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká Republika

Summary

SELF-STIGMA AND SCHIZOPHRENIA

Stigma of mental illness has negative social impacts. It sets the marked individual primarily aside the society. Stigma is distinguished into two forms: public stigma and self-stigma. The self-stigma comprises 4 steps: awareness of the stereotype (mentally ill person is dangerous, stupid, etc.), agreement with the stereotype, applying this stereotype to one's self. The most negative consequence of stigma internalization is self-discrimination (e.g. avoid to be included in a community, does not try to work etc.). Self stigma can lead to loss of self-esteem and self-efficacy and consequently to poor adherence to the treatment, depression and even suicidal behaviour.

In our study we assessed the level of self-stigma in a population of 100 inpatient and outpatient individuals, females and males, with the diagnosis of schizophrenia in non acute phase. Patients completed the Self-stigma of Mental Illness questionnaire (SSMI), which contains 40 items¹. Every 10 items represent one of the following: stereotype awareness, stereotype agreement, stereotype self-concurrence and self-esteem decrement. We took into account socio-demographic factors (age, gender, occupational status, education), illness related factors and treatment related factors (duration of treatment, medication and side effect of antipsychotic medication) and we tried to find some correlation among these factors and a level of self-stigma.

Keywords: self-stigma, stigma, schizophrenia, treatment adherence

Cíle

Stigma je v obecné rovině je znamením hanby a představuje značnou odlišnost s negativními sociálními dopady, především vyčlenění takto označeného jedince

ze společnosti. Duševní onemocnění takové stigma stále představuje a u psychiatrických pacientů může mít i negativní zdravotní důsledky.

Rozlišujeme dva druhy stigmatu: stigma veřejné a self-stigma. Sebestigmatizace se rozvíjí ve třech krocích: dotyčný musí mít o stereotypu povědomí (např. duševně nemocní jsou nebezpeční, hloupí apod.), souhlasí s ním a nakonec jej aplikuje na sebe sama. Self-stigma může vést ke ztrátě sebeúcty a důvěry ve vlastní schopnosti a následkem toho i špatné spolupráci při léčbě, depresím a sebevražednému chování.

Naše studie si kladla za cíl posoudit úroveň sebestigmatizace v souboru nemocných s diagnózou schizofrenie (diagnostická kategorie F 2x.x). U hodnoceného souboru jsme sledovali také některé sociodemografické faktory a s nemocí spojené faktory.

Metoda a výsledky

100 nemocných s diagnózou F 2x.x (hospitalizovaných i ambulantních pacientů, zaléčených, kteří nejsou v akutní fázi). Pacienti vyplňovali dotazník SSMI (Self-stigma of Mental Illness) – čtyřicetipoložkovou verzi. Pacient udával souhlas nebo nesouhlas s jednotlivými položkami na 9-stupňové škále (1 – zcela nesouhlasím, 9 – zcela souhlasím). Zjišťovali jsme celkový skóre a skóre v jednotlivých subškálách (1 – vnímání veřejností prezentovaného stigmatu, 2 – souhlas s obecně stigmatizujícími předsudky, 3 – identifikace s předsudky a 4 sebediskriminace).

Sledované vybrané sociodemografické faktory zahrnovaly: věk, pohlaví, zaměstnanost, vzdělání.

Zaznamenávali jsme také: diagnózu duševní poruchy, délku nemoci a spokojenost s medikací.

Závěr

Vysoká míra sebestigmatizace nemocných se schizofrenií může představovat závažný faktor bránící jejich zapojení do běžné společnosti a může být překážkou v jejich úzdavě. Internalizace veřejností prezentovaného stigmatu může několikastupňovým procesem vést ke snížení sebevědomí a schopnosti sebeuplatnění nemocného se schizofrenií^{2, 3}. Obtíže ve vyrovnání se, s často celoživotním, duševním onemocněním a jeho léčbou mohou sekundárně vést ke zhoršené spolupráci nemocných v léčbě, ke snížené kvalitě jejich života, k rozvoji sekundární deprese a ke zvýšení rizika sebevražednosti.

Tato prezentace je součástí širší studie sledující sebevražednost u nemocných schizofrenií.

Reference

1. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: implication for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol* 2006; 25:875–884.
2. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M et al. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* 2013; 12:155–164.
3. Amy C, Watson AC, Corrigan P, Jonathon E. Self stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull* 2007; 33(6):1312–1318.

SYNDROM TÝRANĚHO A ZANEDBÁVANĚHO SENIORA (EAN) U GERONTOPSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ

F. Honzák

oddělení 13B, Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, Česká republika

Summary

ELDER ABUSE AND NEGLECT IN PSYCHOGERIATRIC PATIENTS

There's an illustration of the EAN syndrome in the form of casuistic statement in this report. Furthermore are represented the most frequent forms of this syndrome – a physical abuse of 65-year-old and elderly patients with mental disease at the time of their hospitalizations. Afterwards is briefly discussed the legal proceeding of this syndrome diagnostic along with the sequential method being in accordance with the Czech Republic valid legislation

Keywords: Elder abuse and neglect, EAN, Physical abuse

Úvod

Syndrom EAN/ Elderly Abuse and Neglect/ je heterogenní skupina jevů, ve které dochází k projevům násilí, zneužívání, případně zanedbávání seniora. Mezi nejčastější formy zjištěné v době okamžiku přijetí na gerontopsychiatrické lůžko řadíme sestupně: fyzické zneužívání, ekonomické zneužívání, v menší míře pak odeprání péče a práv nemocného, emoční a ojediněle sexuální zneužívání.

Incidence tohoto syndromu u gerontopsychiatrických pacientů dosahuje ve srovnání se somatickými pacienty bez mentálního postižení téhož věku několikanásobně vyšších hodnot. Ve skupině duševně postižených seniorů bylo přítomno 23,8% pacientů se sy. EAN. Ve skupině somaticky nemocných seniorů bez mentálního postižení byl výskyt tohoto syndromu jen 2,9% (Lužný J., Juričková L., 2012).

Většina výše uvedeného jednání v rámci syndromu EAN spadá do oblasti trestně-právního jednání, které je ošetřeno v trestním zákoně č.40/2009 sb., z nichž některá podléhají oznamovací povinnosti. V případě zjištění některého z projevů tohoto syndromu se následný zákonný postup může jevit zdánlivě jednoduchý.

Jisté potíže mohou v praxi nastat v případě, kdy na základě vstupního vyšetření zjistíme některou z forem syndromu EAN, a pacient s následným oznámením nesouhlasí. Z díky zákona o péči a zdraví lidu č.372/2011 51 odst. č. 1. je poskytovatel povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Tato povinnost je však v některých případech prolomena v českém trestním právu. Konkrétně v § 368 zákona č. 40/2009 Sb., dále jen TrZ, který upravuje trestný čin neoznámení trestného činu. V naší praxi spojenou s výkonem lékařské profese to znamená, že pokud se dozvíme o spáchání trestného činu, *který podléhá oznamovací povinnosti*, čili je obsažen v paragrafu 368 TrZ, *jsme povinni* o tomto informovat orgány činné v trestním řízení.

Cíle

Poukázat na možná úskalí při zjištění syndromu EAN.

Metoda

kazuistické sdělení

Kazuistika:

Pacientka přijatá na ženské gerontopsychiatrické oddělení psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Jednalo se o 87-letou, plně svéprávnou, ovovělou ženu, která bydlela se svými dvěma syny a jejich rodinami ve společném rodinném domě. Do PNKM byla odeslána z chirurgické ambulance, kde byla ošetřena pro exkoriace, v parere chirurga bylo udáno “ týrání ze strany rodinných příslušníků“. Při vstupním vyšetření jsme na pacientce nezjistili hrubší mnestický či kognitivní deficit, byla apsyhotická, forie byla v normě. Dle jejího sdělení si sama zavolala sanitku, protože ji nejstarší syn bil, udělal ji velké modřiny na rukou, když ji ve zlosti chytal, bouchal ji pěstí do hlavy.

Obj: na HKK a DKK, v levé spánkové krajině, hrudníku a zádech hematomy různého stáří, na L lokti exkoriace velikosti cca 4x4 cm. Zbytek těla bez viditelného poranění.

Pacientku jsme řádně poučili o vážnosti jednání ze strany rodinných příslušníků, o vhodnosti nahlášení takového jednání orgánům činným v trestním řízení. Pacientka odmítala námi navržený postup a s podáním oznámení nesouhlasila. Vzhledem ke klinickému obrazu jsme přesto podali telefonicky oznamovací povinnost k policii české republiky. Výslech pacientky probíhal po příjezdu dvou příslušníků PCR, rovněž za účasti ošetřujícího lékaře a primáře oddělení. Během tohoto výslechu popřela pacientka všechny údaje, které sdělila ošetřujícímu lékaři během předchozí psychiatrické explorace. Na základě výpovědi pacientky policie případ odložila. Pacientka nesouhlasila s další léčbou v psychiatrické nemocnici v Kroměříži a na svou žádost byla propuštěna domů a to proti podpisu negativního reversu.

Výsledky

Medicínsko–právní rozbor

Závěr

Syndrom EAN je vážným eticko – právním problémem, který se v poslední době stává velmi diskutovaným, a výrazně se dotýká důstojného stáří a zachování lidských práv v pokročilém věku. Vyšší prevalence tohoto syndromu u gerontopsychiatrických pacientů je bezesporu dána povahou základního onemocnění, stařeckou křehkostí, jejich sníženou schopností bránit se protiprávnímu jednání, a v neposlední řadě jejich zvýšenou závislostí na okolí. Při zjištění jakékoli formy syndromu EAN se strategie dalšího postupu volí především s ohledem na forenzní váhu samotného protiprávního jednání. Nedílnou součástí rozhodování je otázka svéprávnosti pacienta, a jeho vůle chtít tuto situaci řešit. V neposlední řadě rovněž kognitivní funkce pacienta a jeho schopnost postihnout realitu. Problém většinou nastává v případě, kdy pacient nesouhlasí s podáním ohlašovací povinnosti, či je v pokročilé fázi duševního onemocnění a není schopen činit validní rozhodnutí.

Literatura

u autora

OBEZITA A ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE ZHORŠUJÍ KOGNITIVNÍ FUNKCE U BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY

J. Hubeňák, J. Bažant, I. Tůma

Psychiatrická klinika LFUK a FN, Hradec Králové, Česká republika

Summary

OBESITY AND ARTERIAL HYPERTENSION WORSEN COGNITIVE FUNCTIONS IN BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

Bipolar affective disorder is a chronic disease known for its co-morbidity with cardiovascular diseases and cognitive impairment. Bipolar patients experience a shorter life-expectancy due to higher cardiovascular morbidity in comparison with a population of mentally healthy people. Cognitive impairment in bipolar population worsens functional abilities. As literature describes several conditions (e.g. psychopharmacotherapy, younger age of disease onset) exerting deleterious impact on cognition in bipolar population, our aim was to explore a possible linkage of cognitive functions and cardiovascular risk factors. Forty patients in remission of bipolar disorder have been engaged in cross-sectional study. Remission was defined as score below nine in Hamilton Depression Rating Scale and in Young Mania Rating Scale. Battery of neuropsychological tests was used to examine cognitive functions. Each patient's blood sample was examined for metabolic factors. Body parameters were measured. Our findings confirm a connection between arterial hypertension, abdominal obesity, hyperglycemia, presence of metabolic syndrome and cognitive impairment. Focusing on such parameters in bipolar patients could be promising in improving their cardiovascular health and cognition as well together with their functional outcome.

Keywords: bipolar disorder, cognitive impairment, obesity, arterial hypertension

Cíle

Bipolární afektivní porucha je chronickým onemocněním spojeným se zvýšenou prevalencí kardiovaskulárních rizikových faktorů, což vede ke zvýšené morbiditě a zkrácení průměrné délky života této skupiny pacientů. Bipolární onemocnění je současně doprovázeno poruchou kognitivních funkcí. Významně postiženy jsou exekutivní funkce, pozornost, verbální učení a paměť. Postižení kognice přetrvává po celou dobu trvání nemoci, může se kontinuálně zhoršovat v oblasti exekutivních funkcí a významně negativně ovlivňuje funkční schopnosti pacientů (tzn. schopnost samostatného rozhodování, podávání adekvátního výkonu v zaměstnání, péčování o vlastní finance, pěstování společenských kontaktů, plánování aktivit pro volný čas atd.). Kognitivní funkce jsou negativně ovlivňovány různými proměnnými. Např. psychofarmakoterapií nebo počátkem onemocnění v mladším věku. Cílem naší práce bylo zjistit, zda jsou poznávací funkce u bipolární poruchy ovlivněny kardiovaskulárními rizikovými faktory.

Metody

Byla provedena průřezová studie zahrnující ambulantní pacienty Psychiatrické kliniky LFUK a FN v Hradci Králové starší 18 let věku, kteří byli v remisi bipolární afektivní poruchy. Byli zahrnuti pacienti léčení lithiem nebo karbamazepi-

nem nebo valproátem s možností jakékoli konkomitantní medikace mimo kombinace těchto tří sledovaných thymostabilizérů. Byly sledovány popisné charakteristiky. Tj. délka vzdělání v letech, délka onemocnění bipolární poruchou, počet psychiatrických hospitalizací. Byly odebrány laboratorní a tělesné parametry. Tj. tělesná výška a hmotnost se stanovením BMI, obvod pasu, krevní tlak, celkový cholesterol, LDL a HDL, triacylglyceroly, glykémie a inzulinémie nalačno se stanovením indexu inzulinové rezistence. Bylo použito rozmezí pro tělesné a biochemické parametry z kritérií pro metabolický syndrom dle National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III. Pro LDL a celkový cholesterol byly použity intervaly fyziologických hodnot platné ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Byly odebrány škály deprese (Hamilton Depression Rating Scale) a mánie (Young Mania Rating Scale). Remise bipolární poruchy byla stanovena jako skóre menší než 9 bodů na obou zmíněných škálách. Kognitivní funkce byly hodnoceny baterií neuropsychologických testů zahrnující Paměťový test učení, Wechslerovu paměťovou škálu se subtesty Číselné řady a Prostorový rozsah, Test londýnské věže, Test setrvalé pozornosti a Test třídění wisconsinských karet. Výsledky neuropsychologických testů byly vyhodnoceny podle norem pro daný věk a případně počet let vzdělání a byly převedeny na stejnou škálu, tzv. T skór. Byl vypočítán kompozitní skór kognitivního výkonu pro každého pacienta. Posléze byly porovnány kompozitní skóry kognitivního výkonu pacientů rozdělených dichotomicky do skupin dle přítomnosti či nepřítomnosti patologického tělesného nebo biochemického parametru. Pro některé charakteristiky včetně těch vyjádřených časem (např. délka onemocnění, délka vzdělání atd.) byla vypočítána korelace se skórem kognitivního výkonu.

Výsledky

Zahrnuto bylo celkem 25 žen a 15 mužů. Průměrný věk byl 55,4 let. Průměrná délka vzdělání byla 15,12 let a průměrná délka onemocnění bipolární poruchou byla 23,75 let. Průměrný počet hospitalizací byl 4,45. Lithiem bylo léčeno 20 pacientů, valproátem 16 pacientů a karbamazepinem 4 pacienti. Pacienti s vyjádřeným metabolickým syndromem měli kompozitní skór kognitivního výkonu významně horší ($p=0,01$) než pacienti bez metabolického syndromu. Stejně i pacienti s patologicky zvýšeným obvodem pasu ($p=0,04$), patologicky zvýšeným krevním tlakem ($p<0,01$) a patologicky zvýšenou glykemií ($p=0,02$) měli kognitivní skór významně horší než pacienti s normálními hodnotami. Délky onemocnění ($p<0,01$) a thymoprofylaxe ($p<0,01$) významně negativně korelovaly s kognitivním výkonem a tedy jej zhoršovaly. Pacienti léčení lithiem měli kognici významně horší ($p=0,03$) než pacienti léčení antikonvulzivy (valproát, karbamazepin). Nebyly shledány významné rozdíly v kognitivním výkonu mezi skupinami pacientů rozdělených dle přítomnosti patologické a nepatologické hodnoty BMI, celkového cholesterolu, HDL, LDL a triacylglycerolů. Nebyla nalezena korelace kognitivního výkonu s počtem hospitalizací, hodnotou Hamiltonovy škály, inzulinémie ani inzulinové rezistence.

Závěr

Práce spojuje dvě významné oblasti výzkumného zájmu poslední dekády ve vztahu k bipolární afektivní poruše, a to kognitivní a metabolické poruchy. Výše

popsané výsledky ukazují, že arteriální hypertenze, abdominální obezita, hyperglykémie i přítomnost metabolického syndromu vedou k horším výsledkům v testech kognitivních funkcí. Perspektivně by tak sledování a korekce těchto patologických nálezů u bipolárních pacientů mohla vést nejen ke zmenšení kardiovaskulární morbidity, ale také zlepšení jejich kognitivních funkcí a tím i funkčních schopností. Naše práce potvrzuje již známé zhoršování kognice s délkou bipolárního onemocnění a tím související délkou thymoprofylaxe. Literární data poskytují důkazy pro i proti negativnímu vlivu lithia na kognici. V naší práci lithium negativní vliv na poznávací funkci vykazuje, ale je nutno podotknout, že skupina pacientů léčených lithiem měla významně delší dobu přítomnosti bipolární poruchy oproti skupině léčené antikonvulzivou. Z toho důvodu mohl být výsledek vlivu lithia na kognici navíc zkrácen již známým negativním vlivem délky onemocnění bipolární poruchou.

KLINICKÁ ÚČINNOST PREGABALINU V PSYCHIATRICKÉ AMBULANCI

M. Hýža, D. Perníčková

Psychiatrické oddělení, Fakultní nemocnice Ostrava, Česká republika

Summary

THE EFFICACY OF PREGABALIN IN PSYCHIATRIC OUTPATIENT CARE

Naturalistic non-intervention study concerning the outpatient treatment of generalized anxiety disorder. The aim of the study was to evaluate the efficacy of pregabalin by the CGI scale and to monitor comorbid psychiatric diagnosis and concurrent medication. We have found marked improvement (2,64 in CGI) after 4 weeks of treatment with the dose of 150 mg/d and further very similar improvement after the increase of dose to 300 mg/d. 5 individuals (28 %) had concurrent diagnosis of dependence. All patients took some of antidepressants (SSRI or SNRI). We have confirmed the former finding of both very good effect and tolerance of pregabalin in the treatment of GAD and it seems to be favourable especially in the presence of dependency. The problem could be high prevalence of comedication in our sample and possibly not fully used dose regimen (that is recommended up to 600 mg/d).

Souhrn

Pregabalin je schválen pro léčbu generalizované úzkostné poruchy (GAD), parciální epilepsie a neuropatické bolesti. Tvoří doplněk ke starším užívaným lékům ze skupiny SSRI, SNRI a benzodiazepinům, přičemž disponuje originálním působením na $\alpha_2\delta$ podjednotku napěťově řízených kalciových kanálů v CNS (1). Další přidaná hodnota plyne z rychlosti nástupu účinku, který se oproti antidepressivům objevuje již po 1 týdnu podávání. Při minimálním riziku rozvoje závislosti, celkově srovnatelné účinnosti s dříve užívanými medikamenty, relativně menším spektrem nežádoucích účinků, absenci lékových interakcí zprostředkovaných CYP 450 a možné výhodnosti pro pacienty trpící bolestivým syndromem nebo epilepsií se jedná o významný posun v možnostech léčby GAD.

Cíle

Posouzení klinické účinnosti nově nasazeného pregabalínu u ambulantních pacientů s GAD. Sledování komorbidní psychiatrické diagnózy a komedikace psychofarmaky. Hypotetizujeme potvrzení dobré klinické účinnosti i dobré snášenlivosti uváděné ve studiích (2).

Metody

Naturalistická neintervenční studie sledující u ambulantně léčených pacientů s GAD účinek nově nasazeného pregabalínu (ke stávající medikaci). Ve zvoleném období nedocházelo k jiným úpravám medikace a tato byla stacionární minimálně 4 týdny před nasazením pregabalínu. Do studie bylo zařazeno celkem 19 pacientů (15 žen, 4 muži) průměrného věku 46 let. Diagnóza GAD byla stanovena na základě kritérií MKN-10. Zařazení byli pacienti, u nichž si ve zvoleném období (červen 2013 – březen 2014) zhoršení jejich stavu vyžádalo úpravu medikace. Závažnost stavu byla hodnocena pomocí škály CGI při nasazení pregabalínu (úvodní dávka 150 mg/d), po 4 týdnech léčby bylo hodnoceno zlepšení a index účinnosti a v případě navýšení na 300 mg/d (u 11 pacientů) byl efekt opět zhodnocen po 4 týdnech od navýšení. U pacientů byly rovněž zaznamenány případné komorbidní psychiatrické diagnózy a ostatní medikace psychofarmaky.

Výsledky

Průměrná závažnost onemocnění v době nasazení pregabalínu činila dle CGI skóre 4,28 (středně silně nemocen), zlepšení po 4 týdnech na dávce 150 mg/d bylo průměrně 2,61 (nepatrně až značně zlepšen). Index účinnosti byl průměrně 2,39 (minimální, lehké až střední, rozhodně zlepšení). U 1 pacientky se vyskytla alergická reakce v podobě otoku kolem očí, ta byla tedy z dalšího hodnocení vyloučena, protože lék vysadila již po několika dnech. Jiné spontánně uváděné nežádoucí účinky nebyly zaznamenány a to ani po zvýšení dávky. Další zlepšení po nasazení 300 mg/d činilo průměrně 2,64 při indexu účinnosti 2,45.

V souboru se vyskytlo celkem 6 pacientů s komorbidní psychiatrickou diagnózou: 3 pacienti s dg. F13.2 – závislost na sedativech a hypnoticích, 2 pacienti s dg. F10.2 – závislost na alkoholu a 1 pacient s dg. F60.3 – emočně nestabilní porucha osobnosti.

Žádný ze sledovaných pacientů neužíval pregabalín v monoterapii, průměrný počet dalších současně užívaných psychofarmak byl 2,44, nejméně 1, nejvíce 5. Všichni pacienti užívali současně SSRI nebo SNRI; 11 pacientů mělo SSRI (sertralin, citalopram nebo escitalopram), 8 pacientů SNRI (venlafaxin). 8 pacientů užívalo současně benzodiazepiny (pravidelně nebo podle potřeby – klonazepam nebo alprazolam), 3 pacienti užívali SARI (trazodon), 4 pacienti užívali NaSSA (mirtazapin nebo mianserin), 3 pacienti chlorprothixen. Zbytek tvoří komedikace buspironem, quetiapinem, tisercinem a agomelatinem.

Diskuze

V souhlasu s dříve provedenými, metodicky dokonalejšími studiemi, jsme prokázali klinickou účinnost pregabalínu v léčbě GAD významným zlepšením skóru na škále CGI. Pregabalín vykazoval v souboru nízký profil nežádoucích účinků. S výjimkou alergické reakce u jedné pacientky, která si vyžádala ukončení léčby,

nebyl zaznamenán žádný z četně uváděných vedlejších nežádoucích účinků (závratě ve 33 %, somnolence ve 29 %). Možným vysvětlením je výrazně pomalejší titrace dávky – zvýšení až po 1 měsíci (dle SPC lze po 1 týdnu) a celkově nižší podávané dávky léčiva (ve sledovaném souboru 150–300 mg/d). Svou roli se hrál velmi pravděpodobně také fakt absence aktivní explorační s výčtem možných nežádoucích účinků.

V našem souboru mělo celkem 28 % pacientů diagnózu komorbidní závislosti na psychoaktivních látkách. Vzhledem k častému současnému výskytu úzkostných poruch a závislostí může být v této skupině podávání pregabalínu, který nahrazuje účinek některých sedativních látek a mírní abstinenci příznaky, výhodou.

Jistý problém pro klinickou praxi je možno vidět ve vysokém výskytu kombinace psychofarmak, zároveň s možným poddávkováním – doporučené denní dávky jsou 150–600 mg/d, přičemž plná účinnost je předpokládána až u dávek 300 mg a vyšších (2). Problém se pravděpodobně týká obecně léčby GAD, vliv uvedených komorbidních diagnóz na medikaci není pravděpodobný.

Závěr

Pregabalín se jeví jako výhodná alternativa ve srovnání se staršími psychofarmaky schválenými pro léčbu GAD s ohledem jak na rychlý nástup účinku, tak i velmi dobrou snášenlivost a bezpečnost při dlouhodobém užívání.

Literatura

u autorů

KVALITA ŽIVOTA DĚTÍ S ADHD

D. Jelenová, M. Hunková, J. Praško

Psychiatrická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika

Summary

QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH ADHD

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is now the most frequently diagnosed neuro-behavioral disorder of childhood. With the core behavioral symptoms (inattention, hyperactivity, and impulsivity) the chronic course of ADHD has a great impact on the quality of life. Quality of life describes an individual's subjective perception of their position in life as evidenced by their physical, psychological, and social functioning. We evaluated questionnaires (PedsQL, KidScreen) from 50 children (8–18 years old). Compared to reference values, overall quality of life was lower in children with ADHD. Psychosocial functioning was inversely related to the severity of ADHD symptoms described by parents. Conflicting results were obtained from detailed questionnaire KidScreen-52, where some dimensions of the quality of life suggested better functioning of ADHD children compared to reference values; and the scores differed according to the medication.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), quality of life, PedsQL, KidScreen

Úvod

Porucha aktivity a pozornosti (ADHD) se svými jádrovými příznaky (nepozorností, hyperaktivitou a impulzivitou) patří mezi nejčastější diagnostikované neurobehaviorální poruchy v dětství. Příznaky lze do určité míry ovlivnit režimovými opatřeními a vhodnými výchovnými metodami, farmakoterapeutické možnosti nezářídka nabízí dětem zmírnění potíží jen po školní část dne. Chronický průběh ADHD významně ovlivňuje kvalitu života ve smyslu komplexního hodnocení fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění. Současné zahraniční studie popisují korelaci mezi závažností symptomů ADHD (nepozornost, hyperaktivita a impulzivita) a poklesem psychosociálních domén kvality života, především rodinného fungování (Danckaerts 2010). Kvalitu života dále zhoršuje vyšší míra emočních příznaků, poruchy chování, problémy mezi vrstevníky, neúplná rodina, onemocnění rodiče. Studie věnující se kvalitě života pedopsychiatrických pacientů v ČR dosud neexistují.

Cíle

Naše pilotní studie si klade za cíl zmapovat problematiku kvality života u dětí s diagnózou ADHD vedených v pedopsychiatrické ambulanci FN Olomouc.

Metody

Vyšetřili jsme děti s dg. ADHD ve věku 8–18 let, které navštěvují pedopsychiatrickou ambulanci FNOL. Mezi vylučující kritéria patřila mentální retardace dítěte (vzhledem k náročnosti dotazníků kvality života) a neúplně vyplněné dotazníky. Závažnost symptomů ADHD byla hodnocena rodiči na škále Connersové. Kvalita života popsaná dětmi v dotaznících PedsQL 4.0 a KidScreen-52 byla porovnávána s českými referenčními hodnotami (KidScreen – Ravens-Sieberer, 2005; PedsQL – Varni et al., 2006)

Výsledky

Zpracovali jsme dotazníky od 50 dětí ve věku 8 – 18 let (8 dívek, 42 chlapců; průměrný věk 12, 2 let). Závažnost symptomů dle škály dotazníku Connersové pro rodiče se pohybovala mezi 19 a 173 body, s průměrem 61 bodů; 30bodovou hranici patologie závažnosti symptomů překročilo 88 % sledovaných dětí. Třetina dětí byla bez medikace, třetina užívala methylfenidát (v krátkodobé nebo retardované formě), čtvrtina medikovala atomoxetin. Celkové skóre kvality života měřené dotazníkem PedsQL se u dětí s ADHD ukázalo jako nižší než referenční hodnoty zdravých dětí. Skóre psychosociálního fungování vnímané samotnými dětmi (dle dotazníku PedsQL) bylo nepřímě úměrné závažnosti symptomů ADHD na škále Connersové vyplňované rodiči. Kvalita života měřená podrobnějším dotazníkem KidScreen-52 se ukázala celkově lepší u dětí s ADHD oproti referenčním hodnotám, nicméně rozdíly v jednotlivých doménách kvality života se více projeví až po rozřazení dětí do skupin dle užívané medikace.

Závěr

Nižší kvalita života dětí s ADHD v porovnání s běžnou populací se prokázala v naší pilotní studii podobně jako v mnohých zahraničních pracích. Snížená kvalita života v oblasti psychosociální dimenze koreluje se závažností symptomů ADHD. Rozporuplné výsledky z dotazníku KidScreen-52 naznačují další směro-

vání studie – doplnění většího vzorku dětí, rozlišení jednotlivých subtypů ADHD dle podskupin na škále Connersové, zaměření se na ekonomickou úroveň rodin dětí, jejich komorbiditu a změny kvality života v souvislosti s délkou užívání určité medikace.

Klíčová slova: Porucha aktivity a pozornosti (ADHD), kvalita života, PedsQL, KidScreen

Reference

Danckaerts M, Sonuga-Barke EJ, Banaschewski T, Buitelaar J, Döpfner M, Hollis C, Santosh P, Rothenberger A, Sergeant J, Steinhausen HC, Taylor E, Zuddas A, Coghill D. The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010;19(2):83–105.

Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. and the European KIDSCREEN Group. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5 (3), 353–364.

Varni JW, Burwinkle TM, Seid M. The PedsQL TM 4.0 as a School Population Health Measure: Feasibility, Reliability, and Validity. *Quality of Life Research*, 2006; 15; 203–215

PREDIKTORY TERAPEUTICKÉ ODPOVĚDI PACIENTŮ S PANICKOU PORUCHOU, SOCIÁLNÍ FOBII A OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHOU

D. Kamarádová, J. Praško, M. Černá, K. Látalová, J. Táborský

Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

Summary

PREDICTORS OF TREATMENT RESPONSE IN PATIENTS WITH PANIC DISORDER, SOCIAL PHOBIA AND OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

Aim of our study was to explore the clinical and demographic predictors of response to combined (cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy) in patients with panic disorder (n = 62), social phobia (n = 50) and obsessive compulsive disorder (n = 32). Probandns were recruited from pharmacoresistant patients treated on the psychotherapeutical department of department of psychiatry, University hospital Olomouc. We studied basic demographic (age, age of onset, marital status, education level, comorbidity) and clinical factors (severity of symptoms). Using step-wise regression we identified three statistically significant predictors of response in panic patients – marital status, comorbidity with anxiety disorder and decrease in Becks anxiety scale between first and second week of treatment. In social phobia patients' treatment response correlated with age of onset of disorder and severity of symptoms measured by Beck Anxiety Inventory and Clinical Global Impression. In OCD patients was treat-

ment response associated with level of insight and comorbidity of personality disorder. In our study we found several statistically significant factors associated with good therapeutical response.

Keywords: predictors, anxiety disorder, psychotherapy

Cíle

Cílem naší práce bylo odhalit faktory spojené s lepší odpovědí na kombinovanou terapii pomocí psychofarmak a kognitivně-behaviorální terapie u farmakorezistentních pacientů s panickou poruchou, sociální fobií a obsedantně-kompulzivní poruchou.

Metody

Do hodnocení byli zařazeni pacienti trpící panickou poruchou, generalizovanou formou sociální fobie a obsedantně-kompulzivní poruchou (OCD) rezistentní na léčbu antidepresivy doporučení do intenzivního hospitalizačního programu. Diagnóza panické poruchy, sociální fobie nebo OCD byla stanovena před zahájením léčby dvěma na sobě nezávislými psychiatry podle klasifikace MKN-10 (1996). K hodnocení klinického stavu bylo použito několik škál. Celková psychopatologie byla na počátku a na konci terapie posuzovaná pomocí stupnice CGI (Clinical Global Impression) a BAI (Beck Anxiety Inventory) byly použity na počátku a na konci léčby. Dále byly použity specifické dotazníky hodnotící závažnost sociální fobie (LSAS; Liebowitz Social Anxiety Scale) a OCD (Y-BOCS; Yale-Brown Obsessive Scale). Sledovaným parametrem odpovědi na léčbu je pokles o 25% v hodnocení pomocí LSAS a BAI (u pacientů se sociální fobií resp. panickou poruchou), 35% v hodnocení pomocí Y-BOCS (OCD).

Výsledky

Panická porucha

Do studie bylo zařazeno celkem 67 pacientů (73% žen) s diagnózou panická porucha. Průměrná závažnost úzkostnosti hodnocená pomocí BAI byla 29,6 + 11,4 bodů. Ke statistickému hodnocení byl použit modelu logistické regrese metodou stepwise. Model byl vybudován ve třech krocích. Metoda určila tři statisticky významné prediktory terapeutické odpovědi a to rodinný stav, jinou úzkostnou poruchu a rozdíl ve škále BAI mezi prvním a druhým týdnem. Interpretace regresních koeficientů jsou následující: žije-li pacient v manželství, sníží se šance na terapeutickou odpověď 0,180x ($p \leq 0,05$). Má-li pacient jinou úzkostnou poruchu, sníží se šance na terapeutickou odpověď 0,227x ($p \leq 0,05$). Zvýší-li se rozdíl mezi BAI naměřeným v prvním a druhém týdnu o 5 bodů, zvýší se šance na terapeutickou odpověď 1,556x (95% CI 1,100 – 2,201) ($p \leq 0,05$).

Sociální fobie

Byla hodnocena data 50 pacientů, s průměrným věkem 29,96 + 11,68 let. Změnu v LSAS jsme si definovali jako podíl mezi počátečním a konečným celkovým skórem ve stupnici. Změna v LSAS statisticky významně nesouvisí se žádným z demografických parametrů (věk (Pearson; n.s.), délka nemoci (Pearson; n.s.) kromě věku počátku nemoci (Spearman; $p \leq 0,05$). Nesouvisí ani s dalšími klinickými parametry (počáteční hodnota BAI (Pearson; n.s.), BDI (Pearson $r=0,2026$), CGI (Pearson; n.s.) a LSAS (Pearson; n.s.) ani s mírou disociace hodnocenou DES (Pearson $r=0,2687$; n.s.) či DES taxonem (Spearman; n.s.). Statis-

ticky významná souvislost nebyla prokázána ani mezi změnou v LSAS a dávkou antidepresiva (Spearman; n.s.) Změnu v LSAS tedy nemůžeme predikovat na základě žádné z těchto charakteristik. Změna LSAS tedy koreluje pozitivně s věkem počátku poruchy – tj. čím sociální fobie později vznikla, tím je větší změna.

Obsedantně-kompulzivní porucha

Celkově byla hodnocena data 63 pacientů (33 mužů), z nichž program dokončilo nebo vyplnilo alespoň dotazníky hodnotící alespoň předposlední týden 42 pacientů. Úspěšnost terapie byla hodnocena pomocí změny v dotazníku CGI, BAI a Y-BOCS. 30% poklesu v dotazníku Y-BOCS (celkový skóre) dosáhlo 7 pacientů. Průměrný věk zkoumaného vzorku byl $32,59 \pm 8,74$ let, délka trvání nemoci $10,12 \pm 7,77$ let a věk nástupu nemoci $22,48 \pm 9,82$. Z našich výsledků vyplývá, že počáteční míra depresivity hodnocená pomocí dotazníků BDI, nekorelovala se změnami v žádném z námi užitých dotazníků (změna CGI, změna BAI, změna Y-BOCS). Poruchou osobnosti celkově trpělo 16 pacientů, z nichž léčbu dokončilo 7 (43,75%), kdežto ve skupině pacientů bez poruchy osobnosti to bylo 87,5%. Avšak při hodnocení úspěšnosti léčby nebyl mezi pacienty s poruchou osobnosti a bez ní nalezen statisticky významný rozdíl.

Závěr

Ke zjištění prediktorů terapeutického efektu u farmakorezistentních pacientů jsou potřebné další studie s větším počtem pacientů a jejich dlouhodobým kámatnostickým sledováním. Ty pak v budoucnu mohou přispět tomu, aby bylo možné pro konkrétního pacienta vybrat optimální terapeutickou strategii podle jeho vstupních charakteristik.

Podpořeno IGA_LF_2014_029

Literatura

Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize, MKN-10 (1. vydání); Maxdorf Praha; 1996.

SKUPINOVÁ KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE U OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHY

J. Táborský, D. Kamarádová, L. Stuchlíková, M. Černá, K. Látalová, J. Praško

Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

Summary

GROUP COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR PATIENTS WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

Due to time and economic conditions of present time group therapies for anxiety patients became more and more popular. In our work we try to show methods of work and efficacy of our group cognitive-behavioral therapy for patients with obsessive-compulsive disorder. We also point on differences between program focused on OCD patients and program for mixed patients.

Úvod

Obsedantně kompulzivní porucha patří mezi závažné psychické poruchy, často odolávající farmakoterapeutickým i psychoterapeutickým léčebným přístupům. Je otázkou, zda je účinnější skupinový psychoterapeutický program spojený s hospitalizací nebo s pravidelnou ambulantní docházkou do skupiny s definovaným terapeutickým programem. Cílem naší práce bylo popsat zkušenosti se skupinovou kognitivně-behaviorální terapií obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD).

Metoda

Zkoumány jsou výsledky dvou skupin pacientů s OCD. První skupina byla léčena během hospitalizace na psychoterapeutickém oddělení Kliniky psychiatrie FNOL v programu pro smíšenou diagnostickou populaci pacientů neurotického a afektivního spektra. Druhá skupina pacientů pak byla léčena v docházkovém odpoledním psychoterapeutickém programu. Pacienti v obou skupinách splňovali diagnostická kritéria pro obsedantně-kompulzivní poruchu dle klasifikace MKN-10 (1996). Diagnóza byla potvrzena dvěma nezávislými hodnotiteli. Ode všech pacientů byla při vstupním vyšetření získána základní demografická data. Závažnost poruchy byla na počátku léčby i v jejím průběhu hodnocena pomocí dotazníku CGI, BAI, BDI a Y-BOCS.

Program pro smíšenou skupinu pacientů

Pacienti hospitalizovaní na psychoterapeutickém oddělení byli zařazeni do smíšené skupiny (pacienti jiných diagnóz z úzkostného spektra, pacienti s poruchami osobnosti nebo depresi). V průběhu hospitalizace absolvovali celkem 25 dvouhodinových psychoterapeutických setkání a jedenkrát týdně individuální půlhodinové setkání s psychoterapeutem. V průběhu individuálních setkání byl s pacienty sestaven individuální plán expozič. V průběhu skupinové terapie byli pacienti seznámeni se základními příčinami rozvoje poruchy, probíhal nácvik práce s myšlenkami, identifikace a modifikace jádrových schémat.

Program zaměřený na obsedantně-kompulzivní poruchu

Program byl vytvořen pro uzavřenou skupinu pacientů trpících obsedantně kompulzivní poruchou. Sestává celkem z 18 tříhodinových setkání, z toho prvních 12 probíhalo v intervalu jednou týdně, další pak v intervalech jednou za 2 až 4 týdny, a katamnestickým setkáním za 6 a 12 měsíců. Jednotlivá setkání mají podobnou strukturu programu – první polovina je věnována probrání domácích cvičení od zadaných na předešlém setkání, druhá pak novému tématu, ze kterého pak vyplývá domácí cvičení. V prvních sezeních probíhá mapování příznaků OCD u jednotlivých členů skupiny a psychoedukace zabývající se mechanismy udržování poruchy v kognitivním zpracování události (jaké je fúze myšlenek a události, černobílé hodnocení, přeceňování rizika a důsledků, či podceňování vlastní zdatnosti) a v chování (behaviorální i mentální kompulze, vyhýbavé a zabezpečovací chování). Následuje hlavní část programu, ve které se účastníci učí testovat svoje OCD hodnocení situací, vystavují se katastrofickému scénáři v imaginaci a za domácí cvičení se učí experimentovat s novým nekompulzivním chováním, na což navazuje systematický program odstupňovaných expozič. Od poloviny programu pak následuje práce na hlubších postojích, které souvisejí s nedostatkem prožívaného základního bezpečí, přijetí a ocenění.

Jádrová schémata účastníci ve skupině testují a hledají pravdivější a adaptivnější postoje a pravidla. Ve druhé polovině docházky je program soustředěn na systematické zvládnání problémů v životě.

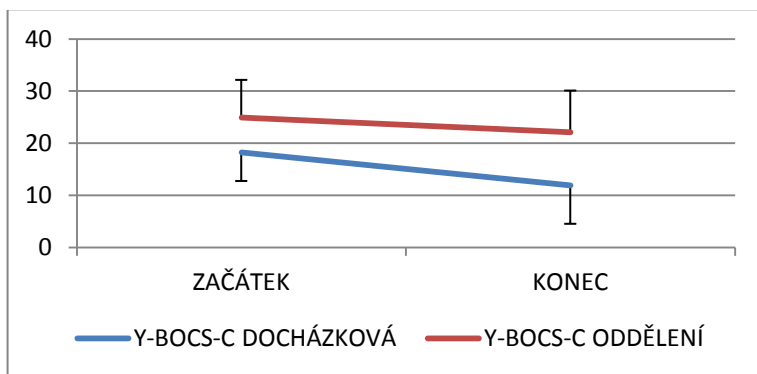
Výsledky

I když srovnání obou programů nelze pokládat za plně relevantní, protože v první skupině šlo o hospitalizované a ve druhé o ambulantní pacienty a počet hodin, které pacienti trávili během hospitalizace na oddělení v terapeutickém programu byl vyšší, než ve skupině docházkové, a pacienty jsme nepřidělovali do programu náhodně, samotný fakt, že míra symptomatologie i celkového postižení poruchou na počátku byly srovnatelné, může mít přínos pro rozhodování se, který program u většiny pacientů s OCD preferovat.

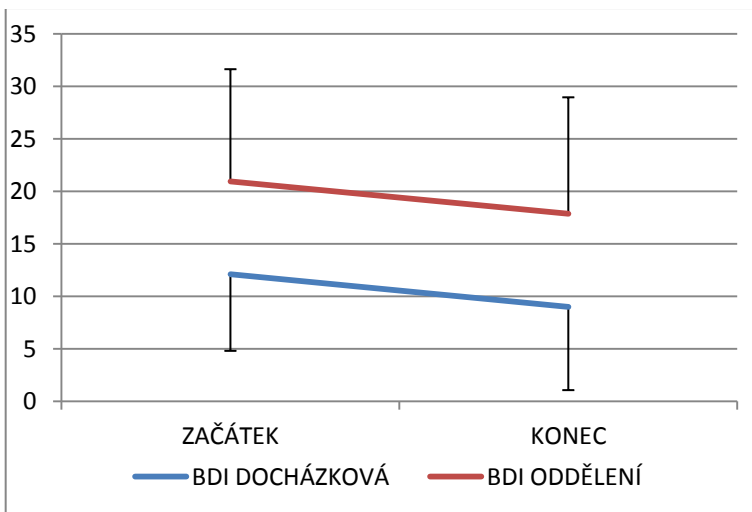
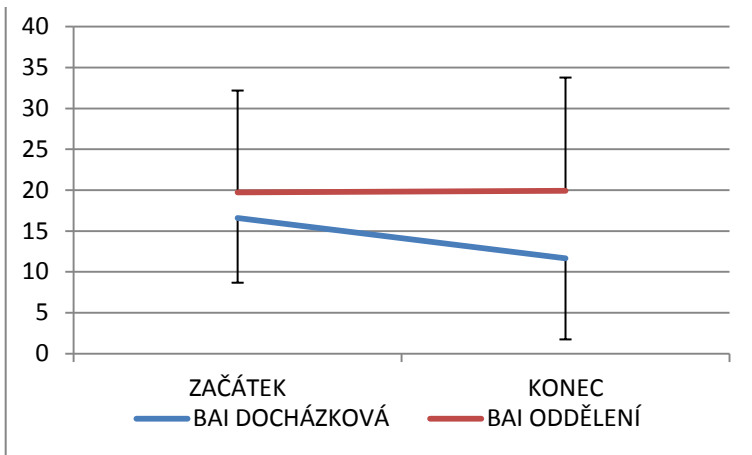
Do odpoledního programu docházelo celkem 11 pacientů (3 ženy; 27,3%), průměrného věku $35,1 \pm 11,94$ let. Na psychoterapeutickém oddělení bylo do programu zařazeno 54 pacientů s OCD (29 žen; 46,0%), průměrného věku $32,6 \pm 8,7$ let. Skupiny se mezi sebou nelišily v průměrném věku ani v dalších demografických datech (pohlaví, vzdělání).

Na počátku se obě skupiny statisticky významně lišily v míře deprese hodnocené BDI ($20,96 + 10,7$ versus $12,1 + 7,28$) i závažnosti OCD příznaků hodnocené celkovým skórem Y-BOCS ($23,95 + 7,20$ versus $18,22 + 5,47$), kdy hospitalizovaná skupina v těchto dvou parametrech vykazovala statisticky významně větší skóre (obojí nepárový t-test $p < 0,05$). Skupiny se mezi sebou statisticky významně nelišily v celkové míře úzkosti hodnocené BAI ($19,71 + 12,47$ versus $16,6 + 7,93$; nepárový t-test: n.s.), ani v celkovém hodnocení závažnosti poruchy hodnocené CGI ($4,66 + 1,27$ versus $4,09 + 1,04$; nepárový t-test: n.s.).

V průběhu léčby došlo u obou skupin v statisticky významném poklesu OCD symptomatologie hodnocené celkovým skórem Y-BOCS, ovšem v poklesech celkového skóru v této skupině nebyl mezi skupinami statisticky významný rozdíl (two-way ANOVA: n.s.).



Rovněž v poklesu celkové úzkosti hodnocené BAI a míry deprese hodnocené BDI nebyl mezi skupinami nalezen statisticky významný rozdíl (two-way ANOVA: n.s.).



Omezení: Porovnání skupin mezi sebou má řadu omezení: skupina v docházkovém programu je zatím příliš malá, pacienti nebyli do programu randomizováni, navíc hospitalizovaní pacienti jsou významně více depresivní na počátku.

Závěr

Oba kognitivně behaviorální programy, tj. jak hospitalizační tak docházkový, vedly k významnému poklesu OCD symptomatologie, mezi účinnosti obou programů nebyl nalezen statisticky významný rozdíl. Pacienti, kteří jsou doporučeni k hospitalizaci, jsou v průměru více depresivní a mají významně více i OCD příznaků. Jak hospitalizační, tak docházkový ambulantní program pro pacienty s OCD může být významnou strategií pro léčbu obsedantně kompulzivní poruchy.

Podpořeno IGA_LF_2014_029

VZTAH MEZI ADHERENCI, SEBE-STIGMATIZACI A VYSAZOVÁNÍM MEDIKACE U RŮZNÝCH SKUPIN PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ

D. Kamarádová, K. Látalová, J. Praško, R. Kubínek, A. Cinculová, J. Šmoldasová, B. Mainerová, J. Táborský, M. Ocisková

Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

Summary

ASSOCIATION BETWEEN ADHERENCE, SELF-STIGMATIZATION AND DISCONTINUATION OF TREATMENT IN PSYCHIATRIC PATIENTS WITH VARIOUS DIAGNOSIS

Self stigmatization is an important factor that may influence both social role of patients and their attitude toward treatment. Aim of our study was to found connection between self stigmatization, adherence and discontinuation of drug treatment. Our study is a cross-section study of ambulatory patients of Department of psychiatry, University hospital Olomouc. Data were gathered from 332 probands from six basic diagnostic categories. From defined variables these affected self-stigmatization: education level, marital status, age, age of onset of disorder, number of hospitalizations, number of attended psychiatrist, dose of antidepressants, score of subjective and objective CGI and level of adherence. Level of adherence was influenced by marital status, age, age of onset of disorder, dose of anxiolytics, score of subjective and objective and ISMI score. There was no significant difference in ISMI score between patients from different diagnostic categories. Level of adherence significantly differs between patients with depression and schizophrenic patients. Level of self-stigmatization proved to be an important factor in influencing both level of adherence and discontinuation of drugs.

Keywords: adherence, self-stigmatization, medication

Cíle

Cílem naší práce bylo odhalit míru stigmatizace u ambulantních psychiatrických pacientů jednotlivých diagnostických okruhů. Dále jsme zkoumali její vztah k současné adherenci k léčbě a vysazování předepsané medikace.

Metody

Naše studie probíhala od 1. července 2013 do 30. září 2013. Do studie byli zařazeni pacienti mezi 18 až 55 lety, s kompenzovanou psychickou poruchou. Vyloučeni byli pacienti s mentální retardací, organická psychická porucha nebo v akutním stavu vyžadujícím hospitalizaci nebo krizovou intervenci. K hodnocení celkové závažnosti příznaků byl použit dotazník CGI (Clinical Global Impression). Postoj pacientů k lékům byl hodnocen pomocí dotazníků DAI-10 (Drug Attitude Inventory 10) a míra stigmatizace dotazníkem ISMI (Internalized Stigma Of Mental Illness).

Výsledky

Dotazníky byly nabídnuty celkem 1162 pacientům docházejícím na ambulanci psychiatrické kliniky. Do analýzy byli zahrnuti pacienti (332), kteří vyplnili nejméně 2 z dotazníků. Průměrný věk probandů byl $42,66 \pm 14,16$ let. Věk prvních projevů nemoci $32,73 \pm 14,61$ let, délka trvání nemoci $7,11 \pm 7,63$. Pacienti byli v průměru $2,32 \pm 2,89$ krát hospitalizováni a v průměru vystrídali $2,09 \pm 1,79$ psychiatrů.

Průměrná míra sebestigmatizace hodnocená ISMI v celém vzorku je $61,08 \pm 14,54$. Mezi pohlavími nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v míře adherence k léčbě, v míře sebe-stigmatizace ani ve frekvenci vysazování medikace. Průměrná míra sebestigmatizace se s výší dosaženého vzdělání snižuje. Přesto, že průměrná současná míra adherence roste s výší vzdělání, statistická analýza neukazuje na rozdíl mezi nimi. Statisticky významný rozdíl podle úrovně vzdělání nebyl nalezen ani u vysazování léků v minulosti. Pacienti bez partnera v průměru vykazují statisticky významně vyšší míru sebe-stigmatizace ($63,01+14,73$), než pacienti s partnerem ($59,50+14,24$). Pacienti dále vykazují významně nižší adherenci ($3,66+4,48$) než pacienti, kteří partnera mají ($4,84+4,11$). Ovšem přiznané vysazování psychofarmak ze svého rozhodnutí v minulosti se ve své frekvenci v těchto dvou skupinách neliší.

Míra sebestigmatizace hodnocená celkovým skórem ISMI nekoreluje významně s věkem, ani věkem počátku nemoci. Míra adherence k léčbě hodnocená dotazníkem adherence DAI-10, statisticky signifikantně pozitivně koreluje s věkem pacienta, věkem počátku nemoci. Tedy čím nižší je věk pacienta a nižší je věk počátku nemoci, tím nižší je hodnota v DAI-10 dotazníku a tím nižší je adherence k léčbě. Počet hospitalizací, čas od poslední hospitalizace, počet navštěvovaných psychiatrů

Míra sebestigmatizace statisticky významně pozitivně souvisí s počtem předešlých hospitalizací a počtem ambulantičních psychiatrů (tabulka 2).

Tabulka 2. Tabulka korelací ISMI a adherence s demografickými a klinickými daty

	Věk	Věk počátku nemoci	Čas od poslední hospitalizace	Počet předešlých hospitalizací	Počet vystrídáných ambulantičních psychiatrů
ISMI celkový skór	Pearson $r = -0,05906$; n.s.	Spearman $r = -0,06621$; n.s.	Spearman $r = -0,1364$; n.s.	Spearman $r = 0,2591$; $p < 0,0001$	Spearman $r = 0,2591$; $p < 0,0001$
Míra adherence	Spearman $r = 0,1747$; $p < 0,005$	Spearman $r = 0,1692$; $p < 0,005$	Spearman $r = 0,1004$; $p = 0,1741$	Spearman $r = 0,1158$; $p = 0,0501$	Spearman $r = -0,08646$; $p = 0,1433$

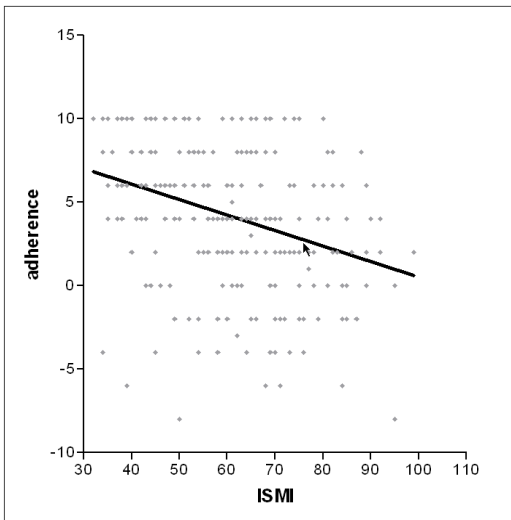
Oproti našemu očekávání se míra sebestigmatizace hodnocená v ISMI se v průměru mezi jednotlivými diagnostickými skupinami statisticky významně nelišila (one-way ANOVA; n.s.). Procentuálně nejčastěji v minulosti vysadili o vlastní vůli pacienti s bipolární poruchou, nejméně často pacienti s depresivní poruchou. Ovšem při porovnání frekvence vysazování u všech skupin nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl (chi-square; n.s.). Dále se nám podařilo prokázat souvislost mezi mírou sebe-stigmatizace a současnou adherencí k léčbě. Míra

sebestigmatizace hodnocená celkovým skórem ISMI statisticky významně negativně korelovala se současnou mírou adherence (obr. 1).

Obrázek 1. Lineární regrese mezi celkovým skórem v ISMI a adherence

Závěr

Výsledky studie naznačují, že míra sebestigmatizace může být velmi významný faktor, který souvisí s nízkou adherencí a vysazováním medikace u pacientů s psychickými poruchami napříč diagnostickým spektrem. Dalším zajímavým nálezem je i to, že míra sebestigmatizace se mezi jednotlivými diagnostickými okruhy neliší.



ČESKÉ NORMY PRO MONTREALSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (MOCA) – SENIŘI

M. Kopeček¹, H. Štěpánková¹, J. Lukavský¹, E. Panenková¹, K. Horáková¹, T. Nikolai², O. Bezdíček², M. Brunovský¹, R. Krombholz³, D. Řípková¹

¹Psych. centrum Praha a Národní ústav duševního zdraví, Česká republika

²Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, 1. LF UK a VFN Praha, Česká republika

³Psychiatrická nemocnice Bohnice, Česká republika

Summary

THE MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT – CZECH NORMS IN OLDER ADULTS

The aims of the study was to establish norms for the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in Czech seniors. We assessed 540 seniors without dementia ≥ 60 years old with MoCA, MMSE and neuropsychological batteries. We detected significant influence of age ($p < 0.001$) and education ($p < 0.001$), but not gender on MoCA score. We present means and standard deviation for the young seniors (60–74 years, ≥ 12 years of education (YE), MoCA=26 \pm 2,4; < 12 YE, MoCA=25 \pm 2,7) and the old seniors (≥ 75 years, ≥ 12 YE, MoCA=25 \pm 2,5; < 12 YE, MoCA=23 \pm 2,9).

Keywords: ageing, screening of cognitive impairment, norms

Cíle

Montrealský kognitivní test je jedním ze skríninkových testů na záchyt časných stádií demence a mírné kognitivní poruchy (MKP) (Nasreddine et al., 2005; Reban 2006). Na rozdíl od MMSE se nejedná o licencovaný test. Cílem této práce je prezentovat normativní data pro MoCA test v ČR u seniorů.

Metody

Dobrovolníci zařazení do Národní normativní studie kognitivních determinant zdravého stárnutí (NANOK) byli vyšetřeni pomocí MoCA (www.mocatest.org), MMSE a neuropsychologické baterie. Nábor probíhal do předem daných kategorií stratifikovaných dle věku (5leté intervaly: od 60, 65, 70, 75, 80 a nad 85 let), pohlaví a vzdělání (s maturitou, bez maturity). Nábor účastníků probíhal ve 12 krajích ČR za pomoci 24 administrátorů. Vstupními kritérii byl věk 60 a více let, absence neurodegenerativního onemocnění včetně diagnostikované demence či MKP. Vylučovací kritéria zaměřená na vyloučení jedinců s dosud nediodagnostikovanou demencí jsou podrobně popsána v příspěvku Kopeček et al., 2014. Výsledný soubor tvořilo 540 osob ve věku ≥ 60 let (průměrný věk $75,6 \pm 9,1$, průměrný počet let ve škole $12,7 \pm 3,5$, 46% mužů, 47% osob mělo základní či střední vzdělání bez maturitní zkoušky). Podrobnější demografické údaje studie NANOK jsou popsány v tomto sborníku v příspěvku E. Panenkové a kol.

Výsledky

Analýza rozptylu detekovala významný vliv věku $p < 0,001$ a vzdělání $p < 0,001$, ale nikoliv pohlaví na celkové skóre MoCA. V post hoc analýzách nebyl zjištěn významný rozdíl mezi sousedícími 5-letými věkovými kohortami pro MoCA. Nejlepším řešením bylo rozdělit celý soubor na dvě skupiny dle věku (60–74 let $n=249$, ≥ 75 let $n=291$) a 2 skupiny dle vzdělání (s maturitou $n=286$, bez maturity $n=254$). Průměrné skóry a směrodatné odchylky v závislosti na věku a vzdělání shrnuje tabulka 1.

Tabulka č. 1 Průměrné skóry a směrodatné odchylky v MOCA v závislosti na věku a vzdělání

Stáří	vzdělání	MoCA (průměr a sm. odchylka)	práh $\geq -1 \leq -2$ s.d. od normy	práh ≥ -2 s.d. od normy
60–74 let	bez maturity	$25 \pm 2,7$	22	20
	s maturitou	$26 \pm 2,4$	24	21
nad 74 let	bez maturity	$23 \pm 2,9$	20	17
	s maturitou	$25 \pm 2,5$	22	20

Závěr

Výše uvedené výsledky dokumentují vliv věku i vzdělání na celkové skóry MoCA a poukazují na problematické použití jednotné prahové hodnoty pro diagnostiku i léčbu kognitivních poruch. Naše výsledky jsou v souladu s dělením seniorů na skupinu mladých seniorů (mladší 75 let) a starších seniorů z pohledu kognitivní výkonnosti. Se vzrůstajícím věkem a nižším vzděláním je výkon v testu

MoCA horší. U starších jedinců musíme zohlednit přirozený úbytek kognice daný věkem (1–3 body v závislosti na dosaženém vzdělání). U stejně starých jedinců hraje neméně důležitou roli vzdělání (1–3 body v závislosti na věkové kategorii vyšetřované osoby) viz tab. 1. Bez existence normativních dat by osoby s nižším vzděláním a vyšším věkem mohly být považovány za osoby s kognitivní poruchou. Výsledky z tabulky č. 1 lze interpretovat tak, že jedinci, kteří se vyskytují v pásmu ≥ -1 s.d. ≤ -2 s.d. od normy jsou ohroženi MKP, zatímco jedinci s výkonem ≥ -2 s.d. od normy pro věk a vzdělání jsou rizikováni pro možnou přítomnost syndromu demence.

Aktuálně jsou v ČR dostupná normativní data pro MMSE (Štěpánková a kol. v tomto sborníku) a MoCA test, což umožňuje kvalifikovaný odhad kognitivního výkonu u seniorů. V časové tísní lze užít vybrané položky z MoCA testu k hrubému odhadu kognitivní výkonnosti (Kopeček a kol. v tomto sborníku). Abychom usnadnili přechod od MMSE k MoCA testu, který je citlivější na časná stádia syndromu demence a není zatížen licenčními poplatky, publikujeme dále v tomto sborníku převod skóre MMSE a MoCA testem. MoCA test obdobně jako test MMSE nenahrazuje neuropsychologické vyšetření kognice.

Projekt je podpořen grantem IGA MZ NT 13145.

Literatura

1. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53:695–9.
2. Reban J. Montrealský kognitivní test/MoCA/: přínos k diagnostice predemencí. *Česká Geriatrická Revue* 2006;4:224–229.
3. Kopeček M, Lukavský J, Štěpánková H, Panenková E., Brunovský M, Krombholz R et al. Převod mezi Montrealským kognitivním testem (MoCA) a MMSE. Tento sborník.

OBTÍŽNOST V POLOŽKÁCH MONTREALSKÉHO KOGNITIVNÍHO TESTU (N=540)

M. Kopeček^{1,2}, H. Štěpánková¹, E. Panenková¹, K. Horáková¹, D. Řípková¹

¹Psychiatrické centrum Praha a Národní ústav duševního zdraví, Česká republika; ²Klinika psychiatrie 3. LF UK v Praze, Česká republika

Summary

THE ITEM DIFFICULTY IN THE CZECH VERSION OF THE MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (N=540)

The aim of the study was to evaluate items in the Montreal Cognitive Assessment (MoCA). We assessed 540 seniors without dementia ≥ 60 years old with MoCA. The easy items (successful rate >0.9) were all items of orientation, animal naming and first pair of abstraction. The most difficult items were delayed recall (successful rate 0.32–0.53), clock test (0.65), and 2nd abstraction (0.72).

Keywords: ageing, cognitive impairment, item analysis

Cíle

Montrealský kognitivní test je jedním ze skříninkových testů na záchyt demence a mírné kognitivní poruchy (Nasreddine et al., 2005; Reban 2006). Test je volně dostupný na www.mocatest.org a to nejen v české verzi, ale také v dalších 42 jazycích. Cílem této práce je ukázat náročnost jednotlivých položek testu.

Metody

Dobrovolníci zařazení do Národní normativní studie kognitivních determinant zdravého stárnutí (NANOK) byli vyšetřeni pomocí MoCA (www.mocatest.org), MMSE a neuropsychologické baterie. Výsledný soubor tvořilo 540 osob ve věku 60 a více let (průměrný věk $75,6 \pm 9,1$, průměrný počet let ve škole $12,7 \pm 3,5$, 54% žen, 53% osob s maturitním a vyšším vzděláním). Podrobnější demografické údaje studie jsou popsány v tomto sborníku v příspěvku E. Panenkové a kol. U každé položky jsme zjišťovali procento úspěšných odpovědí v celém normativním souboru. Jako lehké bývají hodnoceny položky, jejichž úspěšnost je vyšší jak 90%. Naopak jako těžké bývají hodnoceny položky, jejichž úspěšnost je nižší než 10%. V testu by měly být zastoupeny položky s různorodou obtížností, a to z důvodů dosažení vyšší schopnosti diskriminace.

Výsledky

Procento úspěšnosti v jednotlivých položkách testu v celém testovaném souboru znázorňuje tabulka 1.

Tab. 1.

název položky	úspěšnost	název položky	úspěšnost
oddálené vybavení – slovo kopretina	32%	opakování 3 čísel pozpátku	87%
oddálené vybavení – slovo tvář	37%	bezchybných 5 odpočtů 7 od 100	88%
oddálené vybavení – slovo samet	38%	pojmenování obrázku – nosorožec	91%
oddálené vybavení – slovo červená	44%	Go – No Go test – písmeno "A"	92%
oddálené vybavení – slovo kostel	53%	abstrakce (vlak–bicykl)	94%
test hodin 11h a 10 minut	65%	aktuální datum	95%
abstrakce (hodinky–pravítko)	72%	pojmenování obrázku – velbloud	97%
opakování 1. věty	78%	aktuální měsíc	98%
zkrácený test cesty	83%	určení místa vyšetření	98%
překreslení krychle	83%	pojmenování obrázku – lev	99%
opakování 2. věty	84%	aktuální rok	99%
verbální fluence „slova od K“ ≥ 11 slov	86%	aktuální den v týdnu	99%
opakování 5 čísel popředu	87%	název obce, kde probíhá vyšetření	99%

Závěr

Výsledky ukazují, že jednotlivé položky použité v testu mají velmi rozdílnou obtížnost. Nejméně náročnými položkami byla orientace místem a časem. V orientaci časem byl zachycen gradient obtížnosti od nejjednoduššího rok>měsíc>datum. Jako relativně lehké se také ukázaly položky pojmenování zvířete. Přestože se v našem případě jednalo o soubor seniorů, v některých testech dosahovali senioři lepších výsledků než v americké normativní studii osoby mladší, s průměrným věkem 50 let, kde test překreslení krychle zvládlo jen 41% vs 83% v naší studii či test hodin zvládlo 57% vs 65% jedinců (Rossetti et al., 2011). To ukazuje, proč je nutné mít vlastní normy a nepřejímat je ze zahraničních pramenů. Nejobtížnějšími položkami bylo oddálené vybavení slov, test hodin a abstrakce. Z neúspěšnosti v různých položkách lze odhadnout, na jakém percentilu kognitivního výkonu se senior vyskytuje. Pokud např. vyšetřovaná osoba nezvládne bezchybně test hodin, je horší než 65% seniorů (lze odhadovat její výkon ≤ 44 percentil); pokud nepřekreslí krychli je horší než 85% seniorů, (odhadem ≤ 24 percentil). Pokud není vyšetřovaná osoba orientovaná měsícem či místem je horší než 98% seniorů (≤ 2 percentil), stojí na samém konci distribuce kognitivního výkonu seniorů a je vysoce pravděpodobná kognitivní porucha. Takovýto přístup je však hrubě orientační a jeho užití (pro účely odeslání k neuropsychologickému vyšetření kognice) lze odůvodnit pouze v případě časové tísně či dalších faktorů (stížnosti na závažná kognitivní selhávání ze strany pacienta či jeho blízkých). Aktuálně jsou již k dispozici normativní data pro celý MoCA test uveřejněná dále v tomto sborníku (Kopeček a kol.), a proto doporučujeme použití celého testu, který je k orientačnímu určení kognitivní výkonnosti spolehlivější.

Projekt je podpořen grantem IGA MZ NT 13145.

Literatura

1. Nasreddine ZS et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53:695–9.
2. Reban J. Montrealský kognitivní test (MoCA): přínos k diagnostice predemence. *Česká Geriatriká, Revue* 2006;4:224–229.
3. Rossetti HC et al. Normative data for the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in a population-based sample. *Neurology* 2011 27;77(13):1272–5.

PSYCHIATRICKÉ PŘÍZNAKY V SOUVISLOSTECH A SOUVISLOSTI PSYCHIATRICKÝCH PŘÍZNAKŮ

H. Kučerová

Soukromá psychiatrická ordinace Hranice, okr. Přerov, Česká republika

Summary

PSYCHIATRIC SYMPTOMS IN THEIR CONNECTIONS AND THE CIRCUMSTANCES CONNECTED WITH PSYCHIATRIC SYMPTOMS

The author emphasizes the complex view to make a valuable diagnosis of psychiatric disorders. The symptoms are not static, they affect each other all the time. It is necessary not only to describe the amount of symptoms but also to understand their interactions. The symptoms also develop during the time. Especially schizophrenia, dementia and pathologic dependences change their psychopathological picture and destroy the personality. The context of the symptoms with the premorbid personality of the patient and the context of the social situation are important, too.

Keywords: diagnosis, symptoms interaction, social context

Souhrn

Autorka se zamýšlí nad komplexností psychiatrické diagnostiky. Zdůrazňuje nutnost nejen prostého výčtu jednotlivých příznaků, ale i přihlídnutí k jejich vzájemným vazbám a souvislostem. Důležitý je také vývoj příznaků v čase, vliv premorbidní osobnosti pacienta a zasazení psychopatologického obrazu do kontextu vývoje a stavu společnosti.

Klíčová slova: diagnostika, interakce příznaků, společenský kontext

Cíl

K popisu duševního stavu pacienta používáme obecně přijatých a definovaných příznaků, jako jsou anxieta, halucinace, bludy a řada dalších. Ne vždy si však dostatečně uvědomujeme, že tyto jednotlivé příznaky spolu souvisejí a že charakter jejich interakcí může být pro diagnostiku velmi důležitý (2).

Rozvaha

Osobnost člověka je integrovaný celek, v němž jednotlivé funkční součásti tělesné i duševní složky tvoří jednotu prvků, které jsou ve vzájemných souvislostech a které se navzájem neustále ovlivňují. Duševní porucha pak tyto souvislosti více nebo méně narušuje, a pokud dojde až k poruše integrace tohoto celku, pak u osobnosti propukne psychotický stav. Osobnost tedy není jen statický souhrn různých kvalit a schopností jedince, ale je dynamickým komplexem vzájemně propojených a neustále se ovlivňujících veličin (2).

Dalším faktorem, který působí na charakter psychopatologického obrazu, je čas. Jednotlivé příznaky se v průběhu času mění, což je patrné zejména u poruch, které v průběhu času narušují osobnost nemocného, jako jsou především schizofrenie, demence a patologické závislosti. Časový faktor můžeme velmi dobře pozorovat např. u průběhu bludu. Blud se obvykle vyvíjí pozvolna z postupných logicky chybných interpretací, dosáhne své jasně formulované podoby a po léčbě, někdy samovolně, odezní buď do plné korekce, nebo do for-

my dezaktualizované, nebo pouze do emočně plochého prožívání stále stejného myšlenkového obsahu (2).

Na podobu psychopatologického obrazu má vliv také povaha jedince, tzv. pre-morbidní osobnost. Každý člověk je jiný, a proto i tentýž příznak, např. sluchové halucinace, budou jiné u různých pacientů. U každého z nich budou „mluvit“ něco jiného, neboť se vždy budou vztahovat k danému jedinci, k jeho životu, k tomu, co právě dělá apod. Také např. bludy budou ovlivněny osobností nemocného, jiné budou u osobnosti spíše submisivní a jiné u člověka s agresivními sklony.

Do charakteru různých příznaků, zejména halucinací a bludů, se také promítají události ve společnosti. Obsahy halucinací a bludů ve středověku byly pochopitelně jiné než v době rozvinuté vědy a techniky a všeobecné globalizace (1,2).

Příkladem důležitosti vzájemné souvislosti příznaků a zevních okolností může být diagnostika depresí. Deprese endogenní, jejichž etiologii neznáme a které propukají zdánlivě samovolně bez zjevné příčiny, mají zcela jiný charakter a obraz, než deprese neendogenní, které jsou zřetelně vázány na zevní faktory. Někdy právě tyto zevní okolnosti jsou spouštěcím momentem endogenní deprese, což není vždy na první pohled zřejmé. Pacient, jemuž např. zemřel někdo z jeho blízkých, je zcela přirozeně reaktivně depresivní, což není nic neobvyklého a lékař tomu nemusí věnovat velkou pozornost. Pacient si však může začít vyčítat, že např. něco zanedbal a tím způsobil smrt milované osoby, což nemusí být pravda a jedná se o bludnou interpretaci. Ta může dále gradovat do vysloveně autoakuačního bludu s pocitem nutnosti trestu za domnělou vinu, který může vyústit až v suicidium. Je tedy nesmírně důležité velmi pečlivě posuzovat obsah i logiku vývoje pacientova myšlení, nezaměnit příčinu a následek a zvážit přiměřenost pacientova projevu, protože správná diagnostika a adekvátní léčba může pacientovi výrazně ulevit nebo dokonce zachránit život (2,3).

Závěr

Při procesu diagnostikování duševních poruch nevystačíme s prostým výčtem jednotlivých příznaků, ale je třeba brát v úvahu také jejich souvislosti, jejich vzájemnou propojenost, vývoj v čase i společenský kontext.

Literatura

- 1) Kiran, C., Chaudhury, S. (2009). Understanding delusions. *Industrial Psychiatry Journal*, 18 (1), s. 3–18.
- 2) Kučerová, H. (2013). *Psychiatrické minimum*. Praha. Grada Publishing.
- 3) Maj, M. (2011). When does depression become a mental disorder? *British Journal of Psychiatry*, 199, s. 85–86.

B. Mainerová, J. Praško, J. Šmoldasová, R. Horáček

Klinika psychiatrie FN Olomouc, LF University Palackého Olomouc, Olomouc, Česká republika

Summary

DELIRIUM TREMENS AT THE PSYCHIATRIC CLINIC, UNIVERSITY HOSPITAL OLOMOUC

Delirium tremens represents the most severe complication of alcohol withdrawal syndrome and, in its complications, significantly increases the morbidity and mortality of patients. Over the last two years we were prospectively monitoring 41 delirious patients focusing on identification of potential risk factors (biometric, laboratory, somatic comorbidity) affecting the duration of the delirium, hospitalization prolongation or development of physical complication. The duration of the delirium positively correlated with maximal dose of haloperidol, which has always been used as an adjunct therapy. The length of the delirium treated by clomethiazole, diazepam or combination of haloperidol with diazepam did not differ in ANOVA analysis, but in the post hoc analysis, comparing always two groups together, clomethiazole showed significant shortening. Our first results prioritize the clomethiazole monotherapy in delirium tremens treatment. Haloperidol as the adjunct drug to the benzodiazepines may prolong the duration of the delirium. The research in this field is still ongoing at our acute ward.

Úvod

Delirium tremens je závažný stav nejčastěji vznikající jako komplikace odvykacího stavu u pacientů se syndromem závislosti na alkoholu, nebo také při pijáckém. Jedná se však o stav, který, vzhledem k možným komplikacím typu minerálového rozvratu, srdeční či respirační insuficience, či dokonce zástavy, může pacienta ohrozit i na životě. Rizikovými faktory rozvoje deliria se dle některých studií zdají být: delirium tremens nebo odvykací stav komplikovaný epileptickou aktivitou v anamnéze, elevace systolického tlaku, všeobecná somatická komorbidita, zvláště strukturální léze mozku. Z laboratorních nálezů pak nízká sérová hladina kalia, trombocytopenie, zvýšení středního objemu erytrocytů, elevace jaterní aspartát-aminotransferázy (Eyer, 2011, Fiellin, 2002, Palmstierna, 2001). U všech těchto faktorů můžeme předpokládat souvislost nejen s rozvojem deliria, ale též s jeho délkou trvání a celkovým průběhem a případnými komplikacemi.

Na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice v Olomouci je ročně hospitalizováno v průměru 18,3 pacientů s F10.4 tedy delirium tremens. Přijímání jsou buď z terénu, nebo jsou překládáni ze somatických oddělení Fakultní nemocnice. V terapii nejčastěji užíváme clomethiazol do 5400 mg pro die, dále diazepam do 80 mg nebo jeho kombinace s haloperidolem či tiapridem. Současná korekce změn vnitřního prostředí či interní komorbidity je nezbytnou součástí léčby.

Cíle

Srovnání různých medikamentózních přístupů (dávek, kombinací, načasování) v léčbě deliria tremens ve vztahu k délce trvání, délce hospitalizace a celkové prognóze pacientů

Metody

Pokračování sběru prospektivních dat v období 2012 – 2014 u 41 nemocných hospitalizovaných na akutním oddělení Kliniky psychiatrie FN Olomouc s diagnózou F10.4 – poruchy způsobené alkoholem – odvykáací stav s deliriem. Délka trvání deliria – dle škálování DRS-R-98, CIWA-Ar, MDAS. Délka hospitalizace. Podávaná medikace a její celková dávka, kombinace farmak (clomethiazol, diazepam, haloperidol, tiaprid). Maximální denní dávka farmaka. Délka podávání medikace. Specifické laboratorní parametry: Iontogram, krevní obraz + diferenciální rozpočet, jaterní enzymy, renální funkce

Výsledky

Předběžné výsledky neukazují po prvním vyhodnocení dat korelaci délky deliria tremens a počtu předchozích psychiatrických hospitalizací, ani těch pro delirium tremens. Nebyla zjištěna signifikantní korelace délky trvání deliria s vstupními laboratorními hodnotami z oblasti elektrolytů, jaterních enzymů, krevního obrazu. Mezi muži a ženami také nebyly zjištěny rozdíly vztahující se k délce trvání, pouze u delirujících žen byly vyšší hodnoty kreatininu, MCV a MCHC, poslední dva nálezy si vysvětlujeme vyšší citlivostí žen k toxicitě alkoholu v hematopoetické oblasti. Existuje však signifikantní negativní korelace vstupní tepové frekvence a délky trvání deliria, což by mohlo svědčit pro delší trvání deliria u pacientů s premorbidně exhaustovaným vegetativním systémem. Také délka hospitalizace pacientů pozitivně korelovala s hodnotami ALT a GGT. Z pohledu farmakoterapie nebyly zjištěny signifikantní rozdíly mezi jednotlivými druhy farmak, pouze délka deliria při monoterapii clomethiazolem se zdá být kratší než u pacientů tiapridem, diazepamem a clomethiazolem kdykoli v průběhu léčby či v kombinaci.

Závěr

Již naše minulá sledování delirujících alkoholiků ukázala výhody monoterapie, zvláště pak při podávání clomethiazolu, před jakýmkoli typy kombinací užívaných farmak.

Reference

1. Eyer F, Schuster T, Felgenhauer N, Pfab R, Sturzel T, Saugel B, Zilker T. Risk assessment of moderate to severe alcohol withdrawal – predictors for seizures and delirium tremens in the course of withdrawal. *Alcohol Alcohol*. 2011 Jul–Aug;46(4):427–33
2. Fiellin DA, O'connor PG, Holmboe ES, Horowitz RI. Risk for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome. *Subst Abus* 2002;23:83–94.
3. Palmstierna T. A model for predicting alcohol withdrawal delirium. *Psychiatr Serv* 2001;52:820–3.

SEBEVRAŽEDNOST U OSOB ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU

B. Mainerová, J. Praško, K. Látalová, J. Šmoldasová

Klinika psychiatrie FN Olomouc, LF University Palackého Olomouc, Olomouc, Česká republika

Summary

SUICIDALITY IN ALCOHOL DEPENDENT POPULATION

According to the ESEMED the lifetime prevalence of suicidal thoughts and attempts is 7,8% resp. 1,8% and beside gender, marital status, mental disorders, alcohol use and abuse seems to be an extremely important issue in this field (Bernal et al. 2007). We present an insight, based on data published on this topic so far – the effect of alcohol on suicidal behavior generally and in certain groups of alcohol dependent / misusing population. Existing research shows that alcohol abuse represents an important predictive factor for suicidal thoughts, attempts and accomplished suicides, not only due to its direct effect on the mental status of the individual during the acute intoxication, but also due to the subsequent psychiatric and socioeconomic complications of long-term abuse. The comorbid psychiatric disorders such as depression, bipolar affective disorder or posttraumatic stress disorder are extremely risky for suicide as well.

Úvod

Alkohol hraje v historii lidstva významnou roli již několik tisíciletí. V současnosti patří alkohol mezi nejčastěji zneužívanou psychoaktivní látku na světě vůbec, jeho abusus je také spojen s nejvyššími ekonomickými ztrátami. Abusus alkoholu a závislost na něm se vyskytují ve všech vrstvách a sociálních skupinách společnosti jsou významně spojeny s vysokým rizikem suicidálního jednání. Dle Evropské studie epidemiologie psychických poruch (ESEMED), která byla provedena na reprezentativním vzorku 21 425 dospělých starších 18 let v šesti Evropských zemích (Belgie, Francie, Německo, Itálie, Holandsko a Španělsko) (Bernal et al. 2007) byla celoživotní prevalence suicidálních rozlad 7,8% a suicidálních pokusů 1,3%. S vyšší suicidalitou (jak rozladami, tak pokusy) bylo spojeno ženské pohlaví, mladší věk, manželský stav – rozveden či ovdovělý, a psychické onemocnění. Mezi psychickými poruchami dominovaly Depresivní epizody, Dystymie, Generalizovaná úzkostná porucha, Posttraumatická stresová porucha a **Závislost na alkoholu**.

Cíle

Cílem naší práce bylo zjistit z literatury informace o vztahu abusu, závislosti na alkoholu a dalších entit souvisejících s jeho užíváním a sebevraždností.

Metody

V databázích Medline a Web of Science byly identifikovány publikace pomocí klíčových slov „alcohol dependence“ nebo „alcohol abuse“ a „suicidality“, které byly zveřejněny od roku 1980 do prosince 2013. Do vyhledávání byly zařazeny články bez ohledu na jazyk, v němž byly publikovány. Ze souboru těchto textů bylo 46 vyhodnoceno jako dostatečně relevantních pro účely naší práce. Další stěžejní publikace byly získány procházením citovaných prací u nejvíce relevantních článků.

Výsledky a závěr

Suicidalitu u jedinců s problematikou abusu alkoholu může zvyšovat samotná prostá intoxikace alkoholem v rámci uvolnění impulzivity a zábran v chování, dodáním odvahy sebevražedné myšlenky realizovat. Rizikový je rovněž syndrom z vysazení spojený s nárůstem intrapsychické tenze, úzkosti, insomnie, příznaky chronické závislosti, včetně jejich interpersonálních, pracovních a sociálních důsledků, existuje též riziko suicidia či sebezabití z psychotické motivace při nejzávažnější komplikaci odvykacího stavu – deliriu tremens nebo při sekundární alkoholické psychotické poruše. Podobně přehledy psychologických studií (Cavanagh et al. 2003) zjistily, že chronický abusus alkoholu, akutní abusus i závislost souvisí s 21% až 46% všech smrtí sebevraždou. Některé páce ukazují, že frekvence pití, jeho kvantita, záchvatovité pití, jsou spojeny s větší pravděpodobností vážného suicidálního pokusu (Powell et al. 2001). Zvláště riziková pro suicidium či sebevražedný pokus jsou ve skupině závislých pacienti se zvýšenou pohotovostí k impulsivnímu jednání, pacienti se zkušeností sexuálního zneužívání, zvláště v dětství. Často je přítomná komorbidita závislosti na alkoholu s další psychickou poruchou, zejména pak s depresivní poruchou, bipolární poruchou nebo posttraumatickou stresovou poruchou pak zvyšuje suicidalitu mnohonásobně. Pro psychiatra je vždy důležité pátrat u osob závislých na alkoholu po suicidálních rozladách, suicidálních pokusem v anamnéze, pacienta o nich poučit a s touto problematikou následně pracovat. Suicidiem bývají více ohroženi závislí s komorbidní psychickou poruchou, v debaklové sociální situaci, během akutní intoxikace.

Reference

1. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, Lépine JP, de Girolamo G, Vilagut G, Gasquet I, Torres JV, Kovess V, Heider D, Neeleman J, Kessler R, Alonso J; ESEMED/MHEDEA Investigators. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders* 2007;101(1–3):27–34.
2. Cavanagh J, Carson A, Sharpe M, Lawrie S. Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences* 2003;33:395–405.
3. Powell K, Kresnow J, Mercy J, Potter L, Swann A, Frankowski R. Alcohol consumption and nearly lethal suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2001;32:30–41.

STIGMATIZACE A SEBESTIGMATIZACE U OSOB ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU

B. Mainerová, J. Praško, J. Šmoldasová, M. Ocisková

Klinika psychiatrie FN Olomouc, LF University Palackého Olomouc, Olomouc, Česká republika

Summary

STIGMATIZATION IN ALCOHOL DEPENDENT POPULATION

Traditionally there is a worldwide tendency to stigmatize people with alcohol abuse problems. It is based on the moral point of view – an impact of the dependency on economic, social or criminal aspects of life of a dependent individual. We bring a research through the literature published on this topic so far, which shows the alcohol dependency to be one of the most stigmatized psychiatric problems in general. This stigma generally debases the identity of the patient and considerably decreases their ability and chance to achieve a change, the proper treatment and later, long-term abstinence included.

Cíle

Cílem naší práce bylo prozkoumat literaturu, která se týká stigmatizace a sebestigmatizace u osob závislých na alkoholu a vliv této nálepky na vyhledání pomoci a motivaci k léčbě, samotnou léčbu, kvalitu života a udržování abstinence.

Metody

V databázích Medline a Web of Science byly identifikovány publikace pomocí klíčových slov „alcohol dependence“ nebo „alcohol abuse“ a „stigma“, „self-stigmatization“, které byly zveřejněny od roku 1960 do prosince 2013, bez ohledu na jazyk, v němž byly publikovány. Další stěžejní publikace byly získány procházením citovaných děl u nejvíce relevantních článků. Práce je doplněna o vlastní poznatky a zkušenosti z pracoviště s širokou klientelou pacientů závislých na alkoholu.

Výsledky a závěr

Závislost na alkoholu je obzvláště stigmatizovaná psychická porucha. Paradoxem v naší společnosti je, že je na jedné straně silně degradující jedince, a na druhé společnost má vysokou toleranci k popíjení alkoholu a množstvím alkoholu na hlavu patříme ke špičce spotřeby ve světě vůbec (Jeřábek 2011). U závislosti na alkoholu je okolím nemocného morálně hodnocena závislost samotná, celkové zhoršování zdraví, nehody, případná agresivita, následné sociální problémy, intoxikace sama o sobě, ztráta kontroly, ekonomické ztráty a podobně. Všechna tato kritéria může proti sobě, v rámci sebehodnocení, použít i závislý člověk sám. Přijetí skutečnosti, že je „alkoholikem“, rovnou pro nemocného znamená, že je někým horším než druzí. Důsledkem je to, že lidé s problémy s alkoholem, kteří vnímají vysokou míru stigmatizace a odsudků, mají problém nastoupit do léčby závislosti, protože tím potvrzují svoje členství v stigmatizované skupině. Sami popírají svůj problém, aby se mohli vyhnout sebe-stigmatizaci, což snižuje subjektivně vnímanou potřebu léčby. Existují pravděpodobné

značné mezikulturní rozdíly ve stigmatizaci alkoholiků. Ve srovnání s lidmi, kteří trpí jinými poruchami, osoby závislé na alkoholu jsou méně často považovány za lidi s psychickou poruchou, dává se jim větší odpovědnost za svůj stav a vyvolávají větší sociální odmítnutí a další negativní emoce, což obzvláště zvyšuje riziko strukturální diskriminace. Tento pohled je živěn jak výchovou, tak médií a samozřejmě osobní zkušenosti s hlučnými nebo agresivními opilými osobami, nebo sledováním lidí s chronickou závislostí v okolí. Přesto, že se i v mediích občas problesknou zprávy, že se jedná o nemoc, která je zčásti geneticky a biologicky podmíněná, nemá to na společenský pohled větší vliv. Počet osob, které vyhledávají pomoc pro problémy s nadužíváním alkoholu je velmi nízký přesto, že je to v jejich i celospolečenském zájmu. Odrazuje je jednak pověst samotné léčby, jednak to, že protialkoholní léčba pro ně představuje riziko stigmatizace okolím, jednak fakt, že si svoji závislost na alkoholu nechtějí přiznat, případně si ji přiznávají, ale enormně se za to stydí, protože se považují díky tomu za méněcenné. Model nemoci použitý pro závislost na alkoholu nebo "alkoholismus" je často prezentován jako opěrný bod pro úspěšné řešení tohoto stavu (Williamson 2012). Hlavním cílem snahy bylo zdůraznit, že závislost je onemocnění, které vyžaduje léčbu a získat půdu proti moralizujícím postojům. Je to spojeno s představou, že přijetí lékařského přístupu sníží stigmatizaci závislých osob, která brání jak přijímání, tak poskytování služeb závislým, bohužel se dosud zdá, že redukující vědecký přístup není schopen řešit sociální a morální napětí, které závislost na alkoholu vytváří. Nicméně se časem ukázalo, že tato cesta ke zmírnění stigmatizace závislých na alkoholu nevede. Někteří autoři jsou přesvědčení, že nejistota ohledně charakteru závislosti a její stigmatizace jsou důsledkem potíží ve vysvětlování složitých neurovědních objevů veřejnosti. Redukovaný medicínský model, přes jeho vědecké oprávnění není vybaven pro to, aby odstranil obavy ze závislých osob. Proti němu stojí zprávy s médií o autohaváriích způsobených opilým řidičem, agresivitě závislých, pohledy na opilé lidi na ulici a další velmi sugestivní informace, které jsou účinnější než logické vědecké argumenty.

Reference

1. Jeřábek P: duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek. In: Praško J, Látalová K, Ticháčková A, Stárková L (eds): *Klinická psychiatrie*, Tigis, Praha 2011
2. Williamson L: Destigmatizing alcohol dependence: the requirement for an ethical (not only medical) remedy. *Am J Public Health* 2012;102(5):e5-8.

SEBESTIGMATIZACE U ÚZKOSTNÝCH A DEPRESIVNÍCH FARMAKOREZISTENTNÍCH PACIENTŮ A JEJÍ VLIV NA ÚSPĚŠNOST LÉČBY

M. Ocisková^{1,2}, J. Praško², K. Látalová², D. Kamarádová², A. Grambal², Z. Sigmundová², Z. Sedláčková¹

¹*Katedra psychologie, Filosofická fakulta University Palackého v Olomouci, Česká republika*

²*Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta University Palackého v Olomouci a Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika*

Summary

SELF-STIGMA IN PATIENTS WITH ANXIETY AND DEPRESSIVE SPECTRUM DISORDERS AND ITS IMPACT ON TREATMENT EFFICACY

Objective: The goal was to identify the level of self-stigma in patients with anxiety disorders with or without comorbid depression and to clarify its impact on the treatment efficacy. Additionally, we focused on possible connections between self-stigma and personality traits.

Method: 32 patients absolved six week psychotherapeutic program in the psychotherapeutic department of the University Hospital in Olomouc. They were assessed by following scales and questionnaires – CGI, BAI, BDI-II, TCI-R, Hope Scale, Cope Inventory, and Internalized Stigma of Mental Illness Scale. The treatment consisted of daily group therapy and pharmacotherapy in usual therapeutic doses.

Results: Self-stigma significantly negatively correlated with the improvement of the mental state evaluated by a psychiatrist. It was also positively correlated with harm avoidance, substance use, and tendencies to give up, and negatively correlated to self-directedness, hope, planning solutions of stressful events, and reframing of them.

Conclusions: Self-stigma is an important factor which influences effectiveness of a combined psychotherapeutic and pharmacological treatment in patients with anxiety disorders with or without a comorbid depressive disorder.

Keywords: self-stigma; anxiety; depression; psychotherapy; pharmacotherapy

Cíle

Dosud je relativně málo známo o vlivu sebestigmatizace na efekt léčby u pacientů s úzkostnými poruchami. Cílem studie proto bylo zhodnotit míru sebestigmatizace pacientů s úzkostnými poruchami s nebo bez komorbidní depresivní poruchy a zjistit vztah sebestigmatizace k některým osobnostním charakteristikám a ke změně symptomatologie v průběhu léčby.

Metody

Do studie bylo zařazeno 32 pacientů přijatých na psychotherapeutické oddělení Kliniky psychiatrie FNOL pro úzkostnou poruchu, pokud splňovali následující kritéria:

- (1) Věk 18–75 let
- (2) Diagnóza některé z úzkostných poruch (GAD, panická porucha, agorafobie,

smíšená úzkostně depresivní porucha, sociální fobie) podle MKN-10 (1996).

Do studie nebyli zařazeni pacienti, kteří zároveň trpěli závažným tělesným onemocněním, bipolární afektivní poruchou nebo psychotickou poruchou. Pokud byla zároveň s úzkostnou poruchou diagnostikována mírná nebo středně závažná depresivní porucha, nebo pokud pacienti zároveň trpěli poruchou osobnosti, byli do studie zařazeni. Diagnóza byla potvrzena přijímajícím lékařem, ošetřujícím lékařem, primářskou vizitou a byla uvedena v propouštěcí zprávě.

Po podepsání informovaného souhlasu pacienti vyplnili posuzovací škály a dotazníky. Na počátku byly použity následující psychodiagnostické nástroje – ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness Scale), BAI, BDI-II, CGI, TCI-R (Cloningerův Dotazník temperamentu a charakteru), ADHS (Škála naděje) a Cope Inventory, na konci léčby pak pacienti vyplnili BAI, BDI-II a CGI.

Všichni pacienti v rámci hospitalizace na psychoterapeutickém oddělení podstoupili léčbu pomocí skupinové psychoterapie (kognitivně behaviorální, nebo psychodynamické) a užívali antidepressiva, případně v kombinaci s anxiolytiky. Celkem absolvovali 30 skupinových sezení s doplněním 5 individuálních setkání. Léky byly podávány podle doporučených postupů při léčbě úzkostných poruch. Studie byla schválena místní etickou komisí. Pacienti podepsali informovaný souhlas.

Výsledky

Během léčby došlo ke statisticky významným poklesům celkových skóre v posuzovacích stupnicích BDI-II, subjektivní i objektivní CGI. U stupnice BAI tento pokles nedosáhl statistické významnosti.

Míra sebestigmatizace statisticky signifikantně souvisela se stupněm úzkostných příznaků na konci léčby (Pearson $r = 0,4469$; $p \leq 0,05$) a stupněm depresivních příznaků na počátku (Pearson $r = 0,4357$; $p \leq 0,05$) i na konci léčby (Pearson $r = 0,4814$ $p \leq 0,05$). U pacientů s vyšší mírou sebestigmatizace tedy v průběhu léčby dochází k nižšímu poklesu úzkostných příznaků, z léčby tedy v tomto ohledu profitují méně než jejich kolegové, kteří sebestigmatizací netrpí. Zároveň jsou od počátku více depresivní než pacienti s nižší mírou sebestigmatizace. Tento vztah může mít i opačnou kauzalitu, kdy pacienti s vyšší mírou depresivity trpí také vyšší sebestigmatizací. Zjistili jsme však, že po rozdělení skupiny pacientů na ty, u kterých byla diagnostikována depresivní porucha a u kterých nikoliv, se celková míra sebestigmatizace od sebe navzájem statisticky významně nelišila. Souvislost mezi depresí a sebestigmatizací proto zůstává námětem pro další výzkum. Co se týče souvislosti mezi sebestigmatizací a celkovou změnou duševního stavu pacientů, zaznamenali jsme negativní korelaci se změnou závažnosti příznaků v průběhu léčby hodnocenou pomocí objCGI (Pearsonovo $r = -0,7665$; $p \leq 0,0001$). Výsledek vypovídá o tom, že čím více se pacienti stigmatizují, tím méně se v průběhu léčby zlepší jejich psychický stav, pokud jej hodnotí ošetřující lékař.

Sebestigmatizace také pozitivně korelovala s užíváním návykových látek v obdobích stresu (Pearson $r = 0,43$; $p \leq 0,05$). Mezi návykové látky pacienti uvádějí především alkohol a cigarety, ale také anxiolytika, hypnotika a ve dvou případech jídlo. S mírou sebestigmatizace se pojil i sklon k rezignaci v náročných životních situacích (Pearson $r = 0,4195$; $p \leq 0,05$). Stigmatizující se pacienti vyka-

zují spíše externí místo kontroly, o čemž svědčí i negativní korelace mezi sebestigmatizací a schopností plánovat řešení náročných situací (Pearson $r = -0,3937$; $p \leq 0,05$). To také znamená, že čím více pacient trpí sebestigmatizací, tím méně je schopen aktivně a účinně řešit stresující události. S upřednostňováním pasivních strategií zvládnání stresu se pojí i negativní korelace mezi sebestigmatizací a subškálou Cesta ze Škály naděje. Tito pacienti často prožívají beznaděj (Pearson $r = -0,6546$; $p \leq 0,0001$). Ukazuje se rovněž, že jsou méně schopni nalézat na nepříjemných zážitcích pozitivní prvky, které by zmírnily jejich negativní emoční dopad a sloužily jako zdroj vnitřního růstu (Pearson $r = -0,5903$; $p \leq 0,0005$).

V rámci Cloningerovy teorie osobnosti sebestigmatizace pozitivně korelovala s vyhýbáním se možným zdrojů ohrožení (harm avoidance; Pearson $r = 0,6156$; $p \leq 0,0005$). To vypovídá o pohotovosti k prožívání úzkosti, nesmělosti v interpersonálních vztazích a rychlé unavitelnosti. Negativní korelace s mírou sebestigmatizace byla také zaznamenána ve vztahu k cílesměrnosti (self-directedness; Pearson $r = -0,6162$; $p \leq 0,0005$).

Závěr

Pacienti trpící úzkostnou poruchou, kteří nesou zátěž sebestigmatizace, zvládají stres méně efektivně tím, že užívají málo aktivní strategie k jeho řešení. Při pokusech o jeho zvládnutí více tíhnou ke zneužívání psychoaktivních látek a předčasněmu vzdávání se. Vzhledem k tomu, že pacienti s vyšším stupněm sebestigmatizace profitují v několika ohledech z léčby významně méně než pacienti, kteří jí netrpí, je vhodné zvážit možnosti modifikace léčebných přístupů tak, aby z nich více těžili i pacienti, které zatěžují internalizované společenské předsudky.

Literatura

Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize, MKN-10 (1. vydání). Praha: Maxdorf, 1996.

POLOŽKOVÁ ANALÝZA MONTREALSKÉHO KOGNITIVNÍHO TESTU

E. Panenková^{1,2}, **M. Kopeček**^{1,3}, **J. Lukavský**^{1,4}, **H. Štěpánková**^{1,2}

¹ Psychiatrické centrum Praha, Česká republika; ² Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Česká republika; ³ Klinika psychiatrie 3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Česká republika; ⁴ Psychologický ústav Akademie věd, Praha, Česká republika

Summary

ITEM ANALYSIS OF THE MONTREAL COGNITIVE ASSESMENT

Item analysis of the Montreal Cognitive Assessment describes the relationship between the total score and individual items of this method. The analysis could be used as a basis for abbreviation of this screening tool for detection of cognitive disorder.

Keywords: screening, cognitive disorders, ageing

Cíle

Jedním ze senzitivních testů pro zachycení mírné kognitivní poruchy je Montrealský kognitivní test (MoCA; Nasreddine, 2005). Skládá ze 13 subtestů, které testují 7 následujících kognitivních domén: zrakově-konstrukční schopnosti, exekutivní funkce, paměť, řeč, abstrakci, pozornost, orientaci časem a místem.

Tato analýza bude sloužit jako podklad pro možné zkrácení MoCA, který i přes svou diagnostickou hodnotu, je pro plošné užití v ordinacích lékařů stále dlouhý. V české normativní studii NANOK (Národní normativní studie kognitivních determinant zdravého stárnutí) jsme měli možnost změřit dobu administrace. Průměrná doba činí $13,6 \pm 5,4$ min, přičemž 25% zdravých jedinců test provedlo za méně jak 10 minut a 75% za méně než 15 minut (Kopeček et al., 2013).

Cílem naší studie je zjistit vztah mezi celkovým skóre Montrealského kognitivního testu (MoCA) a jednotlivými položkami této metody.

Metody

K administraci byla použita česká verze MoCA (www.mocatest.org), Filadelfský test verbálního učení – PVLTL, Test cesty B, fonemická a sémantická verbální fluence.

Na základě průměrného výsledku MoCA a hranice jedné směrodatné odchylky jsme stanovily práh rizikového výkonu v kognitivních doménách inspirovaný doporučením Albertové (Albert et al., 2011).

Soubor tvořilo 540 osob. Demografické údaje, jsou znázorněny v tabulce číslo 1. Vstupní kritéria: věk nad 60 let, absence diagnostikovaného syndromu demence, mírné kognitivní poruchy, depresivní poruchy, závažného neurologického onemocnění (zejména Parkinsonova choroba, epilepsie), či jiného akutního onemocnění, které by mohlo ovlivnit kognici (např. probíhající léčba onkologického onemocnění nebo psychiatrického onemocnění). Vylučovacími kritérii byly závažné kognitivní poruchy definované jako výkon ve dvou ze tří kognitivních testů horší jak dvě směrodatné odchylky od normy nebo skór větší či rovný deseti v Geriatrické škále deprese (GDS15) či Dotazníku každodenního fungování (FAQ) spolu se sníženým výkonem, v jednom ze tří kognitivních testů, horším jak dvě směrodatné odchylky od normy.

568 seniorů vyhovělo vstupním kritériím, z nichž 14 bylo ze studie vyloučeno pro naplnění vylučovacích kritérií a 14 pro neúplnost získaných dat.

Výsledky

V našem souboru (N=540) byl průměrný MoCA skór $24,69 \pm 2,86$. Psychometricky definovaný práh rizikového výkonu v oblasti kognice byl stanoven jako jedna směrodatná odchylka od průměru, tedy celkový skór v MoCA ≤ 22 . Při použití tohoto prahu byla rizikovost detekována u 124 (23%) jedinců.

Výsledné korelace subtestů s celkovým MoCA skóre jsou znázorněny v tabulce č. 2.

Závěr

S celkovým MoCA skóre nejsilněji korelovalo oddálené vybavení pěti slov. Test hodin a bezprostřední paměť testovaná opakováním dvou vět byly další subtesty s nejtěsnější korelací.

Tabulka č. 1: Demografická charakteristika souboru (N=540)

věk	počet	%	rodinný stav	počet	%
60–64	81	15,0	svobodný	13	2,4
65–69	77	14,3	s partnerem	23	4,3
70–74	91	16,9	ženatý/vdaná	233	43,1
75–79	84	15,6	vdovec/vdova	214	39,6
80–84	98	18,1	rozvedený	57	10,6
85+	109	20,2	bydlení		
lateralita			samostatné s partnerem	204	37,8
praváci	501	92,8	samostatné bez partnera	152	28,1
ostatní	39	7,2	s rodinou	100	18,5
pohlaví			v penzionu	84	15,6
muži	248	45,9	vzdělání		
ženy	292	54,1	nižší (bez maturitní zkoušky)	254	47,0
			vyšší (s maturitní zkouškou)	286	53,0

Při analýze dat jsme použili Spearmanův koeficient korelace mezi jednotlivými položkami MoCA a celkovým MoCA skóre (viz tab. 2).

Tabulka č. 2: Popisná statistika subtestů MoCA (N=540) a korelace s celkovým skórem

subtest	průměr	SD	medián	min	max	ρ
oddálené vybavení	2,04	1,62	2	0	5	0,75
test hodin	2,61	0,57	3	1	3	0,41
opakování vět	1,62	0,60	2	0	2	0,37
test cesty	0,83	0,38	1	0	1	0,35
odčítání 7	2,85	0,43	3	0	3	0,33
fluence "K"	0,86	0,34	1	0	1	0,33
abstrakce	1,66	0,54	2	0	2	0,33
krychle	0,83	0,37	1	0	1	0,32
čísla pozpátku	0,86	0,34	1	0	1	0,30
pojmenování	2,86	0,37	3	1	3	0,26
čísla popředu	0,87	0,33	1	0	1	0,26
orientace	5,88	0,37	6	3	6	0,24
písmeno "A"	0,92	0,27	1	0	1	0,23
celkový skór MoCA	24,69	2,86	25	13	30	

Vysvětlivka: ρ – Spearmanův korelační koeficient

Tento výzkum byl podpořen grantem IGA MZ ČR NT 13145.

Literatura

Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dement* 2011; 7(3): 270–279.

Kopeček M, Štěpánková H, Panenková E, Lukavský J, Nikolai T, Bezdíček O, et al. Montrealský kognitivní test (MOCA) a MMSE – české normy. *Česk Slov Neurol N* 2013; 76(109)(Suppl 2): 2S26–2S27.

Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 695–699.

GENETICKÉ FAKTORY U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

H. Papežová¹, L. Šlachťová², D. Kaminská¹, M. Chváč³, A. Yamamotová⁴, P. Martásek²

¹Department of Psychiatry and ²Department of Paediatrics and Adolescent Medicine, First Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague, Czech Republic, ³Institute for Research and Development of Education, Faculty of Education, Charles University in Prague, Czech Republic, ⁴ Department of Physiology, Third Faculty of Medicine, Charles University in Prague, Czech Republic

Summary

GENETIC FACTORS IN EATING DISORDERS

To study the genetic predispositions in anorexia nervosa. Anorexia nervosa (AN) is a multifactorial disease characterized by life-threatening underweight associated with significant symptoms deteriorating the quality of life. Risk factors include genetic predisposition, which in interacts with environmental factors and influence the development and course of the disease. This work demonstrates the results of continuous work of the Center for Eating Disorders and molecular genetics: genotype-phenotype correlations, association analyses, meta-analysis and Genome Wide Association Study.

Keywords: Anorexia nervosa, molecular genetics, GWAS

Cíl

Studium genetických predispozic u anorexia nervosa. Anorexia nervosa (AN) je multifaktoriálně podmíněné onemocnění charakterizované život ohrožující podváhou spojenou se závažnými symptomy zhoršujícími kvalitu života. Mezi rizikové faktory patří genetické predispozice, které v interakci s faktory vnějšího prostředí ovlivňují vznik a průběh onemocnění. Práce shrnuje výsledky kontinuální práce Centra poruch příjmu potravy a molekulární genetiky: genotyp – fenotypové korelace, asociační studie, meta-analýzu a mezinárodní studii GWAS.

Metody

V Centru pro poruch příjmu potravy 1. LF UK probíhá díky významné interdisciplinární spolupráci výzkum genetických faktorů od roku 2007, dosud bylo vyšetřeno 160 pacientek s PPP a 90 kontrol. Na základě modelových studií jsme se zaměřili na sledování polymorfizmů v genech pro přenos serotoninu (5-HT2A a 5-HTT), neurotrofického faktoru (BDNF) či faktorů ovlivňujících vnitřní metabolickou rovnováhu (HO-1). Pro užší charakteristiku onemocnění jsme se zaměřili na asociaci uvedených genotypů a fenotypu prostřednictvím specifické symptomatiky poruch příjmu potravy (vnímání vlastního těla, bolesti, stresu) a pomocí dotazníkových šetření (EDE-Q, modifikovaný Stresový dotazník – Rahe et al. 2001).

Výsledky

1/ Výskyt polymorfizmu -1438A/G v genu serotoninového receptoru 5-HT2A v našem souboru ukázal trend rizikového výskytu alely A. Role -1438G/A polymorfismu 5-HT2A u AN byla zkoumána u různých etnických skupin ve snaze o replikaci klasické studie Collier et al. (1997), ve které v britské kohortě AN byla nalezena alela -1438A allele v 51% oproti 42% u kontrol. Podobný trend byl nalezen u dalších britských kohort (Campbell et al., 1998; 48% vs 42%), u 2 italských studií (Sorbi et al. 1998, 56% vs 36%; Nacmias et al., 1999, 55% vs 39%) a ze Spojených států (Enoch et al., 51% vs 36%). U slovanské populace s AN v Polsku byla -1438A alela u 65% pacientů a 57% kontrol. Opačné výsledky popsaly studie z Německa (Hinley et al. 1997, 40% vs 42%; Ziegler et al., 1999, 36% vs 34%), Francie (Kipman et al., 2002, 42% vs 48%) a Japonska (Nishiguchi et al., 2002, 46% vs 54%). V naší studii se vyskytovala alela -1438A u 47% pacientů s AN a u 42% kontrol. Studie estonských dívek prokázala homozygotitu 5HTTLPR dlouhé alely jako indikátor vyšší kapacity serotoninového systému s vyšším skórem touhy po štíhlosti (Akkermann et al., 2008). Naše následná meta-analýza výsledků potvrdila signifikantní asociaci polymorfizmu s AN ($P \leq 0.0003$).

2/ Polymorfizmy v serotoninovém transportéru VNTR a LPR neukázaly častější výskyt u pacientek ve srovnání s kontrolami (Martásková et al., 2009).

3/ Varianta genu BDNF (Va166Met) je asociována s úzkostným chováním, zhoršeným vyhasínáním reakce na negativní zkušenost. V Centru pro PPP (N=100) byly u skupiny AN a BN a kontrol analyzovány vztahy mezi vnímáním vlastního těla (programem Anamorphic Micro), klinickými charakteristikami (EDE-Q) a genetickými polymorfizmy (brain-derived neurotrophic factor, BDNF a -1438A>G genu pro serotoninový receptor 5-HT2A). Naše výsledky ukázaly signifikantní rozdíl ve vnímání vlastního těla, vztahu k jídlu a vlastní hmotnosti mezi pacientkami a kontrolami a sledovanými genetickými markery (Šlachťová a kol. 2011, 2013). 4/ Studie interakce genu a prostředí – polymorfizmu (GT)_n v genu HO-1 a stresových skóre ukázaly rizikovost L alely pro horší subjektivní vnímání stresu u pacientek s poruchami příjmu potravy. Zkoumaly jsme potenciální interakce genu HO-1 a vnímání negativních zkušeností u 127 pacientů s poruchou příjmu potravy a 78 kontrol. Snížená HO-1 exprese v přítomnosti L / L genotypu a intenzivnější vnímání stresových životních událostí u pacientů s PPP může vést k sekundární rostoucí závažnosti příznaků a zhoršení průběhu nemoci.

5/ Klíčovou metodou asociačních studií jsou Genome Wide Association Studies (GWAS), na které jsme se v rámci genetického konzorcia pro výzkum AN podíleli (Boraska V at al. 2014). Ve studii čítající 2907 pacientek a 14860 kontrol bylo na základě statistické významnosti vybráno 76 polymorfizmů, které byly dále replikovány in silico nebo de novo. Celková meta-analýza zahrnuje 5551 pacientek s AN a 21080 kontrol. Přes veškerou robustnost GWAS nezachytila asociaci na dostatečné hladině statistické významnosti; dvě asociace polymorfizmů rs9839776 ($P=3.01 \times 10^{-7}$) v genu SOX2OT a rs17030795 ($P=5.84 \times 10^{-6}$) v genu PPP3CA byly hraniční. Studie bude dále rozšiřována.

Závěr

Studium genetických modulátorů, na základě předcházejících modelových studií či GWAS, je nezbytné pro pochopení významu dědičnosti u AN i dalších poruch příjmu potravy. Pro cílenou terapii či její volbu a prevenci jsou ale nezbytné další funkční, patofyziologické a proteinové studie, cílené na specifitější fenotypizaci subtypů onemocnění a genů identifikovaných epigenetickými studiemi, navazující na výsledky asociačních studií. Výzkum se orientuje i na genové varianty predisponující k obezitě (odpovědné za regulaci tělesné hmotnosti) s předpokladem, že mohou hrát roli i u poruch příjmu potravy.

Podpořeno IGA NT 14094/3; UNCE 204011

Klíčová slova: Anorexia nervosa, molekulární genetika, GWAS

Literatura

u autorů

ETICKÉ OTÁZKY V KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPII A SUPERVIZI

J. Vyskočilová¹, J. Praško²

¹Fakulta humanitních studií, Karlova Univerzita Praha, Česká republika

²Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

Summary

ETHICAL QUESTIONS IN COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY AND SUPERVISION

The most frequently cited ethical concerns in cognitive behavioral therapy are related to professionalism, therapeutic boundaries and confidentiality. The main four principles of bioethics, i.e. autonomy, beneficence, non-maleficence and justice, may be adapted for ethics in cognitive behavioral therapy and supervision. However, the context must be reflected because of exceptions in the use of this general concept. On the other side, a client in psychotherapy can be abused economically, sexually and emotionally. This process may be intentional as well as unintentional. Another important dilemma is the dual role in psychotherapy. This dilemma is linked to the tension between therapists' obligations of

beneficence towards their clients and conflicting obligations to the society, third parties, other health care colleagues or the continuation of knowledge in the field. The issue of confidentiality often causes ethical dilemmas for the therapist. Since confidentiality is essential for clients to engage in therapy, it is important to protect psychotherapy notes. On the other hand, there is a difference between confidentiality and legal right; how, why and when it can be broken. And the reasons for doing so are not well understood by many therapists. The task of supervision is obvious – to increase the value of the therapeutic process in the client's best interest. There are many ethical questions rising in supervisors thinking about patients and also about therapist during CBT supervision. Strengthening ethical self-reflections in supervisees is a valuable way of improving the development of ethical aspects of professional growth throughout all stages of their career. Training and supervision focused on self-reflection on ethical aspects are beneficial to both supervisees and their patients. Therapists with high level of ethical self-reflection are significantly better in therapeutic skills assessed by trainees.

Keywords: cognitive behavioral therapy, ethics, ethical reflection, supervision.

Úvod

Psychoterapie je léčebná činnost, při které psychoterapeut využívá svých dovedností k tomu, aby u pacienta nebo klienta došlo k žádoucí změně za účelem odstranění příznaků, uspokojivějšího prožívání, adaptivnějšího chování ve vztazích a lepšímu sociálnímu začlenění. Psychoterapie by měla být zakotvena ve vědeckém poznání a její účinnost by měla být zkoumána a vyhodnocována podobně, jako musí být hodnocena účinnost jiných léčebných přístupů. Vědecká je její systematicčnost, promyšlenost, kázeň a etika této činnosti. K vědeckosti patří také vzdělání a další výcvik psychoterapeutů, včetně povinnosti supervize a dodržování etického kodexu.

Psychoterapie a etika

Psychoterapie a etika mají mezi sebou přirozené propojení a použití psychoterapie bez etického zřetele by už vlastně nebylo psychoterapií. Etická reflexe však může být aplikovaná jak na teorii, tak na praxi psychoterapie vědomým, cíleným a promyšleným způsobem. V každodenní praxi musí psychoterapeuti nutně projednávat vědomé střety mezi možnostmi terapie, přáním klientů, svými a klientovými představami a reálným světem. Terapeuti musí dodržovat povinnou mlčenlivost, měli by respektovat potřebu informovaného souhlasu a terapeutického kontraktu a terapii udržovat v domluvených a zároveň etických hranicích. Pro dobrou psychoterapeutickou praxi je důležitým úkolem vyvarovat se komplementárního chování, jako je například reakce na klientovu agresi protiagresi, zvýhodňování nadměrně loajálních klientů, zneužívání nadměrně oddaných klientů apod. Takové komplementární chování je obvykle neetické a je diktováno protipřenosem.

Psychoterapie přináší řadu dalších etických otázek. Etika založená na principech může sloužit jako základem pro jejich systematické uspořádání. Čtyři hlavní principy bioetiky, formulované všeobecně Beauchampem: (1) autonomie; (2) prospěšnost; (3) neškodit; a (4) spravedlnost; mohou sloužit jako základ pro

kladení otázek v psychoterapii, pokud je terapeut schopen je klást konkrétně v komplexním, dynamickém, velmi osobním, často nejasném a na kontextu závislém procesu. Přenos může terapii jak facilitovat, tak blokovat a vést k rezistenci ke změně. Nadměrný nereflektovaný přenos a komplementární protipřenos ze strany terapeuta může klienta psychologicky poškodit. Významně může pomoci supervize, pokud vede terapeuta k sebereflexi a etické reflexi ve vztahu ke konkrétnímu klientovi. Vytváření etických kodexů je částečně odrazem uvědomění si, že psychoterapie je mocným terapeutickým prostředkem, který mění lidské myšlení, postoje a emoce a může jak pomáhat, tak škodit.

Sebereflexe

Nácvik sebereflexe je obzvláště důležitý pro začínající terapeuty, protože je to dovednost, která pomáhá rozvinout také kritické myšlení a etické rozhodování. Vědomé rozpoznání vlastních emocí, myšlenek či postojů v době jejich vzniku, schopnost je sledovat a průběžně si je uvědomovat, patří mezi nejdůležitější schopnosti terapeuta a supervizora. Sebereflexe je intelektuální i emocionální aktivita, kterou jedinci používali k probádání svých zážitků tak, aby jim lépe porozuměli a zhodnotili je. Zamýšlení se nad sebou samým a vlastní sepsatostí se světem je východiskem postoje hledání, který vede k sebereflexi. Při sebereflexi se člověk zpravidla nestará jen o sebe sama, ale téměř vždy je v ní obsažena i interakce s druhými. Obsahem vědomé sebereflexe jsou především tři aspekty: (a) sebezpozorování; (b) sebehodnocení jako proces i výsledek tohoto procesu; (c) pozorovatelné chování, respektive zevní projevení „já“. Ke zvýšení sebereflexe může pomoci, když se své emoce nesnažíme potlačit, ale naopak je přijmout. Prohlubování sebereflexe probíhá během výcviku a supervize kontinuálně.

Etická reflexe

Sebereflexe však nestačí, terapeut se potřebuje zeptat sám sebe na následující etické otázky: Je vztah s klientem blahodárný pro řešení jeho problémů? Neškodím mu? Nevyužívám jej pro vlastní otevřené nebo skryté cíle? Umožňuji mu, aby byl dostatečně autonomní? Nepodsouvám mu něco svého, netlačím jej do rozhodnutí, která jsou spíše moje než jeho? Je na místě pracovat na našem vztahu, nebo je to samoúčelné, spíše pro mě, moje výhody, sebevědomí, teoretické představy a nesměřuje to k jeho cílům? Při sebe-reflexi a etické reflexi je vždy na místě supervize, protože člověk na sebe úplně nemusí vidět. Kvalitní supervizor však zpravidla nabízí další otázky, které prohloubí konceptualizaci terapeutického vztahu i porozumění vlastním motivům nekritickou, objevnou formou.

Podpořeno grantem IGA MZ CR NT 11047-2010/4

Literatura

u autorů

CHRONOBIOLOGICKÉ NÁLEZY U PACIENTŮ S BIPOLÁRNÍ PORUCHOU V PRŮBĚHU MÁNIE A V PRŮBĚHU DEPRESE

J. Praško¹, K. Látalová¹, D. Kamarádová¹, A. Grambal¹, A. Sumová², M. Nováková², H. Illnerová², D. Parkanová², P. Havlíková¹, B. Mainerová¹, A. Sandoval¹, K. Vrbová¹, A. Ticháčková¹

¹Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

²Fyziologický ústav Akademie věd ČR, Česká republika

Summary

CHRONOBIOLOGICAL FINDINGS IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER IN MANIA AND DEPRESSION

Bipolar disorder is a common psychiatric disease characterized by mood disturbances with alternating episodes of mania and depression. Moreover, disturbances in sleep-wake cycle are prevalent. We tested a hypothesis that function of the circadian system, which drives sleep/wake cycle, may differ in bipolar patients depending on whether they experience the episode of mania or depression. To assess the functional state of the central circadian clock, daily profiles of melatonin levels in saliva were determined. The functional state of the peripheral clocks was assessed by daily profiles of *Per1* and *Nr1d1* clock gene expression in buccal mucosa cells. 16 bipolar patients in manic episode, 22 patients in depressive episode and 19 healthy control subjects provided the samples in regular intervals during the 24 h cycle. During the episode of mania, the daily profiles of melatonin differed compared with healthy controls and patients in the episode of depression, mainly due to the elevated melatonin levels during the daytime. No difference was found between melatonin profiles of controls and patients in depression. The *Per1* and *Nr1d1* profiles were advanced in patients in mania compared with those in depression. Compared with controls, a trend to advance was apparent in the profiles of patients in the episode of mania but not depression. The amplitude of *Nr1d1* profile was higher in mania than in depression. The data for the first time revealed differences in the functional state of the circadian system in bipolar patients depending on the manic and depressive episodes.

Keywords: bipolar affective disorder, melatonin, clock genes, mania, depression, healthy controls

Úvod

Hypotéza, že dysfunkce cirkadiálního pacemakeru hraje důležitou roli v etiopatogenezi bipolární poruchy byla postulována několik desítek let, ale bylo obtížné ji testovat a zůstávala kontroverzní.

Je stále nejisté, zda narušení vnitřních hodin je příčinou bipolární poruchy, nebo jsou tyto narušení rytmu jen druhotné změny odrážející narušení v jiných systémech. Navíc, mechanismus, kterým by cirkadiální hodiny mohly ovlivňovat náladu, je stále nejasný.

V průběhu času byly objeveny hodinové geny jejich exprese v suprachiasmatickém jádře hypotalamu, což znamenalo revoluci v našem chápání cirkadiálního řízení organismu. Podobné cirkadiální mechanismy, které jsou však řízeny

centrálními hodinami, byly zjištěny prakticky v celém organismu.

U pacientů s bipolární afektivní poruchou bylo zjištěno narušení cirkadiálních rytmů tělesné teploty a melatoninu. Ovšem tyto rytmy jsou jen nepřímým ukazatelem funkce vnitřních hodin.

Významná část pacientů s bipolární poruchou (podobně jako s unipolární depresí) rychle během 24 hodin reaguje robustním zlepšením na spánkovou deprivaci. Dá se předpokládat, že spánková deprivace obnovuje abnormální načasování vnitřního hodin.

Metoda

U 16 pacientů v manické epizodě bipolární afektivní poruchy, 22 pacientů v průběhu depresivní epizody bipolární afektivní poruchy a u 19 zdravých kontrol jsme odebírali vzorky slin na zjišťování hladin melatoninu a stěry z dutiny ústní k zjištění nastavení hodinových genů.

U pacientů byly získány demografické údaje, provedeno zevrubné klinické vyšetření a stanovena diagnóza bipolární afektivní poruchy manická epizoda, depresivní epizoda nebo stav remise podle MKN-10 výzkumných diagnostických kritérií (1996), bylo provedeno hodnocení ve stupnici CGI, provedena základní laboratorní vyšetření a chronobiologické vyšetření. Diagnóza byla potvrzena druhým nezávislým psychiatrem.

K hodnocení hladin melatoninu ve slinách byl použit kit Direct Saliva Melatonin RIA (Bühlmann). Metoda je založena na kompetici ^{125}I -melatoninu s melatoninem, přítomným ve vzorku/standardu o vazebná místa na primární protilátce. Vzorky byly odebírány vždy v 7, 9, 11, 15, 19, 21, 23, 3 a 7 hodin.

K hodnocení exprese genů PER-1, REV-VERBa a PER-2 byly použity odběry vzorků buklální sliznice pomocí stěrů cytologickým kartáčkem Cytobrush. K izolaci totální RNA byl použit PicoPure RNA isolation kit, který umožňuje izolaci RNA z malého množství buněk. Vzorky byly odebírány vždy v 7, 11, 15, 19, 21, 3 a 7 hodin.

Výsledky

Denní profily melatoninu během epizody mánie se liší ve srovnání se zdravými kontrolami a pacienty v epizodě deprese, zejména v důsledku zvýšené hladiny melatoninu v průběhu dne. Nebyl nalezen žádný rozdíl mezi profilem hladin melatoninu u kontrol a pacientů v depresi. U hodinových genů PER1 a Nr1d1 byly denní profily ve fázovém předstihu u pacientů v mániích ve srovnání s depresí. Ve srovnání s kontrolní skupinou, trend k fázovému předstihu byl patrný v profilech pacientů v epizodě mánie, ale nikoliv deprese. Amplituda Nr1d1 profilu byla vyšší u mánie než u deprese.

Závěr

Naše data ukazují na rozdíly ve funkčním stavu cirkadiálního systému pacientů s bipolární poruchou v závislosti tom, v jaké epizodě se nacházejí.

Podpořeno grantem IGA MZ ČR NT11474

Literatura

u autorů

INTERNETOVÝ PSYCHOEDUKAČNÍ PROGRAM PRO PACIENTY TRPÍCÍ BIPOLÁRNÍ PORUCHOU E-PROBAD

J. Praško¹, K. Látalová¹, D. Kamarádová¹, D. Jelenová¹, A. Grambal¹, B. Mainerová¹, M. Ocisková^{1,2}, A. Sandoval¹

¹Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika; ²Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

Summary

INTERNET PSYCHOEDUCATIONAL PROGRAM E-PROBAD FOR THE BIPOLAR DISORDER PATIENTS

There is growing evidence that patients with bipolar affective disorder (BAD), who use medication, respond well to further psychotherapeutic interventions. Internet based psychoeducation is typically centered on the interaction between a client and therapist via the Internet. Multiple methods were required to investigate existing psychoeducational and psychotherapeutic strategies used on patients suffering from BAD. Systematic reviews and original reports of all trials of psychoeducation in BAD patients were retrieved. Patients with BAD, who were hospitalized in a psychiatric department or attended a day hospital program, were exposed to the first version of the program during the treatment, and then questioned about understandability, comprehensibility, and usefulness of each lecture. Twelve modules of the Internet E-Program for BAD were developed and the intervention was a pilot tested with twelve patients. Internet psychoeducation program for BAD is an intervention designed for universal implementation that addresses heightened learning needs of patients suffering from BAD. It is designed to promote confidence and reduce the number of episodes of the disorder by providing skills in monitoring warning signs, planning daily activities and practicing communication skills.

Keywords: bipolar disorder, expressed emotions, internet psychoeducation, warning signs

Úvod

Objevuje se stále více důkazů, že pacienti s bipolární afektivní poruchou (BAD), kteří užívají medikaci, mohou mít velký prospěch z dalších psychoterapeutických intervencí. Jedním z možných přístupů je psychoedukace zprostředkovaná přes internet. Ve srovnání s léčbou samotnými stabilizátory nálady, je kombinovaná léčba léky a psychoedukací úspěšnější ve snížení počtu rehospitalizací i ve zvýšení kvality sociálního fungování. Nejdůležitějším cílem psychoedukace je zabránit recidivě zlepšením spolupráce při užívání léků, nastolením pravidelného denního rytmu sociálních aktivit, snížením emoční expresivity v rodině, monitorováním varovných příznaků a zlepšením schopnosti zvládat stres. Studium a kritický pohled na důležitost jednotlivých psychosociálních faktorů, které se podílejí na problémech pacientů s bipolární poruchou, umožnily vytvořit program E-PROBAD přesně „na míru“ této skupině nemocných. Strukturovaný program obsahuje kroky, ověřené v kontrolovaných studiích, a který je zároveň aplikovatelný pro českou populaci. Před zahájením internetové psychoedukace byl program testován ve skupinové psychoedukaci na klinice.

Metoda

K prozkoumání současných psychologických a psychoterapeutických přístupů u bipolární poruchy byla zpracována rešerž, která zhodnotila jak jednotlivé psychoterapeutické přístupy a jejich strategie, tak jejich účinnost v kontrolovaných studiích, tak zmapovala základní problémy, které se těchto pacientů dotýkají a mohou být řešeny pomocí psychosociálních přístupů.

Výsledky

Výsledný program obsahuje moduly vzestupné obtížnosti, které na sebe logicky navazují. V modulech jsou informace o bipolární poruše, léčbě, medikaci, varovných příznacích, cirkadiálních rytmech, myšlenkových a postojoyých vzorcích a problémech v komunikaci.

Každý modul podává informace, popisuje problémové oblasti, uvádí příběhy pacientů s podobnými problémy a obsahuje cvičení, které ukazují cestu, jak se k problémové oblasti postavit a jak ji řešit. Na škály hodnotící míru psychopatie a na jednotlivá cvičení dává e-terapeut pacientům zpětnou vazbu.

Od září 2010 do září 2012 bylo do hodnocení zařazeno 86 pacientů, kteří docházeli na psychiatrickou ambulanci FNOL nebo v uvedeném období byli propuštěni v remisi bipolární poruchy a dále docházeli na psychiatrickou ambulanci v místě bydliště, kteří se zařazením do studie souhlasili, 4 další pacienti omluvili poté, co předtím se zařazením souhlasili. Do intervenčního programu e-PROBAD bylo zařazeno 31 pacientů, z toho 24 pacientů pokračuje v katamnestickém sledování s průměrný věkem $41,38 \pm 12,62$ a trváním poruchy $14,17 \pm 9,89$ let. Sedm pacientů bylo vyřazeno pro nezáměr o program. Do kontrolní skupiny léčené obvyklou léčbou bylo zařazeno 43 pacientů, z toho půlroční katamnózu dosud dokončilo 38 pacientů s průměrným věkem $42,92 \pm 13,94$ let a trváním poruchy $10,58 \pm 9,07$ let. Mezi oběma skupinami není statistický významný rozdíl ve věku (nepárový t-test $t=0.4725$ $df=64$; n.s.), v trvání poruchy (nepárový t-test, $t=1.655$ $df=64$; n.s.); ani v poměru zastoupení žen a mužů či pacientů s různým vzděláním či partnerským stavem (vše chi-kvadrát; ns.). V počtu předchozích hospitalizací ($4,67 \pm 3,50$ u skupiny e-PROBAD a $3,26 \pm 3,49$ v kontrolní skupině) se však mezi sebou skupiny signifikantně významně liší, v průměrně vyšších průměrech hospitalizací v minulosti u skupiny s edukačním programem (Mann-Whitney test: $U=535,5$, $p<0,05$).

V půlročním sledování došlo ke 2 relapsům deprese u 2 pacientů, zařazených do psychoedukačního programu a z toho u jednoho byla nutná hospitalizace. U kontrolní skupiny došlo ke 7 hospitalizacím u 6 pacientů. Rozdíl v počtu relabujících pacientů ani počtu rehospitalizací není statisticky významný.

Při hodnocení závažnosti stavu a psychopatie v půlroční katamnóze nebyl zjištěn mezi skupinami statistický významný rozdíl v průměrných skórech v CGI ($1,39 + 0,58$ versus $1,74 + 0,97$; Mann-Whitney test: n.s.)

Závěry

První zkušenosti ukazují, že program je pro většinu pacientů přijatelný a funkční. Jeho dlouhodobá účinnost je předmětem probíhajícího výzkumu. Pacienti jsou s programem spokojeni a vyplňují jej se zájmem. Nejčastějším tvrzením je, že se dosud nikdy nesetkali s tak systematickým přístupem v psychoedukaci a

přesto, že trpí většinou bipolární poruchou už léta, většinou informací, které získávají, dosud netušíli.

Podpořeno grantem IGA MZ CR NT 11047-2010/4

Literatura

u autorů

KOMORBIDITA DEPRESIVNÍ PORUCHY A PORUCHY OSOBNOSTI – KATAMNESTICKÉ POROVNÁNÍ

Z. Sedláčková¹, J. Praško², M. Sedláček², M. Ocisková^{1,2}, K. Látalová², D. Kamarádová², A. Grambal², Z. Sigmundová²

¹*Katedra psychologie, Filosofická fakulta University Palackého v Olomouci, Česká republika*

²*Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta University Palackého v Olomouci a Fakultní nemocnice Olomouc, Česká republika*

Summary

COMORBID DEPRESSIVE DISORDER AND PERSONALITY DISORDERS – FOLLOW UP COMPARISON

Many studies show that depressive patients with comorbid personality disorder respond to treatment worse than patients with depression alone. The personality disorders are a frequent comorbidity in depressive patients so this area is clinically relevant. Our study consisted of a retrospective examination of the records of patients with major depressive disorder and any possible personality disorder. We reviewed the records of acute treatment and monitor following two-year follow up. Our aim was to find out whether there is a different number of rehospitalisation, past hospitalization, doses of drugs or co-medication in depressive disorder patients from depressive patients with comorbid personality disorder.

The study included 84 patients in who the index episode and following two-year follow up were observed. Personality disorder was diagnosed in 40.5%. The duration of treatment, age, onset and length of disease, representation of sex, marital status, employment, suicidal attempts, number and length of rehospitalisation after index episode, dose of medication or co-medication did not differ on the average in patients with personality disorder from patients without personality disorder. There was only a significant difference in the number of previous hospitalization which were significantly higher in patients with personality disorder. When comparing the number of rehospitalization in two-year follow up there was not found a significant difference among patients with or without personality disorder

Keywords: Depressive disorder, personality disorders, effectiveness of treatment, retrospective study, follows up.

Úvod

Prevalence komorbiditý zmíněných poruch se pohybuje mezi 20 až 50% u hospitalizovaných pacientů s aktuální depresí a komorbidní poruchou osobnosti. U ambulantních pacientů je výskyt vyšší, 50 až 85% z nich má zároveň aktuální depresi a poruchu osobnosti. Komorbidita depresivního onemocnění a poruchy osobnosti vedla k horším výsledkům léčby deprese (Newton-Howes et al. 2006). Některé studie ovšem tvrdí, že přítomnost poruchy osobnosti nemá negativní vliv na terapii deprese a výsledek léčby je nezávislý na jejich komorbiditě (Maddux et al. 2009).

V retrospektivní studii jsme hodnotili délku hospitalizace u pacientů s depresivní poruchou, z nichž někteří zároveň trpí poruchou osobnosti, a někteří nikoliv. Předpokládali jsme že vlivem komorbidní poruchy osobnosti, dojde k delší době hospitalizace a zároveň pacienti s komorbidní poruchou osobnosti budou ve dvouleté katamněze častěji re-hospitalizováni. Rovněž jsme očekávali vyšší předepsané dávky léků a větší četnost kombinace léků u pacientů s depresivní poruchou a komorbidní poruchou osobnosti, než u pacientů s depresivní poruchou bez komorbidní poruchy osobnosti.

Metoda

Retrospektivní výběr pacientů hospitalizovaných na klinice psychiatrie v letech 2008–2012 pro depresivní poruchu. Pacienti byli rozděleni na skupinu s poruchou osobnosti a skupinu bez poruchy osobnosti. Diagnóza provedena podle MKN-10 výzkumných kritérií (1996) byla potvrzena dvěma psychiatry. Pacienti obou skupin byli porovnání v následujících kritériích: (a) délka hospitalizace (b) dávky medikace přepočteny na indexové dávky v jednotlivých psychofarmakologických skupinách (c) počet a délka rehospitalizace.

Výsledky

Byla hodnocena data od 87 pacientů, z toho 84 pacientů bylo zařazeno do dalšího statistického zpracování a u 3 pacientů nebylo ke statistickému zpracování dostatek dat. Průměrný věk pacientů byl $50,42 \pm 11,27$ let. V souboru bylo 57 žen (67,9%). První epizoda deprese se objevila v průměru ve $38,38 \pm 13,04$ letech, nemoc tedy trvala $12,01 \pm 10,66$ let. Průměrný počet předešlých hospitalizací byl $3,78 \pm 9,48$. Poruchou osobnosti trpělo 34 pacientů (40,5%). Dávky antidepresiv, antipsychotik, antikonvulziv ani anxiolytik se v průměru mezi skupinami statisticky významně nelišily, ani se nelišilo množství pacientů dvojkombinací nebo trojkombinací léků. V průběhu dvouleté katamnězy bylo rehospitalizováno 28 (33,33%) pacientů a celkový počet re-hospitalizací byl $0,66 \pm 1,27$ na pacienta. Průměrný počet dnů, které pacienti trávili v re-hospitalizaci v průběhu dvouleté katamnězy byl $14,51 \pm 26,92$.

Přesto, že pacienti bez poruchy osobnosti a pacienti s poruchou osobnosti se mezi sebou v průměru statisticky významně neliší ve věku, počátku nemoci ani délce nemoci, je statisticky významný rozdíl v počtu hospitalizací před indexovou hospitalizací (Mann-Whitney U-test =197; $p \leq 0,005$). V době dvouleté katamnězy se již průměrný počet re-hospitalizací statisticky významně neliší.

Závěr

Výsledky retrospektivní studie nenasvědčují, že by léčba pacientů trpících depresí a komorbidní poruchou osobnosti byla méně efektivní než u pacientů bez komorbidní poruchy osobnosti. Při porovnání počtu re-hospitalizací ve dvouleté katamnóze nebyl mezi pacienty bez poruchy osobnosti a pacienty s poruchou osobnosti zjištěn významný rozdíl. Podobné jsou výsledky hodnocení celkové délky re-hospitalizací. Průměrné dávky antidepresiv, antipsychotik i anxiolytik jsou v obou hodnocených skupinách podobné a od sebe se významně neliší. Pacienti s poruchou osobnosti nebyli léčeni ani vyššími dávkami léků, ani nebyly u nich častěji použity kombinace léků.

Podpořeno grantem IGA MZ CR NT 11047-2010/4

Literatura

u autorů

MÍSTO PSYCHOTERAPEUTA (NE-PSYCHIATRA) V PODPOŘE ADHERENCE UŽÍVÁNÍ PSYCHOFARMAK U PACIENTŮ TRPÍCÍCH PSYCHICKOU PORUCHOU

J. Vyskočilová¹, J. Praško²

¹Fakulta humanitních studií, Karlova Univerzita Praha, Česká republika

²Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

Summary

PLACE OF PSYCHOTHERAPIST (NON-PSYCHIATRIST) IN PHARMACOTHERAPY ADHERENCE SUPPORT OF PATIENTS WITH PSYCHIATRIC DISORDER

In psychiatry, there is little question that medication compliance plays an enormous role in the success—or failure—of many psychopharmacological treatments. What sets psychiatrists apart from their medical colleagues is not so much that psychiatric patients stop their medications more often than patients with medical conditions, but it is that psychiatrists deal with more complex compliance situations. As such, psychiatrists are viewed by their medical colleagues as more adept in understanding, assessing, and managing noncompliance. It is ironic that many psychiatric residency programs have little in the way of formal training on the topic of medication compliance given that psychiatrists are viewed as compliance experts. Many patients treated with psychotropic drugs also leads to systematic psychotherapy. Often they want to discuss the issue of medication with the psychotherapist even if he/she is not in fact an expert in this topic. It is important that the therapist is able to help them increase the interest in the use of psychotropic drugs and support their own decision to be adherent to pharmacotherapy. Therefore, there is necessary to develop a good cooperation between the psychotherapist and prescribing psychiatrist, and use the therapeutic strategies that increase compliance.

Keywords: psychotherapist, psychopharmacs, compliance

Úvod

Pacienti léčení psychoterapií často užívají psychofarmaka a u vážnějších poruch je to nejdůležitější součástí jejich léčby. Přesto kolem 40–70% pacientů v průběhu léčby přestane užívat medikaci, což souvisí s častými relapsy a horší prognózou poruchy.

Řada pacientů léčených psychofarmaky také dochází na systematickou psychoterapii. Často chtějí s psychoterapeutem diskutovat otázku užívání léků i přesto, že není v tom odborník. Je důležité, aby jim psychoterapeut dokázal pomoci zvýšit zájem o užívání psychofarmak a podpořil jejich vlastní rozhodnutí být k farmakoterapii adherentní. Proto je potřebná dobrá spolupráce s psychoterapeuta s psychiatrem, vzájemná informovanost a použití terapeutických strategií, které adherenci zvyšují.

Metoda

V databázi PubMed a Web of Science byly vyhledány práce s klíčovými slovy „psychopharmacotherapy“, „adherence“, „psychotherapy“. Z těchto prací byly vybrány texty, zabývající se významem a možnostmi psychoterapeutických intervencí ke zvýšení adherence při užívání psychofarmak. Tyto texty byly doplněny kapitolami z učebnic a manuálů, zabývajících se psychoedukačním a psychoterapeutickými přístupy zvyšujícími adherenci. Review, které vzniklo, bylo porovnáno se zkušenostmi autorů. Výsledkem jsou doporučení pro psychoterapeuta, jak zvýšit spolupráci pacienta při užívání psychofarmak.

Výsledky

Celkem bylo v literatuře nalezeno 32 textů s relevantní tematikou. Zdá se, že spolupráce při užívání farmakoterapie souvisí s řadou demografických (věk, pohlaví, vzdělání), psychopatologických (diagnóza, náhled), sociálních (emoční expresivita v rodině, stigmatizace a sebestigmatizace) a vztahových (terapeutický vztah a jeho dynamika, přenos, protipřenos) charakteristik.

Pro psychoterapeuta, který rozpozná potřebu zvýšit spolupráci pacienta při užívání psychofarmak je důležité (a) ujasnění si role psychofarmak při léčbě pacienta; (b) porozumět postojům pacienta ke své diagnóze a k psychofarmakům, včetně maladaptivních postojů a vlivu rodiny; (c) mít dobrý terapeutický vztah; (d) umět používat motivační rozhovor; (e) naučit se základní strategie pomáhající pacientovi samostatně se rozhodovat o užívání psychofarmak.

Strategie pomáhající pacientovi samostatně se rozhodovat, jako je psychoedukace, motivační rozhovor, metoda dvou sloupců patří do běžných přístupů, které mohou psychoterapeutovi pomoci zvýšit pravděpodobnost adherence pacienta k léčbě medikamenty.

Psychoedukace

Systematická psychoedukace pomáhá rozpoznat příznaky poruchy nejlépe na vlastních projevech. Příběhy jiných pacientů pak ujasnit si, co má pacient podobného a co odlišného. Výhodou je mít připravený psychoedukační program.

Samostatné rozhodování o užívání léků

Bývá efektivnější, když se sám pacient rozhodne o užívání medikace a dojde k tomu rozhodnutí cestou zvažování pro a proti, než když mu pouze lékař sdělí, že je užívat musí, pokud nechce nové ataky poruchy znovu zažít.

Varovné příznaky

Důležitou strategií, podporující adherenci k léčbě je monitorování příznaků, které se objevují jako varující dříve, než se objeví plná epizoda poruchy.

Motivační rozhovor

Terapeut zjišťuje pacientovy postoje k medikaci, pátrá po mýtech, které pacient nebo jeho rodina o psychofarmakách mají a tyto názory následně pomáhá pacientovi modifikovat. Cílem rozhovoru je, aby se pacient rozhodl sám, že je užívání léků je pro něj nejlepší volbou, která mu přinese více pozitiv a než ztrát.

Závěr

Pacientovi, u kterého je užívání psychofarmak nejdůležitější oblastí léčby a udržování remise, může psychoterapeut významně pomoci, aby pacient sám rozpoznal potřebu užívat pravidelně léky a upevnil se to tom, že je to jeho vlastní rozhodnutí, které odpovědně přijímá.

Podpořeno grantem IGA MZ CR NT 11047-2010/4

Literatura

u autorů

SPOLUPRÁCE PŘI LÉČBĚ, PŘEDEPISOVÁNÍ PSYCHOFARMAK A ETICKÁ DILEMATA – CO O TOM SOUDÍ PSYCHIATŘI A CO PACIENTI

J. Vyskočilová¹, J. Praško²

¹Fakulta humanitních studií, Karlova Univerzita Praha, Česká republika

²Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a lékařská fakulta Univerzity Palackého Olomouc, Česká republika

Summary

ADHERENCE, PRESCRIBING OF PSYCHOPHARMACS AND ETHICAL DILEMMAS – WHAT PSYCHIATRIST AND WHAT PATIENTS THINK

Moral philosophy of psychopharmacotherapy is significantly related to the safety, tolerability and acceptability of drugs administered in a particular patient. Prescription and administration of psychotropic drugs, the type, dosage, combination or changing is not only implemented according guidelines or best clinical practice, but may be driven by a range of other motives, which are not related to treatment of the patient. Awareness of these motives can serve to the ethical reflection of the psychiatrist.

Keywords: pharmacotherapy, ethics, prescription

Úvod

Morální filozofie psychofarmakoterapie výrazně souvisí s bezpečností, snášenlivostí a přijatelností podávaných léků u konkrétního pacienta. Zásadní otázkou je, zda nejlepším zájmem pacienta a princip neškodit, nejsou v konfliktu s nákladovostí, poměrem rizika a prospěšnosti, s preferencí pacienta a s osobním

prospěchem lékaře. Je také otázkou, nakolik se jiné, než léčebné motivace mohou objevit v etické reflexi lékaře, který medikaci předepisuje a zda je schopen se svobodně a odpovědně rozhodovat.

Metoda

Závěry se opírají o výsledky obsahové kvalitativní analýzy odpovědi 18 psychiatrů a 18 pacientů. Diskuzi vedl a povzbuzoval u všech skupin jeden výzkumník, vždy se 6ti členou skupinou. Otázky pro kvalitativní výzkum, jak pro psychiatrii i pro pacienty byly stejné:

- Jaké jsou hlavní důvody vedoucí psychiatra k předepsání určitého psychofarmaka?
- Ovlivňují předepisování určitých psychofarmak i jiné důvody? Pokud ano, jaké?
- Může se zde objevit etický problém?
- Jakým způsobem mohou různé důvody ovlivnit předepisování psychofarmak?
- Mohou postranní důvody předepisování psychofarmak ovlivnit zdravotní stav pacienta? Jakým způsobem?

Psychiatrii byli rekrutováni z atestovaných psychiatrů, kteří byli zároveň frekvencianty psychoterapeutických výcviků v Čechách (6), v Litvě (6) a v Lotyšsku (6). Pacienti byli všichni z České republiky a šlo o pacienty s poruchou ze schizofrenního spektra (4), spektra afektivních poruch (6), úzkostných poruch (6) a poruch osobnosti (2).

Výsledky

Přesto, že podávání psychofarmak se řídí zájmem o léčbu pacienta, mohou se objevit i jiné, někdy ne plně uvědomované motivace.

Psychiatrii

Většina psychiatrů je přesvědčena, že podávání a předepisování psychofarmak je motivováno zejména zájmem pomoci pacientovi při zmírňování projevů psychické poruchy, případně ochraně ostatních. Jsou přesvědčení, že hlavním důvodem, proč psychiatr předepisuje určité psychofarmakum je snaha pacienta co nejlépe léčit. Protože u většiny psychických poruch nemáme jediné účinné psychofarmakum, ale zpravidla jich máme celou řadu, může být předpis ovlivněn dalšími faktory. Druhým nejčastějším popisovaným důvodem byl profil nežádoucích účinků a cena preparátu, která je ovlivňována jak předpisy, tak tím, jakou výši hradí pojišťovna a jakou si musí připlácet pacient sám nebo rodina. Více než polovina účastníků pak uváděla, že předpis může být ovlivněn také reklamou nebo korupcí (lékař je za předepisování určitých léků odměňován penězi, nebo cestami na kongresy či jinými výhodami). Méně než polovina účastníků také uvedla, že předpis může být ovlivněn také strachem ze změny farmaka, aby se pacientův stav nezhoršil, přesto, že není po daném farmaku uspokojivý (například léky byly doporučeny z lůžkového zařízení, nebo obavy z příznaků z vysazení u benzodiazepinů). Další ovlivnění, které uvádělo kolem třetiny lékařů, bylo ovlivnění nadřízenými, kteří preferují určité psychofarmaka, ovlivnění zkušeností s určitým psychofarmakem (věří více nebo méně některým lékům), ovlivněním zdravotním personálem (který například žádá rychle zklidnění pacienta nebo se bojí projevů pacientů či jen prostě „chce mít od pacienta

pokoj“). Třetina psychiatrů také udávala, že někdy volba léků hodně souvisí s tlakem příbuzných pacienta, kteří hrozí stížnostmi. Ovlivnění samotnou volbou pacienta zmiňovala pouze jedna ze skupin. Podobně pouze jedna ze skupin uváděla, že se stává, že psychofarmaka, zejména jejich kombinace, jsou podávány také z bezradnosti odborníka, který už neví, jak dále mohou pacientovi pomoci, jindy také z obav z možné agrese či jiného nepříjemného chování pacienta. Podání psychofarmak také může být motivováno spěchem lékaře, který si sice uvědomuje, že rozhovor s pacientem by mohl přinést více užitku, ale „prostě na to nemám čas“. V jedné skupině byl zmíněn etický problém podávání placebo, tj. substance, o které si pacient myslí, že je účinná a psychiatr spoléhá na sugestivní efekt podané medikace (např. při insomni, vegetativních příznacích), kdy se pozitivní efekt zpravidla dostaví, na druhé straně je však pacient klamán.

Pacienti

Většina pacientů je rovněž přesvědčena, že motivaci lékaře, který jim podal, nebo předepsal psychofarmakum, je léčba. Jsou však přesvědčení, že jeho volby je ovlivněna cenou léků, a může se stát, že jim předepisuje léky s častějšími nežádoucími účinky, protože jsou levnější než ty, které by jim měly méně. Taky mívají dojem (více než polovina), že lékař svůj nedostatek času, jistoty nebo schopnosti porozumět nahrazuje změnami léků, jejich vysokými dávkami. Rovněž část má dojem, že lékař jim léky mění, protože je bezmocný a neví, jak je nejlépe léčit. Někteří také mají podezření, že někdy byli vysokými dávkami léků trestáni za chování, které se nelíbilo psychiatroví nebo jejich okolí.

Podpořeno grantem IGA MZ CR NT 11047-2010/4

Literatura

u autorů

AMNESTICKÉ SYMPTOMY U PACHATELŮ ZÁVAŽNÝCH FOREM NÁSILÍ

R. Ptáček¹, I. Žukov¹, H. Kolská², L. Kubalec², P. Uličná¹

1 Psychiatrická klinika, 1. LF UK a VFN v Praze, Česká republika

2 SKPV, PČR, Praha Česká republika

Summary

AMNESIC SYMPTOMS IN PERPETRATORS OF SERIOUS FORMS OF VIOLENCE

Defendants commonly claim amnesia for their criminal actions especially in cases involving extreme violence. While some claims are malingered or result from physiological factors, other cases may represent genuine partial or complete amnesia resulting from the psychological distress and/or extreme emotion associated with the perpetration of the crime.

Objectives: To identify possible psychological differences among homicide or severe violence offenders presenting amnesia for the event and those who do not.

Methods: We examined homicide or severe violence offenders presenting am-

nesia for the event (n=20) and those who do not (n=20) with a complex psychological assessment. Further we evaluated social and criminal anamnesis. Offenders with psychotic or schizophrenic symptoms were excluded.

Results: The study shows no differences in cognition or personality in the studied group ($p < 0.01$). Elevated levels of dissociation was found in offenders presenting amnesia for the event.

Conclusion: This study supports hypothesis that there are no any neuropsychological impairments in non-psychiatric offenders of murder or severe violence presenting amnesia. Higher level of dissociation and score of impact of events scale ($p < 0.05$) suggest that this group of offenders may be more predisposed to dissociative and stressful reactions in overloading events.

Úvod

Amnézie, porucha či ztráta paměti, která u jedince způsobuje neschopnost reprodukovat paměťový materiál z určitého daného časového úseku, může být přechodná nebo trvalá. Příčiny amnézie, kdy je narušena schopnost kódovat a konsolidovat důležité události v paměti, jsou rozličné. Mohou jimi být např. poruchy vědomí, intoxikace různými látkami, nejčastěji alkoholem či jinými drogami, poškození rozmanitých částí mozku, epilepsie, ale i výskyt extrémních emocí a výskyt hypoglykémie u diabetes mellitus atd. Nejběžnější formou ztráty paměti je amnézie anterográdní, která je jednodušeji odhalitelná testy. Odborníci se ve své praxi ale setkávají i s dalšími typy amnézie – retrográdní, disociativní, organickou, posttraumatickou, tranzitorní globální apod.

V oblasti forenzní psychiatrie a psychologie je otázka amnézie stále aktuálním fenoménem, zejména její simulace. Pachatelé, kteří jsou podezřelí ze závažné trestné činnosti, obzvláště násilné a sexuální, často prohlašují, že trpí poruchami paměti. Dle různých autorů se počet takových pachatelů pohybuje v rozmezí 20–45%. Důvodem, proč pachatelé předstírají poruchu paměti, je účelové dosažení sekundárního zisku – snížení trestu, zproštění obvinění, získání podpory v blízkém okolí společně s věnovanou zvýšenou pozorností. Simulované ztráty paměti můžeme ale nalézt také u méně závažné trestné činnosti, nejčastěji u podvodů, kdy dalším možným sekundárním ziskem je získání peněžní náhrady. V oblasti forenzní psychologie nám tak mohou posloužit různorodé metody, které mohou být užity při vyhodnocování autenticity amnézie spojené s trestným činem. Strategii pro detekování simulace anterográdní amnézie je k dispozici více – než pro detekování simulace retrográdní amnézie. V praxi, k detekování simulace a k odlišení od skutečné amnézie, jsou užívány jak metody speciální, tak standardní neuropsychologické testy.

Soubor a metody

Pro účely této pilotní studie bylo v letech 2010–2014 vyšetřena skupina osob (n=20), které spáchaly závažnou násilnou trestnou činnost (vražda, těžké ublížení na zdraví) a uváděly částečnou nebo úplnou amnézii na předmětný skutek a skupina osob (n=20), které amnestické symptomy neprezentovali. Obě skupiny byly vyšetřeny psychologickou baterií zaměřenou na kognitivní funkce (WAIS-III, TKF, WMS-III), osobnost (ROR, TAT) a další dotazníkové metody zaměřené na prožívání stresu a disociativní symptomy (IES, DES, SDQ20, TSC40).

Výsledky

V oblasti kognitivního výkonu ani osobnostních charakteristikách nebyly mezi skupinami nalezeny statisticky významné rozdíly. Statisticky významné rozdíly byly nalezeny v dotazníkových metodách (IES, DES, SDQ20, TSC40). Osoby, které prezentují amnézii na období násilného trestného činu, vykazují vyšší míru disociace – kognitivní i somatoforní, větší výskyt traumatických symptomů a méně adaptivní zpracování zátěžových situací.

Závěr

Výsledky pilotní studie poukazují na skutečnost, že amnestické symptomy prezentované pachateli závažné trestné činnosti nemají podklad v eventuálním kognitivním deficitu nebo neuropsychologické příčině. V tomto ohledu mohou být vědomou adaptací, jejímž účelem je ochrana vlastní osobnosti, ale též se může jednat o formu obranného mechanismu ve formě disociativní poruchy paměti.

Podpořeno projektem PRVOUK PSYCHOLOGIE UK.

Literatura

u autorů

VLIV NÁHRADNÍCH FOREM PÉČE NA VÝVOJ DĚTÍ – VÝSLEDKY LONGITUDINÁLNÍ STUDIE

R. Ptáček¹, H. Kuželová², L. Čeledová³, R. Čevela³

¹ Psychiatrická klinika, 1. LF UK a VFN v Praze, Česká republika

² Ústav lékařské biologie a genetiky, 2. LF UK, Praha, Česká republika

³ Česká správa sociálního zabezpečení, Praha, Česká republika

Summary

EFFECT OF FOSTER AND INSTITUTIONAL CARE ON CHILD DEVELOPMENT

Objectives: The aim of the longitudinal study was to evaluate development of children in institutional and foster care.

Methods: Complex psychological assessment repeated in 2 years longitudinal design – children in foster care (n = 70), in institutional care – D (n = 50) and in biological families (n = 50).

Results: The results of the presented study showed that emotional and cognitive development of children in institutional care is comparing to other groups statistically significantly slower than in children in foster care and functional biological families (p, 0.01). Children in foster care show similar development progress to children in biological families.

Conclusion: The results of the study propose that children institutional may show developmental delays due to absence of individual contact with a care giver, while foster care may be in cases of necessity acceptable substitution of biological family.

Keywords: foster care, institutional care, child development

Úvod

V České republice vyrůstá zhruba 1 % dětí mimo vlastní rodinu. Jedná se o děti, jejichž rodiče je nemohou, nechťejí nebo nezvládají vychovat sami. Častými důvody k zařazení dítěte do náhradní péče jsou nezvládnutá výchova, zanedbávání, týrání dětí, alkoholismus, trestná činnost rodičů či nízká sociální úroveň rodiny. Náhradní péče zahrnuje dva odlišné modely výchovy dítěte – náhradní péči rodinnou a náhradní péči ústavní. Řada vědeckých studií, publikovaných již více než 50 let, prokazuje skutečnost, že individuální formy péče jsou pro zdárný vývoj dětí vhodnější než formy institucionální.

Zdravý vývoj dítěte je podmíněn především vhodným rodinným prostředím. Rodinné zázemí, domov a atmosféra důvěry a bezpečí podporuje v dítěti navození pocitu jistoty a důvěry k okolnímu světu. Mezi základní vývojové potřeby dítěte patří stabilní, předvídatelné a emočně vřelé prostředí, ve kterém si může dítě rozvíjet individuální vztah s dospělou osobou, který je emočně vzájemně uspokojující. Ideálním případem je, když těmito osobami jsou oba rodiče.

Pokud nejsou tyto základní potřeby dítěte dostatečně a dlouhodobě uspokojovány, může dojít k ovlivnění nebo dokonce narušení psychického vývoje. To se projeví zejména emočními a sociálními obtížemi – obtížnou integrací jedince do společnosti, problémy v komunikaci a navazování vztahů, neschopností důvěřovat, otevřít se, přizpůsobit se.

Znalost odlišností vývoje dítěte v náhradní péči a faktorů, které jej ovlivňují, představuje nejen základní předpoklad péče samotné, ale také nutnou podmínku pro úspěšné zajištění běhu systému a realizaci případných změn.

Soubor

Aktuální výzkum vycházel z testové baterie použité v roce 2011, a to za účelem srovnání vývoje v jednotlivých oblastech. Cílem této baterie je podat reprezentativní informaci o vývojové úrovni dětí ve zkoumaných skupinách, především v těchto oblastech: Kognitivní vývoj, Socioemoční a sociální vývoj, Přítomnost vývojových poruch nebo symptomů duševních poruch, Specifické oblasti jako např. symptomy možné traumatizace apod.

Vzhledem k tomu, že šlo o pokračování studie, byli osloveni všichni účastníci studie první, tedy účastníci ze skupin: děti z dětských domovů (D), děti z pěstounských rodin (P) a děti z biologických rodin (B). Byly vytvořeny skupiny: B n=70, P n=70, D n=50, u kterých byly získané veškerá potřebná data a údaje.

Výsledky

Podstatným zjištěním je, že děti v dětských domovech nezaostávají, jejich vývoj určitým způsobem postupuje ve všech oblastech – somatické, intelektové i socioemoční. V oblasti fyzického vývoje sice nenacházíme zásadní rozdíly, děti v dětských domovech prospívají v zásadě fyzicky dobře, nicméně najdeme řadu závažných a velmi významných rozdílů v oblasti psychického a sociálního vývoje.

Nálezy longitudinální studie rozdělil do několika oblastí – vývoj: (1) rozumových schopností, (2) socioemočních kompetencí, (3) sociální a osamělost, (4) sebehodnocení, (5) projevy psychopatologie, deprese a traumatizace.

V oblasti intelektového vývoje zaznamenáváme nejvyšší pozitivní posun v celkovém intelektovém výkonu a zvláště oblasti verbální inteligence u skupiny dětí z pěstounských rodin. Děti z dětských domovů byly z intelektového hlediska skupinou nejslabší a tou i zůstávají. Ve všech parametrech intelektového výkonu dosahují též nejmenšího posunu. Zajímavým zjištěním je, že děti z pěstounských rodin dosahují ze všech skupin nejvýraznějšího posunu v oblasti verbální složky intelektu. Ta úzce souvisí se vzdělávací péčí, která je dětem poskytována a zároveň významným prediktorem budoucího školního výkonu.

V oblasti socioemočního vývoje, který je prediktorem budoucí úspěšnosti v sociálních vztazích, ale do určité míry i životní spokojenosti a úspěšnosti, zaznamenáváme obdobný trend. Děti v pěstounských rodinách se v oblasti schopnosti rozeznávání a regulace emocí, ale též porozumění sociálním situacím přibližují dětem, které žijí v biologických rodinách. Děti v dětských domovech dosahují v této oblasti též určitého vývoje, ale zcela nedostatečného. V této oblasti zvláště je patrně chybění silných osobních a vzájemně uspokojivých vztahů s dospělou osobou. Socioemoční vývoj úzce souvisí s vývojem sociálním a pocity osamělosti. U dětí ve všech sledovaných skupinách dochází k mírnému nárůstu pocitů osamělosti. Jedná se o vývojově typický projev v daném věku. Nejvíce osamělé se při prvním testování cítily děti v dětských domovech a jejich pocity osamělosti, přestože vykazují jistým způsobem specifický vývoj, který dále může v budoucnu vést k povrchním vztahům, zůstávají nejsilnější.

Pocity deprese a projevy traumatu byly při prvním testování nejvýraznější u dětí v dětských domovech a u nich zůstávají nejvýraznějšími i při testování druhém. Určité projevy špatné nálady lze sice hodnotit u dětí ve všech skupinách a opět to souvisí s vývojovým obdobím nastupující puberty. Ovšem u dětí z dětských domovů tyto projevy jsou nejvýraznější. Děti ve všech skupinách dále vykazují ústup eventuálních projevů zkušeností s traumatickými událostmi, nicméně u dětí z dětských domovů narůstají pocity emočního zanedbávání a zneužívání.

Sebehodnocení představuje ve vývoji dítě velmi podstatnou složku, která má významný vliv na jeho další sociální vývoj a uplatnění. Při prvním testování v roce 2011 byly statisticky významné rozdíly nalezené především ve škálách agresivity, sebehodnocení a emoční lability, překvapivě u dětí z biologických rodin, ihned poté u dětí z pěstounských rodin, které dle těchto výsledků měly nejhorší sebehodnocení. U obou skupin došlo k významnému poklesu skóreů na těchto škálách a tedy zlepšení celkového sebehodnocení. U skupiny dětí z pěstounských rodin jsou aktuálně skóre nejnížší, tedy došlo k výraznějšímu zlepšení sebehodnocení. Naopak u dětí z dětských domovů došlo k výraznému nárůstu skóreů u většiny položek – tedy dochází k nejvýraznějšímu snižování sebehodnocení.

Samostatnou oblastí, kde dochází ke zlepšování dětí v dětských domovech, jsou školní dovednosti. Děti v této skupině, zvl. oproti pěstounům, se cítí jistější a sebevědomější v obecných školních dovednostech. Tuto skutečnost přičítáme především skutečnosti, že děti v dětských domovech dochází do základních škol, které jsou na ně připravené a zohledňují specifické potřeby této skupiny.

Závěry

Výsledky studie přinášejí důležitou informaci o tom, že ať se jedná o prostřední ústavní nebo pěstounské péče, děti oproti předpokladům některých dostupných studií ve vývoji nezaostávají, ale vyvíjejí se v očekávaném směru. Přesto je patrný významný rozdíl mezi vývojem dětí v dětských domovech a pěstounské péči. Zatímco děti vyrůstající v pěstounské péči prakticky ve všech oblastech dohánějí děti v biologických rodinách, děti v dětských domovech zdaleka nedosahují takového pokroku v žádné oblasti vývoje jako děti v těchto formách péče.

Studie byla podpořena Nadačním fondem J&T.

Literatura

u autorů

VLIV PSYCHOPATOLOGIE NA KRIMINÁLNÍ KARIÉRU DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

R. Ptáček¹, I. Žukov¹, P. Harsa¹, P. Uhlíková¹, S. Fisher², I. Adamová³

¹ Psychiatrická klinika, 1. LF UK a VFN v Praze, Česká republika

² Katedra pedagogiky, PF UJEP, Ústí nad Labem, Česká republika

³ SKPV, PČR, Praha Česká republika

Summary

EFFECT OF PSYCHOPATHOLOGY ON CRIMINAL CAREER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Objectives: The aim of the study was to compare signs of developmental psychopathology in adolescence with criminal experience to the control non-criminal group.

Methods: Psychological assessment of adolescence with criminal experience (n=30) to the control noncriminal group (n=30).

Results: In our pilot study we identified that adolescence with specific developmental psychopathology – i.e. ADHD and conduct disorders are more prone to crime, comparing to the control group at statistically significant level ($p < 0.01$). The intensity of psychopathology may be connected to the cogency of ongoing criminal behavior.

Conclusion: Youth showing signs of specific psychopathology may be more vulnerable to criminal behavior.

Keywords: psychopathology, criminal career, children and adolescence

Úvod

Delikventní chování, zvláště pak to s násilným podtextem, není důsledkem jedné nefungující složky v životě jedince, ale je odvislé od kombinace množství rizikových a nedostatku protektivních faktorů, které působí na celý život jedince a utváří tak jeho životní dráhu. Tyto faktory jsou jak vnější, tak vnitřní. Pochází tedy jak z nitra daného jedince, z jeho osobnosti, tak z prostředí, ve kterém daný jedinec vyrůstá a důležitá je pak především jejich vzájemné kombinaci. Výsledné

fungování jedince ve společnosti je pak tedy především souhrou vrozených a získaných faktorů – tedy genetické výbavy a stylu výchovy.

Určitá patologie, v našem případě především zvýšená tendence k agresivnímu chování a od ní odvislé následné delikventní chování, nevzniká náhle a bez příčiny. Naopak, má určitý vývoj, který je často možné zaznamenat již v raném období života jedince. Výzkumy zabývající se tímto tématem hovoří o mnoha faktorech, které pozitivně korelují právě s budoucím kriminálním, a potažmo násilným, chováním. V tomto ohledu důležitá oblast vědeckého zkoumání, tedy vývojová psychopatologie, se konkrétně zaměřuje na evoluci psychických poruch, na jejich změnu v čase a především pak na jejich dopad na osobnost daného jedince. Varovným signálem se tak dle řady studií zdá být například výskyt agresivního chování a sklon k porušování nastavených pravidel v raném dětství. Zdá se totiž, že právě tyto znaky často předcházejí poruchám chování a jejich výskyt v raném dětství je tak velmi špatnou prognózou do budoucnosti a to především tehdy, pokud jsou přidruženy i další faktory. Především z množství zahraničních výzkumů pak také vyplývá, že poruchy chování u adolescentů jsou mnohem závažnější a signifikantnější pro predikci dalšího vývoje, pokud můžeme jejich počátek nalézt již v dětství.

Zda je možno tato zjištění aplikovat i na domácí podmínky je otázkou, vzhledem k nedostatečnému množství domácích výzkumů z této oblasti. Cílem prezentované pilotní studie je poukázat na tuto problematiku a odhalit faktory, které je možno označit za signifikantní prediktory násilného chování u budoucích pachatelů trestných činů.

Soubor

V prezentované pilotní studii jsme vyšetřili skupinu adolescentů ve věku 16–22 let, kteří byli odsouzeni za úmyslný trestný čin násilného charakteru ($n=30$) a kontrolní skupinu studentů SŠ a VŠ bez historie protiprávního jednání ($n=30$). Testová baterie byla složena z dotazníku zaměřeného na anamnestické údaje o dosavadním vývoji, zvl. s ohledem na výskyt projevů vývojové psychopatologie, sociální adaptaci a vzdělání. V testové baterii byla dále obsažena pilotní verze MMPI-A a HCR-Y. V tomto příspěvku prezentujeme pouze nálezy v oblasti projevů psychopatologie v anamnéze.

Výsledky

V souboru adolescentů odsouzených za úmyslný násilný trestný čin lze v anamnéze hodnotit tyto statisticky významné rozdíly oproti kontrolní skupině ($p<0.01$)

1. Poruchy chování (43 % vs 6,6 %)
2. ADHD (63 % vs 13 %)
3. Porucha opozičního vzdoru (16,6 % vs 0 %)
4. Aspergerův syndrom (6,6 % vs 0 %)

Jedná se o vývojové poruchy diagnostikované psychiatrem.

Závěr

Z prezentovaného pilotního výzkumu je patrné, že vývojové poruchy jsou statisticky významným prediktorem budoucího kriminálního chování. Rozhodně se nejedná o jediný faktor. Na rozvoji kriminálního chování se dále podílí celá řada

specifických faktorů. Nicméně prezentované nálezy, které jsou v souladu se zahraniční odbornou literaturou, zcela jasně poukazují na nutnost dostatečné psychiatrické a psychologické péče dětí s projevy vývojové psychopatologie.

Podpořeno projektem PRVOUK PSYCHOLOGIE UK.

Literatura

Tremblay ER, Nagin SD, Séguin RJ. Physical Aggression During Early Childhood: Trajectories and Predictors. *Pediatrics* 2004; 114: e43 – e48.

Moffitt ET. Adolescence-Limited and Life-Course-Persistent Antisocial Behavior: A Developmental Taxonomy. *Psychological Review* 1993; 100: 674–701.

Hoffmann PJ. A Life-Course Perspective on Stress, Delinquency, and Young Adult Crime. *Am J Crim Just* 2010; 35:105–120.

VLIV KOGNITIV NA MITOCHONDRIÁLNÍ RESPIRACI A AKTIVITU KOMPLEXŮ ELEKTRONOVÉHO TRANSPORTNÍHO ŘETĚZCE

N. Singh, J. Hroudová, Z. Fišar

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

Summary

EFFECT OF COGNITIVE DRUGS ON MITOCHONDRIAL RESPIRATION AND ACTIVITY OF ELECTRON TRANSPORT CHAIN COMPLEXES

Drugs like 7-MEOTA (7-methoxytacrine), tacrine, memantine, galanthamine, donepezil, latrepirdine (Dimebon) and piracetam are currently being tested to treat patients suffering from neurodegenerative disorders especially Alzheimer's disease (AD). Most of them show reversible acetylcholinesterase-inhibiting activity, except for memantine, latrepirdine and piracetam. Defects in mitochondrial metabolism and particularly of electron transport chain (ETC) may play a significant role in pathogenesis of AD; complex IV of ETC plays a major role in controlling of oxidative phosphorylation. We examined *in vitro* effects of pharmacologically different cognitive (7-MEOTA, memantine, galanthamine, donepezil) and nootropic drugs (latrepirdine, piracetam) on both mitochondrial enzyme activities (citrate synthase and complex IV of ETC) and respiration of isolated brain mitochondria. High-resolution respirometry was used to determine respiratory rate driven by substrates of complex I or II of ETC. Results demonstrated no significant drug-induced changes in the activity of citrate synthase. Significantly decreased activity of complex IV was observed for cognitive drugs and increased complex IV activity for nootropic drugs. Slight drug-induced decrease in rate of oxygen consumption was observed for galanthamine, memantine and donepezil, and slight increase for latrepirdine and memantine. Our results support the view that modulation of mitochondrial functions may participate on therapeutic effects of cognitives and nootropics.

Keywords: mitochondria; cognitive drug; nootropic; oxidative phosphorylation; mitochondrial respiration

Souhrn

Látky, jako 7-MEOTA (7-methoxytakrin), takrin, memantin, galanthamin, donepezil, latrepirdin (Dimebon) a piracetam jsou používána či testována pro léčbu osob trpících neurodegenerativními poruchami, především Alzheimerovou nemocí (AD). Většinou se jedná o reverzibilní inhibitory acetylcholinesterázy, kromě memantinu, latrepirdinu a piracetamu. Významnou úlohu v patogenezi AD mohou mít poruchy v mitochondriálním metabolismu a zvláště v elektronovém transportním řetězci (ETC); např. komplex IV dýchacího řetězce má významnou úlohu v kontrole oxidační fosforylace. Testovali jsme *in vitro* účinky řady farmakologicky odlišných kognitiv (7-MEOTA, memantin, galanthamin, donepezil) a nootropik (latrepirdin, piracetam) jak na aktivity jednotlivých mitochondriálních enzymů (citrátsyntázy a komplexu IV), tak na celkovou respirační aktivitu mitochondrií izolovaných ze zvířecích mozků. Pro měření respirační rychlosti se vstupem elektronů přes komplex I, nebo přes komplex II, byla použita respirometrie s vysokým rozlišením. Měření ukázala nevýznamný vliv testovaných látek na aktivitu citrát syntázy. Kognitiva způsobovala snížení a pro nootropika zvýšení aktivity komplexu IV. Mírné snížení rychlosti spotřeby kyslíku mitochondriemi bylo pozorováno vlivem galanthaminu, memantinu a donepezilu. Naopak zvýšení respirační rychlosti bylo indukováno latrepirdinem a memantinem. Naše výsledky podporují hypotézu, že modulace mitochondriálních funkcí se může podílet na terapeutických účincích kognitiv a nootropik.

Klíčová slova: mitochondrie; kognitiva; nootropika; oxidační fosforylace; mitochondriální respirace

Aim

We aimed at measurement of drug-induced changes in the rate of oxygen consumption for cognitive and nootropic drugs and to detect the effects of these drugs on complex IV activity of electron transport chain (ETC).

Method

The mitochondria were isolated from pig brain cortex as described previously (Fisar et al., 2010). All chemicals were purchased from Sigma-Aldrich Co. (St. Louis, MO, USA). Mitochondrial respiratory rate was measured at 37°C using a titration-injection high-resolution oxygraph (Oxygraph-2k, Oroboros Instruments, Innsbruck, Austria) equipped with two closeable tempered glass chambers with Clark-type electrodes. DatLab 4.3 software (Oroboros Instruments, Innsbruck, Austria) was used to collect and analyse respirometric data. Changes in activity of citrate synthase or complex IV was measured spectrophotometrically (Hroudová and Fišar, 2010) at 50 μ M drug concentration; Uvicon XL spectrophotometer (SECOMAM, Alès, France) was used for all assays. Results were analyzed by STATISTICA (data analysis software system, version 9.0, StatSoft, Inc., Tulsa, OK, USA).

Results

No significant drug-induced change in the activity of citrate synthase was found. Significantly decreased activity of complex IV of respiratory electron transport chain was observed for 7-MEOTA, galanthamine and donepezil; increased com-

plex IV activity was observed for nootropic drugs (latrepirdine, piracetam). Memantine did not induce any significant change in complex IV activity. Decrease in rate of oxygen consumption was observed for galanthamine and memantine at higher drug concentrations, when mitochondrial respiration was supported through complex I; 7-MEOTA, donepezil, latrepirdine and piracetam showed almost no effect on rate of oxygen consumption. When respiration was supported through complex II, donepezil induced decrease and latrepirdine and memantine showed increase in rate of oxygen consumption; no significant changes were observed for other drugs.

Conclusion

Drug-induced changes in cellular energetics characterized by complex IV activity and mitochondrial respiration were analysed. Latrepirdine induced increase in was observed for both complex IV activity and respiratory rate supported through complex II. Memantine showed quite ambiguous behaviour showing decrease in respiration supported through complex I and increase in respiration supported through complex II. The results prove the cognitive enhancers-induced effects related to disturbance in electron transport chain, i.e. in cellular energetics. The results can be useful to gain in-depth understanding of mechanisms of action of drugs used in treatment of the cognitive impairment in neurodegenerative disorders. Our results support the view that modulation of mitochondrial functions may participate on therapeutic effects of cognitives and nootropics; however, currently used drugs seem not sufficiently efficient in affecting mitochondrial respiration and cellular energetics.

References

author

PSYCHIATRICKÉ KOMPLIKACE PROTINÁDOROVÉ LÉČBY

B. Slováčková¹, L. Slováček²

¹Psychiatrická klinika FN a LF UK Hradec Králové, Česká republika

²Klinika onkologie a radioterapie FN a LF UK Hradec Králové, Česká republika

Summary

PSYCHIATRIC COMPLICATION OF THE CANCER THERAPY

The authors report on two cases of cancer therapy-induced psychiatric complication among female patients with breast carcinoma. The case reports highlights the potential risk of chemotherapy and premedication causing psychiatric complication (i.e. bipolar disorder and drug-induced hallucinatory syndrome). At the same time it indicates the need to cooperate with the psychiatrist. Early symptomatic psychopharmacological intervention enabled the smooth completion of cancer therapy).

Řada literárních zdrojů uvádí, že cytostatika a léky používané v rámci premedikace, jsou látky s psychotropním účinkem, tj. mohou navodit u disponovaných

jedinců psychické změny. Jedná se projevy centrální neurotoxicity (dále jen CN) aplikovaných cytostatik, které negativně ovlivňují kvalitu života onkologicky nemocných. Projevy CN se mohou vyskytnout bezprostředně v průběhu léčby nebo časně po léčbě (hodiny, dny až týdny), oddáleně (dny až měsíce) a pozdně (měsíce až roky). CN se vyznačuje pestrou škálou specifických i nespecifických příznaků, různým stupněm závažnosti a rozdílným časovým průběhem. Nejčastějšími projevy centrální neurotoxicity je akutní či subakutní encefalopatie. Projevy akutní či subakutní encefalopatie zahrnují bolesti hlavy, delirium a epileptické záchvaty. K jejich rozvoji dochází při aplikaci vysoké intravenózní dávky nebo při intrathékální aplikaci. Subakutní encefalopatie se vyznačuje iktovitým průběhem s multifokálními deficity s kvantitativní, ale i kvalitativní (deliriózní stav) poruchou vědomí. Obvykle vzniká po druhé až třetí intravenózní aplikaci a trvá cca 2–3 dny. CT vyšetření mozku a likvorový nález je minimální, na EEG jsou hrubé abnormity.

Kasuistika 1.

Pacientka, 45 let, s tumorem pravého prsu dg. v 11/2011, stádium ypT1b pN0 (0/18) Mo, Grade 3, estrogen a progesteron-dependentní, histologicky lobulární karcinom, Her2/neu 2+, FISH s průkazem amplifikace. V léčbě tumoru pravého prsu indikována neoadjuvantní chemoterapie AC-TH s premedikací setronovým antiemetikem (ondansetron), inhibítorem působení substance P na NK-1 receptory (aprepitant), kortikosteroidem (dexamethason), H₂-blokátorem (ranitidin) a antihistaminikem (bisulepin).

V časové návaznosti na protinádorovou léčbu na bázi systémové chemoterapie se u pacientky rozvinula organická bipolární afektivní porucha (v listopadu roku 2011 se po aplikaci 1. série systémové chemoterapie na bázi doxorubicinu a cyklofosfamidu s premedikací na bázi dexamethasonu rozvinula manická epizoda psychotické hloubky). Od května do září roku 2012 byla u pacientky zachycena depresivní epizoda. Jako antimanikum a zároveň stabilizátor nálady byl zpočátku podáván **quetiapin** s velmi dobrým klinickým efektem a posléze **olanzapin** (vzhledem k toxoalergickému exantému s pozitivní precipitací na quetiapin). Při podrobnějším doplnění psychiatrické anamnézy bylo zjištěno, že pacientka bývala v předchozích letech v jarních měsících zvýšeně aktivní s lepší náladou, naopak v podzimních měsících bývala depresivní, méně výkonná. V rodinné anamnéze byla dohledána psychiatrická heredita (dva příbuzní z otcovy strany se psychiatricky léčí, rodinou však nebylo blíže specifikováno). Časná symptomatická psychofarmakologická léčba a následná medikamentózní profylaxe umožnila bezproblémové dokončení neoadjuvantní chemoterapie.

Je známo, že farmakologicky navozené psychotropní nežádoucí účinky představují vážnou komplikaci stavu u nemocných léčených pro somatické onemocnění. Psychotropní nežádoucí účinky mohou kolísat od lehkých poruch nálady, úzkostných stavů či poruch koncentrace až do plně vyjádřené deprese, mánie, psychózy či deliria. K rizikovým cytostatikům s psychotropním účinkem patří alkylační cytostatika – cyklofosfamid, ifosfamid a taxány (paklitaxel). Z biologik jsou rizikové monoklonální protilátky typu rituximab a trastuzumab. I léky používané v rámci premedikace se mohou podílet na rozvoji akutní polékové encefalopatie. Nejznámější jsou kortikosteroidy, které mohou navodit rozmanité

psychiatrické poruchy – depresi, mánii, delirium, psychotické a úzkostné poruchy. Souhrnně se komplex těchto symptomů a syndromů označuje „steroid psychosis“.

Onkolog by měl myslet na psychiatrické souvislosti u onkologicky léčeného pacienta. Měl by aktivně zjišťovat rodinnou anamnézu s ohledem na psychiatrickou hereditu a zjišťovat i psychiatrickou anamnézu u svého pacienta. To je důležité především proto, že cytostatika a premedikace (zjm. pak kortikosteroidy) jsou látky s psychotropním účinkem, tj. u disponovaných jedinců mohou navozovat psychické změny. Je tedy nutno myslet na individuální senzitivitu a reaktivitu každého jedince a přihlížet na jeho premorbidní historii. V průběhu protinádorové léčby na bázi systémové chemoterapie je nutné, aby onkolog alespoň orientačně zhodnotil i psychický stav pacienta a v případě rozvoje psychických změn doporučil pacienta k přešetření psychiatrem. V případě jakékoliv psychiatrické intervence je zapotřebí přímá spolupráce mezi onkologem indikujícím protinádorovou léčbu a psychiatrem, který zvažuje farmakogenní účinek podávané protinádorové léčby, zjm. pak systémové léčby na bázi chemoterapie včetně její premedikace. V této souvislosti by měl být psychiatr onkologem seznámen s dalším terapeutickým záměrem u daného pacienta a jeho prognózou. Je nutné, aby si byl psychiatr vědom nežádoucích psychotropních účinků protinádorové léčby a to nejen na bázi systémové chemoterapie a její premedikace, ale i bioterapie, hormonoterapie a radioterapie.

Podpořeno Výzkumným projektem MZdr. ČR No. 00179906.

Literatura

u autorů

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION – ČESKÉ NORMY PRO STARŠÍ POPULACI

H. Štěpánková¹, M. Kopeček^{1,2}, J. Lukavský^{1,3}, K. Horáková¹

¹ Psychiatrické centrum Praha, Česká republika; ² Klinika psychiatrie, 3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Česká republika; ³ Psychologický ústav Akademie věd, Praha, Česká republika

Summary

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION – CZECH NORMS IN OLDER PERSONS

Based on data from 540 cognitively healthy older persons (60+ years old), we obtained Czech norms for MMSE. The analyses showed that scores were related to both age and education. For practical reasons we set 4 groups by age (Y: young-old, 60–75 years of age; O: old-old, 75+ years of age) and education (L: with elementary or lower secondary education; H: with higher secondary or tertiary education), which showed a statistical relevance. The found means and standard deviations for MMSE scores were in YL: 27.53 (1.90), in YH: 28.23 (1.42); in OL: 26.39 (2.13), and in OH: 27.39 (2.00).

Keywords: screening, cognitive status, ageing

Cíle

Mini-Mental State Examination (MMSE) je dosud nejužívanějším skříníkem kognitivního stavu u starších osob, a to v klinické praxi i ve výzkumu (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). MMSE se soustředí pouze na kognitivní aspekty mentálních funkcí, nezabývá se náladou, či abnormálním myšlením. Je vhodným senzitivním skříníkem pro vyloučení demence u neklinické populace a v primární péči. Od roku 2001 je metoda chráněna autorskými právy.

V České republice je na získaný skóre MMSE vázána preskripce kognitiv – inhibitorů acetylcholinesteráz – u Alzheimerovy nemoci (při MMSE 25 bodů a níže; např. viz Rozhodnutí MZČR z 15.3.2010 č.j. MZDR81022010). Z 11 subtestů, které metoda obsahuje, jednoznačně převažují verbální položky. Opora MMSE ve verbálních položkách je zřejmě jeho slabinou a přispívá k citlivosti testu na věk, vzdělání a kulturní zázemí (Tombaugh & McIntyre, 1992). Běžně užívaný jednotný cut skóre pro demenci bývá 24/23 bodů (z maximálního počtu bodů 30). V ČR se za normální považuje výsledek 27–30 bodů; za hraniční skóre, suspektní pro mírnou kognitivní poruchu je považováno skóre 25–26 bodů; pásmo 24–18 bodů lehká demence, 17–6 bodů středně těžká a méně než 6 bodů těžká demence. Toto rozdělení však není doprovázeno adekvátní normativní studií, ale je pouze přejaté ze zahraničních doporučení. Pilotní české normy a psychometrické údaje nalezneme pouze ve studii Tošnerová a Bahbouh (1998).

Tento příspěvek se věnuje získání a popisu adekvátních českých norem MMSE u osob ve věku 60 a více let v rámci Národní normativní studie kognitivních determinant zdravého stárnutí.

Metody

Soubor (N=540) a kritéria zařazení jsou podrobněji popsána v příspěvcích Panenková a kol. a Kopeček a kol. v tomto sborníku.

Administrována byla oficiální česká verze MMSE zakoupená pro tento účel u majitele práv – Psychological Assessment Resources, Inc., USA. Tato verze vznikla v roce 2011 na základě úprav doporučených širší skupinou odborníků (psychologů, psychiatrů, neurologů, geriatrů) koordinovanou autorkou příspěvku.

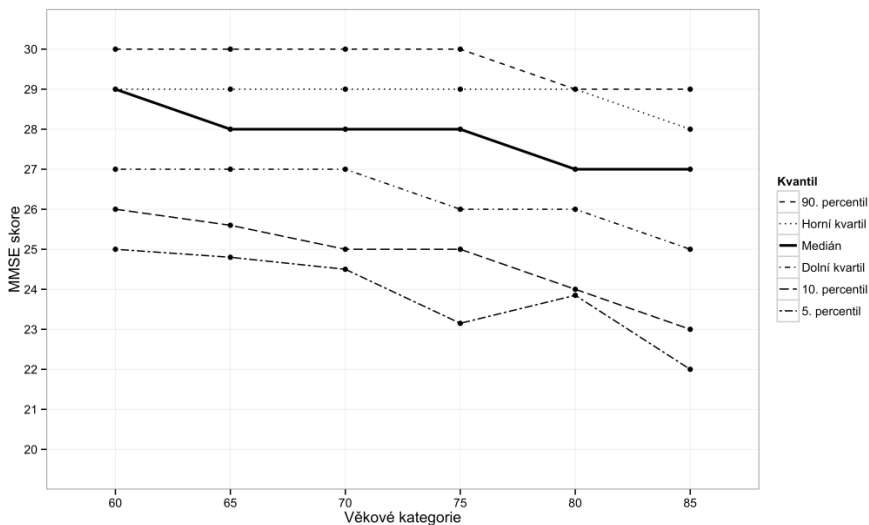
Výsledky

Zjistili jsme statisticky významný vliv věku na celkový skóre v MMSE (Pearson $r = -0,302$; $p < 0,001$). Vzdělání má významný vliv na výkon v MMSE, lidé s vyšším vzděláním skórují o 0,862 výše ($t(501,6) = 5,068$; $p < 0,001$; Cohenovo $d = 0,44$).

Tabulka 1. Skóre MMSE: průměr a standardní odchylka

věk	nižší vzdělání	vyšší vzdělání
60–74 let	27,53 (1,90)	28,23 (1,42)
75 + let	26,39 (2,13)	27,39 (2,00)

Graf 1 ukazuje percentilové rozložení skóre MMSE v jednotlivých věkových kohortách souboru, a to bez ohledu na vzdělání.



Graf 1.

Závěr

V našem souboru jsme zjistili ve shodě se zahraničními studii závislost skóru MMSE na věku a vzdělání. Pro praktické použití byly navrženy 4 skupiny zohledňující právě tyto faktory. U starších skupin zjišťujeme nejen nižší průměrnou hodnotu dosaženého skóru, ale i větší rozptyl. Při bližším pohledu na výsledky je zřejmé, že při hodnocení výsledku MMSE u konkrétního jedince je důležité brát v potaz jeho věk i vzdělání, abychom zamezili falešně pozitivním závěrům.

Normativní data je nutné doplnit studií klinické užitečnosti.

Zároveň považujeme za nezbytné upozornit na skutečnost, že ve světě ani u nás zatím nepanuje shoda ohledně plošného skríninku syndromu demence, a to především z důvodů neexistence kauzální léčby demence při Alzheimerově nemoci, jež je nejčastější formou syndromu demence. Přes určitá pozitiva jako jsou časná opatření v rámci rodiny pacienta, je nutné zvážit i negativa spojená s případnou diagnózou (např. dopady na psychiku a do sociální sféry pacienta a jeho blízkých osob).

Tato práce byla podpořena grantem IGA MZ ČR NT 13145.

Literatura

- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). „Mini-mental state“. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12(3): 189–198.
- Tombaugh, T. N., & McIntyre, N. J. (1992). The Mini-mental State Examination: a comprehensive review. *J Amer Geriatr Soc* 1992; 40(9): 922–935.
- Tošnerová, T., & Bahboub, R. (1998). Mini-Mental State – Rychlé orientační vyšetření kognitivního stavu. *Cesk Psychol* 1998; 42(4): 328–333.

EXPOZICE NÁSILÍM V DĚTSTVÍ U VŠ STUDENTŮ

E. Vaničková¹, M. Velemínský², J. Votavová³, D. Sethi⁴

¹ Ústav zdraví dětí a mládeže, 3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Česká republika

² Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví, Zdravotně sociální fakulta JU, České Budějovice, Česká republika

³ Národní parlament dětí a mládeže, Praha, Česká republika

⁴ Divize nepřenosných nemocí, Regionální úřad WHO pro Evropu, Kodaň, Dánsko

Summary

VIOLENCE CHILDHOOD EXPERIENCE BY UNIVERSITY STUDENTS

The pilot study concerning to detection of childhood personal experiences of university students about violence was realized at Prague High School. The number of university students was 145 (100 women and 45 men) who completed the questionnaire. Only 29 % of them comeback. Age average of respondents was 22 years. Fourth part has experiences with verbal aggression and 20 % were the witness of physical attack. One of thirds respondents call a violence among university students. The study about Adverse childhood experience use the WHO method Family Health History and the data were collected among university students at České Budějovice, Kladno and Liberec. Number of respondents was 1760 (1254 women and 506 man), age average 20–21 years. The group of university students were describes their childhood personal experiences with different forms of violence: 16.7 % has no emotional support from their key person and 9.4 % were emotionally abused, 93,1 % has experience with physical punishment, 6.2 % has experiences with contact form of sexual abuse I. grade of intensity. All data will publish on the presentation. In the present data are adapted by statistic analysis with the aim identification risk factors for different forms of adverse childhood experience. In the conclusion is presented Violence pyramid from Prevention centre from Atlanta.

Keywords: child maltreatment, adverse childhood experience, physical abuse, sexual abuse, psychic abuse, neglect, mental health, epidemiological study, university students

Cíle

Špatné zacházení s dítětem je problém veřejného zdraví. V Evropě je ročně 850 dětí mladších 15 let zabito nebo utýráno k smrti, 22,9 % je tělesně týráno, 29,1 % je obětí psychického násilí, 18,4 % je emocionálně deprivováno, 16,3 % je tělesně zanedbáváno, 13,4 % dívek a 5,7 % chlapců je sexuálně zneužito. Cílem českých studií je identifikace rizik špatného zacházení s dítětem a jeho následky, které budou podkladem pro prevenci a práci s ohroženými dětmi.

Metody

V roce 2013 WHO vyzvala Českou republiku k vypracování studie o nežádoucích dětských zkušenostech v dětství, kterou vypracovala Zdravotně sociální fakulta Jihočeské Univerzity s použitím dotazníkové metodiky WHO u skupiny vysoko-

školských studentů. Dotazník byl genderovsky rozdělen. Muži odpovídali na 64 hlavních otázek a 49 podotázek. Ženy odpovídaly na 70 hlavních otázek a 55 podotázek. Sledovaný soubor tvořilo 1760 vysokoškolských studentů, z toho 506 mužů a 1254 žen. Průměrný věk respondentů se pohyboval v hranici 20 – 21 let. Sběr dat se uskutečnil na Jihočeské univerzitě, Českém vysokém učení technickém v Kladně a Technické univerzitě v Liberci. Data byla statisticky zpracována a jejich další analýza teprve probíhá.

Vlastní evropské studii předcházela „pilotní“ studie realizovaná 3. LF UK v Praze, jejímž cílem bylo zmapovat četnost výskytu špatného zacházení v dětství VŠ studentů. Metodou práce bylo dotazníkové šetření. Sběr dat probíhal na UK, ČVUT a VŠE. Návratnost dotazníků byla 29 %. Sledovaný soubor tvořilo 145 vysokoškolských studentů, z toho 100 žen a 45 mužů. Průměrný věk respondentů byl 22 let.

Výsledky

Pilotní studie potvrdila skutečnost, že vysokoškolští studenti mají ve své osobní historii signifikantně méně zkušeností se špatným zacházením oproti svým jiným vrstevníkům (25 % souboru častá verbální agrese, 17,2 % ekonomické násilí, 9,9 % časté psychické násilí mezi rodiči, 2 % sociální izolace jednoho z rodičů a 2,8 % svědkem fyzického útoku jednoho rodiče vůči druhému). Svědkem fyzického útoku mezi rodiči bylo 20 % respondentů, a svědkem sexuálního útoku 1,4 %. Osobní zkušenost s tělesnými tresty časté frekvence má také významně méně vysokoškolských studentů, vůbec žádnou nebo ojedinělou má dokonce 55 %. Každý desátý vysokoškolák přičítá svým zdravotním problémům za příčinu své nežádoucí zkušenosti s násilím v rodině, u studijních problémů tak činí každý dvacátý. Plná třetina studentů uvedla, že má osobní zkušenost s násilím mezi současnými vrstevníky, tedy v komunitě vysokoškolských studentů.

Ze stručné charakteristiky respondentů Evropské studie realizované v ČR lze konstatovat, že nadpoloviční většina respondentů byla v době sběru dat svobodná (64,2 %) a celé tři čtvrtiny respondentů uvedlo, že jejich rodiče žijí ve společné domácnosti.

Ve sledovaném souboru se v rodinné anamnéze setkává každý šestý student s problémy způsobenými alkoholem, každý šestý s dg duševní nemoci nebo deprese, každý dvacátý má zkušenost s drogovou závislostí v rodině, dvacátý pátý se sebevražedným pokusem či dokonanou sebevraždou v blízké rodině.

Ze základních výsledků uvádíme, že necelá pětina vysokoškolských studentů vyrůstala bez emocionální podpory klíčové osoby, desetina se domnívala, že je někdo z rodiny v dětství nenáviděl a stejný počet uvedl, že byl v dětství psychicky či emociálně zneužíván. Respondenti se zkušeností psychického násilí vyrůstali častěji v rozvedené rodině nebo s osobou trpící depresí nebo s problémem s alkoholem.

Zkušenost s tělesným trestem uvedlo 93,1 % respondentů, ale každý desátý uvedl, že mu tělesný trestů způsobil zranění. Otázky na sexuální násilí zůstaly u velké části souboru nezodpovězené. Je k dispozici odpověď respondentů na otázku, zda mají zkušenost s nevyžádanými doteky se sexuálním podtextem – ano odpovědělo 6,2 % respondentů. Za rizikové faktory bylo identifikováno násilí mezi rodiči a skutečnost, že rodič žijí odděleně.

Závěry

Součástí metodiky byly také otázky zaměřené na rizikové a sebevražedné chování respondentů, které bývá následkem na prožitou nepřízeň v dětství, jak ukazuje pyramida násilí vypracovaná centrem prevence v Atlantě.

Literatura

u autorů



EXPRESSE PODJEDNOTEK NMDA RECEPTORU V HIPOKAMPU ADOLESCENTNÍCH A DOSPĚLÝCH POTKANŮ PO PRENATÁLNÍM PODÁNÍ METAMFETAMINU

M Vrajová¹, B Schutová², J Klaschka³, R Šlamberová²

¹Laboratoř biochemie a patofyziologie mozku, Psychiatrické Centrum Praha, Česká Republika

² Ústav normální, patologické a klinické fyziologie, Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Česká Republika

³Ústav informatiky AV České Republiky, Praha, Česká republika

Summary

EXPRESSION OF NMDA RECEPTOR SUBUNITS IN HIPPOCAMPUS OF ADOLESCENT AND ADULT RATS EXPOSED PRENATALLY TO METHAMPHETAMINE

There is evidence that methamphetamine (MA) is a widely abused drug that is popular among pregnant women. MA exposure is associated with changes in the function of neurotransmitter systems, namely dopaminergic, serotonergic and glutamatergic system. These neurotransmitters can both directly and indirectly modulate multiple ontogenetic processes, including neurogenesis, neuronal migration, axon and dendritic growth, and the stabilization/elimination of im-

mature connections. The purpose of this study was to examine the effect of chronic prenatal exposure of MA or the same volume of saline on N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor subunits expression in (adolescent and young adult) Wistar male rats hippocampi. Our results suggest that prenatal MA exposition is connected with changes in NMDA receptor subunit expression in adult, but not in adolescent rats.

Keywords: methamphetamine, prenatal exposition, NMDA receptor subunits, hippocampus

Cíle

Metamfetamin (MA) je silný psychostimulant s velkým potenciálem vyvolávat závislost, vzhledem ke svému anorektickému vlivu je populární u těhotných žen. Neurotoxicita amfetaminů a tedy i MA se projevuje poškozením dopaminergní, serotoninergní a také glutamatergní neurotransmise. Tyto neurotransmitery mohou přímo, nebo nepřímo ovlivňovat ontogenetické procesy, zahrnující neurogenezi, neuronální migraci, růst axonů a dendritů a také stabilizaci případně eliminaci nezralých spojení (Frost a Cadet, 2000). Méně je známo o mechanismech spojených s neurotoxicitou MA ve vyvíjejícím se mozku a tedy o vlivu prenatální expozice MA.

V naší práci jsme se proto rozhodli zhodnotit vliv prenatální chronické expozice MA na expresi podjednotek N-methyl-D-aspartátového (NMDA) receptoru v hipokampech adolescentních a dospělých samců potkana.

Metody

Všechna pozorování byla provedena na potkanech kmene Wistar (Anlab, Česká republika). Pro prenatální aplikaci byly březí samice rozděleny do dvou skupin: MA skupina a SAL skupina. MA skupině byl podáván D-metamfetamin HCl v dávce 5 mg/kg a objemu 1 ml/kg subkutánně, po celou dobu gestace. U skupiny SAL byl aplikován fyziologický roztok po stejnou dobu a ve stejném objemu. Pro hodnocení proteinové exprese byli použiti potomci (samci) těchto matek. Potkani byli dekapitováni 30 postnatální den (PD) (adolescentní – MA, SAL) a další skupiny 60 PD (mladí dospělí – MA, SAL) z obou hemisfér jsme disekovali hipokampi. Stanovení exprese podjednotek (NR1, NR2A a NR2B) bylo provedeno pomocí metody western blot. Pro statistické zhodnocení exprese proteinů ve čtyřech skupinách byla použita two-way ANOVA s faktory věku a expozice. Jako post-hoc test byl použit Bonferroni t-test. Dále byl počítán Pearsonův korelační koeficient mezi jednotlivými parametry v individuálních skupinách.

Výsledky

Semikvantitativní exprese proteinů ukázala statisticky významný nárůst ve skupině dospělých MA ve srovnání se stejně starými kontrolami u NR1 a NR2B, tento rozdíl nebyl nalezen v hipokampech adolescentních potkanů. Exprese NR2A nebyla významně změněna prenatální expozicí MA v žádné ze studovaných skupin. Porovnání korelací ve skupině SAL a MA u potkanů stejného věku ukázalo u korelace NR2A s NR2B posun z vysoce pozitivní korelace k negativní u dospělých samců u skupin adolescentů byl tento posun ve stejném směru avšak nedosáhl statistické významnosti.

Naše výsledky se částečně shodují s prací, kde podávali MA postnatálně sam-

cům kmene Sprague-Dawley. Přičemž akutní podání (30 mg/kg) neměnilo expresi NR1, zato zvyšovalo expresi NR2A v hipokampu, ovšem zvyšující se dávky při podávání 7 po sobě jdoucích dní měly za výsledek snížení hladiny NR1 a nezměněnou hladinu NR2A (Simones et al., 2007). Zvýšení exprese NR2B, a to jak v proteinu tak mRNA, bylo popsáno v hipokampech mladých dospělých smců Wistar po postnatální aplikaci amfetaminu po dobu čtyř dní (Zhou et al., 2010).

Závěr

Naše výsledky naznačují, že chronická prenatální expozice MA je spojená se změnami v expresi podjednotek NMDA receptoru u mladých dospělých potkanů, ovšem tyto změny nejsou pozorovatelné u potkanů v adolescentním období.

Podpořeno projektem GAČR P303/10/0580.

Literatura

Frost DO, Cadet JL (2000) Effects of methamphetamine-induced neurotoxicity on the development of neural circuitry: a hypothesis. *Brain Res Rev* 34:103–118.
Simoes PF, Silva AP, Pereira FC, Marques E, Grade S, Milhazes N, Broges F, Ribeiro CF, Macedo TR (2007) Methamphetamine induces alterations on hippocampal NMDA and AMPA receptor subunit levels and impairs spatial working memory. *Neuroscience* 150:433–441.

Zhou JY, Mo ZX, Zhou SW (2010) Rhynchophylline down-regulates NR2B expression in cortex and hippocampal CA1 area of amphetamine-induced conditioned place preference rat. *Arch Pharm Res* 33:557–565.

KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE CHRONICKÝCH BLUDŮ

K. Vrbová¹, J. Praško¹, M. Ocisková^{1,2}, P. Možný³, D. Jelenová¹, B. Mainerová¹, D. Kamarádová¹

¹Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, I. P. Pavlova 6, 77520 Olomouc, Česká republika

²Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Vodární 6, 771 80 Olomouc Česká republika

³Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, Havlíčkova 1265, 767 40 Kroměříž, Česká republika

Summary

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY OF CHRONIC DELUSIONS

A number of randomized controlled trials showed the efficacy of cognitive-behavioral therapy (CBT) in patients with psychotic disorders when the therapy was added to the antipsychotic medication. Given the strong evidence supporting the efficacy of CBT for psychosis, CBT was included in the NICE guidelines. Up to the eighties of the 20th century, the attempts to influence delusional beliefs by psychotherapy seemed to be unnecessary, sometimes even dangerous, and there were apprehensions that the patient might lose trust in the psychiatrist. The first systematic attempts to influence delusional beliefs

through psychotherapy appeared at the end of the eighties. The experience gained from studies from this time showed that the content of delusions could be understood from personal experience and psychotherapy could be effective at least in some patients. The patient with chronic delusions gradually learns through inductive questioning to distinguish between perception and interpretation, firstly on the periphery of the vicious system. Then he learns the Socratic dialogue himself to challenge false assumptions, provide an alternative hypothesis, and test the beliefs by behavioral experiments. The therapy includes an interconnection of delusional system with core schemas and conditional rules that the delusional system originally arises from and now is involved in its maintenance.

Keywords: Schizophrenia, delusion, peripheral questioning, alternative view, cognitive schemas

Cíle

Príspevek predkládá prehľad dosud známých kognitívne behaviorálnych postupů k terapeutickému ovlivnění chronických bludů.

Metody

Informačním zdrojem pro toto sdělení je literární review z databází PUBMED a Web of Science. Relevantní publikace byly identifikovány užitím klíčových slov „schizophrenia“, „delusion“, „peripheral questioning“, „alternative view“ a „cognitive schemas“ v období mezi lety 1992 – 2013. Další relevantní zdroje informací byly získány z citovaných děl u významných prací.

Výsledky

Výsledky výzkumných studií prokázaly, že obsah bludů je přinejmenším u části pacientů srozumitelný z hlediska osobní zkušenosti a že jej lze psychoterapeuticky ovlivnit. Vlastní psychoterapeutická práce s bludnými přesvědčeními začíná až poté, co terapeut naváže s pacientem dobrý terapeutický vztah. Jednou z nejčastějších terapeutických chyb je to, že terapeut začne zpochybňovat bludná přesvědčení příliš brzy a příliš razantně, takže mu pacient přestane důvěřovat a v terapii nespolupracuje. Za existence kvalitního psychoterapeutického vztahu lze přejít ke zkoumání bludných přesvědčení. Pro hlubší porozumění bludu je důležité zaměřit se na dobu jeho formování. Při prozkoumávání bludného myšlení se terapeut zpočátku zaměřuje na porozumění tomu, jak si pacient interpretuje konkrétní situace a až poté na obecná hodnocení a témata, která tvoří jádro daného bludného systému. Bludné přesvědčení označuje jako „názor“ nebo „pohled“, nikoliv jako blud. Pomocí periferního dotazování jsou nejdříve zpochybňovány méně důležité okrajové části bludného systému, postupně je pak hledáno alternativní vysvětlení jádrových částí. Bludné myšlení má zpravidla silný emoční dopad, který se po nalezení alternativních vysvětlení zmírňuje. Typickým domácím úkolem pro pacienta je, aby si zaznamenával fakta, která jeho bludné přesvědčení potvrzují, a fakta, která by mohla svědčit proti. Následně pacient s terapeutem o těchto faktech diskutují a hledají nejpříměřejší vysvětlení. Dále je možné použít hierarchicky uspořádanou expozici situacím, kterým se pacient z důvodů svých obav vyhýbá, aby si ověřil, zda se jeho obavy vyplní nebo ne (behaviorální experiment). Součástí psychoterapeu-

tické práce je také propojení bludného systému s jádrovými přesvědčeními a podmíněnými pravidly, na základě kterých bludný systém v době zátěže vznikl, a které se dále podílejí na jeho udržování. Po zmapování jádrových dysfunkčních schémat terapeut s pacientem pracují na jejich akomodaci – tedy jejich změně tak, aby více odpovídaly skutečnosti. Práce se schématy se provádí podobně jako u jiných psychických poruch, pouze tempo je potřebné přizpůsobit kognitivním schopnostem pacienta a celou práci zjednodušit. Prvním krokem je zjištění, jak jsou schémata spojena s bludným systémem, jak ovlivňují fungování pacienta v jednotlivých oblastech života i v současné situaci. Zážitky spojené s vytvořením schémat a jejich udržováním jsou probrány od dětství do současnosti. Terapeut s pacientem pak probírají výhody a nevýhody každého schématu a vytvářejí seznam událostí od dětství do současnosti, které zpochybňují platnost dysfunkčního schématu. Nakonec vytvářejí schéma nové, vyváženější, které poskytuje příznivější pohled na sebe, na druhé lidi a svět vůbec. Pacient s terapeutem následně diskutují, jaké nové možnosti by tento nový pohled mohl pacientovi otevřít.

Závěr

Podle tradičního pohledu byly bludy už ze samotné definice považovány za nevyvratné pomocí psychologických či psychoterapeutických postupů. I když jsou nyní pacienti léčení vysoce účinnými antipsychotiky, u části z nich přesto bludná přesvědčení přetrvávají. Řada randomizovaných kontrolovaných studií prokázala účinnost kognitivně-behaviorální terapie (KBT) u pacientů s psychotickým onemocněním, pokud se tato terapie provádí jako doplněk k antipsychotické medikaci. Psychoterapeutická práce s chronickými bludy pomáhá pacientům snížit stres, zvýšit kvalitu života a zlepšit spolupráci při farmakoterapii.

Literatura

u autorů

KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE CHRONICKÝCH HALUCINACÍ

K. Vrbová¹, J. Praško¹, M. Ocisková^{1,2}

¹*Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc, I. P. Pavlova 6, 77520 Olomouc, Česká republika*

²*Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Vodární 6, 771 80 Olomouc, Česká republika*

Summary

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY OF CHRONIC HALLUCINATIONS

Auditory verbal hallucinations are experiences of hearing voices in the absence of any speaker, and they are often associated with schizophrenia. Unfortunately, there is a considerable number of individuals with schizophrenia who continue experiencing positive symptoms (e.g. hallucinations and delusions) despite the adequate antipsychotic treatment. This limitation has led to an increased

interest in the development of effective psychological approaches to deal with chronic hallucinations. A number of randomized controlled trials showed the efficacy of cognitive-behavioral therapy (CBT) in patients with psychotic disorders when it was added to the antipsychotic medication. These strategies include distraction techniques helping to ignore hallucinations, Socratic dialogue leading to a rational approach to own hallucinations, behavioral experiments serving for the same goal and development of alternative and more adaptive forms of behavior, and work with core schemas, which often form basis for the content of hallucinations. This paper discusses all up to date cognitive-behavioral techniques used for the psychotherapeutic work with chronic hallucinations.

Keywords: Schizophrenia, hallucination, Socratic dialogue, behavioral experiment, cognitive schemas

Cíle

Príspevek predkladá prehľad dosud známých kognitívne behaviorálnych postupů k terapeutickému ovlivnění chronických halucinací.

Metody

Informačním zdrojem pro toto sdělení je literární review z databází PUBMED a Web of Science. Relevantní publikace byly identifikovány užitím klíčových slov „schizophrenia“, „hallucination“, „Socratic dialogue“, „behavioral experiment“ a „cognitive schemas“ v období mezi lety 1994 – 2013. Další relevantní zdroje informací byly získány z citovaných děl u významných prací.

Výsledky

Zatímco bludy jsou v rámci kognitívne behaviorální analýzy považovány za kognitivní procesy, sluchové halucinace – „hlasy“ – jsou považovány zpravidla za spouštěče (Kahraman a Kraemer 2002). Pokud označíme halucinaci jako spouštěč dalších procesů, následuje její kognitivní interpretace vedoucí k odpovídající emoční reakci a chování. Cílem KBT je v první řadě zmírnit negativní dopad halucinací na život pacienta (Rector a Beck 2001). Nejdůležitějším krokem v dosažení tohoto cíle je pomoci nemocnému změnit postoj k halucinacím – přestat jim věřit, zjistit, že mu nemohou nijak ublížit, naučit se mít je více pod kontrolou.

Autoři Kahraman a Kraemer (2002) a Wykes et al. (2005) uvádějí 2 možné přístupy umožňující zmírnění negativního dopadu sluchových halucinací na psychiku pacienta:

(a) Odvádění pozornosti od halucinací

Nejjednodušší přístup, který řada pacientů používá spontánně, je odvádění pozornosti od halucinací (Scott et al. 2004). Tento postup bývá někdy více, jindy méně úspěšný, nicméně může pacientovi pomoci získat pocit alespoň částečné kontroly nad hlasy, a tak připravit podmínky pro další práci s halucinacemi.

K odvádění pozornosti pomáhají zpravidla zevní podněty, které jsou natolik zajímavé nebo intenzivní, že upoutají soustředění pacienta. K těmto přístupům patří (Praško et al. 2003, Možný et al. 2007):

- *pasivní přístupy*: poslech hudby, čtení, luštění sudoku nebo křížovek;
- *aktivní přístupy*: čtení nahlas, rozhovor s druhým člověkem, věnování se oblíbené činnosti (cvičení, vaření, sport, zpěv, hra na hudební nástroj).

(b) Zaměření pozornosti na halucinace

Pacient je veden k podrobnému zkoumání dimenzí halucinací, jako je četnost jejich výskytu, počet hlasů, hlasitost, tón, lokalizace (Možný et al. 2007). V dalším kroku si začne zapisovat jejich přesný obsah. Následující fáze představuje zaznamenání automatických myšlenek, které jsou s halucinacemi spojeny (např. „Chtějí mě zničit!“ [hlasy]). Dále si všimá doprovodných emocí (např. strach, úzkost, smutek, zlost, bezmoc). Nejtěžším krokem je nalézání smyslu halucinací v životě člověka („Hlasy, které mě kritizují, jsou takovou ozvěnou mého vlastního nadměrně kritického postoje k sobě; vlastně říkají to, co si říkám i sám, jen hlasitou formou!“). K tomuto poslednímu kroku však terapie dospěje až po řadě sezení a pouze u některých pacientů. Zpravidla u těch s vyšší inteligencí a bez hlubšího kognitivního deficitu.

(c) Zkoumání a hodnocení smyslu halucinací

Při hodnocení významu halucinací bylo zjištěno, že to, co pacienty nejvíce zahlcuje a vede k negativním konsekvencím, nejsou halucinace samotné, ale jejich interpretace (zpravidla bludné) a negativní emoce, které jsou s halucinacemi spojené. Proto je třeba s pacientem prodiskutovat možné varianty vysvětlení halucinací s následným testováním, která interpretace je nejpravděpodobnější. To pomáhá vytvořit od halucinací odstup a postupně zmírnit emoční reakce. Verbální zpochybnování je vedeno typicky Sokratovským stylem, kdy pacient sám postupně objevuje jiné možné interpretace halucinací. Sokratovský dialog je následován „behaviorálními experimenty“. Pacient si předem plánuje, jak by mohl jednat jinak, než dosud jednal, v reakci na halucinace. Následně ověřuje, jaké důsledky mu alternativní chování přináší.

Závěr

I když moderní farmakoterapie vede k významnému snížení utrpení nemocných se schizofrenií, u části z nich přesto přetrvávají chronické halucinace. Řada randomizovaných kontrolovaných studií prokázala účinnost KBT u pacientů s psychotickým onemocněním, pokud se tato terapie prováděla jako doplňující prvek k antipsychotické medikaci. Vybrané techniky mohou nemocnému pomoci zaujmout k halucinacím kritičtější postoj a mít je tak více pod kontrolou. Úspěšná psychoterapeutická práce pomáhá pacientům snížit stres, zvýšit kvalitu života a zlepšit spolupráci při dlouhodobé farmakologické léčbě.

Literatura

u autorů

TOXICKÁ PSYCHÓZA A FOREZNÍ VYHODNOCENÍ

I. Žukov¹, P. Kozelek¹, D. Domluvilová¹, P. Harsa¹, R. Ptáček¹, S. Fischer²

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

² Univerzita JEP, Ústí nad Labem, Česká republika

Summary

TOXIC PSYCHOSIS AND ITS FORENSIC EVALUATION

We evaluated a 34 years old woman, who killed her own child. This woman decapitated the child while she was under influence of metamphetamine and marijuana, as the toxicological examination later confirmed. Following an act she was admitted to psychiatric department, where she was diagnosed with psychotic state resp. toxic psychosis. She had addiction to both of the drugs, primarily to the metamphetamine. In the past she experienced drug induced psychotic states several times, but she never sought medical advice. Tempore criminis she suffered from persecutory delusions and verbal auditory hallucinations. She was guided by imperative voices that commanded her to commit this murder.

We assessed her self-controlling and recognition abilities as defunct and the court ordered compulsory treatment. The court's and the expert's process were both in accordance with the standard procedures, but certain questions remain. It is not the expert's role to comment the parameters of punishment, but the experts should react this way and ask following questions. Such as: Is the order of compulsory treatment adequate? This treatment will probably last one, alternatively two years and it will be focused on murderer's dependence syndrome. How long should the treatment last actually?

We consider that wide education of the public about potential effects of metamphetamine and marijuana abuse could change the options of society to punish as well. In our case to punish extremely brutal murder. This all in partnership of psychiatrists with lawmakers, however just the physicians, psychiatrists and experts should initiate such process.

Výsledky

Jako supervizní posudek jsme zpracovávali případ 34 leté ženy, která zavraždila vlastní dítě tím způsobem, že mu odřízla hlavu od těla. V době inkriminované byla pod přímým vlivem pervitinu a cannabisu, což bylo toxikologicky prokázáno. Bezprostředně po činu byla hospitalizována ve spádovém psychiatrickém zařízení, které verifikovalo psychotický stav, toxickou psychozu. Posuzovaná byla na obou psychotropních látkách, především pervitinu, závislá. V minulosti ve spojení s abuzem pervitinu i cannabisu měla již psychotické prožitky bludy i halucinace. Pro dobu inkriminovanou pak platilo, že kvalita bludů byla perzekuční a sluchové halucinace byly imperativní. Pod vlivem bludů a halucinací vraždila.

Její popis paranoidně halucinatorního stavu, kde byly přítomny i imperativní halucinace-přikazující, působil věrohodně. S takovým typem halucinací podle všeho předtím zkušenost neměla „tak to udělej ty“ (rozuměj zabij). Její stav pro dobu inkriminovanou lze popsat jakožto toxickou psychozu s bludy a ha-

lucinacemi, kdy náhled v jejím případě již zcela chyběl a motiv jejího chování byl forenzně zásadně podmíněn patologicky- psychickou poruchou-Toxickou psychozou. Je třeba zdůraznit, že negativní vliv psychotropních látek a především pervitinu jí byl do určité míry znám i před agresí vůči dceři. Nikoliv však v takové kvalitě. Nikdy neměla perzekuční bludy a pocit reálného ohrožení vlastního života, života své dcery a nikdy neměla imperativní- příkazující halucinace. „Hlasy mi řekly, ať to udělám já“.

Jsmo si vědomi, že je nutno zvážit zkušenost posuzované s „psychotickými stavy“, způsobenými psychotropními látkami. V minulosti u ní (tedy před tr. č. vraždy) nebyly nikdy psychotické prožitky tak intenzivního charakteru, takové kvality. Přesto je však nutno zdůraznit, že měla zkušenost (dlouhodobou a opakovanou) s negativními důsledky užívání drogy (především pervitin), kde zažila stavy, které sama označuje za „schízý“. Nikdy kvůli abuzu psychotropních látek nenavštívila lékaře. Nikdy se pro závislost neléčila. Její přístup k problematice byl v tomto ohledu extrémně laxní.

V době inkriminované byla posuzovaná závislá na psychotropních látkách pervitinu a marihuany (kritérium syndrom závislosti je u posuzované splněno pro pervitin i marihuana. Schopnost odolat užití psychotropním látkám u ní byla snižená – vymizelá. Byla u ní přítomna v době vraždy taktéž Toxická psychoza s narušeným vnímáním a myšlením.

Toxická psychoza byla u posuzované forenzní kvality naprosto zásadní. V rámci toxické psychozy, kterou trpěla, když se chovala heteroagresivně (zlomila vaz a následně uřízla hlavu vlastní dceři!), byly její schopnosti ovládací i rozpoznávací vymizelé. Intoxikovala se sice vědomě, ale toxickou psychozu (bludy a halucinace takové kvality) jakožto důsledek intoxikace pervitinem a marihuany nemohla předpokládat. V rámci znaleckého vyšetření nekonstatujeme psychotické fenomény, ty již nyní odezněly, event. byly odléčeny.

Vzhledem k simplexní osobnostní struktuře a jisté míře manipulovatelnosti (týká se schopnosti odmítnout nabízenou drogu, jestliže ji sama aktivně nevyhledá), disociálním osobnostním rysům a Syndromu závislosti (dlouhodobém a rozvinutém) na metamfetaminu a cannabisu doporučujeme ústavní léčení protitoxikomanické, psychiatrické a to v detenčním ústavu. Společenská nebezpečnost posuzované je extrémní! Soud nařídil ochrannou léčbu protitoxikomanickou. Znalci i soud byli rozhodně v souladu se zavedenými postupy.

Závěr

Přesto zůstává naprosto zásadní otázkou, zda nařízení ochranné léčby je i dostatečným trestem, když v případě posuzované nelze očekávat, že by její ochranná léčba trvala dobu než rok, případně dva. V rámci nařízeného ochranného léčení se bude tedy v tomto konkrétním případě pracovat pouze se syndromem závislosti. Jsme toho názoru, že celoplošná osvěta stran možných efektů abúzu pervitinu i marihuany (ale i dalších psychotropních látek) by mohla v důsledku změn i možnosti společnosti trestat. V tomto případě za extrémně brutální vraždu. To vše ve spolupráci psychiatrů a legislativců. Iniciativa by však měla přijít právě od lékařů, psychiatrů, psychologů, znalců.

Literatura

u autorů



AOP ORPHAN
FOCUS ON RARE DISEASES

adasuve[®]
prášek k inhalaci
loxapin

Od prvních příznaků...
**ADASUVE[®] pro rychlou
kontrolu AGITOVANOSTI¹⁻³**



1 min.

5 min.

10 min.

**První a jediný
inhalační lék indikovaný
k rychlé léčbě agitovanosti**
(u dospělých pacientů se schizofrenií
nebo bipolární poruchou)¹



rychlý účinek¹



neinvazivní



aktivace vdechnutím¹



AOP ORPHAN
FOCUS ON RARE DISEASES



adasuve[®]
prášek k inhalaci
loxapin

Zkrácená informace o přípravku: ADASUVE[®] 9,1 mg dávkovaný prášek k inhalaci. **Složení:** 1 jednodávkový inhalátor obsahuje loxapinum 10 mg (dodává loxapinum 9,1 mg) určený pro inhalační podání. **Terapeutické indikace:** k rychlé kontrole mírné až střední agitovanosti u dospělých pacientů se schizofrenií nebo bipolární poruchou. Pacientům je nutné ihned po zvládnutí akutních příznaků agitovanosti podat standardní léčbu. **Dávkování:** Adasuve[®] se má podávat pouze v nemocničním zařízení pod dohledem zdravotnického pracovníka. Je nutné mít k dispozici bronchodilatační léčbu (beta-agonista s krátkodobým účinkem) k léčbě možných závažných respiračních nežádoucích účinků (bronchospasmus). Doporučená zahajovací dávka je 9,1 mg, v případě potřeby lze po 2 hodinách podat druhou dávku. Nesmí se podávat více než dvě dávky. Přípravek je v zataveném váčku, ve kterém je třeba uchovávat přípravek až do vlastního použití. Při použití se vyjme přípravek z váčku, zatažením se odstraní ochranná páska, rozsvítí se zelená kontrolka a přípravek je připraven k použití. Přípravek se musí použít do 15 minut od vytažení ochranné pásky. Pacient inhaluje přes náustek plynulým hlubokým nádechem. Po dokončení inhalace pacient vyjme náustek z úst a krátce zadrží dech. Pokud zhasne zelená kontrolka, byl přípravek podán. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivou látku nebo na amoxapin. Pacienti s akutními respiračními známkami/příznaky (např. sípote) nebo s aktivním onemocněním dýchacích cest (např. pacienti s astmatem či chronickou obstrukční plicní nemocí [CHOPN]). **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** zdravotníci pracovníci musí zajistit, aby pacient použil inhalátor správným způsobem. Účinnost může být omezena při souběžném užití jiných léčivých přípravků, zejména dalších antipsychotik. Pokud se po léčbě přípravkem ADASUVE[®] objeví bronchospasmus, lze jej léčit beta-agonistickým bronchodilatanci s krátkodobým účinkem, např. salbutamolem. ADASUVE[®] se nemá znovu podávat pacientům, u nichž se objevily jakékoli respirační známky/příznaky. Používat s opatrností u pacientů s poruchou respirace, se známými extrapyramidovými příznaky v anamnéze. Přípravek nebyl hodnocen a není indikován k léčbě pacientů s psychózou související s demencí. Při objevení se známek a příznaků tardivní dyskineze je nutné zvážit přerušení léčby. Po přerušení léčby se mohou tyto příznaky přechodně zhoršit nebo se dokonce mohou objevit. Pokud se u pacienta rozvinou známky a příznaky ukazující na NMS nebo vysoká horečka neznámé etiologie bez dalších klinických projevů NMS, musí se léčba ADASUVE[®] přerušit. Může se objevit mírná hypotenze u agitovaných pacientů, kterým byl podán přípravek ADASUVE[®]. Při nutnosti vasopresorické léčby se upřednostňuje noradrenalin nebo fenylefrin, adrenalin nepoužívat. ADASUVE[®] se nedoporučuje u pacientů se známým kardiovaskulárním onemocněním (infarkt myokardu nebo ischemická choroba srdeční v anamnéze, srdeční selhání nebo abnormality vedení), cerebrovaskulárním onemocněním nebo stavy, které mohou pacienty predisponovat k hypotenzii (dehydratace, hypovolemie a léčba antihypertenziv). Používat s opatrností u pacientů s křečovými poruchami v anamnéze, neboť loxapin snižuje práh pro vznik křečí. Vzhledem k anticholinergnímu účinku ADASUVE[®] používat s opatrností u pacientů s glaukomem nebo sklonem k retenci moči, zejména při souběžném podávání antiparkinsonik anticholinergního typu. **Interakce:** nebyly provedeny žádné studie interakcí. Nedoporučuje se podávat s inhibitory CYP1A2 a adrenalinem. **Fertilita, těhotenství a kojení:** v těhotenství používat pouze pokud potenciální přínos převyšuje potenciální riziko pro plod. Kojení: rozsah vylučování loxapinu nebo jeho metabolitů do lidského mateřského mléka není znám. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** výrazný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nejčastější nežádoucí účinky:** dysgeuzie, sedace/somnolence, závratě. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Podmínky uchování:** uchovávejte v původním váčku až do vlastního použití, chráňte před světlem a vlhkostí. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Alexza UK, Limited 10 Station Road, Henley-on-Thames, Oxfordshire, RG91AY Velká Británie. **Datum první registrace:** 20.2.2013. **Datum poslední revize textu:** podrobné informace o tomto léčivém přípravku jsou k dispozici na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky na adrese <http://www.ema.europa.eu>. **Registrační číslo:** EU/1/13/823/004 (1 jednodávkový inhalátor). *Přečtěte si pozorně úplnou informaci o přípravku, která je k dispozici na adrese: AOP Orphan Pharmaceuticals AG - organizační složka, Pod Děvinem 28, 150 00 Praha 5, Česká republika, tel: +420 251 51 29 47, fax: +420 251 51 29 46 nebo na www.aoporphan.cz. Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen ze ZP. Než přípravek předepíšete, seznamte se, prosím, s plným SPC.*

Literatura: 1. Souhrn údajů o přípravku, datum revize: 8. 4. 2014. 2. Lesem, et al. Rapid acute treatment of agitation in individuals with schizophrenia: multicentre, randomised, placebo-controlled study of inhaled loxapine The British Journal of Psychiatry (2011) 198, 51–58. 3. Kwentus, et al. Rapid acute treatment of agitation in patients with bipolar I disorder: a multicenter, randomized, placebo-controlled clinical trial with inhaled loxapine Bipolar Disorders 2012; 14: 31–40.



knihovnicka.cz

BUDOUCNOST PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ V SOUVISLOSTECH

**Sborník příspěvků X. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP
s mezinárodní účastí**

www.cpssjezd.cz

Pořadatelé sborníku: Martin Hollý, Pavel Doubek a Marek Páv

Vydal a vytiskl Tribun EU s. r. o.
Cejl 32, 602 00 Brno

V Tribunu EU vydání první
Brno 2014

ISBN 978-80-263-0702-0

www.knihovnicka.cz

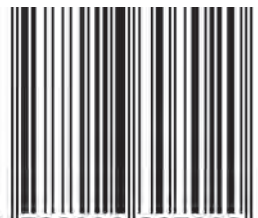
Partner Sborníku příspěvků



AOP ORPHAN
FOCUS ON RARE DISEASES



knihovnicka.cz



9 788026 307020 >