

SBORNÍK ABSTRAKT

XIV. SJEZD PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP

15. - 18.6.2022 | HOTEL GALANT, MIKULOV
akce.psychiatrie.cz

"Psychiatrie - obor budoucnosti"



XIV. SJEZD PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP

15. - 18. června 2022
Hotel Galant, Mikulov

Záštita:



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Ministr zdravotnictví České republiky - prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc., MBA, EBIR

Hejtman Jihomoravského kraje - Mgr. Jan Grolich

jihomoravský kraj

Prezident kongresu



MUDr. Simona Papežová

Viceprezident kongresu



prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.

Předseda organizačního výboru:



MUDr. Martin Hollý, MBA

Předseda vědeckého výboru:



doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.

Programový výbor:

MUDr. Miloslav Kopeček, Ph.D.

MUDr. Jozef Buday, Ph.D.

Organizační výbor:

MUDr. Pavel Trančík

MUDr. Gabriela Podgorná

Organizátor:

MH Consulting s.r.o.
Narcisová 2850
106 00 Praha 10
www.mhconsulting.cz



Sekretariát společnosti:

Lenka Knesplová

DIGITÁLNÍ ŘEŠENÍ PRO PSYCHIATRII: ČESKÉ ZKUŠENOSTI

Filip Španiel ¹, Eduard Bakštein ¹, Jakub Schneider ¹, Jiří Anýž ¹,

¹ Národní ústav duševního zdraví, Klecany.

Digitální technologie v podobě mHealth či eHealth řešení si našly cestu i do oblasti psychiatrie. Jako jedna z prvních v Evropě začala využívat mHealth programy v prevenci relapsu nejzávažnějších duševních onemocnění i Česká republika. Od té doby se mnohé v našem oboru změnilo. Rozpaky v přijímání digitálních technologií však nikoliv. Příspěvek přináší poznatky z provozu dvou originálních českých digitálních projektů, zaměřených na prevenci relapsu u schizofrenie a bipolární afektivní poruchy. Mapuje hlavní překážky a pasti, které číhají na cestě k zavedení do běžné klinické praxe.

EHEALTH V KONTEXTU PSYCHIATRIE – CO NÁM ELEKTRONIZACE ZDRAVOTNICTVÍ PŘINÁŠÍ A JAKÝM VÝZVÁM BUDEME ČELIT?

Zdeňka Barešová ¹, Monika Lekárová ¹, Dana Vigašová ¹, Miroslav Světlák ¹,

¹ Ústav psychologie a psychosomatiky LF MUNI, Brno

Elektronizace zdravotnictví se zdá být budoucností všech zdravotnických oborů ve vyspělých zemích. I z tohoto důvodu se jednotlivé oblasti eHealth velmi rychle rozvíjejí a nabízejí obrovské množství nových možností, také s sebou ale přináší technické, etické, právní i další výzvy. Přednáška si klade za cíl seznámit posluchače s jednotlivými oblastmi eHealth, poukázat na přínosy a rovněž i na největší výzvy, které se v souvislosti se zaváděním eHealth systémů mohou objevit. Dotkne se i současné legislativní situace a postojů k eHealth ze strany Ministerstva zdravotnictví ČR. V druhé polovině prezentace budou představeny současné funkční příklady eHealth v kontextu psychiatrie (systémy, aplikace, postupy atd.), které můžeme nalézt v ČR i v zahraničí. Poslední část prezentace se bude věnovat představení online aplikace na podporu duševního zdraví onkologických pacientů s názvem MindCare, která byla vyvinuta na Ústavu psychologie a psychosomatiky LF MUNI.

TECHNOLOGIE VIRTUÁLNÍ REALITY V PSYCHIATRICKÉ PÉČI

Iveta Fajnerová ¹, Pavla Stopková ¹, Anna Francová ¹, Eliška Nosková ¹, Jiřina Kosová ¹,

¹ Národní ústav duševního zdraví

XIV. SJEZD PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP Hotel Galant, Mikulov | 15. - 18. června 2022 Iveta Fajnerova, NUDZ Sympóziu: Digitalizace psychiatrie - Technologie virtuální reality v psychiatrické péči Technologie virtuální reality a její využití v psychiatrii Přednáška bude pojednávat o možnostech uplatnění technologie virtuální reality (VR) v kontextu péče o duševní zdraví u psychiatrických poruch. Důraz bude kladen zejména na uplatnění VR jako nástroje expozičních a relaxačních technik v kognitivně-behaviorální terapii, zmíněny však budou i další přístupy. Během přednášky bude představeno několik terapeutických nástrojů využívajících imerzivní technologii virtuálních brýlí, které vznikají na půdě Národního ústavu duševního zdraví. První projekt VR expoziční terapie v prostředí virtuálního domu pro obsedantně-kompulzivní poruchu (OCD) ukážeme spolu s výsledky validační studie a předběžnými výsledky z opakovaných sezení. Bude zmíněna také technika tzv. tmavého pokoje² pro práci s nadměrnými obavami a vtíravými myšlenkami, která má uplatnění v terapii generalizované úzkostné poruchy i OCD. Dále bude představen terapeutický nástroj v podobě virtuálního města, který vzniká ve spolupráci s CIIRC a FBMI ČVUT pro expoziční terapii sociálních a specifických fobií. Projekt využívá také měření fyziologické odpovědi pro hodnocení účinnosti zde prezentovaných podnětů. Zmíníme dále uplatnění VR simulací jako přípravu na obávané zdravotnické vyšetření, a to na příkladu simulace vyšetření v magnetické rezonanci, která se uplatňuje zejména u pacientů trpících klaustrofobií či jinou úzkostnou poruchou. V kontrastu k expozičním technikám budou zmíněny také relaxační metody na příkladu aplikace VRbreathing podporující nácvik hlubokého rytmického dýchání u úzkostných poruch a další VR aplikace využívající techniky mindfulness. Popisované metody se obvykle uplatňují jako obohacení či augmentace standardní farmakologické a psychoterapeutické léčby. Kromě zmiňovaných technik budou představeny i další metody uplatňované ve VR terapii duševních poruch. Představované VR metody vznikly za finanční podpory TAČR projektů ÉTA č. TL03000223 a TJ01000010, a GAMA projektu Braintech č. TP01010062, s podporou Evropských strukturálních a investičních fondů (OPVVV) projektu „PharmaBrain“ CZ.02.1.01/0.0/0.0/16_025/0007444 a interního projektu č. 318A_2020 za podpory MZ ČR –RVO (IČ: 00023752).

PLENÁRNÍ PŘEDNÁŠKA - VNITROOBOROVÁ

TEORIE VĚDOMÍ: OD EVOLUCE KE KONCEPTUALIZACI PORUCH PSYCHIKY.

Jiří Horáček ¹,

¹ 3. lékařská fakulta UK, Praha; Národní ústav duševního zdraví, Klecany

Otázka vztahu mezi vědomím a mozkem (jinak také „problém mysli a těla“) je doposud otevřená a představuje zásadní výzvu současné neurovědy. Její řešení by umožnilo lépe porozumět tomu, jak je konstruována a strukturována vědomá skutečnost a jaká je tedy povaha reality. Rovněž by bylo lépe zřejmé, jakými mechanismy dochází k rozvoji duševní nemoci. Ve sdělení budou představeny současné přístupy k výzkumu vědomí, bude připomenuta klasifikace základních teoretických (filozofické, neurovědní a neuroepistemologické a evoluční) a metodických přístupů včetně jejich rozdělení podle různé míry redukce. Bude diskutován vztah mezi fylogenezí, ontogenezí a kulturní zkušeností při tvorbě vědomých obsahů. V závěrečné části budou zvažovány dopady řešení problému vědomí na možnou konceptualizaci psychiatrické klasifikace a porozumění mechanismu vzniku a terapie duševních poruch vůbec.

SEKCE PRO HYPNÓZU

KVALIFIKACE HYPNOTERAPEUTA

David Unger²,

² - Klinická psychologie - PhDr. Jiří Laciga s. r. o., Zlín a Otrokovice

³ - Kroměřížské kurzy hypnózy

⁴ - Výbor Sekce pro hypnózu PS ČLS JEP

Hypnóza se využívá s větším či menším etickým základem v různých kontextech. Kde je však hranice mezi užitím hypnózy v alternativních terapeutických přístupech a ve vědecky a eticky podložené psychoterapii? Cílem je vymezit kvalifikační předpoklady pro aplikaci hypnózy v psychoterapii, která odpovídá dostatečným etickým standardům tak, aby nedocházelo k ohrožení nebo poškození klientů. Zranitelnost klienta v psychoterapii s využitím změněného stavu vědomí (hypnózy) bereme jako zvýšenou s přiměřeně vyššími nároky na kvalifikační a etické standardy. Vycházíme z toho, že u nás existují v současnosti dvě koncepce psychoterapie, které bojují o legislativní zakotvení v právním řádu ČR. První koncepce vymezuje psychoterapii jako výlučnou metodu léčby aplikovatelnou pouze v kontextu zdravotnictví (ČPS ČLS JEP) klinickým psychologem nebo lékařem s psychoterapeutickou specializací, druhá koncepce (ČAP) vnímá psychoterapii jako širší pomáhající metodu, kterou může dle inspirace ze zásad EAP provádět odborník pomáhající profese s vysokoškolským vzděláním a akreditovaným psychoterapeutickým výcvikem v různých kontextech a resortech. Metodicky jsou pro nás klíčové tyto zásady: 1. Zásada neoddělitelnosti od psychoterapie: Každý hypnoterapeut je zároveň psychoterapeutem. (Nelze kvalifikovaně využívat hypnózu k léčebným účelům, aniž bychom reflektovali psychoterapeutický vztah a proces.) 2. Zásada etické ochrany a odpovědnosti: Hypnoterapeut se hlásí k etickým standardům pro lékařskou, psychoterapeutickou nebo psychologickou práci. 3. Zásada teoretické orientace v psychopatologii: Hypnoterapeut má mít pregraduální vzdělání s dostatečnou orientací v psychopatologii – psychologie, všeobecné lékařství nebo adiktologie. 4. Zásada komplexního psychoterapeutického vzdělání: Hypnoterapeut prošel komplexním psychoterapeutickým výcvikem a nad to má absolvovaný specializovaný kurz hypnoterapie nebo klinické hypnózy. Předpokládá se, že se celoživotně v psychoterapii i hypnóze vzdělává. Hypnoterapie je psychoterapeutickou metodou, nikoli psychoterapeutickým směrem nebo přístupem. 5. Zásada hypnoterapeutické supervize: Hypnoterapeut se pravidelně účastní individuální nebo skupinové formy odborné supervize. Z těchto zásad vyplývá tzv. „Pět pilířů kvalifikovaného hypnoterapeuta“, které navrhujeme: Vysokoškolské vzdělání (se znalostí psychopatologie), komplexní psychoterapeutický výcvik, specializovaný kurz hypnoterapie, celoživotní vzdělávání a supervize v hypnoterapii a psychoterapii.

50 LET KURZŮ HYPNOTERAPIE V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI V KROMĚŘÍŽI

Lenka Gazdová ¹,

¹ Sekce pro hypnózu ČLS JEP a Psychiatrická nemocnice Kroměříž

Kurzy hypnózy mají u nás dlouholetou tradici. Pod patronací sekce pro hypnózu ČLS JEP byl vedoucím kurzů v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži od roku 1970 až do roku 2016 Stanislav Kratochvíl, který navázal na průkopníky hypnologie a hypnoterapie v padesátých a šedesátých letech u nás J.Hoskovce, I.Horvaie, M.Černého, R. Konečného a M.Bouchala. Při vedení kurzů využil i své zkušenosti ze zahraničí, které společně s dlouholetými lektory kurzů M.Bouchalem, M.Svobodou, K.Balcarem, J.Kašparů, P.Hájkem a I.Hájkovou, K.Gawlikem, M.Pečenou, B.Čepickou, K. Zezulkou a dalšími předával absolventům kurzů. Kurz je rozdělen na část základní, označovanou jako Hypnóza I a část pokračovací označovanou jako Hypnóza II. Základní i pokračovací kurz, každý v rozsahu 40 vyučovacích hodin, mají vyvážené rozdělení část teoretickou a část praktickou. Základními předpoklady pro úspěšné užití hypnózy v praxi jsou na straně hypnoterapeuta ovládnutí techniky navozování hypnózy a na straně pacienta schopnost pohroužit se do hypnotického stavu, tedy hypnabilita. Navozování hypnózy se může uskutečňovat různými způsoby. Nejčastěji užívaná je technika, při níž subjekt fixuje určený bod a naslouchá uspávacím sugescím pronášeným hypnoterapeutem. Postup nemusí mít nutně uspávací charakter a hypnózu lze navozovat také při plné aktivitě subjektu. Rovněž lze využít jako východiska i fantazijních představ. V kurzech se psychologové a lékaři učí tyto hypnotizační techniky. Naučí se vyvolávat hypnotické jevy a otestovat hloubku hypnózy klinickou škálou. Hypnotické jevy, které jsou výsledkem sugescí, zahrnují psychické i fyziologické procesy. Vnímání subjektu lze ovlivnit do té míry, že se sugerované smyslové jevy stávají pro něj subjektivně skutečnými, byť skutečnosti neodpovídají. Hypnóza rozšiřuje možnosti sugestivního ovlivnění fyziologických reakcí i na některé fyziologické funkce, které běžně nepodléhají vůli. Sugescie mohou u hypnabilních osob odstranit nebo podstatně snížit vnímání bolesti, přičemž však vegetativní reakce i nadále odpovídají působení bolestivého podnětu. Pomocí hypnózy je možné také odreagování traumatických zážitků, posilování pocitu zdraví, jistoty a klidu a nacvičování žádoucího chování. Kurzy úspěšně absolvovalo velké množství psychologů, psychiatrů a lékařů dalších klinických oborů /např. gynekologie, anesteziologie, stomatologie/, neboť užití hypnózy má širokou aplikační oblast. Hypnózu je možno využít u psychogenních poruch: úzkost, strach, tréma, nespavost, bolesti hlavy, napětí. Dále u somatoformních a disociativních poruch, lehčích depresí, psychosomatických poruch. Také při porodech nebo zubním ošetření atd. <http://www.hypnoza-kromeriz.cz>

METANALÝZY EFEKTIVITY HYPNOTICKY INDUKOVANÉ ANALGEZIE V LÉČBĚ BOLESTI

Jaroslava Raudenská ¹, Alena Javůrková ²,

¹ Ústav ošetrovatelství 2.LF UK a FNM, Praha 5 - Motol

² Oddělení klinické psychologie 3.LF UK a FNKV, Praha 10 - Vinohrady

Je prokázáno, že hypnóza zmírňuje bolest u pacientů s bolestí hlavy, po popáleninovém traumatu, s artritidou, s nádorovým onemocněním, s dentální bolestí a s chronickou bolestí dolní části zad. Během posledních dvou desetiletí byla hypnoanalgezie široce studována. Publikované metaanalýzy ukazují střední až velký hypnoanalgetický účinek pro zvládnutí bolesti. Velikost účinku byla 0.67, $p < 0.01$, což ukazuje, že průměrný účastník léčený hypnózou prokázal snížení bolesti v 75 % oproti kontrolním skupinám. Výsledky také ukázaly, že hypnotická sugescie byla stejně účinná při snižování klinické i experimentální bolesti ($p < 0.01$) a že jedinci s vysokou sugestibilitou mají větší úlevu od bolesti po hypnotických intervencích ($p < 0.05$). Výsledky srovnání hypnoticky navržené analgezie s jinými nehypnotickými psychologickými strategiemi zvládnutí bolesti nenalezly žádné rozdíly v účinnosti $p > 0.10$ (Mongomery, 2000). Současné metaanalýzy potvrdily předchozí zkoumání, tj. střední účinek hypnoanalgezie po léčbě hypnózou (0.54-0.76, $p < 0.001$). Účinnost byla silně ovlivněna mírou sugestibility: klinicky významné snížení bolesti při hypnóze s přímou analgetickou sugescí se prokázalo u 42 % ($p < 0.001$) vysoce sugestibilních a 29 % ($p < 0.001$) středně sugestibilních jedinců. Tato zjištění naznačují, že hypnotická intervence může přinést úlevu od bolesti a může být účinnou a bezpečnou alternativou k farmaceutické intervenci. Celkové výsledky ukazují možnost širší aplikace hypnoanalgetických technik u pacientů s bolestí. Ke stanovení generalizovatelnosti u populace s chronickou bolestí jsou však zapotřebí vysoce kvalitní klinická data (Thompson, 2019).

METAANALÝZY EFEKTIVITY KLINICKÉ HYPNÓZY V LÉČBĚ DEPRESIVNÍCH A ÚZKOSTNÝCH SYMPTOMŮ

Alena Javůrková ¹, Jaroslava Raudenská ²,

¹ Oddělení klinické psychologie 3.LF UK a FNKV, Praha 10 - Vinohrady

² Ústav ošetřovatelství 2.LF UK a FNM, Praha 5 - Motol

Empirický výzkum ukázal, že hypnóza je velmi účinnou intervencí pro různé medicínské problémy a symptomy, včetně bolesti, nevolnosti a zvracení spojených s chemoterapií, pro psychosomatické poruchy, odvykání kouření, léčbu obezity a deprese. Metaanalýzy účinnosti hypnózy jako intervence pro tyto problémy byly publikovány se signifikantní velikostí účinku v rozmezí od 0,31 pro odvykání kouření až po 1,58 pro obezitu. Průměrná velikost účinku hypnózy na konci aktivní léčby deprese byl 0,71 ($p \leq 0,001$), což ukazuje, že průměrný pacient léčený klinickou hypnózou vykázal větší zlepšení deprese než 76 % kontrolních účastníků. Průměrná velikost účinku pro follow-up při nejdelším sledování byla 0,52 ($p \leq 0,01$), to znamená, že pacienti léčení hypnózou vykazovali průměrně větší zlepšení než 51 % kontrolních účastníků. Tyto velikosti účinků jsou srovnatelné s těmi, které jsou spojeny s dobře známými psychologickými intervencemi v psychoterapii při léčbě deprese (např. kognitivní terapie, interpersonální terapie) a ukazují, že hypnóza je velmi účinným způsobem zmírnění příznaků deprese (Milling, 2019). V průběhu posledních let se objevil také rostoucí počet kontrolovaných studií použití klinické hypnózy pro zmírnění úzkostných poruch. Metaanalýzy účinnosti hypnózy při léčbě úzkosti ukazují signifikantní průměrnou výši účinku 0,79 ($p \leq 0,001$), což ukazuje, že pacienti, kteří podstoupili léčbu klinickou hypnózou snížili úzkost více než 79 % účastníků kontrolních skupin. Při dlouhodobém follow-up se průměrná velikost účinku zvýšila až na 0,99 ($p \leq 0,001$) prokazující, že průměrný účastník léčený dlouhodobě hypnózou se zlepšil více než 84 % kontrolních účastníků. Hypnóza byla účinnější při snižování úzkosti v kombinaci s jinými psychologickými intervencemi, nejčastěji s KBT, než když byla použita jako samostatná psychoterapie (Valentine, 2019).

KAZUISTICKÉ SEMINÁŘE HYPNOTERAPIE A KAZUISTIKA PACIENTA SE SPECIFICKOU FOBÍÍ

Šárka Bezvodová ¹,

¹ Sekce pro hypnózu PS ČLS JEP

Příspěvek je v úvodu zaměřen na představení kazuistických seminářů v hypnoterapii, které jsou jednou z aktivit Hypnosekce. Těžištěm přednášky je prezentace kazuistiky pacienta se specifickou (izolovanou) fobií, při které je hlavní léčebnou metodou hypnóza. Podnětem ke vzniku seminářů byla absence pravidelných setkávání hypnoterapeutů pro celou Českou republiku. Potřeba sdílet zkušenosti s používáním hypnózy v psychotherapeutickém procesu je umocněna tím, že hypnoterapie otevírá prostor pro řadu nejistot a otázek, se kterými se terapeut potřebuje vyrovnat.. Hypnosekce nastartovala tradici pravidelných setkávání, která jsou součástí celoživotního vzdělávání kvalifikovaných hypnoterapeutů. Semináře jsou určeny lékařům a klinickým psychologům, kteří absolvovali psychotherapeutický výcvik a speciální kurz klinické hypnózy. Semináře mají dvě části, a to kazuistickou a supervizní. Od podzimu 2018 proběhlo 14 seminářů pod vedením některého ze členů výboru naší sekce. Obsahem jsou kazuistiky, které prezentují různé možnosti zacílení hypnózy, a to symptomaticky, nácvikově, analyticky, regresivně, postojově nebo podpůrně. Dále zde také sdílíme zkušenosti např. s indukcí hypnózy, dehypnotizací, vyhasínáním hypnosugescí, se skupinovou hypnózou. Ve svém příspěvku přináším kazuistiku, která byla přednesena na on-line hypnosemináři v minulém roce. Chci kazuisticky mimo jiné ilustrovat také to, že použití hypnózy jako nosné psychotherapeutické metody v léčbě, ještě neznamená, že klíčový moment se udá v hypnoidním stavu. Kazuistika demonstruje léčbu muže, 64 let, který žije aktivní partnerský, rodinný a pracovní život. Před mnoha lety se stal účastníkem automobilové nehody, při níž došlo k úplnému zničení automobilu, ale k žádným zjevným úrazům řidiče a spolujezdce. Teprve po mnoha letech se začaly při řízení auta rozvíjet panické stavy, které byly provázeny stuporem. Tyto stavy prakticky znemožňovaly nejprve řízení motorových vozidel a později i řízení nemotorových vozidel. Diagnostická úvaha vyústila ve stanovení dg. F 40.2 Specifické (izolované) fobie. V psychotherapeutickém procesu byly postupně zpracovávány všechny okolnosti autonehody. Byly prozkoumány praktické detaily události, následné chování a prožívání. Pacient si nevědomě vytvořil obranné postoje, ze kterých jsme vycházeli při tvorbě scénáře hypnózy. Podle efektu hypnotizace byly postupně reformulovány hypnosugesce. Kazuistika dokládá, že lze v některých případech hypnoterapii efektivně léčit fobií během několika sessí.

UKÁZKA HYPNORELAXAČNÍ TECHNIKY V PÉČI O STERILITY

Marie Pečená ¹,

¹ Psychopoint, s.r.o., ordinace klinické psychologie, Praha 4

Sterilita postihuje asi 20% párů. Vysoká emocionální zranitelnost při neúspěšné reprodukci vyžaduje často i psychologickou podporu. V rámci psychoterapie se osvědčila i hypnoterapie, která je použitelná v různých fázích léčby a dá se zacílit na různé příčiny sterility. Velký význam zaznamenává u sterility psychosomatické. Hypnóza je zaměřena na ústřední prožívání ženy a její podoby emočního stresu: DEPRESE spouští jí pocit ztráty, není však nic konkrétního, pro co by se dalo truchlit, nejsou žádné rituály. Neplodní manželé jsou jako pozůstalí, ale trpí sami, bez účasti okolí a bez pochopení. To vede ke stresu. STRES s celou plejádou příznaků se pohybuje mezi nadějí a zklamáním, mobilizací sil a ochromením. HNĚV ten roste, jak je život rozdělen mezi pracovní povinnosti, narušený osobní život a požadavky léčby, včetně finančních nároků. Je živěn necitlivostí okolí, kritikou rodiny a zraněním vnitřního pocitu pro spravedlnost. VINA pocit, že neumí zajistit pokračování rodu, strach ze zklamání a neuspokojení partnera a rodiny. Je tam iracionální víra, že nějaký důvod být musí a co když ho způsobila ona či on. Pocit viny a sebeodsouzení. Zmnožené utrpení. Závěr: Hypnóza dokáže rozkrýt popřené i vytěsněné zážitky, které mohou participovat na úzkosti a strachu, kterými je opředeno těhotenství a porod. Umí zharmonizovat tělesné funkce a sjednotit je ve prospěch reprodukčního záměru. Podílí se na získání sebedůvěry a vylepšení sebeobrazu. Učí přijímat úctu ke svému tělu a spolupracovat s ním. Lépe se vyrovnává s tlakem a nároky, které přichází z jejího okolí. A v neposlední řadě vede k soustředění v době ovulačního optima...

VYBRANÉ PSYCHIATRICKÉ PORUCHY VE SVĚTLE NOVÝCH CELOPOLEČENSKÝCH KONTEXTŮ

EMOČNÍ NESTABILITA U ADOLESCENTŮ V PSYCHIATRICKÉ AMBULANCI PRO DOSPĚLÉ – CO SE ZMĚNILO?

Kamila Bělohradová ¹,

¹ Klinika Psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

² Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Dopady pandemie onemocnění COVID-19 se (mimo jiné) projeví nárůstem nových pacientů v psychiatrických ambulancích. Významně přibyli adolescenti a mladí dospělí (věk 18-25 let). V zahraniční literatuře byla již popsána zvýšená incidence duševních poruch u adolescentů v průběhu pandemie COVID. Na druhou stranu, určitý zvyšující se trend byl pozorován ještě před začátkem pandemie. Období adolescence je v literatuře obecně spojováno s vyšší poměrnou incidencí duševních poruch. Může docházet k manifestaci celé řady duševních poruch, jako jsou psychotické poruchy, ale i specifických poruch osobnosti, z nichž nejčastější je emočně-nestabilní typ. Emočně-nestabilní struktura osobnosti může vytvářet „terén“ zranitelnosti k dalším psychickým poruchám. Podívali jsme se na data z literatury i z ambulantní praxe v obdobích před pandemií a nyní, abychom zjistili, co se změnilo v kontextu emoční nestability, a jakou roli zastává tato problematika mezi současnými pacienty ve věku 18-25 let.

MÍRA ÚZKOSTI U PACIENTŮ PO PRODĚLANÉ COVID-19 INFEKCI

Jonáš Boček ¹,

¹ Klinika psychiatrie, LF UPOL a FNOL

Doba covidová, tak můžeme nazvat poslední dva roky našich životů. V březnu roku 2020 vyhlásila Světová zdravotnická organizace pandemii způsobenou koronavirem SARS-CoV-2, od té doby se toho v našich osobních i pracovních životech mnohé změnilo. Jedním z dopadů pandemie je změna psychického stavu pacientů ve spojitosti s prodělanou COVID-19 infekcí. Vztah koronavirových infekcí a jejich vlivu na duševní zdraví, nám již objasnily předchozí pandemie SARS a MERS. Výsledky některých studií, které se zabývaly těmito onemocněními, jasně ukazují, že negativní vliv na psychickou stránku je nezanedbatelný. Právě proto bychom měli této problematice věnovat pozornost i u onemocnění COVID-19. Aktuální sdělení z nejnovějších studií hovoří o zvýšené incidenci duševních nemocí u pacientů, kteří před proděláním infekce nikdy nepotřebovali odbornou psychiatrickou pomoc. Na druhou stranu nesmíme opomenout zhoršení psychického stavu u již diagnostikovaných pacientů, kteří před proděláním koronavirové infekce byli stabilní. Mezi nejčastější psychiatrické jednotky, které dle dostupných dat postihují pacienty po proděláním nemoci COVID-19, patří úzkostné poruchy, nespavost, poruchy afektivity (nejčastěji deprese) a mimo jiné i zhoršení kognitivních funkcí, např. snížení koncentrace nebo zhoršené soustředění. Tyto kognitivní poruchy bývají často označovány pojmem mozková mlha. S narůstajícím počtem pozitivních pacientů a s rostoucím poměrem pacientů s těžším průběhem onemocnění vznikla na Klinice plicních nemocí a tuberkulózy Fakultní nemocnice Olomouc tzv. Post-covidová poradna. Pomoc a konzultaci v této poradně mohl vyhledat každý pacient, který prodělal onemocnění COVID-19. Mimo komplexní pneumologické vyšetření každý pacient vyplnil Beckův inventář úzkosti. A právě zde začíná spolupráce plicní a psychiatrické kliniky v rámci Fakultní nemocnice Olomouc. Cílem tohoto příspěvku bude seznámit posluchače s prvními výsledky této spolupráce. Naším cílem bylo zpracování subjektivních dotazníků zaměřených na úzkostnou problematiku, které nám poskytla plicní klinika. První výsledky této nadějně spolupráce budou prezentovány přímo na konferenci a zároveň budou zmíněny další vyhlídky tohoto partnerství.

SPÁNKOVÁ APNOE U AFEKTIVNÍCH PORUCH

Jakub Vaněk ¹,

¹ Psychiatrická klinika LF UPOL a FNOL

Naše studie se zaměřovala na screening obstrukční spánkové apnoe (OSA) v klinické populaci psychiatrických pacientů s afektivními poruchami a rizikovými faktory pro OSA pomocí screeningové metody SomnoCHECK. Metodika: Hospitalizovaní pacienti přijatí s poruchami nálady na uzavřené psychiatrické oddělení byli vybráni na základě stanovených kritérií. Kritéria pro zařazení byla: diagnóza afektivní poruchy potvrzená dvěma nezávislými psychiatry, chrápání nebo apnoické pauzy při pravidelných nočních kontrolách a BMI > 25 kg/m². Vylučovací kritéria byla: komorbidní psychotická porucha, dříve diagnostikovaná OSA, mentální postižení, organická duševní porucha, akutní koronární syndrom, akutní nebo chronické srdeční selhání, akutní plicní onemocnění, mrtvice v anamnéze, neuromuskulární poruchy nebo myorelaxační léčba. Všichni zahrnutí pacienti podstoupili noční sledování screeningovým zařízením SomnoCHECK Micro Cardio. Získaná data vyhodnotil atestovaný somnolog. Výsledky: Do studie bylo zahrnuto celkem 32 subjektů (23 žen a devět mužů). Průměrný věk byl 49,8 ± 8,8 let. Většina účastníků měla depresivní poruchu (n = 23); devět jedinců mělo bipolární poruchu. Průměrné BMI bylo 34,6 ± 6,6. Diagnostická kritéria pro OSA byla nalezena u 50 % souboru, konkrétně u 88 % mužů a 33 % žen. Korelační analýza identifikovala několik rizikových faktorů a proměnných. Závěr: Tato pilotní studie prokázala zvýšené riziko OSA u pacientů s poruchami nálady. Psychiatrickí pacienti s rizikovými faktory by měli být rutinně vyšetřeni na obstrukční spánkovou apnoe a měli by být odesláni k léčbě.

PROBLEMATIKA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU - VLASTNÍ VÝZKUM PLUS NOVÉ MOŽNOSTI KONTROLY ABSTINENCE

Lucie Bundárová¹,

¹ Klinika psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Závislost na alkoholu lze definovat jako chronické, recidivující a progredující onemocnění charakterizované silnou touhou látku užít, poruchou v kontrole užívání a pokračováním v konzumaci i přes negativní somatické a psychické důsledky. Závislost na alkoholu zasahuje do běžného fungování v životě a je spojeno se socioekonomickými a společenskými problémy. V roce 2020 bylo s diagnózou F10 (Poruchy způsobené užíváním alkoholu) vedeno ambulantně 19 416 pacientů a v důsledku této diagnózy nastalo nejvíce psychiatrických hospitalizací (5 779). V této části symposia budou prezentovány vlastní výsledky výzkumu, jak se změnila počty ošetřených pacientů s diagnózou F10 v době pandemie onemocnění COVID na Klinice psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc. U klientů podstupujících léčbu závislosti na alkoholu je důležitý průkaz abstinence, který je aktuálně stanovován pomocí přímých a nepřímých diagnostických markerů. Tedy bílkovin a enzymů, které jsou užíváním alkoholu ovlivněny. Mezi nepřímé biomarkery patří plazmatické koncentrace jaterních enzymů (ALT, AST, GGT), střední objem erytrocytů (MCV) a karbohydrát-deficientní transferin (CDT). Etylglukuronid (EtG) a ethanol jsou přímé markery. Hodnoty první zmíněné skupiny může ovlivnit řada dalších faktorů. EtG izolujeme běžně z moči, tímto markerem lze užití alkoholu prokázat asi 80 hodin (4 dny) zpětně. Cílem druhé části symposia je představit nový diagnostický marker průkazu abstinence při závislosti na alkoholu fosfatidylethanol (PEth) a představit dostupné metody analýzy, interpretační údaje, některé praktické aplikace a vyhlídky na použití tohoto biomarkeru. PEth je vedlejší metabolit ethanolu. Výhodou PEth oproti jiným biomarkerům je rozšíření okna pro detekci spotřeby etanolu, které je asi 28 dní, ale liší se dle míry spotřeby. Pomocí PEth lze stanovit také kvantitu alkoholu, která byla užitá. PEth vzniká transfosfatidylací fosfolipidů (hlavně fosfatidylcholinu) ethanollem. Homolog PEth 16:0/18:1 je nejcitlivější. Jeho senzitivita je 86 % a specifita 100 %. Izolace PEth s sebou přináší některá úskalí. Pro jeho analýzu je pacientovi nutno odebrat 5ml plné krve a biochemická analýza je poměrně náročná. V současné době se analýza PEth provádí především kapalinovou chromatografií s detekcí tandemovou hmotnostní spektrometrií. V lékařsko-právním kontextu již některé země jako Švýcarsko nebo Belgie používají stanovení PEth spolu s EtG ve forenzní medicíně, např. k navrácení řidičského průkazu po odsouzení za řízení vozidla pod vlivem alkoholu, při zvažování indikace k transplantaci jater. Krevní PEth může poskytnout informace o konzumaci alkoholu například v případě krevních vzorků odebraných se značným zpožděním v souvislosti s trestnými činy. Několik studií navrhuje stanovit vztah mezi koncentrací PEth v krvi a spotřebou etanolu (kontrolovanou nebo hlášenou). Pro stanovení mezních hodnot je třeba dalšího výzkumu. V sympoziu budou prezentovány hodnoty a prahové koncentrace PEth zjištěných v dostupných metaanalýzách.

SEKCE PRO PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U MUŽŮ, NOVÉ POZNATKY A KLINICKÉ ZKUŠENOSTI

Petra Holanová ¹,

¹ Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Poruchy příjmu potravy byly považovány za skupinu onemocnění, která primárně postihuje dívky a ženy. V subpopulaci mužů je zastoupeno celé spektrum poruch příjmu potravy zahrnující mentální anorexii, mentální bulimii, záchvatovité přejídání (BED). V klasifikaci DSM- V je zastoupená diagnóza vyhubé a restriktivní poruchy příjmu potravy (ARFID). Prevalence poruch příjmu potravy u mužů se liší podle konkrétního onemocnění, dle dostupných údajů se mentální anorexie vyskytuje u 10-15% všech případů, u mentální bulimie 8-10%, u diagnóz ARFID či BED se zastoupení mužů a žen vyrovnává. Na našem pracovišti v posledních 5 letech tvoří počet hospitalizovaných mužů ve specializovaném programu poruch příjmu potravy cca. 6-8 % pacientů. S poruchami příjmu potravy u mužů se dle literatury vyskytuje vyšší výskyt psychiatrických komorbidit- poruchy osobnosti, problematika závislostí, častěji než u žen může být anorektická symptomatika prodromální fází schizofrenního onemocnění. V rámci purgativní symptomatiky se u mužů častěji vyskytuje kompenzační cvičení než jiné očišťovací mechanismy jako je zvracení, zneužívání laxativ, anorektik. Specifickou problematikou u mužů je tzv. bigorexie (anorexie naruby, Adonisův komplex), která se dle DSM-V řadí mezi tzv. svalovou dysmorfofobickou poruchu, kde je především zdůrazněna patologie ve zkresleném vnímání vlastního těla, pocity nedostatečných tělesných rozměrů a svalové hmoty. Je ale nedílně spojena i s patologií v jídelním chování, excesivním cvičením, nadužíváním anabolik. Ve svém důsledku přináší toto onemocnění psychické a somatickými komplikace a sociální selhávání obdobné jako u žen s mentální anorexií. S nárůstem výskytu poruch příjmu potravy v populaci obecně roste i prevalence u mužů. Důležité je zlepšení diagnostiky, přístupu k léčbě, lepší porozumění podobnostem i odlišnostem v klinickém obraze u žen a mužů. Oddalování specializované péče u mužů s poruchou příjmu potravy může způsobovat i strach ze stigmatizace.

AMBULANTNÍ SPECIALIZOVANÁ PÉČE PRO PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Alena Lambertová ¹,

¹ MUDr. Alena Lambertová, Ph.D., Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK & EliteMedical s.r.o.

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou závažná, často skrývaná onemocnění, která jsou spojena s častými psychiatrickými i somatickými komorbiditami, s kognitivními poruchami, poruchami emocionality. Včasný záchyt a léčba PPP snižuje riziko chronicity, invalidizace a mortality pacientů. V roce 1983 založil doc. MUDr. František Faltus, DrSc. na Psychiatrické klinice VFN a 1. LF UK Jednotku specializované péče pro PPP na základě zkušeností z belgického Kortenbergu. Současné Centrum pro diagnostiku a léčbu PPP vede prof. MUDr. Hana Papežová, CSc. Skládá se z lůžkové části, z denního stacionáře, který vznikl v roce 2002, ze specializované poradenské a následné ambulantní léčby. Lůžkové oddělení vede MUDr. Petra Holanová. Ambulantní péči poskytuje PhDr. František Krch, Ph.D., prof. MUDr. Hana Papežová, CSc., MUDr. Alena Lambertová, Ph.D., MUDr. Petra Holanová. Léčíme celé spektrum PPP - mentální anorexii, mentální bulimii, psychogenní přejídání včetně subklinických forem onemocnění. Pacienti se do specializované poradny, ambulance objednávají přes recepci naší kliniky, event. přes ambulanci. Objednávají se buď sami, někdy prostřednictvím rodičů, partnerů, blízkých osob, na doporučení praktického lékaře, lékařů specialistů apod. Terapeutický vztah je základem pro příznivý výsledek léčby PPP. Ze strany terapeuta je nezbytná akceptace nemocného, respekt, empatie, partnerský přístup, někdy se nevyhne ani konfrontaci s nemocným. Pro pacienty s PPP je charakteristická ambivalence k léčbě, taktéž zhoršená spolupráce v léčbě. To jsou charakteristiky, které mohou u terapeutů navozovat pocit bezradnosti, mohou vést i k syndromu vyhoření (burn-out syndromu). Důležitá je proto spolupráce s kolegy psychiatry, psychology, nutričními terapeuty, sociálními pracovníky, taktéž je doporučována mezioborová spolupráce. V prezentaci bude zmíněno, jak vypadá vlastní vyšetření pacienta s PPP, edukace, motivace k léčbě, podpůrná terapie, kognitivně-behaviorální terapie, farmakoterapie u komorbidních onemocnění. Budou prezentovány konkrétní komorbidní poruchy včetně konkrétní farmakoterapie.

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY VE SPORTU A EXCESIVNÍ CVIČENÍ

Petr Minařík¹, Hana Papežová¹,

¹ Psychiatrická klinika, Centrum PPP, 1.LF UK a VFN v Praze

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou ve sportovní komunitě často utajovaným onemocněním, kterému se ale pomalu dostává pozornost i mezi laickou veřejností. Incidence PPP narůstá od konce minulého století. Výzkumy zároveň ukazují na 3x vyšší prevalenci PPP mezi sportovci než u běžné populace. Norské olympijské sportovní centrum přijímá opatření na ochranu zdraví svých sportovců. Do popředí se tak dostává samotné zdraví jedince před dosaženým výkonem. Sportovní a pohybová aktivita představuje jeden z rizikových faktorů pro vznik a průběh PPP. Nepřiměřené cvičení se objevuje v akutní fázi onemocnění, u mentální anorexie až v 80%, u mentální bulimie až u 55% pacientů. Excesivně cvičící pacienti vykazují oproti necvičícím pacientům s PPP vyšší úroveň psychického vypětí. Také častější symptomy, především úzkost, kompulze a obsese a rysy perfekcionismu a houževnatosti. S tím se pojí delší trvání léčby a častější výskyt relapsů a chronických průběhů s nepříznivou prognózou. Cílem studie je pilotní ověření dotazníku EED19 (verze 3) upraveného z norského originálu v České republice a porovnat kompulzivní cvičení a sportovní aktivitu pacientů Centra pro poruchy příjmu potravy 1. LF UK a VFN v Praze s PPP a běžnou populací (n=180). Dotazník EED 19 je self-report questionnaire o 19 otázkách rozdělených do 4 subškál. Verze pro ČR je přeložena a odsouhlasena autorkou technikou zpětného překladu (translation / back translation model). Obecná populace byla získána prostřednictvím online dotazníku s 8 doplňujícími otázkami k získání zdravého kontrolního vzorku. Celkové skóre kompulzivního cvičení hospitalizovaných a částečně hospitalizovaných pacientů s PPP bylo 2,86 (střední závažnost nutkavého cvičení) ve srovnání s běžnou populací 1,39 (žádný symptom nutkavého cvičení) na Likertově škále 0-5. Pilotní ověření částečně potvrzuje výsledky autorky dotazníku M. Danielsen et al. Ukázala se potřeba rozšířit dotazník pro zdravou populaci (doplněny otázky z dotazníku SCOFF určeného pro skríníng PPP a otázky týkající se současných psychiatrických onemocnění). Výsledky dotazníku EED19 budou dále využity pro prvotní vyhodnocení a úpravu specializované komplexní prevence, léčebného programu PPP a pro snížení rizika relapsu. Dotazník bude využit při práci se sportovně aktivními lidmi a vrcholovými sportovci k nastavení správné úrovně pohybových aktivit při léčbě PPP.

VZDĚLÁVÁNÍ, VÝZKUM A INTERDISCIPLINARITA U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Hana Papežová¹,

¹ PK 1.LF UK a VFN Praha

Naše specializovaná práce v oblasti poruch příjmu potravy spočívá v blízkém, spojení výzkumu a klinické praxe v oblasti etiopatogeneze onemocnění I implementace poznatků do klinické práce. V klinické praxi vidíme v současnosti problematickou dostupnost specializované péče převážně u dětí a adolescentů, přestože včasná intervence je důležitým prediktorem průběhu onemocnění. Proto jsme v mezinárodní odborné skupiny PCAC (Partnership, Chapter and Affiliated Committee AED) vyvinuly Minimální standardy péče, které byly přeloženy do češtiny a pracujeme na minimálních standardech odborného vzdělávání v této specializaci. Vzhledem k rychlému rozvoji výskytu celého spektra onemocnění, posunů v psychopatologickém obraze, i spektru komorbidních onemocnění vyžaduje specializovaná intervence multidisciplinárního týmu kontinuální vzdělávání i hledání účinnějších intervencí a prevence v mladších cílových skupinách. Kontinuální vzdělávání je třeba pružně adaptovat. Přestože multidisciplinární tým je dlouhodobě základem odborné péče o poruchy příjmu potravy, (nejsou zařazeny mezi SMI, na které je zaměřena Reforma psychiatrie) zařazujeme do vzdělávání zdravotníky: nutriční terapeuti a specialisty, kteří jsou sice vzdělávání na lékařských fakultách, ale zatím nebyli zařazeni do plánovaných změn ve výuce psychoterapie. Podáváme informace o akreditovaném psychoterapeutickém výcviku, kde jsou zkušenosti s odborníky, kteří jsou často angažováni v léčbě závažných poruch příjmu potravy bez dostatečného specializovaného vzdělávání, výcviku se sebezkušeností a praxe. Srovnáváme naše vzdělávací možnosti s podmínkami v zahraničí. Herrin M, Larkin M.: Nutrition counseling in the treatment of eating disorders. Routledge NY, 2013.

DĚTSKÁ PSYCHIATRIE V DATECH UZIS

Jitka Soukupová ¹,
¹ ÚZIS

V úvodním sdělení představí zástupkyně ředitele ÚZISu pro vědu a projekty RNDr. Jitka Soukupová Ph.D., projekt Datová a analytická základna moderního systému péče o duševní zdraví v ČR (Data pro psychiatrii) a Analýzu vybraných fenoménů současné dětské psychiatrie psychiatrické Dětská psychiatrie v datech UZIS.

PROČ NAJEDNOU PROBLÉM RODOVÉ IDENTITY ZAJÍMÁ DĚTSKÉ PSYCHIATRY?

Pavel Theiner ¹,
¹ Psychiatrická klinika FN Brno a Masarykovy univerzity

Poruchy pohlavní identity (GID) jsou dlouhodobě definovány v psychiatrických manuálech a dětské psychiatrii o nich vždy měli povědomí. V dětském a dorostovém věku byla tato problematika spíše vzácná a dětské psychiatrii tak odesílali své pacienty do sexuologické péče, která byla v České republice dostatečně funkční a kapacitní. Odhadem v posledních 10 letech dochází k masivnímu nárůstu dospívajících pacientů s poruchou pohlavní identity, a to především biologických dívek. Často mají jiný psychologický profil, než tomu bylo před léty, kromě poruchy pohlavní identity se objevují závažné psychické problémy, sebepoškozování a sebevražedné pokusy. V minulosti jsme biologické dívky s poruchou pohlavní identity znaly spíše jako dobře psychicky komponované. Tento nárůst je patrný v celém vyspělém světě. Tento nárůst se různí odborníci snaží vysvětlit různě a z toho pak plynou doporučení, jak k těmto pacientům přistupovat či kdy a jak zahajovat léčbu. Pravdou ale je, že o příčinách víme velmi málo. Ve chvíli, kdy kapacita sexuologů vůbec nedostačuje, musí dětské psychiatrii, ale i pediatrii hledat vlastní řešení, jak pomoci této skupině pacientů.

2. PORUCHA RODOVÉ IDENTITY U PEDIATRICKÉ POPULACE Z POHLEDU PSYCHOLOGA.

Petr Weiss ¹,
¹ Sexuologický ústav 1LF a VFN, Katedra psychologie FF UK, NUDZ

V posledních letech je stále aktuálnější problematika genderové identity, a to jak z hlediska odborného, tak i z hlediska mediálního. Nejnápadnější je přitom nárůst dětské klientely s diagnostikovanou GID v sexuologických ambulancích v posledních letech. Tento trend pozorujeme ne pouze u naší populace, na tento nárůst upozorňují i kolegové v jiných zemích. Přednáška je proto zaměřena na ilustraci tohoto nárůstu a na rozbor jeho možných příčin. Kromě toho poskytuje přehled základních pojmů genderové problematiky i diagnostiky a aktuálních možností terapie dětí a dospívajících s genderovou dysforií v České republice.

DĚTI S GENDER DYSFORIÍ

Petra Sejbalová ¹,

¹ Sexuologické oddělení FN Brno

V posledních letech výrazně přibývá dětí s genderovou dysforií. Ve velké většině se jedná o nezletilé a mladistvé dívky. Přednáška se zabývá problematikou diagnostiky a péče o tyto děti.

PRAKTICKÁ ZKUŠENOST S DOCHÁZKOU ADOLESCENTŮ S PORUCHOU POHLAVNÍ IDENTITY DO DENNÍHO STACIONÁŘE PRO ADOLESCENTY

Petra Uhlíková ¹,

¹ Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha 2

Sdělení shrnuje kazuistické zkušenosti s účastí adolescentů s poruchou pohlavní identity, transsexualizmem, v programu Denního stacionáře. Podle dat ÚZISu počet dětí s diagnózou F64 (poruchy pohlavní identity) v ambulantní psychiatrické péči stoupl od roku 2010 do roku 2020 8,5x, 4x častěji se jedná o dívky. Obdobně se projevil vzestup i mezi pacienty denního stacionáře, kde jsou v posledních 2 letech z 16 pacientů 2-3 osoby s poruchou pohlavní identity, nejčastěji se jedná o dívky s transsexualizmem. V psychoterapeutickém programu tak k běžným tématům dospívání přibýlo téma pochybností o genderové identitě a s ním také téma tolerance a přístupu okolí k požadovaným změnám, od způsobu oslovení přes změnu jména až ke spolupráci se sexuologií a léčbě směřující ke změně pohlaví. Porucha pohlavní identity byla vždy vedlejší diagnózou, pacienti ale často přicházeli do stacionáře pro psychické obtíže, které s touto diagnózou souvisely. Jen výjimečně se diagnóza poruchy pohlavní identity nepotvrdila. Sdělení je doplněno několika kazuistikami.

POHLED NA LÉČBU SCHIZOFRENIE V 21. STOLETÍ (SYMPOZIUM ANGELINI PHARMA ČESKÁ REPUBLIKA S.R.O.)

LAURIE - INTERAKTIVNÍ KAZUISTIKY INSPIROVANÉ REÁLNÝMI PACIENTY

Elis Bártečků ¹,

¹ PK FN Brno

Abstrakt není k dispozici

OBJEM PASU A MOZKU SPOLU ÚZCE SOUVISÍ – VLIV OBEZITY NA MOZEK LIDI S BIPOLÁRNÍ PORUCHOU NEBO SCHIZOFRENIÍ

Tomáš Hájek ¹,

¹ Dalhousie University, Department of Psychiatry, Canada

Abstrakt není k dispozici

KARIPRAZIN – CESTA K FUNKČNÍ REMISI (SYMPOZIUM GEDEON RICHTER MARKETING ČR, S.R.O.)

NEGATIVNÍ PŘÍZNAKY V PRAXI: PROČ A JAK JE SLEDOVAT

Pavel Mohr ¹,

¹ NUDZ

Abstrakt není k dispozici

KARIPRAZIN V POST-AKUTNÍ FÁZI LÉČBY SCHIZOFRENIE

Miloslav Kopeček ¹,

¹ NUDZ

Abstrakt není k dispozici

LÉČBA KARIPRAZINEM V AMBULANTNÍ PRAXI

Jan Čermák ¹,

¹ Psychiatrie Říčany

Abstrakt není k dispozici

MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE - DISKUZNÍ SYMPOZIUM PS ČLS JEP A SDRUŽENÍ PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ ČR

- Petr Šonka: Co by si praktičtí lékaři přáli od psychiatrů?
- Martin Anders: Co by si psychiatři přáli od praktických lékařů?
- Témata:
 - odraz reformy psychiatrické péče v primární péči
 - reflexe činnosti ambulancí s rozšířenou péčí a CDZ
 - psychiatrická dispenzární péče
 - propojený systém péče o depresivní a úzkostné pacienty
 - vzájemné předávání informací a lékařských zpráv
 - aktuální novinky v podmínkách péče o pacienty trpící demencemi (dopad uvolnění preskripce kognitiv, centra vysoce specializované péče o pacienta trpící AD, postřehy a potřeby pl)
- zkušenosti ze sdílení praxí (možná cesta i pro psychiatrické ambulance?)

DISKUZNÍ SYMPOZIUM PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP A SDRUŽENÍ PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ ČESKÉ REPUBLIKY

Petr Šonka ², Martin Anders ¹,

¹ Psychiatrická společnost ČLS JEP

² Sdružení praktických lékařů České Republiky

Petr Šonka: Co by si praktičtí lékaři přáli od psychiatrů? Martin Anders: Co by si psychiatři přáli od praktických lékařů? Témata: • odraz reformy psychiatrické péče v primární péči • reflexe činnosti ambulancí s rozšířenou péčí a CDZ • psychiatrická dispenzární péče • propojený systém péče o depresivní a úzkostné pacienty • vzájemné předávání informací a lékařských zpráv • aktuální novinky v podmínkách péče o pacienty trpící demencemi (dopad uvolnění preskripce kognitiv, centra vysoce specializované péče o pacienta trpící AD, postřehy a potřeby pl) • zkušenosti ze sdílení praxí (možná cesta i pro psychiatrické ambulance?)

REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE

- Hollý M., Papežová S., Mička P. - Souhrn reformy - úvod a souhrn reformy
- Soukupová J. - Výstupy reformy v datech ÚZIS
- Mrázek J. - Financování psychiatrické péče
- Michálek J. - Tranfsormace psychiatrické péče

• V diskusi: J.Michálek, I. Svobodová K. Laurenčíková Šimáčková, J. Soukupová, M. Hollý, S. Papežová, J. Mrázek, I. Duškov, J. Bodnár

SOUHRN REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE - PANELOVÁ DISKUSE

Václav Janalík ⁵, Klára Laurenčíková Šimáčková ³, Martin Hollý ⁶, Simona Papežová ⁶, Jitka Soukupová ¹, Jiří Mrázek ⁴, Jan Michálek ³, Tomáš Kašpárek ⁶,

¹ ÚZIS

³ Ministerstvo zdravotnictví

⁴ Všeobecná zdravotní pojišťovna

⁵ Svaz zdravotních pojišťoven

⁶ Psychiatrická společnost

V roce 2013 v návaznosti na mezinárodní dokumenty (Deklarace o duševním zdraví, Akční plán duševního zdraví pro Evropu, Zelenou knihu Komise evropských společenství) a také v návaznosti na koncepční materiály Psychiatrické společnosti byl za účasti mnoha stakeholderů podílejících se na péči o duševně nemocné na Ministerstvu zdravotnictví vytvořen a přijat strategický dokument „Strategie reformy psychiatrické péče“ (SRPP). Na tuto strategii navazují další akční plány, které řeší pokračování reformy v širším pojetí a v dalších letech: Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030 (schválen vládou 1/2020), Národní akční plán prevence sebevražd 2020 – 2030 (schválen vládou 6/2020), Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020 – 2030 (schválen vládou 4/2021). Není třeba skrývat, že přesto, že v rámci přípravy výše zmíněného strategického dokumentu (SRPP) byla dosažena shoda na výše uvedeném, ne všichni poskytovatelé psychiatrických služeb očekávali změny s nadšením a podporou. Zvláště poskytovatelé lůžkové následné péče (psychiatrické nemocnice) se obávali tlaku na redukci lůžek bez dostatečně rozvinuté sítě služeb extramurálních, někteří poskytovatelé ambulantních služeb neměli dostatečnou důvěru v avizovaná centra duševního zdraví. Zasluhou aktivního přístupu Psychiatrické společnosti a v neposlední řadě zásluhou většiny aktivit uskutečněných v rámci projektů ESIF se podařilo to nejdůležitější, a to změnit smýšlení o reformních krocích, zmírnit obavy, které panovaly, vyvrátit mýty a získat mnohé poskytovatele psychiatrické péče na stranu těch, kteří se na ní aktivně podílejí. Dochází ke změnám ve všech čtyřech „pilířích“ psychiatrické péče (psychiatrické ambulance, psychiatrické nemocnice, oddělení akutní psychiatrické péče, centra duševního zdraví). Tyto změny musí být koordinované, provázané, a probíhat ve všech rovinách – v dostatečné informovanosti o změnách v organizaci péče, v oblasti financování a v neposlední řadě v jejich legislativním ukotvení. V rámci symposia budou zmíněny podstatné změny, které se udály, bude příležitost na diskusi se zástupci odborné společnosti, zástupci MZ i zdravotních pojišťoven.

PLENÁRNÍ PŘEDNÁŠKA - MIMOBOBOROVÁ

MENDEL A GENETIKA – PŘESAHY DO DNEŠNÍCH DNŮ

Šárka Pospíšilová ¹,

¹ Prorektorka pro výzkum a doktorské studium - Masarykova univerzita, Brno

Abstrakt není k dispozici

METODY PSYCHIATRIE BUDOUCNOSTI?

REAL-TIME FMRI NEUROFEEDBACK JAKO METODA LÉČBY V PSYCHIATRII

Pavla Linhartová ¹,

¹ Psychiatrická klinika FN Brno a LF MU

Real-time fMRI neurofeedback je inovativní metoda, při které je člověku v magnetické rezonanci prezentována aktuální úroveň mozkové aktivity z určité části jeho vlastního mozku. Úkolem je pak cíleně ovlivňovat úroveň aktivity v požadovaném směru, a tím se učit regulovat svou mozkovou aktivitu za pomoci neurofeedbacku. Protože magnetická rezonance má vysoké rozlišení, můžeme zpracovávat a prezentovat neurofeedback z jakékoliv konkrétní části mozku, mozkové sítě nebo třeba mozkové konektivity. Neurofeedback jako metodu léčby lze využít v zásadě dvěma způsoby. Za prvé můžeme identifikovat oblast mozku, která je spojena s výskytem určitých symptomů, za druhé můžeme identifikovat oblast mozku, která souvisí s určitou funkcí, která je narušena. Neurofeedback z vybrané oblasti poté prezentujeme v magnetické rezonanci pacientovi s daným onemocněním, který se učí záměrně ovlivňovat aktivitu dané mozkové oblasti žádoucím směrem s cílem, aby došlo k redukci symptomů nebo posílení narušené funkce. Neurofeedback má potenciál jako metoda léčby u řady psychických, ale i neurologických onemocnění - např. deprese, úzkostné poruchy, posttraumatická stresová porucha, hraniční porucha osobnosti, ADHD, chronická bolest, motorické poruchy, tinnitus a jiné. Ve většině oblastí je výzkum účinnosti fMRI neurofeedbacku v pilotních fázích. Největší evidenci má aktuálně efekt fMRI neurofeedbacku amygdaly na snížení deprese. Studie fMRI neurofeedbacku provází také řada metodologických výzev. V závěru příspěvku se věnujeme diskuzi, jak velký potenciál má fMRI neurofeedback jako metoda léčby v běžné psychiatrické praxi. Příspěvek byl podpořen grantem MZ ČR č. NU20-04-00410, projektem Specifického vysokoškolského výzkumu MŠMT č. MUNI/A/1385/2021 a projektem Rozvoje výzkumné organizace MZ ČR (FNBr, 65269705).

NEUROSTIMULACE U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY – VÝCHODISKA A TERAPEUTICKÉ CÍLE

Petra Holštajn Zemánková ¹,

¹ Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

Poruchy příjmu potravy patří mezi závažná a zároveň obtížně léčitelná psychiatrická onemocnění. Proto je potřeba hledat nové cesty, jak docílit uspokojivějších výsledků v terapii. S novými poznatky z oblasti neurobiologie poruch příjmu potravy se v poslední době postupně množí i studie zkoumající léčebný potenciál invazivních a neinvazivních neurostimulačních technik. V tomto příspěvku se společně s teoretickými východisky pokusím shrnout současnou evidenci klinických studií využívajících neurostimulace v léčbě mentální anorexie a mentální bulimie, mimo jiné z pohledu toho, na jaké oblasti mozku stimulace cílí. V neposlední řadě se zaměřím i na otázku, jak slibně se z hlediska budoucí terapeutické praxe jeví výsledky těchto klinických studií.

VIRTUÁLNÍ REALITA PRO EKOLOGICKY VALIDNÍ TESTOVÁNÍ FUNKCÍ CNS U DUŠEVNÍCH PORUCH

Elis Bartečků¹, David Antoš¹, Jana Hořínková¹, Tomáš Švec², Robert Roman¹,

¹ Psychiatrická klinika Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno

² Fakulta informatiky, Vysoké učení technické, Brno

ÚVOD Virtuální realita (VR) je pokročilé rozhraní mezi člověkem a počítačem, které umožňuje simulovat realistické prostředí a interakce v něm. Důležitou vlastností VR, která jí odlišuje od jiných typů rozhraní, je možnost navodit ponoření (imerzi), tedy pocit fyzické přítomnosti ve virtuálním prostředí. To se děje prostřednictvím nahrazení vjemů z reálného prostředí vjemy simulovanými, většinou s pomocí tzv. headsetu (v češtině poněkud nepřesně překládáno jako brýle pro VR, helma pro VR nebo projekční helma). To je rozdíl oproti vylepšené realitě (augmented reality, AR), kdy je reálné prostředí doplňováno počítačem generovanými vjemy. Ve VR je možné simulovat jakékoliv prostředí, i takové, kterému nelze uživatele za normálních okolností vystavit. Dále lze relativně volně manipulovat jak se samotným simulovaným prostředím, tak s jinými poskytovanými stimuly. Chování uživatele ve virtuálním prostředí lze navíc sledovat a měřit. Díky všem zmíněným vlastnostem je VR vhodným nástrojem pro využití VR jako nástroje v psychiatrii, psychologii a neurovědách. O tomto způsobu využití VR se hovoří již od 90. let 20. století. Teprve recentní rozvoj uživatelsky přívětivého a cenově přijatelného hardware dal tomuto směru aplikace nový impuls. Aplikace VR v psychiatrii lze rozdělit v podstatě na dvě velké skupiny: intervence a testování. Intervence zahrnují zejména aplikace terapeutické, tréninkové a edukační. Naprostá většina literatury věnující se VR v psychiatrii se zabývá právě možnostmi jejího využití v terapii. Testování ve VR se v literatuře vyskytuje méně často a jeho využití zahrnuje diagnostiku a výzkum duševních poruch. Díky imerzivním vlastnostem poskytuje VR při tomto způsobu aplikace vysokou ekologickou validitu. Možnost měření pohybu a chování uživatele je pak neméně důležitá vlastnost. Sezení ve VR lze dále doplnit o další měření, například biosignálů, a možnosti testování tak dále rozšířit. METODY Obsahem této prezentace bude přehled literatury zabývající se testováním ve VR, tedy diagnostickým a výzkumným využitím. Budou poskytnuty příklady metodologie a aplikací u jednotlivých skupin psychiatrických diagnóz. Následovat bude přehled limitací a výzev v tomto způsobu využití VR. Nakonec bude představena aplikace s názvem Ekhi jakožto rámec pro účely terapie, diagnostiky a výzkumu duševních poruch. VÝSLEDKY V literatuře se jako nejčastější metodologické postupy uvádí měření odezvy uživatelů na specifické stimuly a sledování uživatelů během plnění úkolů. Jako příklad prvního zmíněného postupu lze uvést měření stresové reakce při vystavení environmentálním stimulům u úzkostných a stresem podmíněných poruch. Tato metodologie ale byla využita také například při hodnocení paranoidity nebo výzkumu narušení pocitu vlastnictví těla u schizofrenie pomocí iluze přenosu těla (body transfer illusion). Druhý zmíněný postup, měření během plnění úkolů, byl využit například při hodnocení kognitivních a exekutivních funkcí u kognitivních poruch. Co se týče jednotlivých diagnostických okruhů, tak intervence ve VR jsou dominantní aplikací u poruch úzkostných, stresem podmíněných a poruch příjmu potravy. Naproti tomu u psychotických poruch jednoznačně převažovaly aplikace využívající testování pro diagnostiku a výzkum. U dalších diagnostických okruhů byl poměr obou typů aplikací více vyvážený, týká se to návykových poruch, kognitivního deficitu a demence, autismu a poruchy pozornosti s hyperaktivitou. Skupinami poruch, u kterých byly překvapivě málo využity jak intervenční, tak testovací aplikace byly poruchy nálady a obsedantně-kompulzivní porucha. Pomineme-li možnost nežádoucích účinků VR během sezení zahrnující simulátorovou nevolnost (simulator sickness, VR sickness nebo cybersickness) a tzv. následné efekty (aftereffects), pak největšími limitacemi a výzvami využití VR je standardizace a náročnost vývoje. Různé studie využívají různé technické vybavení, různý software s různorodým způsobem sběru a ukládání dat. Toto zhoršuje možnost srovnávání a zobecňování výsledků. Opakovaný vývoj scénářů ve VR je rovněž časově, personálně a technicky náročný. Projekt Ekhi, který je vyvíjen na Vysokém učení technickém ve spolupráci s Psychiatrickou klinikou Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno má za cíl být příspěvkem v řešení některých zmíněných výzev. Aplikace Ekhi bude jednotným technologickým rámcem pro snadné vytváření scénářů ve VR. Součástí platformy bude také možnost sběru dat včetně různých biosignálů, jejich online zobrazení i využití pro biofeedback ve VR. Další inovací je možnost monitorovat a ovládat sezení na dálku pomocí webové aplikace. ZÁVĚR Virtuální realita může být užitečným nástrojem při testování za účelem diagnostiky a výzkumu duševních poruch. Limitace využití VR zahrnují problematickou standardizaci na úrovni hardwaru, softwaru i sběru dat, která omezuje generalizaci získaných výsledků z jednotlivých studií. Další limitací je technická, časová a personální náročnost vývoje jednotlivých scénářů a aplikací ve VR.

TKÁŇOVÉ MODELY CNS DERIVOVANÉ Z BUNĚK PACIENTŮ PRO STUDIUM DUŠEVNÍCH NEMOCÍ A MECHANISMŮ LÉČBY.

Tomáš Kašpárek ¹,

¹ Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

Sdělení přináší přehled současných znalostí, získaných díky studiu neuronů a glie indukovaných ze somatických buněk pacientů pomocí technologie lidských indukovaných pluripotentních buněk (hiPSC). Tato technologie umožňuje studovat žijící buňky a jejich změny dané genetickými faktory nemocí. Můžeme tak sledovat změny v průběhu jejich maturace a organizace do komplexnějších struktur, jsme schopní sledovat změny exprese genů a jejich regulace v průběhu, včetně jejich morfologických a funkčních projevů a pozorovat, zda tyto změny dokáže korigovat aplikace psychofarmak. Přestože je rozvoj duševních nemocí daný interakcí mezi genetickými faktory a faktory prostředí a hiPSC modely tedy nemohou reprezentovat přímo patologii jednotlivých psychických poruch, umožňují nám tyto modely získávat informace o biologickém substrátu, který představuje dispozici pro rozvoj nemocí. Zaměříme se zejména na nálezy u schizofrenie a bipolární poruchy.

SEKCE PSYCHOTERAPEUTICKÁ

AKTUÁLNÍ DĚNÍ NA POLI PSYCHOTERAPIE

Juraj Rektor ¹,

¹ Psychosociální centrum Přerov

V přednášce zazní informace o aktuálním dění v oboru. Z oblasti vzdělávání budeme referovat o vzniku nového nastavbového oboru Lékařská psychoterapie a o nových kritériích IPVZ pro psychoterapeutické výcvikové programy. Zazní i informace o činnosti pracovní skupiny MZ pro rozvoj psychoterapie, především vznik nového třístupňového modelu poskytování psychoterapie ve zdravotnictví a příprava vázané psychoterapeuticko-poradenské živnosti mimo zdravotnictví.

ATRAKTIVITA PSYCHOTERAPIE

Ján Praško ¹, František Matuška ²,

¹ Klinika psychiatrie FNOL, Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, Katedra psychoterapie IPVZ, Jessenia, Rehabilitační nemocnice Beroun, Akeso holding

² Psychoterapeutická klinika HERMÉS Group, s.r.o. Praha 4 – Nusle

Psychoterapie je sice potřebná pro léčbu většiny psychických poruch, zejména v oblasti „malé psychiatrie“, kam spadá většina pacientů a je ve většině doporučených postupů ve světel léčbou první volby, její provádění atraktivní pro psychiatry ani klinické psychology není. Jedním z důvodů je očividná diskrepance mezi náročností psychoterapeutického vzdělávání, finančních nákladů na ně, a úhradami za psychoterapeutické výkony. Psychiatrovi se podstatně více vyplatí dělat kontrolní vyšetření než psychoterapeutická sezení. Takto nastavené úhradové mechanismy psychoterapii významně znevýhodňují. Tato diskrepance vznikla také historicky postupným navyšováním kvalifikačních požadavků – navyšování požadavků na rozsah samotných výcviků, ale především prodlužováním předatestační přípravy. Rovněž chybí nebo je nedostatečné financování odborných garantů / školitelů tak, aby bylo dostatečně atraktivní se v systému přípravě začínajících specialistů angažovat. Taková práce se musí zkušenému profesionálovi vyplatit. Pokud systém potřebuje více takových poskytovatelů psychoterapie, měl by to být systém, který se bude na financování minimálně spolupodílet. Protože je psychoterapie součástí léčebných standardů u mnoha psychických poruch a onemocnění, hrozí reálné riziko, že tyto standardy brzy nebudou vůbec naplňovány. Bude se prohlubovat i nenaplňování ústavou daného práva na bezplatnou zdravotní péči, za kterou je zodpovědný stát. Zjevná je malá ochota zdravotních pojišťoven rozšiřovat síť psychoterapeutických zařízení. Tato síť je nedostatečná ve srovnání se zeměmi s podobně rozvinutou zdravotní péčí. Vyhánějí tak pacienty do placených služeb, vesměs mimo zdravotnictví. Neúnosně nízké jsou rovněž platy klinických psychologů, dominantních poskytovatelů psychoterapie, ve zdravotnických zařízeních (nedosahují až na výjimky platu zdravotních sester). Mezi možná řešení situace patří: • Vyvinout tlak na plátce (zdravotní pojišťovny, zaměstnavatele), aby investovali do psychoterapie více finančních prostředků. • Finančně podpořit vzdělávání těchto odborníků. • Výrazně rozšířit síť psychoterapeutických pracovišť. • V krátkodobém horizontu lze jednoduše upravit navýšení úhrady u individuální i skupinové psychoterapie. U skupinové psychoterapie by zvýšení plateb posílilo motivaci, k práci v této modalitě, která navíc pojme více pacientů. • Jasně oddělit psychoterapii ve zdravotnictví od uplatňování psychoterapeutického vzdělání mimo něj, které negativně ovlivňuje zájem o práci ve zdravotnictví.

NA ZOTAVENÍ ZAMĚŘENÁ TERAPIE TĚŽKÝCH DUŠEVNÍCH PORUCH

Petr Možný ¹,

¹ Psychiatrická nemocnice Kroměříž

Jedná se o terapeutický program, který v posledních deseti letech svého života vytvořil a jehož účinnost ověřil jen z nejlivnějších psychoterapeutů 20. století A. T. Beck (zemřel v roce 2021 ve 100 letech věku) se svými spolupracovníky. Tento terapeutický program vychází z kognitivní terapie a jeho cílem pomoci lidem, kteří trpí chronickými dlouholetými psychickými potížemi, jako je chronická schizofrenie či deprese, najít smysluplné životní cíle, o jejichž naplnění by mohli usilovat. Vychází se přitom z podrobné analýzy dřívějších schopností a úspěchů dotyčných jedinců, přičemž úkolem terapeuta je zpochybnit platnost kognitivních schémat pacienta, která mu brání v úsilí o změnu jeho situace k lepšímu, a pomoci mu najít jednotlivé kroky, kterými se může k dosažení svých životních cílů a naplnění jeho životních hodnot přiblížit. Terapeutický program vychází z optimistického předpokladu, že i u jedinců s chronickou duševní poruchou je možné dosáhnout změny k lepšímu, a že je to sám pacient, kdo má schopnost změnit svůj život způsobem, který si sám přeje.

ON-LINE TERAPIE A E-PSYCHOEDUKACE, VÝZNAM A EFEKTIVITA

Ján Praško ¹, Marie Ocisková ¹, Jelena Holomany ²,

¹ Klinika psychiatrie FNOL, Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, Katedra psychoterapie IPVZ, Jessenia, Rehabilitační nemocnice Beroun, Akeso holding

² Mindwalk, s.r.o. Praha

Internet se stává důležitým zdrojem informací a výměny a může mít výrazný vliv na chování a rozhodování související se zdravím. Psychoedukace na internetu s přístupy kognitivně behaviorální terapie umožňuje zvýšit dostupnost psychosociální péče pro větší počet pacientů pomocí moderních technologií. Intervence po internetu mohou být účinnou dopomocí existujícím zdravotním přístupům. Internetová psychoedukace a terapie typicky zahrnuje internetový kontakt mezi konzumentem a terapeutem a strukturovaný program na webových stránkách, kterým klienta terapeut doprovází. Internetový program takto nabízí unikátní možnost provádět ověřené zdravotní programy bez intenzivního vstupu terapeuta rozšířit množství lidí, kterým je tato léčba poskytována. To může být výhodou také v období udržovací léčby. V posledním dvaceti letech byly intenzivně vědecky zkoumány internetové psychoedukační a kognitivně behaviorální programy pro pacienty s depresí, panickou poruchou, sociální fobii, PTSD, generalizovanou úzkostnou poruchou a dalšími psychickými poruchami. Četné meta-analýzy ukazují, že efektivita těchto programů je podobná, jako efektivita psychoterapie tváří v tvář. Terapeutický vztah se ukázal jako významný faktor těchto programů. Klienti důvěřují e-terapeutovi, ochotně se svěřují a vztah se neliší od běžného terapeutického vztahu. Ovšem na konci programu přičítají změnu stavu sobě, nikoliv terapeutovi. Kromě celé řady psychických poruch byly rovněž úspěšně testovány programy pro psychosomatické stavy, jako jsou bolesti hlavy a tinnitus, které se ukázaly být účinné. Sami jsme testovali internetový psychoedukační program pro pacienty s bipolární afektivní poruchou. Aktuálně ověřujeme psychoedukační programy pro klienty s depresí, generalizovanou úzkostnou poruchou a klienty prožívající nadměrný stres. Přednáška ukáže výsledky výzkumů ze světa, vlastní výsledky a bude prezentovat filozofii programů a ukázky z psychoedukačních programů.

SYMPOZIUM ACCORD HEALTHCARE S.R.O.

„ADIKTOLOGIE V NEKLIDNÉ DOBĚ, ANEB CO JSME (NE)ČEKALI PO COVIDU“

Petr Popov ¹,

¹ Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze

Abstrakt není k dispozici

KOMPETENCE PSYCHIATRICKÝCH SESTER - KDE JSME A KAM SMĚŘUJEME?

KOMPETENCE PSYCHIATRICKÝCH SESTER - KDE JSME A KAM SMĚŘUJEME?

Tomáš Petr¹,

¹ Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha

Příspěvek se bude věnovat aktuálním kompetencím psychiatrických sester a to z pohledu jejich legislativního ukotvení, tak i z pohledu jejich využívání v praxi. Jsou sestry na definované činnosti dobře odborně připraveny, mají možnost je v praxi vykonávat, co by bylo potřeba k posílení role sester v praxi, jaké změny jsou v budoucnu žádoucí - to jsou některé z otázek, na které bude příspěvek a následně i celé sympozium hledat odpovědi.

„RADOSTI A STRASTI“ SAMOSTATNĚ PRACUJÍCÍ KOMUNITNÍ SESTRY

Věra Perglová¹,

¹ Lomikámen, z.ú.

Vstup samostatně pracujících terénních psychiatrických sester působících ve středočeském kraji. Popis přímé práce s pacienty v jejich přirozeném prostředí. Překonávání "nástrah", kterým sestra v terénu čelí. Spolupráce s týmem sociálních pracovníků. Rozdíl v pohledu na fungování pacienta očima sestry z ambulance a z terénu. Jak vypadá práce v pomalu se rozrůstajícím mini terénním týmu směřujícím k širší multidisciplinaritě? Jeden den se "sestrou v akci" :)

ROLE SESTRY V INDIVIDUÁLNÍM PLÁNOVÁNÍ V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI

Andrea Honetschlägerová¹, Hana Tošnarová¹,

¹ Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha

Individuální plánování v současné době patří ke stěžejním činnostem sester pracujících v psychiatrických nemocnicích. Tento příspěvek zprostředkovává zkušenosti z psychiatrické nemocnice Bohnice s procesem zavádění pravidelného setkávání s komunitními službami, individuálního plánování a především s procesem změny přístupu sester k poskytované péči. V závěru sdělení jsou formulovány zásadní činnosti sester, které definují jejich roli v multidisciplinárním týmu.

PROPOJENÍ AMBULANTNÍCH KRIZOVÝCH SLUŽEB S URGENTNÍM PŘÍJMEM VE VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICI V PRAZE

Zuzana Fišarová ², Milan Demjanenko ¹,

¹ Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

² Všeobecná fakultní nemocnice v Praze; ČAS Psychiatrická sekce

Stávající síť krizových center má být od letošního roku doplněna o Centra krizové péče, která vzniknou či již vznikají ve vybraných nemocnicích v jednotlivých krajích České republiky. Smyslem jejich geneze je propojení krizových služeb s urgentními příjmy nemocnic. Otevírá se tak další možnost nabídnout bezprostřední pomoc a podporu lidem, kteří se momentálně nacházejí v pro ně vlastními silami neřešitelné krizové situaci a v nemocnici se ocitli patrně z jiných důvodů. Efektivita fungování center krizových služeb bývá obvykle posuzována dle jejich dostupnosti, multidisciplinárního týmového přístupu a nízkoprahovosti. Nízkoprahová zařízení jsou standardně typem sociálních zařízení a služby, které poskytuje, jsou dané zákonem o sociálních službách. Pro tyto služby je kromě jiného charakteristické zejména to, že jsou poskytovány bez nutnosti nejrůznějších potvrzení, doporučení, dokladů, nezávisle na anonymně. V případě zřizování krizových služeb v rámci nemocničních zařízení, kdy se předpokládají určité administrativní úkony, například v podobě vykazování zdravotních výkonů, je anonymita pacienta (klienta) v podstatě vyloučena. I když si uvědomujeme určitá omezení, vyplývající především ze samotné podstaty služeb nabízených v rámci krizových center, pokusili jsme se o založení Centra krizové péče ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Jde o zdravotnické zařízení, které poskytuje psychiatrickou, psychologickou a terapeutickou pomoc při stabilizaci krize v bezpečném a podpůrném prostředí. Náš multidisciplinární tým nabízí krátkodobou krizovou stabilizační péči a podporu v takových životních situacích, které již nelze zvládat vlastními silami a je potřeba pomoci s jejich konstruktivním řešením. Ambulantní konzultace zahrnují vstupní vyhodnocení situace a psychického stavu, poskytnutí specializované podpory, v případě potřeby indikaci dalších zdravotnických služeb včetně případné hospitalizace. Dále pak poradenství, podporu a orientaci v návazných službách, koordinaci spolupráce s dalšími návaznými službami, které mohou být užitečné při řešení konkrétní krize. Provoz telefonní linky umožňuje především včasnou psychosociální intervenci; poradenství, podporu a orientaci v dalších službách, tato nemá parametr krizové telefonní linky, ale má více informační a směřující charakter. Cílem příspěvku je představit vznik Centra krizové péče ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, prezentovat jeho propojení se Společným příjmem interně nemocných pacientů, tedy urgentním příjmem a sdílet první zkušenosti s jeho praktickým fungováním včetně rolí a kompetencí psychiatrických sester a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků v tomto centru. Prezentována a diskutována budou i možná úskalí, která prolínání zdravotních a sociálních služeb v této oblasti přináší. Klíčová slova: centrum krizové péče, krizová intervence, multidisciplinarita, poradenství, urgentní příjem, kompetence psychiatrických sester

SUICIDALITA A SEBEPOŠKOZOVÁNÍ U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ V ČASECH COVIDU

Jiří Koutek¹, Jana Kocourková¹,

¹ Dětská psychiatrická klinika UK 2.LF a FN Motol

Celosvětová koronavirová pandemie ovlivňuje naše životy již od jara roku 2020. Množí se zprávy o tom, jak tato situace negativně ovlivňuje duševní zdraví společnosti. Působí napětí, které vzniká v rodinách v důsledku hrozícího infekčního onemocnění, podstatné změny způsobu života při karanténních opatřeních a očekávaných ekonomických problémů. Tyto změny dopadaly i na děti a dospívající ve formě uzavření škol a omezení všech zájmových aktivit. Došlo k negativnímu ovlivnění režimu dětí, které nechodí do školy, nemají žádné kroužky, přestaly sportovat. V případě nestabilních a konfliktních rodinných vztahů trpí děti navíc tím, že jsou více tomuto prostředí vystaveny. U dětí a adolescentů se může též rozvinout strach z infekce, frustrace a nuda z přerušení kontaktu s přáteli a učiteli, chybění soukromí doma. V posledních dvou letech sledujeme výrazný nárůst autoagresivního jednání ve smyslu suicidálního pokusu, často v kombinaci se sebepoškozováním. Jde o trend, který jsme viděli již před covidovou pandemií. Typickým pacientem pedopsyiatrického lůžkového oddělení v současné době je dívka mezi 14. a 17. rokem, která se dlouhodobě sebepoškozuje, má sebevražedné myšlenky a tendence, nebo se dopustila suicidálního pokusu. Nemáme k dispozici přesná statistická čísla týkající se sebevražedných pokusů u dětí a dospívajících. Určitý trend nám ukazuje počet pacientů přijatých na Dětskou psychiatrickou kliniku FNM po sebevražedném pokusu. Zatímco v letech 1995-1999 to bylo průměrně 25 pacientů, v letech 2010-2016 42 dětí a dospívajících, v následujících letech do roku 2020 počet stoupl na 79. Dramatický nárůst na 131 pacientů po suicidálním pokusu a 299 sebepoškozujících se jsme zaznamenali v roce 2021. Zatím nemáme k dispozici statistiku dokonaných suicidií za rok 2021, je otázkou, zda se zvýšený počet suicidálních pokusů projeví i v počtu sebevražd dokonaných. Některé znepokojivé zprávy z médií z přelomu roků 2021 až 2022 by tomu nasvědčovaly. Vzestup počtu pacientů hospitalizovaných po sebevražedném pokusu je doprovázen nárůstem sebepoškozujících se dětí a adolescentů, resp. převážně adolescentek. V současné době se prolíná sebevražedné jednání se sebepoškozováním, zdá se, že se tato autoagresivní jednání vzájemně potencují. Suicidální jednání a sebepoškozování v dětství dospívání představuje riziko pro v tomto období probíhající vývojový proces. Toto autoagresivní jednání je spojeno s řadou psychiatrických poruch, podílejí se na něm různé rizikové faktory. Sebeпоškozování sice nemá primární sebevražedný motiv, ale zejména v poslední době, i pod vlivem zátěže covidové pandemie, se se suicidalitou prolíná. Pro sebepoškozování je typická návykovost až vznik závislosti, která vede zpětně k emoční labilitě a může odstartovat sebevražedné jednání.

VZTAH IMUNITNÍHO SYSTÉMU A PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Iva Dudová¹, Martin Balašík²,

¹ Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol

² Oddělení molekulární neurobiologie, Fyziologický ústav AV ČR, Praha

Úvod Příčiny vzniku a rizikové faktory poruch autistického spektra (PAS) nejsou dosud plně objasněny. V posledních letech je stále více zkoumán vliv imunitního systému na vyvíjející se nervovou soustavu během prenatálního období. Dysregulace maternálního imunitního systému během gestace může vést k neurovývojovým změnám a vzniku neurovývojového onemocnění jako je PAS. Souvislost mezi narušením imunitního systému a vznikem PAS se udává například u rodinného výskytu autoimunitních onemocnění, virové nebo bakteriální infekce matky v těhotenství, dysregulace cytokinů a chemokinů a přítomnosti maternálních autoprotilátek reagujících proti proteinům vyvíjejícího se fetálního mozku. Je známo několik proteinů, proti kterým jsou namířeny maternální autoprotilátky ve vztahu k autismu. Naš výzkumný záměr je zacílen na collapsin response mediator protein (CRMP) 1 a 2, které hrají důležitou roli v regulaci růstu a navádění axonů v průběhu vývoje mozku. Naším cílem je charakterizovat prevalenci anti-CRMP1 nebo anti-CRMP2 izoformně specifických protilátek, identifikovat přítomnost autoimunitních poruch u matek dětí s ASD a porovnat hladinu autoprotilátek u matek s autoimunitními poruchami a bez nich. Metody Byly odebrány vzorky krve od matek dětí s PAS a od kontrol (190 vzorků v každé skupině). Přítomnost autoprotilátek CRMP1 a CRMP2 v mateřských sérech dětí s ASD a kontrolní populaci se shodným věkem/pohlavím byla testována pomocí metody Western blott a hladina byla porovnána pomocí metody ELISA. Výsledek Zjistili jsme zvýšenou prevalenci protilátek pro izoformu CRMP1 a CRMP2 v mateřských sérech dětí s ASD. Autoimunitní porucha byla přítomna téměř u čtvrtiny matek dětí s PAS. Byla porovnána hladina autoprotilátek u matek s autoimunitními poruchami a bez nich. Závěr Projekt má potenciál přinést nové poznatky o roli imunitní dysfunkce při vzniku poruch autistického spektra. Podpořeno MZ ČR, výzkumný grant č. NV18-04-00085 a MZ ČR – RVO, Fakultní nemocnice Motol, Praha, Česká republika 00064203. Pozn.: Zvaný příspěvek sympozia Dětské psychiatrické kliniky 2. LF UK a FN Motol.

POROVNÁNÍ AUTISMU S VÝVOJOVOU DYSFÁZÍÍ Z HLEDISKA ŠKÁLY SOCIÁLNÍ REAKTIVITY A EMPATICKÉHO/SYSTEMIZAČNÍHO KVOCIENTU

Michal Hrdlička¹,

¹ Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Úvod: Poruchy autistického spektra (PAS) a vývojová dysfázie (VD) byly ve vydání amerického manuálu DSM-5 (2013) společně zařazeny do skupiny neurovývojových poruch a podobná skupina neurovývojových poruch bude obsažena i v Mezinárodní klasifikaci nemocí, 11. revizi (MKN-11). PAS a VD sdílejí některé klinické rysy a pravděpodobně i některé neurobiologické aspekty, ale empirických studií, které by je přímo porovnávaly, je poskrovnu. Rodičovský dotazník Social Responsiveness Scale (SRS) měří sociální symptomy u PAS. Dotazník Empathy Quotient/Systemizing Quotient (EQ/SQ) vyplňují rovněž rodiče dítěte s PAS a zachycuje empatii a systemizační chování dítěte. S oběma dotazníky je rozsáhlá zkušenost na poli autismu. Autistické děti skórují výše v SRS a SQ a níže v EQ než zdravé děti. Ojedinelá zkušenost je však s oběma dotazníky u VD. Pouze jedna studie z roku 2011 porovnála výsledky SRS u dětí s PAS a VD a našla, že děti s PAS mají významně vyšší skóre než děti s poruchou komunikace. Nenalezli jsme žádné studie EQ/SQ u VD. Výzkumnou otázkou této studie bylo, zda se sociální, empatické a systemizační charakteristiky liší mezi skupinami PAS, VD a zdravými kontrolami (ZK). Metodika: Náš soubor zahrnul 103 dětí ve věku 5 – 12 let (68 chlapců, 35 dívek) reprezentujících tři výzkumné skupiny: PAS (n=30), VD (n=35) a ZK (n=38). Diagnózy byly stanoveny dle MKN-10 a verifikovány pomocí metod tzv. zlatého standardu - Autism Diagnostic Observation Schedule-Generice a/nebo Autism Diagnostic Interview-Revised. Bylo použito metod deskriptivní statistiky, metody ANOVA pro porovnání věkových rozdílů a χ^2 – test pro porovnání zastoupení pohlaví mezi skupinami. Pro porovnání tří skupin bylo užito Kruskal-Wallisova testu, doplněného v post-hoc párových porovnáních o Bonferroniho korekci. Výsledky: Sociální postižení vyjádřené skóre SRS se významně lišily mezi skupinami PAS, VD a ZK (97,0 vs. 52,0 vs. 29,0; $p < 0,001$), přičemž post-hoc testy ukázaly, že v párovém porovnání se zde významně liší jak PAS oproti ZK ($p < 0,001$) i oproti VD ($p = 0,002$), tak se liší rovněž VD a ZK ($p = 0,006$). Empatické charakteristiky vyjádřené skóre EQ se významně lišily mezi skupinami PAS, VD a ZK (17,0 vs. 30,0 vs. 35,0; $p < 0,001$), přičemž post-hoc Bonferroniho test ukázal, že v párovém porovnání se zde významně liší PAS oproti ZK ($p < 0,001$) i oproti VD ($p = 0,001$), zatímco mezi VD a ZK není významný rozdíl. Systemizační charakteristiky vyjádřené skóre SQ se mezi skupinami významně nelišily (21,5 vs. 20,0 vs. 18,0; $p = 0,161$). Závěr: Naše výsledky ukázaly, že děti s vývojovou dysfázíí jsou v závažnosti sociálního postižení na půli cesty mezi autistickými a zdravými dětmi. V empatických charakteristikách se děti s VD nelišily od zdravých vrstevníků, zatímco děti s PAS ano. V našem výzkumu se nepodařilo potvrdit, že by v systemizačním chování (vyjádřeném ukazatelem SQ) byl jakýkoli významný rozdíl mezi skupinami PAS, VD a ZK. Podpořeno grantem AZV NV18-04-00085 a interním grantem č. 6030 v rámci projektu (Ministerstva zdravotnictví) koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (FN MOTOL).

HEBEFRENNÍ SCHIZOFRENIE S BIZARNÍM SEXUALIZOVANÝM CHOVÁNÍM

David Kolouch¹, Jakub Kerner¹,

¹ Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN v Motole

Schizofrenie je vážné duševní onemocnění s těžkým narušením vztahu pacienta k realitě. Dochází k výrazným změnám ve struktuře osobnosti, je narušené myšlení s oslabením kognitivních i exekutivních funkcí, bývají přítomny poruchy vnímání. V případě hebefrenní schizofrenie bývá typicky dále přítomno dezorganizované, nevypočitatelné, sociálně nepřiměřené, až bizarní chování. U pacientů v adolescenci jsou tyto příznaky mnohdy mylně zaměňovány za projevy dospívání či poruchy chování a nejsou správně diagnosticky zařazeny a léčeny. Chování je často zcela bezúčelné a pro své okolí nepochopitelné. Léčba probíhá podobně jako u jiných typů schizofrenie, základem je stabilizace stavu antipsychotiky s postupnou psychoedukací pacienta i jeho rodiny a následnou podpůrnou psychoterapií. V naší kazuistice uvádíme případ adolescentní dívky s atypicky probíhající hebefrenní schizofrenií s bizarními sexualizovanými projevy v chování. Vstupně byla dívka přijata na pediatrické oddělení pro krvácení z rektu, vzhledem k podezření na automutilační etiologii následně přeložena k pokračování péče na naši kliniku. Na oddělení postupně zaznamenáno neodklonitelné chování spočívající v zavádění ruky do oblasti rektu a genitálu. Dívka byla následně залечена olanzapinem s dobrým efektem na stabilizaci stavu a plným odezněním obtíží. Pro riziko rozvoje metabolického syndromu následně dívka převedena na aripiprazol, na kterém dívka pokračovala v remisi a mohla být předána do ambulantní péče.

DĚTI JAKO SEXUÁLNÍ OBĚTI INTERNETU

Petra Sejbalová ¹,

¹ sexuologické oddělení FN Brno

Děti sledují internetovou pornografii od nízkého věku, což má negativní dopad na jejich chování, citový a mravní vývoj. Stávají se oběťmi online agresorů a manipulátorů. Přednáška seznamuje s riziky předčasné konzumace pornografie u dětí.

POZITIVA A NEGATIVA PORNOGRAFIE

Petr Weiss ¹,

¹ Sexuologický ústav 1LF a VFN, Katedra psychologie FF UK, NUDZ

Autor rovněž uvádí přínosy sledování pornografie, ale i rizika s tím spojená. Kromě toho uvádí i výsledky reprezentativního výzkumu chování obyvatel ČR ve vztahu k pornografii. Cíl studie: zjistit frekvenci a formy sledování pornografie u obyvatelstva ČR Metoda: anonymní dotazník administrovaný školenými tazateli Soubor: reprezentativní soubor obyvatelstva ČR (1000 mužů a 1000 žen) starších 15 let Výsledky: 1. tolerantnější k pornografii jsou muži, ale restriktivní je vůči ní podstatná menšina i v případě žen 2. Zatímco muži by ji prodávali bez omezení, ženy spíše by ji spíše prodávaly pouze ve specializovaných obchodech 3. pouze třetina masturbujících mužů nepoužívá vůbec internetovou pornografii, u masturbujících žen však většina 4. čtvrtina mužů, ale pouze desetina žen, ji užívá často 5. Muži užívají internetovou pornografii při masturbaci častěji než ženy 6. Zatímco u mužů častost užití internetové pornografie mírně stoupá se vzděláním, u žen tuto závislost nezjišťujeme 7. Zatímco muži ateisté konzumují internetovou pornografii častěji než muži věřící, u žen je tomu naopak 8. Nejčastěji konzumují internetovou pornografii muži i ženy ve věku 18 až 29 let, poté s věkem její konzumace plynule klesá 9. U mužů i u žen častěji konzumují internetovou pornografii ti, kteří uvádějí sexuální zneužití dospělou osobou do 15 let věku 10. . Častěji konzumují internetovou pornografii ti muži, kteří přiznávají, že nutili někdy ženu ke styku násilím a ty ženy, které byly ke styku někdy násilím přinuceny Závěr: Typický častý konzument internetové pornografie je muž ve třetím deceniu, spíše s vyšším vzděláním, ateista, v dětství sám sexuálně traumatizován, ovšem i sám dokáže být vůči svým partnerkám agresivní. U žen to jsou ženy rovněž ve třetím deceniu, věřící, častěji v dětství zneužité a s častějším výskytem znásilnění v anamnéze

PROJEKT PARAFILIK: TERAPEUTICKÉ A INTERVENČNÍ POSTUPY

Martin Hollý²,

¹ Centrum pro sexuální zdraví a prevenci, Národní ústav duševního zdraví

² Psychiatrická nemocnice Bohnice

Sexuální násilí páchané na dětech a dospělých jedincích představuje závažný celospolečenský problém. Jeho následky bývají pro oběti, jejich rodiny a blízké většinou škodlivé a trvale nevratné. V posledních letech se proto pozornost široké a odborné veřejnosti stále více zaměřuje na potřebnost preventivních programů v otázce sexuálního násilí. V České republice existuje poměrně dobře vyvinutá systémová péče o jedince s parafilní preferencí, kteří již mají za sebou historii spáchání sexuálně motivovaného trestného činu. Systematický způsob včasné intervence v naší zemi ale doposud chyběl. Projekt Parafilik se snaží tuto mezeru vyplnit nabídkou terapeuticko-poradenské intervence pro sebeidentifikující se parafiliky, kteří mají preferenci pro neobvyklé sexuální objekty (např. pedofilie či hebefilie) nebo pro neobvyklé aktivity zahrnující nějakou formu nesouhlasu ze strany sexuálního objektu či násilí při sexu (např. sexuální sadismus, exhibicionismus). Cílem projektu Parafilik je přispět ke snížení rizika sexuálního násilí ve společnosti a zároveň přispět ke zlepšení psychické a fyzické pohody těchto jedinců. V současné době projekt poskytuje tyto služby již více než rok, a to formou skupinové, individuální a párové psychoterapie. Každý klient při vstupu do programu prochází tzv. telefonním screeningem (bazální zhodnocení rizikovosti a zakázky klienta), dále klinickým a výzkumným zhodnocením (včetně zhodnocení rizikovosti), psychoedukační skupinou a motivačními rozhovory. Poté jsou klienti na základě stanovené diagnózy, rizikovosti a zakázky umístěni do jedné ze dvou typů skupin, které se liší frekvencí setkávání a řešenými tématy. Mezi povinné terapeutické okruhy a oblasti, se kterými se s klienty pracuje patří například práce s motivací, sebe-akceptace, emoční regulace, práce s empatií, práce se sexuálními fantaziemi, plánování budoucnosti či prevence relapsu. Doplnkově je pro klienty k dispozici taktéž párová psychoterapie či individuální setkání s terapeutem. V případě, že klienta nelze zařadit do skupiny je mu vždy nabídnuta spolupráce na základě individuálního setkávání, která obsahově kopírují vzor skupinového setkávání. Souběžně se zavedením restrikcí k pandemii Covid-19 a k tomu vázanému zvýšenému reportu sexuálně motivovaného násilí online a přetížení krizových linek v ČR, spustil projekt Parafilik službu krizové intervence zaměřenou na osoby ve zvýšeném riziku páchaní této trestné činnosti a jejich blízké. Skrze tuto službu (krizová intervence online, telefonní linka, FaceToFace) odborníci poskytli již přes 110 intervencí. Služba je limitována třemi setkáními v délce 45 min, poté jsou klienti buď přeměřováni na dlouhodobější spolupráci s projektem Parafilik či odkázáni na vhodnou službu/odborníka. V rámci přednášky bude mimo jiné uvedeno i několik kazuistik klientů projektu Parafilik.

RECIDIVITA PO SEXUOLOGICKÉM ÚSTAVNÍM LÉČENÍ: 10-TI LETÉ SLEDOVÁNÍ.

Marek Páv¹,

¹ PN Bohnice, 1.LF UK

Úvod: V mnoha zemích je běžně poskytována specifická léčba sexuálních deliktů ve věznicích, forenzních nebo všeobecných nemocnicích nebo komunitních zařízeních. Metaanalytické přehledy nalézají relativně nízkou míru recidivy asi 10 % v oblasti sexuálního násilí a poněkud vyšší čísla v oblasti obecné kriminality při průměrné délce sledování okolo pěti let. České republice je v 6 zařízeních umístěno 140 osob ve výkonu ústavní sexuologické léčby, počátky tohoto typu léčby sahají do sedmdesátých let a dřívější nálezy ukazují na účinnost tohoto programu. Recentní data o úspěšnosti touho programu nejsou dostupná a také chybí podrobnější data popisující populaci parafilních sexuálních delikventů. Metoda: Ve vzorku 127 nemocných, kteří absolvovali ústavní sexuologické léčení v PN Bohnice jsme sebrali soubor sociodemografických dat, dat týkajících se trestné činnosti, léčebné trajektorie, průběhu ústavní léčby a návazné léčby ambulantní. Dataset byl statisticky zpracován. Výsledky: Průměrný věk při vzorku je 51 let v rozmezí 23 až 85 let. Více než polovina vzorku (51,2 %) je vdaná nebo ve vztahu. Přes 40 % vzorku neukončilo střední školu (43,3 %) a pouze 2 (1,6 %) získali vysokoškolské vzdělání. 23,6 % se dopustilo vážného sexuálního násilí, 55,9 % se dopustilo taktilního sexuálního chování, včetně zneužití, 19,7 se dopustilo nekontaktních sexuálních trestných činů a 1 osoba (0,8 %) spáchala žhářství. Obecná míra recidivy je 33,1 %, což představuje 42 ze 127 pachatelů, kteří podstoupili léčbu. Po dělení dle deliktního jednání je sexuální násilná recidiva u 4,7 % (6) a nekontaktní jednání 11,8 % (15). Celková sexuální recidiva je 16,5 % (21). Recidivita v oblasti obecné kriminality na 16,5 % (21) a po rozdělení je míra nesexuálního násilí 6,3 % (8) a nenásilné obecné kriminality je 10,2 %. Závěr: zkoumaná populace je zcela srovnatelná s sociodemografických parametrech s nálezy jiných studií. Vzhledem k délce sledován přesahující deset let lze sexuálně násilnou recidivu hodnotit jako relativně nízkou a systém ústavního sexuologického léčení jako funkční a účinný ve snižování rizika opakování sexuálně násilného jednání.

PROČ NEMOCNÍ SCHIZOFRENIÍ TOLIK KOUŘÍ A CO S TÍM?

Lucie Kališová¹,

¹ Lucie Kališová, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN

Úvod: Prevalence kouření nikotinových cigaret je u nemocných schizofrenií vysoká, dosahuje dle provedených meta-analýz 45-80%. Nemocní schizofrenií mají silnější závislost ve srovnání s běžnými kuřáky (kouří větší množství cigaret, častěji a s větší intenzitou) a také případný odvykací stav od nikotinu bývá těžší. Nemocní schizofrenií mají, ve srovnání se zdravou populací a také ve srovnání s duševně zdravými kuřáky, vyšší mortalitu i morbiditu v důsledku kouření. Kouření cigaret bylo prokázáno jako rizikový faktor rozvoje schizofrenie a také zhoršuje prognózu tohoto onemocnění. Metoda: Prezentace shrnuje souhrn dosavadních vědecky podložených poznatků o důvodech/podkladech větší náchylnosti nemocných schizofrenií ke kouření a o udržujících faktorech posilujících negativní důsledky kouření cigaret. Prezentován bude také nástin možných preventivně léčebných strategií vycházejících z mezinárodních zkušeností. Závěr: Kouření je výrazně negativně ovlivňujícím faktorem průběhu života nemocných schizofrenií. V běžné psychiatrické léčebné praxi je mu věnována poměrně malá pozornost. Nemocní schizofrenií jsou prokazatelně méně informováni o rizicích kouření a problém jejich závislosti se bohužel bagatelizuje.

FUNKČNÍ MOZKOVÉ MIKROSTAVY U PACIENTŮ S HRANIČNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI

Alena Damborská¹, Tomáš Svěrák², Martin Lamoš³, Pavla Linhartová²,

¹ Psychiatrická klinika, Lékařská Fakulta Masarykovy Univerzity a Fakultní nemocnice Brno, Brno, Česká republika; CEITEC – Středoevropský technologický institut, Masarykova univerzita, Brno, Česká republika

² Psychiatrická klinika, Lékařská Fakulta Masarykovy Univerzity a Fakultní nemocnice Brno, Brno, Česká republika

³ CEITEC – Středoevropský technologický institut, Masarykova univerzita, Brno, Česká republika

Úvod: Hraniční porucha osobnosti (HPO) patří mezi časté a závažné psychiatrické poruchy. Výsledky nedávných zobrazovacích studií dokládají narušení aktivity klidových mozkových sítí ve frontolimbických okruzích u pacientů s HPO. Aktivitu rozsáhlých mozkových sítí je možné studovat s využitím elektroencefalografie (EEG) pomocí analýzy funkčních EEG mozkových mikrostavů. Tato metoda se v posledních letech ukazuje být slibným nástrojem k identifikaci EEG korelátů neurálních abnormalit u psychiatrických poruch. Doposud však nebyla využívána ke studiu neurálního podkladu HPO. Mikrostav je asi 100 ms trvající globální stav mozkové aktivity charakterizovaný stabilní topografií potenciálového rozložení na skalpu. Cílem této pilotní studie bylo identifikovat abnormality v dynamice mikrostavů u pacientů s HPO. Metodika: Do studie se zapojilo pět zdravých kontrol a pět pacientů s diagnózou HPO. Analyzovali jsme šestiminutový záznam klidové mozkové aktivity snímáný pomocí 256-kanálového EEG systému. Posuzovali jsme časové charakteristiky mikrostavů u pacientů a kontrol. Výsledky: Bylo identifikováno šest mikrostavů (1-6) vzájemně se lišících potenciálovým rozložením na skalpu. Časové pokrytí udává, jaká procentuální část celkové délky EEG záznamu je pokryta daným mikrostavem. U pacientů vs. kontrol bylo průměrné časové pokrytí jednotlivými mikrostavy následující: 24±7% vs. 28±7% (1), 11±6 % vs. 7±3 % (2), 14±4% vs. 9±3% (3), 17±4% vs. 25±8% (4), 11±5% vs. 7±4% (5), 20±8% vs. 22±7% (6). Závěr: V obou skupinách byly nejvíce zastoupeny mikrostavy (1), (4) a (6). Ve srovnání s kontrolami bylo časové pokrytí těmito mikrostavy u pacientů nižší. Naopak zbývající tři mikrostavy měly pokrytí u pacientů vyšší než u kontrol. Pilotní výsledky naznačují možné abnormality v dynamice klidových rozsáhlých mozkových sítí u pacientů s HPO. Nález bude ověřován na větším souboru umožňujícím statistické zpracování. Tato práce byla finančně podpořena grantem MZ ČR (NU20-04-00410) a grantem MZ ČR – RVO (FNBr, 65269705).

SOUDNĚ-PSYCHIATRICKÁ EXPERTÍZA DELIKTŮ SPÁCHANÝCH POD VLIVEM PERVITINU

Jiří Pokora ¹,

¹ MUDr. Jiří POKORA

Metamfetamin (pervitin) je u nás nejčastěji zneužívanou návykovou látkou ze skupiny psychostimulancií. Nezřídka pod jeho vlivem dochází ke spáchání trestného činu většinou násilné povahy a znalec je postaven před úkol posoudit úroveň ovládacích a rozpoznávacích schopností pachatele. Metamfetamin sám o sobě při běžném konzumu nedeformuje kvalitativním, psychotickým způsobem percepci reality a ovládací i rozpoznávací schopnosti tedy většinou hodnotíme jako zachované v plném rozsahu. Musíme ale pamatovat na to, že metamfetamin může vyvolat toxickou psychózu, u které je hodnocení zcela odlišné a ovládací i rozpoznávací schopnosti mohou být úplně vymizelé. Nemělo by chybět vyjádření zda posuzovaný měl s podobnou událostí osobní zkušenosti. Při rozhodování o ochranném léčení bychom se jako u všech závislostí měli řídit zásadou „méně je více“ a doporučit ochranné léčení pouze v těch případech, kde je již plně rozvinut syndrom závislosti a nikoliv třeba u konzumentů pervitinu s dominujícími disociálními rysy osobnosti bez prokazatelné závislosti.

POSUDKOVÉ PROBLÉMY V PSYCHIATRII

Tereza Szymanská ¹,

¹ Lékař specialita Posudkové komise Ministerstva práce a sociálních věcí Hradec Králové

Hodnocení stavu pacienta pro posudkové účely je běžnou součástí naší každodenní psychiatrické práce, které má velký dopad na životy našich pacientů. Hodnocení psychického stavu pacienta psychiatrem včetně funkčních dopadů stanovené diagnózy na jeho každodenní fungování slouží posudkovému lékaři pro účely posouzení stupně invalidity i nároku na příspěvek na péči, na příspěvek na mobilitu, na příspěvek na zvláštní pomůcku a na průkaz osoby se zdravotním postižením. Ne všichni psychiatři se orientují v legislativě, která upravuje nároky pacientů na přiznání jednotlivých sociálních dávek a výhod. Posudkový lékař při hodnocení zdravotního stavu pacienta vychází zejména z doložených lékařských zpráv a kvalitní psychiatrická zpráva může zvýšit pravděpodobnost přiznání sociální dávky pacientovi. V rámci probíhající reformy psychiatrické péče v České republice by bylo vhodné zvážit i legislativní změny zákonů, které nároky psychiatrických pacientů na různé dávky upravují. Mezi problematické body patří posuzování invalidity u Alzheimerovy nemoci, závažných psychotických a afektivních poruch. Vážným posudkovým problémem v posledních letech je neochota klinických psychologů stanovit číselnou hodnotu IQ kvocientu, neboť v případech nároků pacientů trpících mentální retardací na různé sociální dávky včetně hodnocení stupně invalidity je v příslušných zákonných normách číselná hodnota IQ kvocientu explicitně uvedeným posudkovým kritériem pro posouzení těchto nároků. Příspěvek dále chce poukázat na důležitost stanovování komorbidní diagnózy poruchy osobnosti zejména u pacientů s úzkostnými poruchami a pacientů s mentální retardací, která je často hlavní příčinou snížení práceschopnosti pacienta.

SEKCE KLINICKÉ A LÉKAŘSKÉ PSYCHOLOGIE

VÝVOJ DEPRESIVNÍ SYMPTOMATOLOGIE, VYHOŘENÍ A ŽIVOTNÍHO STYLU V ČESKÉ POPULACI – V LETECH 2014-2020

Martina Vňuková¹, Radek Ptáček¹, Jiří Raboch¹,

¹ Psychiatrická klinika 1 LF UK a VFN

Úvod Zatímco víme, že depresivní porucha je úzce propojená s životním stylem, vztah mezi vyhořením a životním stylem doposud není tak jednoznačný. Tato studie mapovala depresivní symptomatologii, vyhoření a životní styl v průběhu let 2014, 2017 a 2020 a zkoumala do jaké míry se tyto proměnné vzájemně ovlivňují. Metody Při sběru dat asistovala agentura STEM/MARK, která pomocí metody CAWI (počítačem asistované dotazování) sesbírala odpovědi od reprezentativního vzorku respondentů. Cílová skupina byli dospělí lidé ve věku 18-65 let a dotazování probíhalo online. Výsledky Všechny 3 sběry se shodují, že pro model vysvětlující vyhoření jsou statisticky významné proměnné: věk, depresivní symptomatologie a únava během dne ($p < .001$). Jiné proměnné týkající se zdravého životního stylu nedosáhly statistické významnosti. Závěr I přesto, že jiné proměnné týkající se životního stylu nebyly ve zkoumaném modelu statisticky významné víme že duševní pohoda úzce souvisí s fyzickým zdravím, a proto by měl být kladen důraz na holistický přístup ke zdraví.

THE ENDOCANNABINOID SYSTEM - IMPLICATIONS FOR PSYCHIATRY AND A PARADIGM OF HEALTH

Simon Weissenberger¹,

¹ LF 1 Karlova Univerzita

In the 20th Century the Endocannabinoid System was discovered and due to the investigation of the psychoactive properties of cannabis. This connection has been a blessing and a curse and has led to the stigmatization of anything related to this system and on the other a series of discoveries emphasizing the key role this system has on most of our biological functions. The ECS has the potential to create new paradigms in health and psychiatry in terms of its role in immunity, neuronal functioning and most importantly its central role of keeping and pushing human physiology in a state of homeostasis. The critical functions of this system are based on lipid signaling, lifestyle habits and are intertwined with our states of consciousness. Effectively working with the endocannabinoid system can be done through dietary changes, exercise and Vitamin D exposure/intake. The paradigm of health based on balance and holism is one that is becoming more prominent in terms of evidence-based medicine. This system works as a central controller for most life sustaining processes and research has now found connections with endocannabinoid imbalances as a leading risk factor for psychotic disorders. One of the most important paradigms in looking at endocannabinoids and the ECS is the positive and negative allostatic effects on the various ECS receptors (i.e. CB1 and CB2) and how these are then correlated to health effects such as higher levels of inflammation, depressive moods to mania. The aim of the presentation is to look at non-cannabis-based solutions to work on helping the ECS balance human physiology and mind. Fatty acid extracts, terpenoids and a variety of other nutritional supplements can have a very powerful effect on physical and mental health. Further implications of the ECS are becoming clear in research in psychiatric disorders such as schizophrenia. As we move to a holistic vision of health the ECS is a crucial component of this approach and can help to look at patients in a broader way. Taking account of patient's lifestyle including diet, exercise can be an additional tool for clinicians and other professional to approach treating individuals. Although the science on the ECS is advancing very quickly in the last few years, the findings have not been exported to the practice level, especially when looking at interventions that don't use medicinal cannabis or cannabinoid compounds (e.g. Cannabidiol). The presentation aims to shed light on possible ways forward and integrating the ECS as a fundamental paradigm to mental and physical health.

NÁBOŽENSTVÍ, SPIRITUALITA A JEJICH DOPAD NA DUŠEVNÍ ZDRAVÍ – ÚSKALÍ A PROBLEMATIKA ZKOUMÁN

Tibor Brečka¹, Martina Vňuková¹, Radek Ptáček¹,

¹ Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze, 1 LF.UK., Ke Karlovu 11, 128 08 Praha 2

Náboženství, spiritualita a jejich vztah a dopad na duševní zdraví jsou v posledních desetiletích stále více a více diskutovaným a zkoumaným tématem. Text se zabývá problematikou toho, co přesně je ono náboženství a náboženská, co je spiritualita, jak spolu tyto dva termíny souvisí a jaký mají podíl na duševním zdraví jedince. Dochází k závěru, že není tolik důležitá vyčerpávající definice jednotlivých výše uvedených termínů, ale snaha o setkání se, pochopení se navzájem v porozumění těmto termínům ať už s pacienty či klienty tak s probandy v rámci zkoumání této problematiky. Není jen nutné brát v potaz samotnou existenci a vliv náboženství a spirituality na duševní zdraví, ale je nutné také znát vnitřní mechanismy toho kterého náboženství a té které spirituality, abychom mohli co nejúčinněji s danou problematikou zacházet. Jeví se tak jako velice nosné propojení psychoterapie a pastorační péče či propojení poznatků psychologických, psychoterapeutických, teologických a religionistických.

SEKCE PSYCHOFARMAKOLOGICKÁ

FARMAKOLOGICKÉ MOŽNOSTI V LÉČBĚ SCHIZOFRENIE

Libor Ustohal¹,

¹ Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno, Ústav farmakologie a toxikologie, FaF MU

Doporučení pro (nejen) farmakologickou léčbu shrnují doporučené postupy psychiatrické péče z roku 2018, částečně aktualizované o dva roky později. Za základ akutní i stabilizační (pokračovací) a udržovací léčby jsou antipsychotika. Ta se liší ve své účinnosti, ale ještě výrazněji se liší ve svých nežádoucích účincích, jak ukazuje mimo jiné dobře známá Huhnova metaanalýza z roku 2019. Obecně je v akutní i udržovací fázi léčby schizofrenie doporučována monoterapie antipsychotikem I. nebo II. generace s preferencí té druhé vzhledem k širšímu spektru ovlivněných příznaků a zejména lepší snášenlivosti. Dle otevřené studie zkoumající přerušení léčby z jakékoli příčiny u pacientů s první epizodou schizofrenie bylo zjištěno, že nejdéle pacienti setrvali na olanzapinu, následovaném risperidonem a aripiprazolem, nejrychleji byl naopak vysazován quetiapin (ve studii následovaný haloperidolem a ziprasidonem). Vysoká účinnost olanzapinu a risperidonu doplněného amisulpridem vyplývá i ze zmíněné Huhnovy metaanalýzy studií s pacienty léčenými pro opakované epizody schizofrenie. Nejvyšší účinnost je však jednoznačně (nejen v této metaanalýze) přisouzena klopazinu. Proto jej také nejen české doporučené postupy považují za zlatý standard léčby pacientů s rezistentní schizofrenií po selhání dvou adekvátních terapeutických postupů jinými antipsychotiky. Doporučení klopazinu až jako třetí volby lehce zpochybňuje studie OPTiMiSE, v níž vysoké procento pacientů dosáhlo remise po prvním antipsychotiku, v případě rezistence však převod na olanzapin či amisulprid jako druhou volbu většinou nevedl k lepšímu výsledku (remise dosáhlo méně než padesát procent z těchto převedených pacientů). Zatímco je všeobecně uznávána signifikantně vyšší účinnost klopazinu u pacientů s rezistentní schizofrenií, otázkou zůstává, co s pacienty, kteří jsou rezistentní i na klopazin. Recentní práce doporučuje především optimalizovat léčbu samotným klopazinem, což znamená personalizované dávkování, adekvátní trvání léčby, řešení případných nežádoucích účinků a non-adherence k léčbě, spolupráce nejen s pacienty, ale i pečujícími a řešení případných bariér bránících preskribci klopazinu. Významnou součástí terapeutických postupů jsou i antipsychotika ve formě dlouhodobě působících injekcí. V loňském roce byla publikována síťová metaanalýza studií, která si kladla za cíl srovnat účinnost dlouhodobě působících antipsychotik v prevenci relapsu a jejich akceptabilitu v průběhu udržovací léčby. Tato metaanalýza ukázala nejvyšší míru účinnosti (effect size) a jistotu důkazů jak pro prevenci relapsu, tak pro akceptabilitu v případě použití paliperidonu palmitátu v jeho tříměsíční formě (PP3M), následovaným dlouhodobě působícím aripiprazolem, olanzapinem a paliperidonem palmitátem v jednoměsíční formě (PP1M). Důležité místo postupně zaujímají i nová antipsychotika, která se na český trh dostala v uplynulých třech letech. Jedná se lurasidon, kariprazin a brexpiprazol. Lurasidon bývá řazen mezi antagonisty dopaminových a serotoninových receptorů. K jeho specifickým výhodám patří kromě jeho antipsychotického působení rovněž jeho antidepressivní a prokognitivní působení, dále příznivé spektrum zejména metabolických nežádoucích účinků, ve srovnání s risperidonem i nižší riziko rozvoje hyperprolaktinémie, takže je vhodným antipsychotikem nejen u dospělých pacientů, ale i u dětí a adolescentů od 13 let věku. Kariprazin jako parciální agonista dopaminových receptorů prokázal svoji účinnost nejen na celkové příznaky schizofrenie (což vedlo k jeho schválení pro léčbu této poruchy), ale specificky na negativní příznaky a také na hostilitu. Z nežádoucích účinků mohou někdy působit akatízi. Brexpiprazol je rovněž parciální agonista dopaminových receptorů, který byl vyvinut ve stejné společnosti jako aripiprazol. Ve srovnání s ním má nižší vnitřní aktivitu na dopaminových receptorech, proto jen minimálně způsobuje akatízi a další nežádoucí účinky typické pro aripiprazol. Ve srovnání s ním (ale i s lurasidonem a kariprazinem) může o něco častěji působit přírůstek hmotnosti, i když výrazně méně než například olanzapin. Zajímavým antipsychotikem, které doposud nemáme k dispozici, může být lumateperon. Toto nové antipsychotikum, které bylo americkou FDA schváleno pro léčbu schizofrenie v roce 2019, působí jako presynaptický parciální agonista a postsynaptický antagonist D2 receptorů, antagonist 5-HT_{2A} receptorů a glutamátový modulátor. Z dalších látek, které by potenciálně mohly být užitečné v léčbě schizofrenie a které shrnuje například kolektiv pražských autorů v čele s Luptákem v recentním přehledovém článku, lze jmenovat pimavanserin, který je FDA schválen k léčbě psychóz u pacientů s Parkinsonovou nemocí, xanomelin, roluperidon, agonisty TAAR1 (trace amine-associated receptor 1), inhibitory glycinového transportéru, AMPA allosterické modulátory, mGluR2-3 agonisty, inhibitory D-amino acid oxidázy a kanabidiol. Jako přídatná léčba by alespoň u některých pacientů mohly sloužit protizánětlivě působící látky jako je aspirin či antibiotikum minocyklin, popřípadě látky jako je N-acetylcystein či u žen estrogeny. Podpořeno Ministerstvem zdravotnictví ČR pro konceptuální rozvoj výzkumné organizace (FNBr, 65269705).

RYCHLE PŮSOBÍCÍ ANTIDEPRESIVA

Elis Bartečků¹, Jana Hořínková¹, Pavel Křenek¹,

¹ Psychiatrická klinika Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno

ÚVOD Standardem farmakoterapie depresivní poruchy jsou již po několik desetiletí antidepresiva působící na monoaminergní systém. Přestože tyto látky obecně vykazují uspokojivé antidepresivní účinky mají také jistá omezení. Jedná se zejména o latenci v nástupu účinku, která se obvykle počítá v týdnech, a také skutečnost, že depresivní příznaky některých pacientů vykazují rezistenci vůči jejich vlivu. Logickým řešením této situace je výzkum nových antidepresivně působících látek s jiným mechanismem působení. Pro látky, které by mohly překonat zmíněné limitace konvenčních antidepresiv, se v posledních letech někdy používá pojem "rychle působící antidepresiva" (angl. rapid-acting antidepressants). METODY V této prezentaci bude poskytnut přehled látek s možným rychlým antidepresivním působením formou review literatury. Vzhledem k neustálému vývoji v této oblasti nelze tento přehled považovat za úplný. VÝSLEDKY Prototypem rychle působících antidepresiv je antagonist receptorů N-methyl-D-aspartátu (NMDA) ketamin. Nicméně, jedná se o skupinu látek volněji definovanou nikoliv na základě mechanismu účinku, ale na základě vlastností. V literatuře navíc existují rozpory, jaký časový rámec je považován za "rychlý nástup účinku". Ten se pohybuje od okamžitého působení po nástup v řádu dní. Přesné ohraničení rychle působících antidepresiv jako skupiny je tedy nejednoznačné. Jako příklady relevantních neurotransmiterových systémů lze uvést: glutamatergní, cholinergní, serotonergní, GABA-ergní, glycinergní, opioidní a orexinergní. Glutamatergní látky zahrnují základní látku kategorie rychle působících antidepresiv - ketamin. S-ketamin (esketamin) ve formě nazálního spreje (Spravato) je schválen k léčbě farmakorezistentní depresivní poruchy v kombinaci s SSRI nebo SNRI antidepresivy. V současnosti probíhají studie ketaminu v perorální formě a jeho R-enantiomeru (arketamin). Další glutamatergní látky zahrnují parciální agonisty NMDA receptoru (rapastinel, apimostinel), potenciátory AMPA (α -amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazolpropionová kyselina) receptorů (např. TAK-653) a antagonisty mGlu2/3 metabotropních receptorů, které prokázaly antidepresivní účinek na zvířecím modelu (např. LY341495, LY3020371 nebo MGS0039). Ovlivnění depresivní symptomatologie působením na cholinergní transmissi bylo poprvé navrženo v roce 1972 na základě (nyní částečně obsolentní) cholinergní-adrenergní teorie deprese a mánie. Nejdéle je v tomto kontextu zkoumán nekompetitivní antagonist muskarinových receptorů skopolamin, u kterého byl v 6 z 8 provedených studiích zjištěn rychlý antidepresivní efekt u unipolární i bipolární deprese. Další zajímavou skupinou látek s možným antidepresivním působením jsou psychedelika. Tyto halucinogenní látky vykazují agonistickou aktivitu na 5HT_{2A} serotoninových receptorech. V posledních letech je patrný obnovený zájem o výzkum využití těchto látek v léčbě různých psychiatrických poruch (např. depresivní poruchy, závislosti, posttraumatické stresové poruchy) jak ve formě samostatného podávání látky, tak ve formě psychedeliky asistované psychoterapie. Z látek s pozitivními výsledky z proběhlých studií lze zmínit psilocybin. Další studie probíhají u LSD (diethylamid kyseliny lysergové) a dimethyltryptaminu (DMT). Z GABA-ergních látek lze uvést pozitivní allosterické modulátory GABA-A receptorů, například přirozeně se vyskytující neurosteroid allopregnanolon (brexanolon), který je americkým regulačním orgánem FDA schválen pro léčbu poporodní deprese (Zulresso), nebo příbuznou látku zuranolon. Dalšími zkoumanými látkami jsou negativní allosterické modulátory alfa 5 podjednotky GABA-A receptoru, například L-655,708 a MRK-016, které vykazovaly antidepresivní působení na zvířecím modelu deprese. Antagonisté orexinových receptorů je skupina látek, která má možné využití zejména v léčbě poruch spánku (např. daridorexant nebo lemborexant). Aktuálně probíhají klinická hodnocení seltorexantu v léčbě depresivní poruchy a insomnie. Okrajově lze zmínit výzkum antagonistů kappa opioidních receptorů ke zhodnocení možného rychlého antidepresivního efektu, zatím pouze na zvířecích modelech (např. látky LY2456302 a LY2444295). Je otázkou, jak mohou látky s tak rozdílnými mechanismy účinku vykazovat podobný efekt - ovlivnění depresivních symptomů. Nabízí se srovnání široké plejády možných zkoumaných neurotransmiterových systémů antidepresivních látek s heterogenitou hypotetických patofyziologických cest rozvoje deprese. Jedním z častých navrhovaných modelů je pravděpodobná konvergence účinků rychle působících i konvenčních antidepresiv na různých úrovních s tím, že společným finálním bodem je ovlivnění synaptické plasticity prostřednictvím zvýšení hladin BDNF (brain-derived neurotrophic factor). Jako příklad lze uvést navrhovaný řetězec u NMDA antagonistů: blokáda NMDA receptorů vede ke zvýšenému vylučování glutamátu, důsledkem je zvýšená stimulace AMPA receptorů, následovaná exkrecí BDNF, který prostřednictvím aktivace mTOR1 zvyšuje expresi dendritických proteinů. Jiné hypotézy se týkají například ovlivnění buněčného metabolismu, ale také hodinových genů. Posledně zmíněná hypotéza je zajímavá v kontextu rychlého antidepresivního efektu spánkové deprivace a léčby jasným světlem u některých pacientů. ZÁVĚR Jako rychle působící antidepresiva se v posledních letech označuje volně definovaná skupina látek s různým mechanismem účinku. Aktuálně je různými regulačními úřady schválen antagonist NMDA receptorů esketamin ve formě intranazálního spreje a allosterický modulátor GABA-A receptorů brexanolon. Off-label se příležitostně užívá intravenózní ketamin. Další látky jsou aktuálně v různých stádiích výzkumu a hodnocení.

PSYCHOFARMAKA V KONZILIÁRNÍ PRAXI

Martin Hýža ¹,

¹ Oddělení psychiatrické, Fakultní nemocnice Ostrava

V konziliární péči jsou na našem pracovišti nejčastěji diagnostikovanou skupinou nemoci z okruhu organických duševních poruch, z nich pak nejvíce deliria. Na druhém místě jsou neurotické poruchy (zejména poruchy přizpůsobení) a v těsném závěsu poruchy spojené s abúzem psychoaktivních látek. V praxi bývá preskripce psychofarmak limitována nově uváděnými, stále častějšími interakcemi jak mezi psychofarmaky vzájemně, tak s léčivy užívanými v somatických oborech. Přednáška bude diskutovat nejčastější a problémové oblasti psychofarmakoterapie v konziliární psychiatrii z pohledu nových poznatků a možností a rizika častých lékových interakcí se zaměřením na prodloužení QTc intervalu.

KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE NESPAVOSTI

KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE NESPAVOSTI

Ján Praško ³, Marie Ocisková ¹, Jakub Vaněk ¹, Pavel Doubek ⁵,

² Katedra psychoterapie IPVZ

³ Jessenia, Rehabilitační nemocnice Beroun, Akeso holding

⁴ Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra psychologických vied, Slovenská republika

⁵ Klinika psychiatrie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

¹ Klinika psychiatrie FNOL, Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci

Nedostatečný spánek, který je způsoben chronickou spánkovou deprivací, patří mezi nejčastější problémy naší současnosti. Výskyt nespavosti je podle různých studií 5-35 %. U 35-40 % pacientů s insomnií je zároveň diagnostikováno psychiatrické onemocnění, přibližně u 10-20 % je insomnie způsobená poruchou respirace ve spánku nebo syndromem neklidných nohou a periodických pohybů končetin ve spánku. Zbývajících 10-20 % pacientů trpí insomnií primární. Následkem nespavosti dochází k poklesu nálady, zvýšené únavnosti a pracovní nevykonnosti, zvýšené podrážděnosti, poklesu denní bdělosti a mírné kognitivní poruše. Nespavost je častou komplikací somatických a psychických onemocnění nebo jejich léčby. Kompletní kognitivně behaviorální terapie insomnie se skládá z následujících částí: (a) Psychoedukace – pacient by měl být edukován o výskytu insomnie v populaci a o základních fyziologických mechanismech řídicích spánek a bdění. Pacienti trpící insomnií mívají často mylná přesvědčení týkající se spánku obecně. V rámci edukace je třeba tato přesvědčení zpochybnit, neboť jsou sama o sobě zdrojem úzkosti generující insomnii. (b) Spánková hygiena - pacientovi doporučíme pohodlnou postel, přiměřenou teplotu, zatemnění (ochranu proti zevnímu hluku. Konzumaci nápojů obsahujících kofein omezíme na max. 4-5 hodin před usnutím. Doporučíme lehkou večeři a omezit konzumaci tabákových výrobků a alkoholu ve večerních hodinách a v noci. Také omezit fyzickou aktivitu v hodinách před usnutím. (c) Kontrola stimulů – pacient má za úkol naučit se používat lůžko jen ke spánku a sexu. Není tedy povoleno v posteli číst, sledovat televizi, poslouchat hudbu, telefonovat, jíst, pít či provádět jakékoli jiné činnosti se spánkem inkompatibilní, a to i v případě, že pacient je tomu zvyklý. Dalším důležitým bodem je pomoci pacientovi vytvořit přiměřený režim činností předcházejících spánku: hodinu před usnutím se uvolnit, relaxovat nebo se věnovat klidné činnosti, a naopak se vyhnout řešení problémů. Je důležité, aby pacient používal každé ráno budík, a to i v případech, že se budí spontánně. Jedná se o posilování spojení postel-spánek. Je zakázáno spát během dne, a to i pokud si pacient stěžuje na neúnosnou ospalost. (d) Spánkový tlak (spánková restrikce) - Pacient 1 týden sleduje pomocí spánkového kalendáře dobu uléhání, spánkovou latenci, četnost a délku nočních probuzení a dobu definitivního vzbuzení. Z těchto údajů vypočteme průměrnou dobu spánku za jednu noc. Tato doba se stane výchozí hodnotou pro tzv. povolený čas v lůžku. Dalším důležitým pravidlem je, že doba vstávání se nemění po celou dobu terapie. Dohodneme se s pacientem na čase ranního vstávání a zdůrazníme, že tato doba bude platit po celou dobu terapie, včetně dní volna. Tento režim bude dodržovat až do příští návštěvy, kdy spočítáme průměrnou dobu spánku za noc v daném týdnu, ale také průměrnou spánkovou efektivitu a v případě, že je 90%, prodloužíme spánek o čtvrt hodiny.

ÚVOD DO DIALEKTICKÉ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE (DBT)

Pavel Theiner¹, Pavla Linhartová¹, Monika Radimecká¹, Martin Horký¹, Zuzana Špačková¹,

¹ Psychiatrická klinika FN Brno a Masarykovy univerzity

V roce 1993 vyšla kniha americké psycholožky Marshy M. Linehanové s názvem Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. Vyvrcholila tak její mnohaletá výzkumná i psychoterapeutická práce na poli suicidalit a hraniční poruchy. Navzdory názvu je tato kniha dodnes biblí dialektické behaviorální terapie (DBT). Tato terapie je jednou z účinných terapií pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti. Ve svém typickém uspořádání trvá program jeden rok a zahrnuje výuku a nácvik specifických dovedností ve skupině, individuální sezení s terapeutem a telefonní koučing. Pro vedení skupinové i individuální terapie platí jasná pravidla. Dovednosti, které se pacienti učí, patří do čtyř oblastí – všímavost, emoční regulace, efektivita v mezilidských vztazích a zvládání nadměrného stresu. Program individuálního sezení se vytvoří na začátku sezení podle každodenních záznamů do deníkové karty. Prioritu mají chování ohrožující život, následují chování narušující terapii a chování narušující kvalitu života. Všichni terapeuti se jedenkrát týdně schází k týmové vizitě. Aby pacienti mohli do DBT vstoupit musí se minimálně zavázat k tomu, že se budou snažit pracovat na svém život ohrožujícím chování, což zahrnuje sebepoškozování a sebevražedné výhrůžky a pokusy. Na brněnské Psychiatrické klinice již téměř 3 roky aplikujeme poněkud modifikovaný DBT program a zároveň zkoumáme jeho efektivitu. Přednáška byla podpořena grantem AZV MZ ČR č. NU20-04-00410, projektem Specifického vysokoškolského výzkumu MŠMT č. MUNI/A/1385/2021 a projektem Rozvoje výzkumné organizace MZ ČR (FNBr, 65269705).

STRUKTURA A SOUČÁSTI DBT PROGRAMU

Martin Horký¹, Pavla Linhartová¹, Pavel Theiner¹, Zuzana Špačková¹, Monika Radimecká¹,

¹ Psychiatrická klinika FN Brno a LF MU

Dialektická behaviorální terapie (DBT) je vysoce specializovaný strukturovaný psychoterapeutický přístup sloužící k léčbě potíží s emoční regulací, suicidálního a sebepoškozujícího chování a řadě souvisejících problémů. Program zahrnuje řadu vzájemně propojených komponent – přípravná pretreatment fáze, individuální terapeutická sezení, skupinový trénink dovedností, telefonický koučink a konzultační tým terapeutů. Ačkoli se jednotlivé komponenty mohou lišit svou primární funkcí, jsou úzce propojeny, vzájemně zvyšují svou efektivitu a velmi často podmiňují funkčnost ostatních součástí. Dodržování kompletní struktury DBT se ukazuje jako důležitý faktor účinnosti samotné terapie. Přednáška popisuje strukturu a funkci jednotlivých modulů včetně důležitosti přípravné fáze a propojuje je s každodenní praxí DBT terapeuta. Zaměřuje se na důležité aspekty individuální DBT terapie včetně způsobu práce s faktory narušujícími efektivitu psychoterapeutického procesu, které často vedou k nekontinuitě péče o pacienta. Závěrem shrnuje strukturu DBT programu FN Brno. Studie byla podpořena grantem MZ ČR č. NU20-04-00410, projektem Specifického vysokoškolského výzkumu MŠMT č. MUNI/A/1385/2021 a projektem Rozvoje výzkumné organizace MZ ČR (FNBr, 65269705).

VYUŽITÍ DBT NA LŮŽKOVÉM PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ

Zuzana Špačková ¹, Pavla Linhartová ¹, Pavel Theiner ¹, Martin Horký ¹, Monika Radimecká ¹,

¹ Psychiatrická klinika FN Brno a Lékařská fakulta MUNI

V posledních letech registrujeme zvýšený nárůst pacientů s klinickým obrazem emočně nestabilní poruchy osobnosti, kteří se dostávají na akutní lůžka PK. Naší snahou bylo nabídnout jim strukturovaný program, který by umožnil podporu v řešení krize, efektivní behaviorální stabilizaci v průběhu krátkodobé hospitalizace a poskytl jim konkrétní nástroje, jak nakládat se silnými emocemi. Vzhledem k zaběhlému ambulantnímu DBT programu na naší klinice a dobrým zkušenostem, které s tímto přístupem máme, jsme se rozhodli prvky dialektické behaviorální terapie aplikovat i na běžný režim otevřeného psychoterapeutického oddělení.

EFEKTIVITA DIALEKTICKÉ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

Monika Radimecká ¹, Adéla Látalová ¹, Pavel Theiner ¹, Pavla Linhartová ¹,

¹ Psychiatrická klinika FN Brno a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity

Příspěvek se zaměřuje na efektivitu Dialektické behaviorální terapie (DBT). Prezentovány budou dosavadní výsledky výzkumu efektivity a výzkum, který v současnosti probíhá na Psychiatrické klinice FN Brno a Lékařské fakultě Masarykovy univerzity. Z předchozích výzkumů se ukazuje, že po absolvování DBT programu dochází u pacientů ke snížení problémů na symptomatické úrovni (např. sebevražedného a sebepoškozujícího chování, deprese, úzkosti, pocitu bezmoci, problémů se vztekem a impulzivitu). Studie zaměřující se na neurální změny jsou teprve ve svých počátcích, ale naznačují snížení aktivity amygdaly. Cílem tohoto výzkumu je tedy ověřit efektivitu DBT programu a zaměřit se jak na symptomatické, tak na neurální změny. Výzkumu se zúčastní 35 pacientů s hraniční poruchou osobnosti, kteří podstoupí 24týdenní program DBT. Výsledky této skupiny budou srovnány s kontrolní skupinou 30 pacientů s hraniční poruchou osobnosti, kteří terapeutický program neabsolvují a kontrolní skupinou 35 zdravých respondentů. Výzkum je longitudinální, respondenti budou měřeni celkem třikrát (před zahájením terapie, po skončení terapeutického programu a půl roku po jeho skončení). Symptomatické změny jsou zjišťovány dotazníky na projevy hraniční poruchy osobnosti. Po dva dny je také pomocí mobilní aplikace sledována variabilita emocí. Dotazníky v této aplikaci chodí respondentům každou hodinu a ptají na právě prožívané emoce a jejich intenzitu. Neurologické změny jsou měřeny funkční magnetickou rezonancí spolu s elektroencefalografem. Respondenti plní v magnetické rezonanci tři úkoly: Faces (úkol zaměřený na aktivitu amygdaly při sledování emočních výrazů), Neurofeedback (zjišťuje schopnost regulovat své emoce) a Cyberball task (zaměřený na citlivost vůči vyloučení). První výsledky naznačují, že u pacientů, kteří program absolvovali dochází ke zmírnění potíží souvisejících s hraniční poruchou osobnosti. Ke snížení došlo zejména v oblasti emoční regulace ($N = 9$; $r = 0,68$) a impulzivitu ($N = 9$; $r = 1$). K významnému zvýšení pak došlo u všímavosti ($N = 9$; $r = -0,93$), které se pacienti v průběhu terapie učí. Rozdíly byly vzhledem k malému vzorku respondentů zjišťovány Wilcoxonovým testem. Na konferenci budou prezentovány aktuální výsledky výzkumu. Studie byla podpořena grantem MZ ČR č. NU20-04-00410, projektem Specifického vysokoškolského výzkumu MŠMT č. MUNI/A/1385/2021 a projektem Rozvoje výzkumné organizace MZ ČR (FNBr, 65269705).

BUDOUCNOST TERAPIE HRANIČNÍ PORUCHY OSOBNOSTI V ČESKU

Pavla Linhartová¹, Pavel Theiner¹, Monika Radimecká¹, Zuzana Špačková¹, Martin Horký¹,

¹ Psychiatrická klinika FN Brno a LF MU

Hraniční porucha osobnosti je život ohrožující onemocnění, riziko sebevraždy u těchto pacientů mnohonásobně vyšší než v obecné populaci a dle dostupných studií spáchá sebevraždu až 10% pacientů s hraniční poruchou osobnosti. Terapie pacientů s hraniční poruchou osobnosti je obtížná, standardní metody léčby často selhávají, hospitalizace se u pacientů neukazují jako efektivní a farmakoterapie je pouze symptomatická. To způsobuje, že standardní přístupy léčby typicky nejsou dostatečně efektivní, pacienti se opakovaně sebepoškozují nebo usilují o sebevraždu, což vyžaduje opakovanou psychologickou i somatickou krizovou péči, a vysoké jsou tak také náklady na léčbu těchto pacientů. Pacienti bývají navíc často stigmatizováni nebo označováni jako manipulativní a podobně, což může být spojeno například s nedostatkem cíleného vzdělání pracovníků v léčbě těchto pacientů nebo s nepříjemnými pocity, které kontakt s pacienty může vzbuzovat v lékařích a terapeutech (strach o jejich život, frustrace při nedostatečném zlepšení či opakování potíží, pocity bezmoci a beznaděje a podobně). Již po desítky let jsou ve světě vyvíjeny psychoterapeutické přístupy cílené přímo na léčbu pacientů s hraniční poruchou osobnosti, které aktivně řeší potíže, ke kterým typicky v léčbě pacientů s hraniční poruchou osobnosti dochází. Mezi tyto přístupy patří zejména Dialektická behaviorální terapie, Schematerapie, Na přenos zaměřená terapie a Na mentalizaci založená terapie. V České republice je však implementace těchto přístupů stále v počátcích. Co potřebujeme udělat pro to, aby byla léčba pacientů s hraniční poruchou osobnosti v Česku dostatečně efektivní a aby byly dostupné cílené léčebné metody? Tato přednáška přináší souhrn problematických oblastí, které je třeba v léčbě pacientů s hraniční poruchou osobnosti v Česku podpořit. Mezi ně patří např. zastavení stigmatizace pacientů a jejich vylučování z léčby, edukace ohledně hraniční poruchy osobnosti a pravidelná podpora lékařů, terapeutů a dalšího personálu pečujícího o tyto pacienty, zastavení posilování problémového chování ve zdravotnickém systému a aktivní podpora a rozvoj cílených způsobů léčby hraniční poruchy osobnosti. V závěru přednášky bude představen aktuální stav rozvoje Dialektické behaviorální terapie v Česku a důvody, proč bychom měli usilovat o rozvoj právě toho terapeutického přístupu. Studie byla podpořena grantem MZ ČR č. NU20-04-00410, projektem Specifického vysokoškolského výzkumu MŠMT č. MUNI/A/1385/2021 a projektem Rozvoje výzkumné organizace MZ ČR (FNBr, 65269705).

DISKUZE U POSTERŮ

NÁSTROJ PRO ODHAD DOBY NELÉČENÉ PSYCHÓZY V PRAXI

Marie Kuklová ¹, Ondřej Krupčík ¹, Hana Tomášková ¹, Matěj Kučera ¹,

¹ Veřejné duševní zdraví - výzkumný program, Národní ústav duševního zdraví

Úvod: Doba neléčené psychózy (Duration of Untreated Psychosis, DUP) je důležitá pro celkovou prognózu psychotického onemocnění. DUP má významný vliv na míru rozvinutí symptomů, dobu nutnou pro dosažení remise, riziko relapsu, fungování a celkovou reakci na léčbu. S cílem snížit dobu neléčené psychózy byly v zahraničí postupně implementovány takzvané služby včasné detekce a včasné intervence. Tyto služby byly v českém prostředí pilotně testovány v rámci projektu Včasné intervence u závažných duševních onemocnění (VIZDOM), který byl realizován Národním ústavem duševního zdraví (NUDZ) a který je součástí reformy péče o duševní zdraví. Podle průřezového epidemiologického šetření realizovaného NUDZ se ukazuje, že v roce 2017 byla prevalence psychotického onemocnění v české neinstitucionalizované populaci na hodnotě 1,5 % a přitom necelá třetina těchto případů nedostává žádnou léčbu. Ze situační analýzy zpracované pro projekt VIZDOM rovněž vyplývá, že člověk s psychotickým onemocněním vyhledává odbornou pomoc zpravidla pozdě, a to ve chvíli, kdy jsou projevy psychózy plně rozvinuté. Přesné údaje o době neléčené psychózy v období prvkontaktní se specializovanou službou psychiatrické péče ale nejsou k dispozici. Pracovníci VIZDOM získávali u klientů informace o DUP pomocí specializovaného nástroje. Metodika: Vodítka pro odhad doby neléčené psychózy (DUP) byla vytvořena v rámci projektu VIZDOM a lze je využít pro standardizované posouzení tohoto ukazatele. Nástroj byl navržen po vzoru výzkumných nástrojů, které k měření doby neléčené psychózy využívají symptomatologii dle Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS). Jsou sledovány vybrané pozitivní symptomy, jedná se o bludy (P1), konceptuální dezorganizaci (P2) a halucinační chování (P3). Hodnocení je zaměřeno retrospektivně a má formu klinického rozhovoru, délka administrace je přibližně 10 minut. Cílem je odhadnout dobu mezi momentem, kdy kterýkoli z uvedených symptomů dosáhl minimální stanovené intenzity a okamžikem přijetí do léčby. Sběr dat probíhal ve třech regionech v rámci projektu VIZDOM, cílovou skupinu tvořily ve věku 16–60 let. Jednalo se o jedince (i) v riziku rozvoje psychózy, (ii) v první epizodě psychózy a (iii) v léčbě pro F2 kratší dobu než tři roky. U druhé a třetí skupiny byly reportovány hodnoty DUP. Výsledky: Poster prezentuje výsledky šetření DUP, které bylo realizováno v rámci projektu VIZDOM. Data jsou získána téměř od čtyř desítek respondentů. Ze zjištěných hodnot vyplývá, že klienti se do služby včasných intervencí dostávají zpravidla do 10 měsíců od prvních projevů jasně psychotických symptomů. Objevují se i odlehle hodnoty, které naznačují, že někteří klienti přicházejí do kontaktu s léčbou až po několika letech rozvoje nemoci. Výsledky také ukazují, že hodnota počtu měsíců neléčené psychózy výrazně negativně koreluje se skórem globálního fungování (Global Assessment of Functioning Scale, GAF). Závěr: Pro možnosti lepšího designování, plánování a evaluace preventivních i léčebných programů zaměřených na psychotická onemocnění je důležité dobu neléčené psychózy reportovat a na tato zjištění reagovat v rámci probíhající reformy péče o duševní zdraví. Jelikož je doba neléčené psychózy klíčovým indikátorem kvality služeb, je žádoucí tento ukazatel reportovat nejenom v oblasti výzkumu, ale i v klinické praxi.

CHILDTALKS+: PREVENTIVNÍ INTERVENCE PRO DĚTI, JEJICHŽ RODIČE SE POTÝKAJÍ S DUŠEVNÍ PORUCHOU.

Adéla Farářová ², Hana Papežová ², Jana Gricová ¹, Tereza Štěpánková ¹, Jiří Raboch ²,

¹ 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

² 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Psychiatrická Klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Úvod: ChildTalks+ je preventivní intervencí určenou pro potomky rodičů s duševní poruchou. Cílovou skupinou jsou děti do 18 let, jejichž rodič trpí duševním onemocněním (COPMI – Children of Parents with Mental Illness). Při čtyřech strukturovaných, psychoedukativních setkáních s nimi hovoří odborník na duševní zdraví, vyškolený v intervencích ChildTalks+ o situaci dítěte a jeho potřebách. Cílem je předcházet duševním problémům a rizikovému chování dětí a adekvátně k jejich věku jim poskytnout informace o duševní poruše rodičů, emoční a sociální podporu, ale také podpořit rodičovské kompetence a komunikaci v rodině. Metodika byla implementována v Holandsku, Norsku, z části také v Portugalsku a Itálii. Celosvětový počet dětí žijících v rodinách ovlivněných duševní poruchou rodiče je 15-23 %. Tyto děti jsou ohroženy až v 50 % případů, že se u nich samotných také rozvine duševní onemocnění. Nejsou však cíleně identifikovány a zůstávají bez nabídky odborné pomoci, ačkoliv preventivní intervence mohou u COPMI snižovat riziko rozvoje psychopatologie až o 40 %. Implementace a evaluace metodiky ChildTalks+ v České republice je realizována 1. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy na základě návrhu The Arctic University of Norway ve spolupráci s E-clinic, z.ú., Voksne for Barn, a ADHD Association Island od března 2021 do srpna 2023. Metoda: Design studie vychází z modelového protokolu Reedtz et al. (2019) z The Arctic University of Norway. V České republice se studie zúčastní celkem 66 rodin s dětmi ve věku 6-18 let, kde jeden, či oba rodiče trpí duševní poruchou. V této kontrolované pre-post studii byl zvolen párový design. Rozřazení do intervenční (N=33) a kontrolní (N=33) skupiny proběhne dle počtu identifikovaných rizikových faktorů rodiny. Mezi ně řadíme: diagnózu duševní poruchy a komorbidní diagnózy rodiče/primární pečující osoby (respondenta), frekvenci hospitalizací, diagnózu duševní poruchy jiné pečující osoby/ dítěte/ rodiče respondenta, nepřítomnost další pečující osoby v rodině, neznalost diagnózy respondenta jinou pečující osobou a dítětem, nízký příjem domácnosti. Výzkumná data budou měřena před začátkem studie (T0), po ukončení intervence (T1), následně po 6 (T2) a 12 měsících (T3) pomocí těchto dotazníků: The Health-Related Quality of Life (KIDSCREEN-27), Parent-Child Communication Scale, Parenting Sense of Competence (PSOC), Parents' Evaluations of Developmental Status (PEDS), Eating Questionnaire – youth version (ChEDE-Q), The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) a The Youth Mental Health Literacy Scale (YMHL). Dotazníky budou vyplňovány rodiči dětí ve věku 6 – 18 let, a dětmi staršími 12 let. Dva poslední jmenované dotazníky dětmi staršími 15 let. U dětí mladších 12 let byl Etickou komisí VFN povolen sběr kvalitativních dat prostřednictvím rozhovorů s vyškoleným terapeutem. V rámci kvalitativní části výzkumu se zaměřujeme také na využití intervence ChildTalks+ odborníky, kteří léčí pacienty s diagnózou poruch příjmu potravy. Výsledky: Spolupráce s rodinami v České republice proběhne ve třech vlnách. Pilotní vlna v Říjnu–Prosinci 2021, druhá vlna v Květnu–Srpnu 2022 a třetí vlna v Září–Prosinci 2022. Na konferenci představíme dosavadní zkušenosti práce s metodikou ze zahraničí a naší české pilotní vlny. Souhrn zkušeností vyškolených terapeutů v intervenci ChildTalks+ účastníků se první vlny byl zaznamenán pomocí polostrukturovaných rozhovorů a vyhodnocen Tematickou analýzou. Tato kvalitativní data popisují prožitky terapeutů, bariéry a pozitiva, jež ve spolupráci vnímali. Zprostředkovávají také informace, co považovali rodiče a děti při intervenci ChildTalks+ jako užitečné. Poskytnutím intervence ChildTalks+ tedy: informováním rodičů o zkušenostech dětí a dopadu jejich duševního onemocnění na ně, posilováním rodičovských kompetencí, psychoedukací rodičů, jak mluvit se svými dětmi o svém duševním onemocnění, poskytnutím informací dětem o duševní poruše rodičů, jakož i emoční a sociální podpory, předpokládáme po vyhodnocení výzkumných dat (T3) u intervenční skupiny: zvýšení vnímání rodičovských kompetencí, posílení ochranných faktorů rodiny, zlepšení komunikace v rodině, zlepšení celkové pohody COPMI, zvýšení povědomí o problémech s duševním zdravím rodičů, snížení pocitů viny a studu za psychické problémy rodičů a jejich udržitelnost v čase. Mezi cíle intervence ChildTalks+ se řadí také identifikace sociálně emočních problémů u COPMI v raném stádiu, než se u nich samotných rozvinou duševní poruchy a zprostředkování možnosti poskytnout rodině kontakty na další odbornou pomoc. Další informace: Projekt č. ZD-ZDOVA1-019 je podpořen grantem z Islandu, Lichtenštejnska a Norska v rámci Fondů EHP. Webové stránky projektu: www.childtalks.cz Kontakty: Mgr. Adéla Farářová, Koordinační projektová a programová pracovnice projektu ChildTalks+, adela.fararova@lf1.cuni.cz Mgr. Jana Gricová, Projektová manažerka projektu ChildTalks+, jana.gricova@lf1.cuni.cz Mgr. Tereza Štěpánková, Ph.D., Koordinátorka terapeutů projektu ChildTalks+, tereza.stepankova@lf1.cuni.cz

LÉČBA DEPOTNÍMI ANTIPSYCHOTIKY NA PSYCHIATRICKÉ KLINICE FN OLOMOUC

Kristýna Vrbová¹, Jana Lakomá¹, Jana Klimovičová¹, Tomáš Galiček¹, Iveta Stejskalová¹, Ján Praško¹,

¹ Klinika psychiatrie FN Olomouc, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Úvod Depotní antipsychotika bývají tradičně vyhrazena pro nespolupracující pacienty v dlouhodobé udržovací léčbě schizofrenie. Novější přístupy naopak doporučují depotní formu léčby od počátku psychotického onemocnění. U mladých nemocných s krátkým trváním nemoci má totiž včasná léčba klíčový význam pro dlouhodobou prognózu, přičemž absence náhledu na onemocnění a potřebu léčby je u těchto osob běžná. Cílem našeho výzkumu bylo zmapovat léčbu depotními antipsychotiky (DAP) 1. a 2. generace (gen) ambulantních pacientů s dg. schizofrenního spektra na Psychiatrické klinice FN Olomouc a možný vztah průběhu nemoci k vybraným klinickým a demografickým faktorům. Metodika Do studie bylo zařazeno 88 pacientů obou pohlaví, léčených DAP 1. či 2. gen, docházejících do ambulance Psychiatrické kliniky FN Olomouc. Kritéria zařazení do studie byla diagnóza některé z poruch schizofrenního spektra podle výzkumných kritérií MKN-10 (1996). Do studie nebyli zařazeni pacienti, kteří zároveň trpěli závažným tělesným onemocněním, mentální retardací nebo organickou psychickou poruchou. Výsledky Analýza dat proběhla v říjnu 2021. Průměrný věk výzkumného souboru byl 43,88 + 10,68 let, mírně převažovali muži (50/38). DAP 1. gen bylo podáváno 45 pacientům, 2. gen 43 pacientům. Většina pacientů nechodila do zaměstnání (65/23) a neměla partnera (70/18). Onemocnění trvalo průměrně 13,5 roku. Téměř 2/3 pacientů (58/30) mělo komorbidní poruchu škodlivého užívání či závislosti na psychoaktivních látkách (metamfetamin, THC). Průměrná frekvence hospitalizací za rok při předpisu pouze p.o. medikace dosahovala 0,8232 + 0,7378. Po převedení na DAP (s možnou p.o. komedikací) došlo k významnému snížení na 0,2073 + 0,3731, přičemž mezi generacemi DAP nebyl statisticky významný rozdíl v počtu epizod za rok (1. gen před 0,7901 + 0,7209, po 0,1736 + 0,3647 vs. 2. gen před 0,8204 + 0,7451, po 0,225 + 0,3683). Frekvence hospitalizací za rok u zaměstnaných byla před nasazením depotu 0,6577 + 0,4347, po 0,1348 + 0,2803, u nezaměstnaných před 0,8675 + 0,8152, po 0,2198 + 0,3897. Pacienti užívající návykové látky měli významně vyšší frekvenci relapsů po nasazení depotu než pacienti, kteří drogy neužívají (0,3102 + 0,467 vs. 0,144 + 0,294). Ovšem po nasazení DAP jsme zaznamenali významný pokles počtu hospitalizací jak u skupiny pacientů, kteří drogy neužívali (0,8237 + 0,7931 ... 0,144 + 0,294), tak těch, kteří je užívali (0,7732 + 0,5933 ... 0,3102 + 0,467). Závěry Frekvence hospitalizací za rok se významně snížila po nasazení DAP, přičemž mezi generacemi nebyl statisticky významný rozdíl v počtu hospitalizací za rok. Uživatelé návykových látek měli statisticky významně vyšší frekvenci relapsů za rok po nasazení DAP než pacienti, kteří drogy neužívali. Významný pokles počtu hospitalizací po nasazení depotu byl zjištěn jak u skupiny pacientů, kteří drogy neužívali, tak u těch, kteří drogy užívali. Naopak nebyla nalezena souvislost mezi typem soužití a frekvencí relapsů ve vztahu k depotní léčbě. Podobně zaměstnanost či nezaměstnanost nesouvisela s frekvencí relapsů za rok před i po nasazení DAP.

VÝVOJ A PILOTNÍ OVĚŘENÍ REGIONÁLNÍHO VZDĚLÁVACÍHO MODULU PREVENCE DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH S DŮRAZEM NA RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ

Jaroslav Šejvl¹, Helena Horálek¹, Michal Miovský², Roman Gabrhelík¹, Elizabeth Nováková¹, Andrea Matějková¹, Tadeáš Samuel Zborník¹, Miroslava Mašlánirová¹, Svetlana Skurtveit¹, Jasmina Burdzović¹,

¹ ZD-ZDOVA1-012 - Vývoj a pilotní ověření regionálního vzdělávacího modulu prevence duševního onemocnění dětí a dospívajících s důrazem na rizikové chování

² Institucionální program podpory Progres č. Q06/LF1

Východiska: Vzdělávání profesionálů v preventivních přístupech v rámci rizikového chování dětí a dospívajících (užívání návykových látek, poruchy příjmu potravy a sebepoškozování) v sobě zahrnuje rovněž dobrou znalost teoretických i praktických postupů a intervenčních nástrojů, a to včetně screeningu a provedení krátkých intervencí. Přes zdánlivou jednoduchost tohoto požadavku, nemusí být jeho naplnění tak snadné, jak se zdá. Základním pilířem je specializační studium - kromě jiného - i pro pediatrii a psychiatrii. Cíle: Poukázat na rozsah a formy vzdělávacích aktivit, které by měl odborník pracující v primární léčbě (s ohledem na prevenci rizikového chování) dětí a dospívajících znát a umět se v nich orientovat. Metody: Byla použita kvalitativní analýza vzdělávacích materiálů, které byly identifikovány a zafixovány s ohledem na cílovou skupinu, pro kterou jsou určeny. Závěry: Orientovat se v celém spektru existujícího vzdělávání v rámci profesionálů pracujících v primární léčbě (vidi prevenci rizikového chování) je v současné době poměrně komplikované. Nadstavbový rozsah znalostí a dovedností pracovníka v primární prevenci rizikového chování u dětí a dospívajících není nikde stanoven. Stejně tak nejsou stanoveny formy vzdělávání a jejich kvalita. Přitom kvalita, efektivita a účinnost tohoto vzdělání je přímo úměrná kvalitě, efektivitě a účinnosti těchto intervencí u cílové skupiny. Proto poukazujeme na vybrané vzdělávací a intervenční programy, které tyto požadavky splňují a osvědčily se v praxi v rámci realizovaného projektu.

MŮŽE FENOMENOLOGIE PSILOCYBINOVÉ ZKUŠENOSTI A INDUKOVANÉ ZMĚNY V MOZKOVÉ AKTIVITĚ PREDIKOVAT DLOUHODOBÝ VLIV NA NÁLADU?

Tomáš Páleníček , Juliana Knociková ¹ , Vlastimil Koudelka ¹ , Jaroslav Hlinka ¹ , Jiri Horáček , Filip Tylš , Martin Brunovsky , Inga Grišková-Bulanová ¹ , Jana Kopřivová ,

¹ Národní ústav duševního zdraví, Topolová 748, 250 67 Klecany

² 3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Ruská 87, 100 00 Praha 10.

Psilocybin je v centru zájmu současného psychiatrického výzkumu jako potenciální terapeutický nástroj pro řadu neuropsychologických poruch, s největším klinickým dopadem pozorovaným při léčbě deprese. Psilocybin je psychedelický lék, který působí jako agonista serotoninového receptoru s převládající aktivitou na 5-HT_{2A/C} a 5-HT_{1A} receptorech. Bylo prokázáno, že vyvolává stav vysoké entropie v mozku, celkovou hyperkonektivitu se sníženou integritou rozsáhlých sítí. Studie na pacientech s depresí ukázaly biomarkery, které spojují antidepresivní účinek psilocybinu se změnami v konektivitě mediálního prefrontálního kortexu s parahippokampálním gyrem a změnami v aktivitě amygdaly. V této prezentaci budou prezentována data ze studie zdravých dobrovolníků léčených akutně psilocybinem 0,26 mg/kg. Prezentovány budou akutní účinky psilocybinu u zdravých z fenomenologického hlediska (škála změněného stavu vědomí (ASC)), vlivu na mozkovou aktivitu pohledem EEG (LORETA, aproximativní entropie) a jejich souvislost jako potenciálních biomarkerů vysvětlující dlouhodobé pozitivní účinky psilocybinu na náladu (hodnoceno pomocí škály přetrvávajících účinků po 28 dní po podání). Podpořeno projekty Tato práce byla podpořena projekty GAČR 20-25349S, AZV NU21-04-00307 a programem Cooperatio.

SHROMÁŽDĚNÍ ČLENŮ PS ČLS JEP (VALNÁ HROMADA)

PROGRAM

- předání medailí za zásluhy v oboru psychiatrie
- předání čestných členství
- předání Heverochových medailí
- předání Kuffnerovy ceny
- předání Novinářské ceny

SHROMÁŽDĚNÍ ČLENŮ Psychiatrické společnosti ČLS JEP (valná hromada):

- zpráva o činnosti
- přestavení etického kodexu PS ČLS JEP
- zpráva o hospodaření
- zpráva revizní komise

SYMPOZIUM VIATRIS CZ S.R.O.

PANDÉMIE A NETUŠENÉ VLASTNOSTI ANTIDEPRESIV

Martin Andres ¹ ,
¹

Abstrakt není k dispozici

• prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D. • doc. MUDr. Martin Anders, PhD. • MUDr. Simona Papežová • MUDr. Jan Hanka

AMBULANTNÍ PRAXE VČERA, DNES A ZÍTRA

REFLEXE ZMĚN V AMBULANTNÍ PRAXI

Vítězslav Pálenský¹, Simona Papežová²,

¹ PSYCHIART s.r.o.

² Psychiatrická ambulance MUDr. Simony Papežové, Praha

Reforma psychiatrie přináší změny v ambulantní péči. Jednou z možností nastavení služeb ambulance je forma "ambulance s rozšířenou péčí". Krom služeb psychiatrických může jít o služby psychologa a psychiatrické sestry. Dále o provázání na služby psychosociální. Sdělení přinese pohled z praxe po stránce výhod i komplikací, a to z pohledu provozovatele i uživatele služeb. Dále zmíníme změny v poskytování ambulantní psychiatrické péče v návaznosti na implementaci Strategie reformy psychiatrické péče.

K ČEMU JE (AMBULANTNÍMU) PSYCHIATROVI KLINICKÝ FARMACEUT?

Ivana Tašková¹, Ivana Tašková²,

¹ Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha

² Ústav aplikované farmacie, Farmaceutická fakulta MUNI, Brno

V roce 2020 Pracovní skupina k seznamu zdravotních výkonů MZ ČR schválila výkon, který předložila Česká odborná společnost klinické farmacie, tj. Konziliární zhodnocení medikace ambulantního pacienta klinickým farmaceutem (05752). Tento výkon rozšiřuje klinicko-farmaceutickou péči, která je již plně etablovaná v nemocniční oblasti, i do ambulantní sféry. Jedná se o logický krok v systémovém zavedení klinickofarmaceutické péče do zdravotnického systému. Ze závěrů pilotního projektu spolupráce oddělení klinické farmacie Psychiatrické nemocnice Bohnice s ambulantními psychiatry vyplývají možné způsoby, jak by mohl být tento systém implementován do běžné praxe psychiatrických ambulancí. I ambulantní psychiatr má v péči polymorbidní pacienty s polyfarmacií a komplexní medikací, jejíž součástí mohou být četné lékové problémy. Klinický farmaceut může poskytnout v těchto případech relevantní podklady pro rozhodování o podobě farmakoterapie a nejnovější poznatky medicíny založené na důkazech.

SPOLUPRÁCE KLINICKÉHO FARMACEUTA A PSYCHIATRA – KAZUISTIKA

Věra Šantrůčková ¹, Ivana Tašková ²,

¹ Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha; Psychiatrická ambulance MUDr. Tatiany Fabíniové, Praha

² Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha; Ústav aplikované farmacie, Farmaceutická fakulta MUNI, Brno

Sdělení má poukázat na možnosti spolupráce klinického farmaceuta s psychiatrem. Na případě pacienta s klozapinem v medikaci bude rozebrán lékový problém (léková interakce) u hospitalizovaného psychiatrického pacienta a demonstrován možný přínos přítomnosti klinického farmaceuta na oddělení akutní péče.

BEHAVIORÁLNÍ AKTIVIZACE PACIENTŮ V AMBULANTNÍ PÉČI

Kristýna Drozdová ¹,

¹ Psychiatrická ambulance Vysočina, Jihlava

V posledních letech zaznamenáváme opět zvýšený zájem o behaviorální aktivizaci jako nezbytnou součást léčby afektivních poruch v ambulantní péči i za hospitalizace. Aktivizace (behaviorální i fyzická) je jedním z tří základních pilířů komplexní léčby, vedle farmakoterapie a psychoterapie. Behaviorální aktivizace je soubor postupů jak motivovat a zaangažovat pacienta či klienta do zvýšení fyzické aktivity a aktivity obecně. Pod pojmem behaviorální aktivizace v její specifické formě rozumíme ustálený systém klinických postupů, používaných v kognitivní nebo kognitivně behaviorální terapii deprese. V obou podobách se jedná o efektivní, vědecky podloženou, levnou, přenositelnou, adaptovatelnou metodu, rozšiřující naše léčebné armamentarium. Fyzická aktivita má pozitivní vliv na léčbu různých psychických poruch, pozitivně ovlivňuje wellbeing obecně a posiluje resilienci.

SEKCE BIOLOGICKÉ PSYCHIATRIE

ENDOFENOTYPY U SCHIZOFRENIE

Klára Látalová ¹,

¹ Klinika psychiatrie FNOL a LF UP v Olomouci

Endofenotypy poskytují silnou neurobiologickou platformu, ze které můžeme porozumět genomickým a nervovým substrátům schizofrenie a dalších běžných komplexních neuropsychiatrických poruch. Endofenotypy jsou neurobiologicky informovaná kvantitativní měření, která ukazují deficity u probandů a jejich příbuzných prvního stupně. Jsou více přístupné statistické analýze než „fuzzy“ kvalitativní klinické rysy nebo zmateně heterogenní diagnostické kategorie. Endofenotypy jsou také považovány za jedinečně informativní v tradičních diagnostických i nově vznikajících kontextech, které nabízejí most mezi dvěma přístupy ke klasifikaci a výzkumu psychopatologie. Endo- nebo intermediární fenotypy jsou dědičné, tak jako úroveň dědičnosti, přičemž k posouzení obou se používají stejné statistické metody a subjekty. Protože můžeme prokázat vazbu endofenotypů na genové sítě a nervové okruhy na jedné straně a také na funkci v reálném životě, poskytují endofenotypy kriticky důležitý most pro „spoje“ mezi geny, buňkami, obvody, zpracováním informací, neurokognicí a funkčními funkcemi. Propojením genů ohrožujících schizofrenii s neurobiologicky informovanými endofenotypy a prostřednictvím využití asociačních, vazebných, sekvenačních, kmenových buněk a dalších strategií můžeme našemu oboru poskytnout nové neurobiologicky informované informace v našem úsilí porozumět a léčit schizofrenii. Přednáška prezentuje názory, údaje a nové analytické strategie týkající se rizika, patologie a způsoby léčby schizofrenie. Klíčová slova: schizofrenie, endofenotyp, dědivost, dědičnost Literatura: Braff, David L. "Promises and challenges of translational research in neuropsychiatry." Translational neuroscience: Applications in neurology, psychiatry, and neurodevelopmental disorders 2012;1: 339-358. Flint, Jonathan, Nicholas Timpson, and Marcus Munafò. "Assessing the utility of intermediate phenotypes for genetic mapping of psychiatric disease." Trends in neurosciences 2014; 4: 733-741. Swerdlow, Neal R., Raquel E. Gur, and David L. Braff. "Consortium on the Genetics of Schizophrenia (COGS) assessment of endophenotypes for schizophrenia: an introduction to this Special Issue of Schizophrenia Research." Schizophrenia research 2015; 163: 9-16.

ROZMĚRY CÉV NA SÍTNICI OKA JAKO MOŽNÝ ENDOFENOTYP SCHIZOFRENIE – KONEČNÉ VÝSLEDKY

Ladislav Hosák ¹,

¹ Psychiatrická klinika, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Introduction: According to current literature, retinal pathology has been found in schizophrenia and may represent its endophenotype. Purpose: The aim of our study was to assess whether retinal microvascular abnormalities may be an endophenotype of schizophrenia. Patients and Methods: We recruited schizophrenia patients hospitalized at the Department of Psychiatry, University Hospital in Hradec Kralove, their first-degree mentally healthy relatives (parents, siblings, children), and age- and sex-matched unrelated healthy controls with no known mental disorders. In the study subjects, we recorded their demographic and if need be clinical variables. Retinal imaging was performed using a digital fundus camera FF450 + IR. The retinal vessels calibres were measured by means of the VAMPIRE software application. Results: Fifty-three schizophrenia patients (average age 32.1 years; males N = 38), the same number of healthy relatives (average age 47.3 years; males N = 18) and fifty-eight unrelated healthy controls (average age 34.4 years; males N = 36) entered the study. We found that retinal arteriolar diameters were significantly widened in the patients with schizophrenia as compared with unrelated healthy controls (P = 0.002-0.005), but not in the comparison with healthy relatives. Retinal venular diameters were not significantly different among the study groups. Conclusion: Our results do not unequivocally support the idea that retinal microvascular abnormalities are an endophenotype in schizophrenia, but this possibility is not excluded either. At the same time, our findings support the genetic-inflammatory-vascular theory of schizophrenia. Further research should comprise longitudinal studies of retinal microvascular pathology in schizophrenia subjects to ascertain whether it is independent of the current clinical state.

TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKÁ STIMULACE V TERAPII SCHIZOFRENIE A DALŠÍCH ZÁVAŽNÝCH PORUCH

Libor Ustohal ¹,

¹ Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) se uplatňuje v terapii některých závažných duševních poruch. Nejvíce ověřena a nejčastěji užívána je v léčbě depresivní poruchy. Používá se ale i v terapii schizofrenie, avšak zde už je evidence méně průkazná. Dle mezinárodních doporučení z roku 2020 ji lze využít k ovlivnění sluchových halucinací či negativních příznaků. V obou případech byla úroveň evidence stanovena na stupeň C, což znamená potenciálně účinná. Kromě depresivní poruchy a schizofrenie patří k dalším potenciálním indikacím posttraumatická stresová porucha (zde je úroveň evidence dokonce na stupni B – pravděpodobně účinná), obsedantně kompulzivní porucha, závislost a craving po tabáku a také Alzheimerova nemoc (ke zlepšení kognitivních funkcí, paměti a jazykové úrovně zvláště v mírných stádiích či časných fázích onemocnění). V případě negativních příznaků schizofrenie se nejčastěji používá vysokofrekvenční rTMS cílená na oblast levého dorzolaterálního prefrontálního kortexu (DLPFC). Variantou, která byla s pozitivními výsledky vyzkoušena u depresivní poruchy, je tzv. intermitentní theta burstová stimulace (iTBS), při které se aplikují skupiny pulsů o velmi vysoké frekvenci (tzv. bursty). Ověřit účinnost a snášenlivost iTBS si vytkla za cíl česko-německá studie nazvaná RADOVAN (rTMS add on value for the amelioration of negative symptoms of schizophrenia). Studie byla koncipována jako dvojitě zaslepená, randomizovaná a shamovou stimulací kontrolovaná. Jsou v ní přímo srovnávány dva aktivní protokoly stimulace („klasická“ 10 Hz rTMS cílená na levý DLPFC složená z 3000 pulsů a inovativní iTBS cílená rovněž na levý DLPFC složená z 600 pulsů) právě se shamovou stimulací v celkovém počtu dvaceti sezení v průběhu čtyř týdnů. Primárním výstupem je změna skóre škály SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms). K zařazovacím kritériím patří diagnóza schizofrenie dle MKN-10 potvrzená pomocí M.I.N.I. interview, věk 18 až 75 let, predominantní negativní příznaky, skóre škály SANS minimálně 35, stabilní medikace a schopnost podepsat informovaný souhlas, který byl schválen stejně jako studie příslušnými etickými komisemi. Ke kontraindikacím patří kontraindikace provedení rTMS, komedikace benzodiazepiny v dávce vyšší než 10 mg diazepam (či adekvátní dávce jiného benzodiazepinu), závažná somatická nebo psychická komorbidita včetně závislosti na alkoholu nebo jiných psychoaktivních látkách (vyjma tabáku) a těhotenství či laktace. V prezentaci budou ukázány první průběžné výsledky, dle nichž se zatím jeví jako nejúčinnější iTBS. Všechny tři stimulační protokoly jsou velmi dobře snášeny, prozatím bez závažnějších nežádoucích účinků, které by vedly k předčasnému ukončení stimulace. Podpořeno Ministerstvem zdravotnictví ČR pro konceptuální rozvoj výzkumné organizace (FNBr, 65269705).

DISKUZNÍ PANEL KE VZDĚLÁVÁNÍ V PSYCHIATRII - OTÁZKY A ODPOVĚDI

Diskutující:

- **prof. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D.**
- **Mgr. Zbyněk Podhrázký**
- **Mgr. Ivana Svobodová**
- **prof. MUDr. Ján Pavlov Praško, Ph.D.**
- **doc. MUDr. Martin Hollý, MBA**
- **Mgr. Klára Šimáčková Laurenčíková**
- **prof. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D.**
- **prof. MUDr. Jiří Masopust, Ph.D.**

DISKUSNÍ PANEL KE VZDĚLÁVÁNÍ V PSYCHIATRII

Tomáš Kašpárek ¹,

¹ Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

V rámci diskusního panelu k vzdělávání v psychiatrie budeme sdílet aktuální informace o atestačních zkouškách, vzdělávacích programech, principech akreditace a uznávání praxe a budeme hledat odpovědi na otázky z pléna. Diskusního panelu se budou účastnit zástupci akreditační komise, ministerstva zdravotnictví, IPVZ kateder psychiatrie a psychoterapie a lékařských fakult, které organizují atestační zkoušky a zkoušky po kmeni.

SYMPOZIUM VIPHARM SLOVAKIA S.R.O., ORGANIZAČNÍ SLOŽKA CZ

PRÁVNÍ ASPEKTY AMBULANTNÍ PSYCHIATRICKÉ PRAXE

Libor Štajer ¹,

¹ KMVS, advokátní kancelář, s.r.o.

MANAGEMENT SYNDROMU DEMENCE V PRAXI (SYMPOZIUM ZENTIVA, K.S.)

MANAGEMENT SYNDROMU DEMENCE V PRAXI

Iva Holmerová ¹,

¹ Ředitelka Gerontologického centra, Proděkanka pro zahraniční vztahy Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy, CELLO - Centre of Expertise in Longevity and Long-term Care Member of International Longevity Center Global Alliance, University of the West of Scotland - Visiting Professor Alzheimer Europe - Chairperson

Abstrakt není k dispozici

SLOVENSKÁ PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST SLS

DOPORUČENIA MZ SR PRE LIEČBU SCHIZOFRÉNIE – RELEVANCIA V KLINICKEJ PRAXI

Dagmar Breznoščáková ¹, Mária Králová ²,

¹ LF UPJŠ Košice, CPPF Vranov n. T.

² PK UK a UNB Bratislava

Úvod: Dnešné požiadavky na liečbu schizofrénie v zmysle čo najlepšieho pomeru efektivity a bezpečnosti liečby sú v podstate štandardom, ktorý sa čoraz viac nielen vyžaduje ale aj uplatňuje v praxi. Preto zjednotiť čo najviac EBM podložených postupov, ktoré sú dobre uplatniteľné v praxi je výzvou nielen pre zostavovateľov, ale aj dôležitou spätnou väzbou. K dispozícii máme nielen viaceré zahraničné guideliney v liečbe psychických porúch, ale už skoro štyri roky aj slovenské doporučená pre liečbu schizofrénie. Ako sa uplatňujú v praxi doporučená pre liečbu schizofrénie? Sú využívané a rešpektované našimi odborníkmi? Aká je situácia, čo sa týka zvažovania pomeru efektivity a bezpečnosti už v akútnej fáze liečby psychotických porúch? Metodika: Kvantitatívno-kvalitatívna prierezová štúdia na základe vyhodnotenia online štruktúrovaných dotazníkov u viac ako 140 slovenských psychiatrov. Výsledky: Najdôležitejšie príznaky zohľadňované pri výbere antipsychotika sú pozitívne a negatívne symptómy, o čosi menej depresívne a kognitívne symptómy. Výber konkrétneho antipsychotika v akútnej fáze liečby ovplyvňuje profil účinnosti, nasleduje aktuálny stav pacienta a bezpečnostný profil. Čo sa týka účinnosti antipsychotickej liečby, najdôležitejším kritériom je odpoveď na antipsychotickú liečbu – zmena v symptomatike. Až 94% respondentov postupuje podľa odporúčaní, čo sa týka vyšetrení indikovaných na posúdenie nežiaducich účinkov liečby (laboratórne vyšetrenia, EKG). Za najzávažnejšie dôvody pre zmenu antipsychotika v liečbe schizofrénie sú považované tardívne dyskinézy, predĺženie QT intervalu, akútne extrapyramídové symptómy a hyperprolaktinémia. 78% respondentov uviedlo, že nežiaduce účinky či intolerancia liečby je dôvodom na zmenu antipsychotickej liečby u menej ako 30% pacientov. Až 96% respondentov považuje bezpečnosť antipsychotík za rovnako dôležitú ako účinnosť liečby schizofrénie. Záver: V konečnom dôsledku odporúčania MZ SR pre schizofréniu sú relevantné pre klinickú prax v zmysle definovania bazálnych krokov v manažmente rizík terapie, cieľom je zlepšenie pomeru účinnosti a bezpečnosti liečby, zvýšenie bezpečnosti pacienta a redukcia možnej domnej farmakorezistencie.

DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A MONITORING PACIENTŮ S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU

Ingrid Menkyová¹, Lucia Žlnayová²,

¹ II. neurologická klinika LF UK a UNB, Bratislava, Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, 1.lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

² Psychiatrická klinika LF UK a UNB, Bratislava

Roztroušená skleróza (RS) je chronické autoimunitně podmíněné zánětlivé demyelinizační onemocnění centrálního nervového systému (CNS) postihující převážně mladé dospělé v produktivním věku. Významný pokrok v oblasti terapie RS zvyšuje v posledních letech nároky na hodnocení aktivity onemocnění a včasného odhalení pacientů, kteří nedostatečně odpovídají na užívanou léčbu. Sledování pacientů musí být komplexní a zahrnovat relativně širokou škálu klinických a paraklinických metod včetně hodnocení kognice a duševního zdraví. Lokalizace zánětlivých lézí v různých oblastech mozku a míchy podmiňuje značně heterogenní klinický obraz tohoto onemocnění. Vedle poruch rovnováhy a koordinace, motorických, senzitivních či sfinkterových obtíží, je u pacientů s RS významný i výskyt chronické únavy, úzkostných poruch a deprese. Ta se objevuje až u 60 % pacientů a nekoreluje s mírou fyzické disability a délkou onemocnění. Časté je i postižení kognice, zejména pozornosti, rychlosti zpracování informací, pracovní paměti a exekutivních funkcí. Včasná diagnostika a adekvátní terapie neuropsychiatrických projevů má zásadní význam nejen pro zlepšení kvality života a sociální vztahy, ale i v managementu terapie a adherenci k léčbě. Zlatým standardem hodnocení disability u pacientů s RS je již více než 30 let škála EDSS (Expanded Disability Status Scale). Je založena na standardním neurologickém vyšetření 7 funkčních systémů (zrakový, kmenový, pyramidový, mozečkový, senzitivní, mentální, sfinkterové funkce) a na zhodnocení chůze nebo aktuální mobility či soběstačnosti. Škála EDSS má bohužel řadu nedostatků. Jedním z nich je prakticky absence hodnocení kognice a duševního zdraví. V praxi je proto vhodné doplnit ji dalšími metodami. Základní neuropsychologickou baterií využívanou u pacientů s RS je MACFIMS (Minimal Assessment of Cognitive Function in Multiple Sclerosis), respektive její zkrácená verze BICAMS (Brief International Cognitive Assessment for Multiple Sclerosis). Ta se skládá ze 3 testů pokrývajících nejčastěji postižené kognitivní domény – rychlost zpracování informací (test SDMT – Symbol Digit Modalities Test), paměti a schopnosti učení se verbálnímu materiálu (test CVLT-II – California Verbal Learning Test) a paměti a schopnosti učení se nonverbálnímu materiálu (test BVMT-R – Brief Visuospatial Memory Test-Revised). Často využívaným nástrojem doplňujícím škálu EDSS je i MSFC (Multiple Sclerosis Functional Composite) zahrnující tři další testy - T25FW (Timed 25 Foot Walk Test) hodnotící mobilitu a fungování dolních končetin na základě schopnosti pacienta ujit na čas vzdálenost 25 stop (7,6 metrů), 9HPT (9 Hole-Peg Test) hodnotící jemnou motoriku horních končetin na základě času potřebného na zasunutí a následného vyjmutí devíti kolíčků do děr na testovací desce, a test PASAT (Paced Auditory Serial Addition) hodnotící rychlost zpracování informací a některé aspekty pozornosti. V současnosti je někdy test PASAT zaměňován i s ohledem na rychlost provedení za již zmiňovaný SDMT. SDMT je schopen zachytit až 70% pacientů, jejichž kognitivní postižení by odhalilo komplexní vyšetření baterií BICAMS. Stává se proto zlatým standardem nejenom v baterii MSFC, ale i v rámci screeningu kognice v běžné klinické praxi. Je důležité si uvědomit, že RS je komplexní onemocnění, které se vedle klasických somatických projevů vyznačuje i širokým spektrem neuropsychiatrických patologií, zcela zásadně zasahujících do kvality života pacientů. Včasné odhalení těchto projevů vyžaduje pravidelné testování a umožňuje nám včas zasáhnout a ovlivnit rozvoj nemoci. Pro uskutečnění těchto záměrů je zcela zásadní interdisciplinární spolupráce. RS zatím nedokážeme vyléčit, ale společnými silami ji u velkého množství pacientů můžeme stabilizovat.

KATATÓNIA – KOMORBIDITA ALEBO PRÍZNAK OCHORENIA COVID-19?

MUDr. Vanda Valkučáková¹, MUDr. Gabriela Bezáková¹, doc. MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.¹,

¹ Psychiatrická klinika Lekárskej fakulty UK a UN Bratislava

Katatóniu definujeme ako etiologicky heterogénny syndróm s dominantným obrazom porúch psychomotoriky. Historicky sa tento pojem spájal s duševnými poruchami, a to predovšetkým so schizofréniou. V dnešnej dobe vo svetle aktuálnych poznatkov sa „katatónny“ prisudzuje neuropsychiatrickému syndrómu, manifestujúcemu sa z rôznych etiologických príčin: od neurologických po systémové ochorenia, nevynímajúc spojitost so širším spektrom duševných porúch. Konceptuálne zmeny v chápaní katatónie ako separátnej entity sú markantné v nových revíziách klasifikačných systémov (DSM 5, ICD-11), kde sa dostáva na úroveň špecifikátora, resp. samostatného syndrómu. Pre psychiatrickú prax je najviac markantnou zmenou vyňatie katatónie ako podtypu schizofrénie v ICD-11 (v porovnaní s diagnózou F20.2 Katatonická schizofrénia v ICD-10) a jej delenie na katatóniu zapríčinenú duševnou poruchou, psychoaktívnymi látkami (vrátane medikácie) a zapríčinenú zdravotným stavom (ako sekundárny syndróm). Katatónny syndróm, ako sekundárna neuropsychiatrická manifestácia, sa popisuje aj pri infekcii COVID-19 predovšetkým v súvislosti so známym neurotropizmom SARS-CoV-2 vírusu alebo v spojitosti z celkovou somatickou alteráciou pacienta, s prispievajúcimi faktormi ako sú napr. mozgová hypoxémia a nežiaduce účinky liečby kortikosteroidov. Katatónny obraz v literatúre bol zaznamenaný v rámci akútnych štádií ochorenia COVID-19, ako aj v postinfekčnom období. Súbežná infekcia COVID-19 môže predstavovať limitáciu v liečbe katatónie ako primárnej psychiatrickej manifestácie, nakoľko podávanie benzodiazepínov či elektrokonvulzívnej liečby môže prinášať riziká pre zdravotný stav pacienta s aktívnou infekciou. Manažment katatónneho syndrómu v súbehu s infekciou COVID-19 prináša špecifické diagnosticko-terapeutické výzvy a vyžaduje komplexný terapeutický prístup, čo v príspevku demonštrujeme na 3 kazuistických zdeleniach z vlastnej klinickej praxe. Kľúčové slová: COVID-19, katatónny syndróm, elektrokonvulzívna liečba

ČO NÁS PANDÉMIA (NE)NAUČILA ... V KONTEXTE S VOJNOVÝM KONFLIKTOM

Katarína Jandová¹, Ľubomíra Izáková²,

¹ Univerzitná nemocnica Bratislava, Slovenská republika

² Lekárska fakulta Univerzity Komenského, Bratislava, slovenská republika

Pandémia COVID-19 pre zdravotníkov, pacientov a celú spoločnosť stále predstavuje vysokú mieru stresu. Podobne, ako v iných krajinách, aj na Slovensku sa vo veľmi krátkom čase identifikovala potreba psychosociálnej podpory a pomoci na rôznych úrovniach. Táto nečakaná situácia odhalila nedostatky dlhodobej marginalizácie problému duševného zdravia, a tiež akcentuje potrebu starostlivosti o duševné zdravie vykonávateľov pomáhajúcich profesií, zdravotníkov nevynímajúc. K ešte neskončenej pandémie pribudol problém vojenského konfliktu, čo potrebu riešenia starostlivosti o duševné zdravie ešte viac eskaluje. Z hľadiska zvýšenia dostupnosti poskytovania kvalitnej starostlivosti o duševné zdravie aj tento fakt plne potvrdzuje legitimitu potreby reformy systému zdravotnej starostlivosti o duševného zdravia na Slovensku.

KAM SMĚŘUJEME V LÉČBĚ SCHIZOFRENIE?

Jiří Masopust ¹,

¹ Psychiatrická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Cíle léčby schizofrenie se v průběhu času mění. Se zvyšováním nároků na výsledky léčby duševních nemocí se také stávají viditelnějšími nedostatky, problémy a chybějící služby v systému péče o duševně nemocné i limity dostupných intervencí. Rozdíl mezi očekáváním a realitou lze nazvat nenaplněnými potřebami („unmet needs“). V rámci farmakologické léčby se jedná především o problematickou adherenci, nežádoucí účinky (snášlivost), nízkou účinnost antipsychotik na konkrétní symptomy, zejména negativní, kognitivní a depresivní příznaky. Ukazuje se, že pro posun v těchto oblastech již nevystačíme pouze s antipsychotiky blokujícími dopaminové receptory. V současné době máme k dispozici již tři parciální agonisty dopaminových receptorů, jejichž účinek se odvíjí od endogenní aktivity dopaminu a jež se liší mezi sebou v řadě parametrů. Ve výzkumu léčby schizofrenie je kromě dopaminového systému cíleno také na glutamátergní, serotoninový, acetylcholinergní a GABA systém, podobně jako na ovlivnění zánětu v časných stádiích onemocnění. Z léků ovlivňujících dopamin máme v ČR poměrně krátce k dispozici lurasidon, antipsychotikum ze skupiny dopaminových a serotoninových antagonistů (SDA). Lék je výjimečný příznivým profilem nežádoucích účinků včetně kardiometabolických. V USA byl uveden na trh lumateperon. Jiné postupy se zaměřují na snížení nežádoucích účinků současných léků, jedná se např. o kombinovaný preparát olanzapin + samidorphan (ovlivňující opiatové receptory) snižující riziko nárůstu hmotnosti a kardiometabolických komplikací. V léčbě predominantních negativních příznaků se jeví nadějně adjuvantní podávání antagonisty 5-HT_{2A} receptorů pimavanserinu. Pokračuje posun v dostupnosti různých lékových forem současných antipsychotik (dlouhodobě působící injekce, náplastové formy atd.). V nespolečné řadě je nutné dostatečně využít již dostupné léky. Týká se to jejich dávkování (měření plazmatických koncentrací) nebo využití klopazinu či dlouhodobě působících injekčních forem antipsychotik v časnější fázi onemocnění v souladu s doporučenými postupy léčby.

PROČ MĚŘIT PLAZMATICKÉ KONCENTRACE ANTIPSYCHOTIK?

David Bayer ¹,

¹ Psychiatrická klinika FN a UK Hradec Králové

Je zažitým myšlenkovým stereotypem, že při farmakologické léčbě jakéhokoli onemocnění se efekt léčiva v cílové tkáni odvíjí od denní dávky léčiva. Dávka farmaka je primární proměnná, ale pouze jedna z mnoha, které hrají roli v odpovědi na léčbu. Je prokazatelné, že terapeutické ovlivnění psychofarmaky lépe koreluje v plazmatickou hladinou léčiva než s jeho denní dávkou. Dalším faktem jsou významné a rozmanité intra i interindividuální abnormality, které nelze přesně predikovat a mohou zmařit efekt celé léčby. V klinické praxi existují situace, kdy měření plazmatické hladiny tyto odchylky demaskuje a do značné míry vede ke zlepšení léčebného efektu, maximalizuje bezpečnost léčby a minimalizuje nežádoucí účinky.

CO DĚLAT, KDYŽ PACIENT SE SCHIZOFRENIÍ NEREAGUJE NA LÉČBU ANTIPSYCHOTIKY?

Miloslav Kopeček¹,

¹ 1) Národní ústav duševního zdraví, Klecany 2) Klinika psychiatrie a psychologie, 3. LF UK, Praha

Absence léčebné odpovědi (trvání pozitivní symptomatiky) na antipsychotikum může být spojena s nedostatečnou dávkou antipsychotika či absencí jeho užívání, což si lze osvětlit změřením sérových koncentrací antipsychotika. Po prvním neúspěšném léčebném pokusu revidujeme diagnózu, zda jsme jistě vyloučili možnost sekundárních psychózy, pokud to nebylo s jistotou vyloučeno dříve. Navýšení dávky antipsychotik či převod na dlouhodobě působící injekční antipsychotika nám může pomoci při nízké sérové koncentraci antipsychotika. Pokud trvá stále pozitivní symptomatika, je nutné vyloučit souběžné užívání psychoaktivních látek či alkoholu toxikologickým vyšetřením moči. Pokud žádná z výše uvedených intervencí nepřináší efekt, kombinujeme antipsychotika nebo antipsychotikum zaměníme na antipsychotikum z jiné podskupiny. Po dvou neúspěšných antipsychotických léčbách zvažujeme nasazení klopazinu. Při jeho neefektivitě kontrolujeme, zda jsou dostatečné sérové koncentrace klopazinu. Při selhání léčby klopazinem zvažujeme jeho kombinaci s jiným antipsychotikem, aplikaci rTMS, ECT či jiným psychofarmakem. I nadměrná sérová hladina antipsychotika se může podílet na absenci odpovědi, jak na pozitivní tak častěji na negativní symptomatiku. Pacientka intoxikována klopazinem rozvinula při vysokých sérových koncentracích klopazinu delirium nasedající na schizofrenii. Jiná pacientka s přetrvávajícími negativními příznaky byla neadekvátně tlumena vysokými sérovými koncentracemi olanzapinu při podávání jeho běžných dávek. 95% efektivní dávka některých antipsychotik (amisulprid, brexpiprazol, kariprazin, lurasidon, olanzapin, sertindol, ziprasidon) v léčbě negativních příznaků je nižší než v léčbě pozitivních příznaků. Měření sérových koncentrací antipsychotik nás neinformuje o množství antipsychotik překonávající hematoencefalickou bariéru. K tomu lze užít měření koncentrací antipsychotik v likvoru či teoreticky měření obsazenosti D2 receptorů za pomoci radioligandů (to není v ČR dostupné). Ústní sdělení bude nakonec doplněno kasuistikou farmakorezistentní pacientky, u které byla měřena koncentrace antipsychotik v likvoru.

VALNÁ HROMADA ČNPS

VIKTIMIZACE NÁSILÍ

LÉČÍME SPRÁVNĚ NÁSILÍ U PACIENTŮ S PSYCHÓZOU?

J. Vevera¹, A. Nichtová², V. Jurčíková³,

¹ Psychiatrická klinika LF Plzeň

² PN Bohnice

³ NUDZ

Úvod Násilné chování u pacientů s psychotickou poruchou je možné rozdělit podle vyvolávající motivace na psychotické, impulsivní a predatorní. Zkoumali jsme se zda se etiologie našli odráží rovněž v jeho farmakoterapii. Metodika V letech 2017 až 2019 jsme analyzovali útoky pacientů přijatých k akutní hospitalizaci. Z 395 pacientů s kteří provedli násilný útok s vyšetřením souhlasilo 73% klientů (n 289). Pacienti byli rekrutováni z jedné Psychiatrické kliniky a dvou Psychiatrických nemocnic. Tito pacienti provedli celkem 820 násilných útoků a každý byl vyhodnocen výzkumníkem (lékařem či psychologem) na základě pohovoru s pacientem, obětí útoku a ošetřujícím lékařem dle škály Volavky a Nolanové. Výsledky Psychotický motivovaných útoků byla 629, impulzivních 183, a predatorně motivovaných 8. Pro malý počet byli predatorní útoky z dalších analýz vyřazeny. Bez ohledu na etiologii byla nejčastěji užívanou farmakologickou intervencí monoterapie antipsychotiky u 42% psychoticky a 44,8% impulzivně motivovaných útoků. Nejčastěji užívanou kombinací byla aplikace Haloperidolu i.m. spolu s Apaurinem i.m., které byly použity u 28% psychoticky motivovaných a 30% impulzivně motivovaných intervencí. Závěr Současná farmakoterapie neodráží etiologii násilí a je v rozporu s mezinárodními doporučeními postupy i česky psanou literaturou. Apaurin i.m., který je nejméně vhodným preparátem k ovlivnění akutních stavů agitovanosti a agrese je používán nejčastěji.

SIMULAČNÍ VÝUKA JAKO NÁSTROJ K DEESKALACI KONFLIKTŮ PRO VŠECHNY ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY

Jaroslav Pekara ¹, Jan Vevera ², Vojtěch Pišl ²,

¹ Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

² Psychiatrická klinika FN Plzeň

Cílem sdělení je prezentace simulačního vzdělávání jako nástroje k deeskalaci konfliktů a prevence násilí na oddělení psychiatrie. Příspěvek seznamuje s metodikou vedení kurzů a demonstruje první data při měření takového kurzu ve FN Plzeň an psychiatrické klinice. Součástí prezentace je ukázka z kurzu, videoprezentace a adaptace Thackeryho škály pro self-confidence na českou verzi škály Vevera-Pekara.

KONTROLA IMPULSIVITY A EMOČNÍ REGULACE U NÁSILNÉ SE CHOVAJÍCÍCH PACIENTŮ S PSYCHÓZOU

Jan Vevera ¹, Veronika Jurčíková ²,

¹ Psychiatrická klinika LF v Plzni a Fakultní nemocnice Plzeň

² NUDZ

Snížená inhibiční kontrola a dysregulace emocí jsou spojeny se zvýšeným rizikem násilí u psychóz. Pomocí behaviorálního úkolu zaměřeného na inhibiční kontrolu (emotional stop-signal task) s emocionálními podněty (rozzlobený/neutrální výraz obličeje) jsme testovali rozdíly v inhibici v neutrálním a emocionálním kontextu mezi akutně násilnými (N= 117) a nenásilnými (N= 50) pacienty s poruchami schizofrenního spektra a zdravými dobrovolníky (N= 50). Výsledky studie prokázali, že inhibice je slabší v emocionálním než v neutrálním kontextu ve skupině násilných (n= 51) i nenásilných pacientů ve srovnání se zdravými kontrolami. Současně měli násilní pacienti slabší inhibici v neutrálním i emocionálním kontextu než nenásilní pacienti a zdravé kontroly. Násilní pacienti také vykazovali významnou souvislost mezi inhibicí odpovědi a pozitivními symptomy schizofrenie. Tyto výsledky naznačují, že porucha regulace emocí je přítomna u pacientů se schizofrenií obecně a násilné chování je spojeno s vyšší impulzivitou bez ohledu na emoční kontext. Zdá se, že narušená behaviorální inhibice je pro násilné pacienty silnějším indikátorem než samotná porucha a může představovat ukazatel rizika násilného chování u psychotických pacientů. Nicméně, 66 násilných pacientů (56,41 %) z finálního vzorku s vyšší úrovní impulzivity (na základě sebeposuzujícího dotazníku BIS-11) nedokončilo behaviorální úkol. Tento úkol se proto jeví jako příliš namáhavý pro vysoce impulzivní pacienty a akutně násilné pacienty s psychózou a jeho použití bylo omezeno na pacienty, kteří byli schopni nebo ochotni úkol dokončit.

ROSTE NÁSILÍ BĚHEM LOCKDOWNU?

Vojtěch Pišl¹, Jan Vojtěch Volavka¹, Jan Vevera¹,

¹ Psychiatrická klinika, Lékařská fakulta v Plzni, Karlova Univerzita

Psychosociální reakce na pandemii a společenská omezení ke snížení šíření COVIDu-19 vedla k obavám z možného nárůstu násilí. Závěry o účincích pandemie a restriktivních opatření na incidenci násilí se ovšem napříč zahraničními studiemi liší. Příspěvek shrnuje analýzy národních dat o hospitalizacích v důsledku napadení z Národního registru hospitalizovaných v letech 2017–2020 a výjezdy Zdravotní záchranné služby Plzeňského kraje ke zraněním v důsledku napadení v letech 2017–2021. Prostřednictvím kvazi-poissonovských regresních modelů odhaduje účinky pandemických restrikcí a pandemie samotné na celkovou incidenci napadení a na specifika tohoto účinku v závislosti na pohlaví pacienta, lokalitě útoku, historii abúzu návykových látek pacienta a u domácího násilí. V obou modelech jsou zohledněny sezónní vlivy, u výjezdů záchranné služby je skrze závažnost zranění kontrolována případná změna ochoty přivolat zdravotní záchrannou službu v průběhu pandemie. Zdravotní data doplňuje analýza násilné trestné činnosti podle národních záznamů Policie ČR mezi lety 2017 a 2021. Počet výjezdů záchranné služby ke zraněním v důsledku napadení během nouzového stavu vyhlášeného v souvislosti s pandemií poklesl o 39 % ($p < .001$); počet hospitalizací v důsledku napadení se v jeho průběhu snížil o 55 % ($p < .001$). Zatímco u výjezdů záchranné služby se neprojevil rozdíl v závislosti na pohlaví pacienta ($p = .08$), u hospitalizací byl pandemický pokles výraznější u mužů než u žen ($p < .05$). Snížení incidence hospitalizací v důsledku napadení v průběhu nouzového stavu bylo potlačeno u hospitalizací pacientů s historií abúzu alkoholu ($p < .001$). Pokles ve výjezdech záchranné služby byl pozorován ve vztahu ke zraněním v důsledku napadení odehrávajících se mimo domov ($p < .001$); u výjezdů k napadením doma ($p = .14$) a u výjezdů ke zranění v důsledku domácího násilí ($p = .40$) nebyla pozorována žádná změna oproti pre-pandemickému stavu. Průměrná závažnost zranění v důsledku napadení vedoucího k výjezdu záchranné služby se nezměnila, což naznačuje stabilní ochotu veřejnosti přivolat zdravotní záchrannou službu. Násilná kriminalita během nouzového stavu poklesla o 19 % ($p < .001$); v počtu trestných činů klasifikovaných jako týrání osoby žijící ve společném obydlí došlo k poklesu o 21% při porovnání celého pandemického období oproti období před pandemií ($p < .01$), nicméně rozdíl mezi nouzovým stavem a pre-pandemickým obdobím potvrzen nebyl ($p = .16$); počet případů týrání svěřené osoby se nezměnil ($p = .90$). Restriktivní pandemická opatření snižují incidenci násilných útoků. Toto snížení se sice projevuje nerovnoměrně u různých lokalit útoku a skupin obyvatel, nicméně v žádné ze zkoumaných kategorií útoku nebyl zaznamenán nárůst, protože lze restriktivní opatření vyhlášená v souvislosti s pandemií COVIDu považovat ve vztahu k fyzickému násilí za protektivní spíše než rizikový faktor.

VLIV MIKROBIOMU NA IMPULZIVNÍ A AGRESIVNÍ CHOVÁNÍ - VÝSLEDKY SYSTEMATICKÉ REVIEW

Michaela Langmajerová ¹, Radka Roubalová ², Antonín Šebela ³, Jan Vevera ¹,

¹ Psychiatrická klinika, Fakultní nemocnice Plzeň

² Mikrobiologický ústav Akademie věd ČR

³ Národní ústav duševního zdraví

Objective: The aim of our review is to provide a critical commentary on the possible mechanisms of microbiome involvement in the pathophysiology of impulsive and aggressive behaviour in humans based on the available scientific literature. Recently, the gut microbiota impact on brain function and behaviour has become an important research topic. There are three critical influential factors affecting the microbiome establishment that are capable to affect human health later in life – delivery mode, early-life feeding and antibiotic exposure. It is presumed that even transient changes in microbiome during this sensitive early-stage of life period could lead to long-lasting effects. **Methods:** We conducted a literature search using the Medline/PubMed, Web of Science and Cochrane Library electronic databases to obtain relevant abstracts and articles, using a comprehensive search strategy of terms relevant to our field of interest. We included original human studies examining both adults and children with impulsive and/or aggressive behaviour, diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder, dissocial personality disorder or borderline personality disorder which assessed gut microbiota composition of participants, delivery mode, infant feeding mode (breastfeeding or formula feeding) or early antibiotic exposure. **Results:** Bibliographic searches yielded 426 articles. The eligibility criteria were met by 18 articles – 8 case-control studies and 10 cohort studies. One study reported data on the patients with schizophrenia with violent behaviour, while 17 studies reported data on patients with attention-deficit hyperactivity disorder. Regarding the effect of microbiome composition, the results showed several bacterial taxa connected to the symptomatology of ADHD and violent behaviour in patients with schizophrenia. However, no association was found between the delivery mode and psychological development. No article was detected for infant feeding mode and its effect on human behaviour. The review of the studies investigating early antibiotic exposure yielded ambiguous results. **Conclusions:** All the studies included in this review showed a high heterogeneity of the data in terms of sample size, gender, age, and ethnicity. This, along with the different methodologies of the included studies, strongly limited the external validity of results. In conclusion, there are only few scientific articles addressing the possible involvement of the microbiome composition in the pathophysiology of impulsive and aggressive behaviour in humans. No conclusions can be drawn at this moment and more studies are needed to elucidate the potential interaction of human microbiome and this kind of extreme behavioural patterns.

PRVNÍ EPIZODY SCHIZOFRENIE

VZTAH VOLBY ANTIPSYCHOTIKA V LÉČBĚ PRVNÍ EPIZODY A DLOUHODOBÉHO PRŮBĚHU SCHIZOFRENIE.

Tomáš Kašpárek ¹, Eva Janoušová ²,

¹ Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

² IBA LF MU

Úvod: Volba antipsychotika v léčbě první epizody se řídí zejména jeho bezpečnostním profilem, míra odpovědi na léčbu je totiž u této populace pacientů relativně vysoká. Zajímá nás tedy hlavně potenciál preparátu indukovat závažné nežádoucí události, nejen v akutní léčbě, ale zvláště ty s dlouhodobým zdravotním rizikem. Je však otázka, zda má volba konkrétního antipsychotika význam i pro dlouhodobý průběh samotné schizofrenie. Samozřejmě, že v případě, že takovýto dlouhodobý efekt existuje, nemusí jít přímo o efekt konkrétní látky, může jít o odraz heterogenity nemoci, tj. že nacházíme podskupinu pacientů, která je citlivá ke konkrétnímu antipsychotiku a která má i své typické průběhové charakteristiky. Metodika: K odpovědi na tyto otázky jsme analyzovali data brněnské longitudinální studie pacientů s první epizodou schizofrenie (n=224), z časových řad symptomů (hodnocených škálou PANSS) v době akutní epizody a násl. 1, 4, 7 a 10 let po ní jsme konstruovali jejich průběh pro jednotlivá antipsychotika (risperidon – 132 pacientů, olanzapin – 50 pacientů, klozapin – 16 pacientů a skupina „jiná antipsychotika“ – 26 pacientů) a sledovali rozdíly mezi nimi pomocí modifikované analýzy přežití. Výsledky: Tyto skupiny pacientů se nelišily v míře symptomatologie v době první epizody, délce nemoci před první epizodou ani vzděláním. Medián setrvání na olanzapinu a risperidonu byly 4 roky, na „jiném antipsychotiku“ 1 rok, u klozapinu není dosaženo 50% drop-outu v průběhu 10 let. Hodnoty PANSS skóre a jeho složek jsou podobné v čase bez hledu na to, na jaký lék pacient odpověděl v době první epizody, stejně tak je obdobná míra dosažení remise negativních i pozitivních symptomů v průběhu času. Pacienti, kteří po 4. roce měli jiné antipsychotikum, než na které odpověděli v první epizodě měli v tomto časovém období výraznější obecné a celkové skóre PANSS než ti, kteří ve 4. roce nadále na původním antipsychotiku zůstávali. Závěr: Naše data ukazují, že odpověď na jednotlivá antipsychotika v době první epizody nepredikuje specifické průběhové varianty v následujících 10 letech nemoci.

SCHODIŠŤOVÝ MODEL PÉČE V LÉČBĚ SCHIZOFRENIE

Miloslav Kopeček¹,

¹ Národní ústav duševního zdraví, Klecany a Klinika psychiatrie a psychologie, 3. LF UK, Praha

Léčba schizofrenie se obvykle dělí na 3 hlavní fáze a to na akutní, udržovací a profylaktickou léčbu (Kašpárek a Ustohal, 2018; Masopust et al., 2020). Toto dělení má své opodstatnění, ale pro klinickou praxi i výuku je nedostačující. Proto představuji návrh modelu péče, který zachovává tyto 3 fáze, ale zároveň je doplňuje o současné poznatky a cíle v léčbě schizofrenie. Léčbu schizofrenie si můžeme představit jako postupné zdolávání cílů, kdy jednotlivé fáze léčby představují pomyslné stupínky schodiště (proto schodišťový model) a léčbu upravujeme dle toho, v jaké fázi léčby se pacient aktuálně nachází. Prvním stupněm je zvládnutí neklidu, agitovanosti či násilného chování, kdy je nutné pacifikovat a zklidnit pacienta, který ohrožuje sebe nebo okolí. Ne všichni pacienti přichází do kontaktu se zdravotníky v tomto stádiu a tak v doporučených postupech není toto stádium obvykle uváděno v léčbě schizofrenie, ale jako samostatný postup platný obecně pro neklidné pacienty. Mimo behaviorálních technik se využívají především rychle působící formy antipsychotik a benzodiazepinů. Druhým stupněm je léčba pozitivních příznaků schizofrenie (bludy, halucinace, desorganizované myšlení). Léčbu antipsychotiky doplňuje podpůrná psychoterapie. Odpověď na léčbu je definována jako pokles příznaků ve škále pozitivních a negativních příznaků schizofrenie (PANNS) o $\geq 25\%$. Akutní léčba schizofrenie přechází v tzv. udržovací léčbu, kdy se někteří pacienti dostávají na třetí stupeň, který je označován za symptomatickou remisi. Tu se snažíme udržet pokračující léčbou antipsychotiky a vhodnými psychosociálními intervencemi. Pokud pacient neodpovídá na nasazenou léčbu, nespolupracuje v léčbě či léky netoleruje, symptomatické remise nemusí být dosaženo a stav může přecházet do chronického průběhu schizofrenie. Remise je definována intenzitou 8 vybraných příznaků ze škály PANSS (bludy, desorganizace myšlení, halucinace, citová oploštělost, sociální stažení, ztráta spontaneity a plynulé konverzace, manýrování a zaujímání neobvyklých postojů, neobvyklým myšlenkovým obsahem), jež mohou být max. střední intenzity (≤ 3 z 7) a jsou stabilní po dobu 6 měsíců (Andreasen et al., 2005). Výše uvedená definice remise schizofrenie dovoluje přetrvávání některých příznaků střední intenzity, což znesnadňuje zapojení pacientů do společnosti. Čtvrtým stupněm je dosažení funkční remise, která znamená fungování pacienta ve společnosti i v zaměstnání či studiu. Pokud se nedaří dosáhnout tohoto stupně, je vhodné identifikovat důvody, které brání v přechodu pacienta na vyšší úroveň fungování. Důvodem může být narušení kognitivních funkcí, nedostatečné sociální dovednosti a návyky, deprese, negativní příznaky, komorbidní tělesné i duševní poruchy, včetně abúzu drog či nežádoucích účinků léčby antipsychotiky. Pátý stupeň je dosažení plné a trvalé údravy, které by znamenalo plné kompetence srovnatelné se zdravými jedinci ve společnosti. Tohoto stupně zatím neumíme u většiny pacientů se schizofrenií dosáhnout, protože léčba schizofrenie je prozatím symptomatická nikoliv kauzální.

KARDIOMETABOLICKÉ RIZIKO: KRITICKÁ PERIODA PRVNÍHO ROKU LÉČBY

Jiří Masopust¹,

¹ Psychiatrická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Nemocní schizofrenií mají významně vyšší riziko somatické morbidity a mortality ve srovnání s obecnou populací. Délka jejich života je ve srovnání se zbytkem populace zkrácena o 15-20 let. Celková mortalita je 2-3krát vyšší než v obecné populaci. Asi 20 % úmrtnosti jde na vrub nepřírozeným příčinám, jako jsou suicidia a nehody. „Přírozené příčiny“ – tělesná onemocnění – tvoří zbývajících 80 %. Z nich se nejčastěji jedná o kardiometabolická a respirační onemocnění. Mezi příčiny tohoto stavu patří určitá vrozená dispozice pacientů se SMI k metabolickým, imunitním a endokrinním abnormalitám již v počátku onemocnění. Dalším důvodem jsou příznaky a projevy onemocnění (negativní příznaky, kognitivní příznaky, nedostatečný náhled, nespolupráce, chronický stres) a také nezdravý životní styl spojený s nedostatkem pohybu, špatným stravováním a kouřením, případně abúzem alkoholu a drog. Problémem je snížená dostupnost zdravotní péče pro pacienty se závažnou duševní poruchou. Tito lidé jsou méně často vyšetřováni a léčeni pro tělesné obtíže než obecná populace, nezdá se, že jsou léčeni pro somatické poruchy až při ohrožení na životě. Posledním z rizikových faktorů je podávání psychofarmak – antipsychotik, ale i antidepresiv, stabilizátorů nálady či jejich kombinací, z nichž řada má negativní vliv na tělesné zdraví pacientů. Již na počátku onemocnění jsou u pacientů přítomny kardiometabolické změny (metabolismus glukózy a lipidů), imunitní odchylky a změny v ose hypothalamus-hypofýza-nadledviny). V průběhu prvního roku léčby dochází k výraznému nárůstu hmotnosti a zhoršení uvedených parametrů. Nově jsou dostupná data o souvislosti obezity a rychlejšího stárnutí mozku u pacientů s první epizodou schizofrenie. Úkolem psychiatra je monitorovat tělesné zdraví pacientů v průběhu léčby a provádět intervence včetně nasazení metabolicky šetrného antipsychotika (v kombinaci nebo monoterapii).

MULTIMODÁLNÍ SUBTYPIZACE U SCHIZOFRENIE: JAK ROZPLÉST GORDICKÝ UZEL.

Filip Španiel¹, Antotnín Škoch¹, Václav Čapek¹, Marián Kolenič¹, Dita Pajuelo¹, Markéta Fialová¹,

¹ Národní ústav duševního zdraví

Úvod: Zásadní překážkou ve výzkumu v oblasti neuropsychiatrie je problém správné fenotypizace, tedy ohraničení podtypů onemocnění, které mají společné neurobiologické pozadí. Stejný úkol před námi leží v oblasti výzkumu schizofrenie. Longitudinální sledování MRI změn a cirkulujících markerů v kritickém období časných stadií nemoci může s pomocí moderních analytických metod určit jednotlivé typy schizofrenie a tím i otevřít cestu účinné stratifikované léčbě. Metodika: U rozsáhlé kohorty pacientů s první epizodou onemocnění schizofrenního okruhu (FES) a zdravých kontrol (HC), bylo na MRI přístroji 3T provedeno MRI morfologické vyšetření, protonová magnetická rezonance (1H-MRS) a difusní tenzorové zobrazení (DTI). Dále byl z krve stanoven panel imunohematologických markerů a neurosteroidový panel. Všechny osoby podstoupily dvě MRI vyšetření v rozmezí jednoho roku. U FES bylo první MRI vyšetření provedeno bezprostředně po odeznění první epizody. Výsledky: Multimodální přístup umožnil pomocí metody hierarchického clusteringu identifikovat rozdílné varianty schizofrenie, které se liší průběhem i klinickými parametry. Závěr: Příspěvek s použitím konkrétních výsledků ilustruje perspektivy kombinace moderních zobrazovacích metod a pokročilých forem zpracování dat a schopnost tohoto přístupu identifikovat nové cíle psychofarmakologického výzkumu. Podpořeno z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č. NU20-04-00393

ÚSPĚŠNOST PSYCHIATRICKÉ LÉČBY - KOLIK KLIENTŮ VYLÉČÍME?

DLOUHODOBÉ VÝSLEDKY LÉČBY U PACIENTŮ S PSYCHÓZOU

Jakub Figueroa¹,

¹ LFP UK a FN Plzeň

Hlavním cílem studie je zrevidovat třetinové pravidlo, které vychází ze zahraničních studií a z doby, kdy se používala v léčbě schizofrenie antipsychotika I. generace. Podle tohoto názoru se třetina pacientů trpících psychotickou poruchou (obvykle schizofrenií) zcela uzdraví, třetina je schopna za pomoci medikace a hospitalizací částečného návratu do běžného života a třetina vyžaduje trvalou péči v různých zdravotnických zařízeních (typicky v psychiatrických nemocnicích). Domníváme se, že v ČR, kde díky dobré, dostupné a bezplatné péči je hospitalizace dostupnější a lepší. Pacienti s psychózou tak nekončí jako bezdomovci na ulicích, což je častý problém například ve studiích z USA. Očekáváme, že touto studií získáme novější a přesnější údaje o výstupech psychózy v ČR. Ze zdravotnické dokumentace pacientů PK FN Plzeň a PNVd jsme získali seznam všech pacientů, hospitalizovaných pro první ataku psychotické poruchy (schizofrenie či akutní psychotické poruchy) v období od r. 2009 do r. 2013. Následně jsem ze zdravotnické dokumentace získali informaci o jejich aktuální psychickém zdravotním stavu po uplynutí 8-10 let od první ataky. Jejich psychický zdravotní stav jsme posuzovali na základě 3 kritérií: 1. Zda mají invalidní důchod z psychiatrické indikace 2. Zda byli v posledním půl roce hospitalizováni na psychiatrické lůžkovém oddělení 3. Zda pro své psychické onemocnění jsou dlouhodobě chronicky hospitalizováni či potřebují v běžném v životě pomoc a/či dohled druhé osoby (např. opatrovníka či rodinného příslušníka). Pacientům, u kterých se nám nepodařilo tyto informace ze zdravotnické dokumentace získat a měli jsme u nich evidovanou poštovní adresu, jsme odeslali doporučený dopis. Na dopis odpověděli 2 z 15 pacientů. Na základě získaných informací jsme rozdělili pacienty do 3 skupin. Do první skupiny jsme zařadili pacienty, kteří nesplnili ani jedno ze tří kritérií. Do druhé skupiny jsme zařadili pacienty, kteří splnili 1. a/nebo 2. kritérium. A do třetí skupiny jsme zařadili pacienty, kteří splnili 3. kritérium. Celkem jsme ze zdravotnického registru pacientů Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Plzni a Psychiatrické nemocnice v Dobrušce získali 149 pacientů s první atakou psychotické poruchy v období od r. 2009 do r. 2013. Během těchto let 6 pacientů zemřelo a z toho 3 spáchali sebevraždu. Informace o aktuálním zdravotním stavu se nám podařilo získat u 112 pacientů (75%, attrition rate 25%). Kritéria pro zařazení do 1. skupiny splnilo 38 pacientů (34%), do 2. skupiny 53 pacientů (47%) a do 3 skupiny 21 pacientů (19%). Z těchto čísel vyplývá, že v sledovaných psychiatrických zařízeních Plzeňského kraje se po první atace a po uplynutí 8-10 let se nám daří úspěšně léčit 34 % pacientů. Dalších 47 % pacientů je schopno s pomocí medikace, občasné hospitalizace či invalidního důchodu částečného návratu do běžného života. Předpokládáme, že většina pacientů z těch 25 %, u kterých se nám nepodařilo zjistit jejich recentní zdravotní stav, bude patřit do těchto zmíněných 1. dvou skupin. Domníváme se, že pokud by psychotická porucha u těchto pacientů přetrvávala i po první atace, tak bychom o nich získali zdravotnický záznam z jednoho ze dvou psychiatrických zařízení. Proto je velmi pravděpodobné, že ve skutečnosti budou čísla úplně vyléčených či částečně vyléčených pacientů významně vyšší.

DLOUHODOBÉ VÝSLEDKY LÉČBY U PACIENTŮ SE ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU V PN NECHANICE

A. Tibenská¹, J. Libiger¹,

¹ Psychiatrická klinika Hradec Králové

Provedli jsme 5-leté sledování výsledného souboru 366 pacientů po ukončení střednědobé ústavní léčby v Léčebně návykových nemocí Nechanice. Jednalo se o soubor závislých na alkoholu, jiných návykových látkách a patologickém hráčství, kteří absolvovali minimálně 2- měsíční léčbu. Zjistili jsme, že mezi faktory, které ovlivňují abstinenci, patří věk. Pacienti do 30 let častěji zažívají recidivu, avšak po pěti letech abstinují přibližně stejně, jako jiné věkové skupiny. V celém souboru pacientů jsme nenašli rozdíly mezi abstinencí mužů a žen. Častěji recidivují muži závislí na nelegálních látkách a naopak ženy - alkoholičky ve věku 30 až 50 let. S úspěšnou abstinencí po pěti letech souvisí řádné ukončení léčby. Až dvojnásobně zvyšuje podíl abstinujících následné doléčování v prvním roce po propuštění. Statisticky signifikantní predikátor abstinence po 5 letech je následné doléčování ještě dva roky po léčbě, při zachování plné abstinence. Následné doléčování také zvyšuje šanci ustát recidivu a opět abstinovat. Naopak dvě a více následných ústavních léčeb po sérii recidiv nezvyšuje pravděpodobnost abstinence. V našem souboru byla s úmrtností do pěti let spjatá zejména závislost na alkoholu (28 alkoholiků z 30 mrtvých). Dalším výrazným faktorem ovlivňujícím úmrtnost byla recidiva závislosti (28 recidivujících z 30 mrtvých). Počet úmrtí stoupá s rostoucím věkem, v souboru pacientů nad 50 let zemřelo až 20% souboru. Úmrtnost snižuje řádně dokončená léčba a následné doléčování. Následné doléčování se ukazuje jako důležité zejména v souboru pacientů závislých na alkoholu nad 50 let – umírá až 31% těch, co se nedoléčují.

DLOUHODOBÉ VÝSLEDKY ÚSTAVNÍ LÉČBY U PACIENTŮ SE ZÁVISLOSTMI NA ALKOHOLU V CR

Jan Vevera², Tomáš Skorkovský²,

¹ PK Plzeň

² Psychiatrická klinika LF v Plzni a Fakultní nemocnice Plzeň

Ústavní odvykácí léčba představuje jeden ze základních pilířů léčby závislosti na alkoholu. Jednotlivé pobytové léčebné programy se od sebe navzájem výrazně liší ve struktuře, v zastoupení a důrazu na jednotlivé terapeutické intervence a také v celkové délce programu. Možnosti srovnání efektivity jednotlivých programů jsou omezené zejména z důvodů nedostatečné profilace a rozdílné metodiky studií. Metodika: V této práci jsou předložena a vzájemně srovnávána data ze studií, které vyhodnocují úspěšnost střednědobé ústavní léčby závislosti u pacientů závislých na alkoholu na území ČR. K vyhledání studií byla použita databáze Bibliographia medica Českoslovac a Pubmed. Z výsledků jsme vybrali pouze studie publikované v odborných lékařských časopisech od roku 1970 do současnosti, ve kterých je katamnesticky sledována abstinence u pacientů závislých na alkoholu, kteří absolvovali střednědobou ústavní léčbu závislosti. Výsledky: Ve zkoumaných studiích po roce abstinovalo 42 až 74 % pacientů, za předpokladu, že byly nevrácené dotazníky hodnoceny jako relaps. Velikost rozptylu ve srovnávaných studiích je z velké části zapříčiněna rozdílnou metodikou, zejména rozdílnou definicí abstinence, tím, je-li hodnocena abstinence u všech pacientů, kteří vstoupili do léčby, nebo jen těch, kteří léčbu řádně dokončili a tím, je-li abstinence vztažena k počtu pacientů vstupujících do léčby, nebo k počtu pacientů, o kterých byly získány validní informace (AT ambulance, dotazníky). Velký vliv má i složení pacientů, ale vzhledem k absenci profilace u většiny srovnávaných studií, je možno brát v potaz pouze to, jedná-li se o prvoléčby či nikoliv. Závěr: Střednědobá ústavní léčba závislosti pacientů závislých na alkoholu vede k roční abstinenci u 42 až 74 %. Jako hlavní problém práce se ukázala obtížná srovnatelnost jednotlivých studií. Srovnávané léčebné programy poskytují různé terapeutické intervence v rozdílné intenzitě a délce různým pacientům. Adekvátní profilace pacientů, detailní popis terapeutických intervencí a identifikace účinných komponent terapeutického programu by mohla vést k vyšší efektivitě léčby a u určité skupiny pacientů i ke zkrácení doby léčby.

RISK ENVIRONMENT SIMULATOR (RES©) – SERIOUS GAME (VÁŽNÁ HRA) PRO LÉČBU SYNDROMU ZÁVISLOSTI

Jiří Podlipný¹, Milan Beniš¹, Petr Hořejší², Tomáš Skorkovský¹, Světlana Levorová¹,

¹ PK FN a LF UK Plzeň

² ZČU, Fakulta strojní, KPV, Plzeň

V laboratoři virtuální reality v současné době probíhá placebem kontrolovaná studie efektivity terapie pobídkami (cue-exposure therapy) ve virtuální realitě (dále jen VR CET) u osob se syndromem závislosti. Za tímto účelem byl vytvořen simulátor rizikového prostředí pro osoby se syndromem závislosti na principu „serious game“. Tento simulátor jsme pojmenovali Risk Environment Simulator© (dále jen RES©). Diskutovány budou průběžné výsledky a rovněž parametry RES©. Literatura: Podlipný J, Levorová S, Vevera J. Využití virtuální reality v léčbě závislosti na alkoholu, marihuaně, opiátech a kokainu Čes a slov Psychiatr 2021;117(6): 290 -298. Projekt podpořen: GA UK, Číslo projektu 828119.

SIMULACE JAKO NÁSTROJ K DEESKALACI KONFLIKTU V PSYCHIATRII

SIMULACE JAKO NÁSTROJ K DEESKALACI KONFLIKTU V PSYCHIATRII

Jaroslav Pekara¹, Pavel Trančík², Jan Běhounek²,

¹ Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

² Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha

Cílem workshopu je prezentace Simulační výuky jako nástroje k deeskalaci konfliktu v psychiatrii. Obsahem workshopu bude ukázka simulace v psychiatrii vhodné pro vzdělávání všech zaměstnanců na psychiatrii.

KOGNITIVNÍ PORUCHY: PŘIBÝVAJÍ JEJICH RIZIKOVÉ FAKTORY, ALE I NADĚJE NA LÉČBU

PSYCHOTICKÁ PORUCHA SE ZAČÁTKEM VE VYŠŠÍM VĚKU A DEMENCE S LEWYHO TĚLÍSKY - KLINICKO-PATOLOGICKÁ KORELACE PŘÍPADU

Vanda Franková ¹,

¹ Psychiatrická nemocnice v Dobřanech

Demence s Lewyho tělísky (DLB) je charakterizovaná demencí s variabilní kombinací hlavních klinických příznaků: parkinsonský syndrom, poruchy vázané na REM spánek, kolísání příznaků a zrakové halucinace. V prodromálním stadiu DLB můžeme vidět mírnou kognitivní poruchu a/nebo delirium a/nebo příznaky duševní poruchy (depresivní a/nebo psychotické). Správná diagnóza může zabránit řadě komplikací, např. iatrogenních při nasazení nevhodných léků (riziková antipsychotika, léky s anticholinergním účinkem), umožní časně nasadit účinné léky (inhibitory cholinesteráz) a zahájit nefarmakologické intervence (korekce zraku, cvičení, behaviorální strategie aj.). Je prezentovaná kazuistika ženy, u které se v 71 letech objevily vracející se zrakové halucinace bez přítomné demence. Ambulantní psychiatrická stanovila diagnózu organické halucinózy a bez dalšího pátrání po příčině nasadila antipsychotikum. Stav pacientky se zhoršoval, objevila se deliria, pacientka odešla z domova, nalezena podchlazená, následně hospitalizovaná na interním oddělení. Dál byly přítomné bohaté zrakové halucinace, bludy, delirium, což vedlo k navýšení antipsychotika. Rozvinula se imobilita. V dalším průběhu progredovala demence, pacientka přijata na gerontopsychiatrii. Přes vysazení antipsychotik a nasazení kognitiv se nepodařilo stav zlepšit. Pacientka zemřela necelé dva roky od objevení se prvních příznaků neurodegenerace. Neuropatologické vyšetření diagnostikovalo komplexní kombinované postižení mozku s dominujícím obrazem nemoci s Lewyho tělísky. Smyslem prezentace je upozornit na nemoc s Lewyho tělísky jako na možnou příčinu psychotické poruchy se začátkem ve vyšším věku s nutností dodržet terapeutická doporučení.

COVID-19 A KOGNITIVNÍ FUNKCE

Roman Jiráček ¹,

¹ Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Referát je přehledový, doplněný dvěma kazuistikami. COVID-19 je onemocnění, které postihuje řadu funkcí organismu jak akutně, tak i po delší dobu (post-covidový syndrom). Mezi tyto funkce náleží i funkce kognitivní, především pozornost, pracovní paměť, řeč a exekutivní funkce. Kognitivní funkce mohou být ovlivněny přímými i nepřímými mechanismy. Navíc COVID-19 stejně jako některé další virové infekce mohou podstatně zhoršit projevy již preexistující organické poruchy kognice. Studie s MRI prokázaly u některých covidových pacientů strukturální změny typu akutní nekrotizující encefalitidy a abnormity v mediálních temporálních strukturách včetně hipokampů. Virus se do mozku šíří prostřednictvím čichového nervu, a čichové buňky exprimují ve velké míře angiotenzin-konvertující enzym 2, jehož receptory umožňují vstup viru do CNS. Nepřímé postižení vzniká především nadměrným uvolněním prozánětlivých cytokinů v gliových buňkách, hyperkoagulabilitou a oxidativním stresem. Další přispívající faktory kognitivního postižení mohou být úzkost a deprese. Je diskutována otázka aktivace Alzheimerovy choroby, při postižení hipokampů. Při nákaze COVID-19 je důležité, jaké rizikové faktory se vyskytují u příjemce – zejména nositelství alely 4 apolipoproteinu epsilon (ApoE4), předchozí prodělané virové i bakteriální infekce, ale také např. životní styl. Také je významné, zda příjemce trpí nebo netrpí jakoukoli kognitivní poruchou, a jaký je jeho celkový somatický stav. Toto pak spouští patogenetické – neurodegenerativní faktory – masivní uvolnění cytokinů, zánět, oxidativní stres, zvýšení krevní srážlivosti, ale také aktivaci epigenetických mechanismů. Výsledkem pak jsou léze hipokampů a dalších mediálních temporálních struktur a indukce tvorby beta-amyloidu. Klinicky z toho vyplývají poruchy kognitivních funkcí – především pracovní paměti, exekutivních funkcí, řeči. Naskytá se proto otázka, zda nemůže být infekce COVIDem-19 spouštěč Alzheimerovy choroby. Je známo, že Alzheimerova choroba se rozvíjí léta před objevením se klinické manifestace, dochází k ukládání beta-amyloidových depozit. COVID by pak mohl tento proces urychlit, ev. i spustit. Na druhou stranu je uvažováno o možném infekčním/parainfekčním původu Alzheimerovy nemoci. Několik studií bylo zaměřených na antivirální terapii Alzheimerovy choroby, již dříve byla zkoušena v této indikaci antibakteriální terapie. V této souvislosti jsou zajímavé pokusy o léčbu COVID-19 protizánětlivými látkami, např. antimalariky. Tyto látky by měly ovlivňovat především komplikace infekce ze strany CNS, i když neredukují podstatně morbiditu ani mortalitu. Určité šance zmírnit CNS projevy COVIDu má i amantadin. Po proběhlé infekci by měla být poskytována kognitivní rehabilitace alespoň u osob s preexistujícím kognitivním deficitem nebo u lidí se subjektivními stížnostmi na přetrvávající poruchy kognice. Jsou uvedeny 2 kazuistiky: Šedesátiletá žena bez předchozích poruch paměti si po infekci stěžuje na roztržitost, nesoustředěnost, poruchy pracovní a recentní epizodické paměti a nerozhodnost, se zhoršeným výkonem v testu MoCA. Pacient starý 75 let, trpící amnestickou formou lehké poruchy poznávacích funkcí se po infekci skokově zhoršil, nastal přechod do demence včetně výkonnosti v psychometrických testech.

POTENCIÁLNÍ ENVIRONMENTÁLNÍ RIZIKOVÉ FAKTORY SYNDROMU DEMENCE, NOVÁ ZJIŠTĚNÍ

Martina Zvěřová ¹,

¹ Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Demence a poruchy kognitivních funkcí patří celosvětově mezi hlavní faktory, které vedou u seniorů k invaliditě a závislosti na okolí. Vzhledem ke globálnímu stárnutí populace, které s sebou nese výrazný nárůst kognitivních poruch a demencí, je pozornost výzkumu zaměřena zejména na hledání nových metod, které by sloužily k jejich prevenci, včasnému detekování a úspěšnému (vy) léčení. Neustále se zvyšující počet těchto onemocnění má totiž nejen medicínský, ale i významný socioekonomický dopad na celou společnost. Jedním ze směrů výzkumu je i hledání jejich rizikových faktorů. Z výsledků studií vyplývá, že snížení výskytu rizikových faktorů demence o 5 %, vede k poklesu výskytu demence o 1,6 – 7,2 %. Předkládané sdělení shrnuje současné směry výzkumu rizikových faktorů demence a zaměřuje se na jejich možnou prevenci.

MULTIDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP V PÉČI O SENIORY V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Tereza Szymanská ¹,

¹ Psychiatrická ambulance Elenio s.r.o.

Dle zákona o sociálních službách se v domovech se zvláštním režimem (dále jen „DZR“) poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí, a ostatními typy demencí. V DZR jsou klienti, z nichž většina užívá psychofarmaka a potřebuje péči psychiatra. Klienti DZR obvykle mají III. či IV. stupeň závislosti a vyžadují vysokou míru podpory od pracovníků přímé péče i zdravotních sester. Multidisciplinární spolupráce psychiatra, zdravotních sester, pracovníků přímé péče, aktivizačních pracovníků a sociálních pracovníků v DZR může vést k efektivnímu řešení poruch chování a dalších psychiatrických příznaků za využití farmakologických a zejména nefarmakologických postupů péče. Využití nefarmakologických postupů umožňuje snížit množství psychofarmak, a tím i jejich nežádoucích účinků. Snížení dávek psychofarmak vede ke snížení polékového útlumu klientů a zlepšení jejich zbytkové schopnosti soběstačnosti. Lepší soběstačnost klientů zlepšuje kvalitu jejich života a ulehčuje péči o ně jejich pečovatelům. Příspěvek shrnuje a na kazuistických příkladech ukazuje obvyklé psychiatrické problémy klientů DZR a jejich možnosti řešení s důrazem na multidisciplinární spolupráci a nefarmakologické postupy. Mezi nejčastější psychiatrické problémy klientů DZR patří poruchy chování včetně odmítání péče, agresivity a křiku, stavy psychomotorického neklidu, poruchy spánku a problémy s příjmem stravy. Okrajově se příspěvek dotkne i možností paliativní péče v DZR.

UKONČENÍ SJEZDU

VARIA II.

PŘEHLED DOSTUPNÝCH NÁSTROJŮ PRO MONITOROVÁNÍ A HODNOCENÍ DUŠEVNÍ GRAMOTNOSTI DĚTÍ

Hana Tomášková ¹, Matěj Kučera ¹, Marek Stodola ¹, Anna Kågström ¹,

¹ Národní ústav duševního zdraví

Úvod: Gramotnost v oblasti duševního zdraví je nezbytnou součástí prevence vzniku duševních onemocnění a jejich včasné identifikace. Existují nástroje, jimiž je možné hodnotit duševní gramotnost u dospělé populace. Velice málo studií se však zabývá nástroji zaměřenými na hodnocení duševní gramotnosti u dětské populace a hodnocením jejich kvality. Cíl: Cílem studie výzkumné skupiny SUPREME MH z Národního ústavu duševního zdraví bylo provedení systematické rešerše za cílem vyhledání dostupných nástrojů pro monitorování a hodnocení duševní gramotnosti dětí do 18 let věku. Metody: Systematická rešerše recenzovaných studií byla provedena dle metodologických doporučení „PRISMA“. Recenzované studie byly vyhledány skrze databáze odborných výzkumných článků: Web of Science, PubMed, PsycINFO, MEDLINE, ERIC a CINAHL Plus, v nichž byly vyhledány relevantní studie za pomoci předem vybraných klíčových slov. Takto získané studie byly následně dvěma výzkumnými pracovníky samostatně screenovány dle inkluzivních kritérií: popis anebo komplexní hodnocení nástrojů hodnotících duševní gramotnost dětí do 18 let věku a alespoň jedna ze čtyřech komponentů duševní gramotnosti (porozumění způsobů, jakými může dotyčný dosáhnout a udržet si dobré duševní zdraví; porozumění duševním onemocněním a jejich léčbě; snížení stigmatizace spojené s duševním onemocněním; a zvýšení ochoty vyhledat pomoc). Pro vyhodnocení kvality získaných studií byl využit tzv. Consensus-based Standards for the selection of health measurement instruments (COSMIN) checklist, jehož hodnocení se dělí na velmi dobré, adekvátní, pochybné či neadekvátní studie. Výsledky: Strategie vyhledávání vedla k nalezení 19 886 odborných studií. Po kontrole na duplikáty a screenování dle inkluzivních kritérií bylo zahrnuto 18 studií. Rozsah kvality studií se pohyboval mezi velmi dobré a neadekvátní. Dohromady bylo identifikováno 21 nástrojů, které se používají k hodnocení duševní gramotnosti. Shrnutí: Konkrétní nástroje u dětí a adolescentů, jež byly identifikovány skrze systematickou rešerši budou prezentovány v rámci aktivního příspěvku. Kvalitou těchto nástrojů se zabýváme v diskuzi a vyvodíme důsledky jak pro další výzkumné kroky, tak pro praxi. Podobně jako tělesné onemocnění, duševní onemocnění jsou vysoce prevalenční a představují zátěž, jak zdravotní, tak ekonomickou. V důsledku nízké duševní gramotnosti v České republice, přibývá jedinců, u nichž nedojde ke včasné identifikaci rozvíjejícího se duševního onemocnění, a tudíž k zahájení včasné léčby. Zvyšování duševní gramotnosti je nutné již od útlého věku. Již ve školách se žáci mohou setkat s problémy duševního zdraví jako jsou např. deprese či sebepoškozování. Zvyšování gramotnosti v oblasti duševního zdraví, může žákům pomoci nejen na tyto případy adekvátně reagovat, ale také rozvíjet a udržovat si své vlastní duševní zdraví a well-being. Monitoring duševního zdraví pomocí vhodných nástrojů může přispět ke zvýšení povědomí o duševních onemocnění, k podpoře péče o duševní zdraví a k vývoji programů k prevenci a včasné detekci.

DIAGNOSTIKA AUTISMU V DĚTSKÉ PSYCHIATRICKÉ AMBULANCI

Dana Janotová ¹,

¹ MUDr.Dana Janotová CSc.

Počet lidí s diagnózou autismu vzrůstá ve všech zemích. Statistické údaje z psychiatrických pracovišť uvádějí, že v ČR žije asi 30 000 lidí s diagnózou autismu. Častější výskyt autismu se přičítá dokonalejší diagnostice a staršímu věku rodičů. Genetická dispozice je zřejmě závažnou příčinou, ale nelze ji specificky určit. Autismus se projevuje v dětském věku a diagnostické kategorie jsou zahrnuty v dětské psychiatrii. Prevalence je 0,9 % tj,každé.101 dítě trpí nějakou formou autismu. Vznikají centra, která se autismem cíleně zabývají, např. Nautis , kapacita se však jeví být nedostačující a objednací doby na vyšetření jsou dlouhé. Včasná diagnostika v raném dětství je důležitá, vzhledem k tomu, že jde o poruchu bez specifických možností léčby, ale rané intervence ve smyslu nácviku komunikačních a sociálních dovedností mohou výrazně zlepšit začlenění pacienta do běžného života. V ambulantní psychiatrické praxi se setkáváme s požadavkem určení diagnózy již ve věku 12-18 měsíců. Vyšetření je obtížné nejen pro útlý věk pacienta, ale i pro náročnou emocionální situaci rodičů. V minulosti byl k dispozici dětskému psychiatrovi pouze diagnostický manuál ICD X , který popisuje a rozlišuje základní diagnózy autistického spektra. V současné době se možnosti diagnostického hodnocení podstatně rozšířily. První dotazníkové vyšetření probíhá již u dětského lékaře v 18 ti měsících věku dítěte, další diagnostické manuály používají psychologové i někteří psychiatři. Uvádíme nejčastěji používané metody a doporučení, které můžeme rodinám a pacientům nabídnout. Zaměřili jsme se na obtíže diferenciální diagnózy. Nejčastěji mohou být chybně diagnostikovány děti se syndromem ADHD, děti s vysokým IQ, děti pocházející z vícejazyčných rodin. Uvádíme konkrétní řešení některých složitějších případů a psychoterapeutické přístupy sdělení diagnózy rodičům.

VÝSLEDKY PILOTNÍHO PROJEKTU SLUŽEB VČASNÉ INTERVENCE (VIZDOM) V ČR

Ondřej Krupčík¹, Marie Kuklová¹, Hana Tomášková¹, Matěj Kučera¹,

¹ Veřejné duševní zdraví – výzkumný program, Národní ústav duševního zdraví

Úvod: Projekt VIZDOM je pilotní implementací služby včasné detekce a včasné intervence (ED/EI) v českém prostředí. Cílovou skupinu tvoří osoby v riziku nebo rané fázi závažného duševního onemocnění (především z okruhu F2 dle MKN-10) ve věku 16–60 let. Služba je zajišťována multidisciplinárními terénními týmy, které jsou obvykle složené z pracovníků různých odborností (psychiatr, psycholog, sociálního pracovníka a zdravotní sestra). Povaha intervencí je farmakologická (antipsychotika a další psychofarmaka) i nefarmakologická (edukace, obecná podpora, rodinné intervence, psychoterapie, životní styl). Vedle přímé podpory osob z cílové skupiny týmy aktivně navazují spolupráci s dalšími relevantními subjekty (jiné psychiatrické služby, ambulance praktických lékařů, školy a další) a využívají různé strategie pro zachycení případů z cílové skupiny. Cílem je předcházet rozvoji psychotického onemocnění, případně mírnit jeho dopady a podpořit proces zotavení. Pilotní projekt byl realizován Národním ústavem duševního zdraví (NUDZ) ve třech regionech ČR (Praha 8, Plzeň-město, Blansko) v letech 2019–2021 jako součást reformy péče o duševní zdraví. Metodika: Klienti v rámci evaluace podstupují sérii klinických vyšetření, a to při zahájení spolupráce, dále opakovaně v intervalu šesti měsíců a také při ukončení služby. Jsou využity nástroje GAF (doména globálního fungování), HoNOS (problémy související s duševním zdravím) a AQoL (příjemcem reportovaná kvalita života). Dále jsou upotřebeny metody CAARMS (riziko psychotického onemocnění), PANSS-6 (úroveň psychotické symptomatiky), DUP (retrospektivně orientovaná zkrácená verze PANSS určená pro odhad doby neléčené psychózy) a SKPS (sada doplňujících dotazů). Datová sada dává informace o pacientech na začátku spolupráce a také o dalším vývoji jejich stavu. Výsledky: Intervenční týmy během pilotního projektu shromáždily relativně podrobná klinická data celkem 60 klientů. Ve vzorku spíše převažují muži a zároveň osoby ve věku nižším než 35 let. Většinu klientů je možné zařadit do skupiny v první epizodě, případně v léčbě psychotického onemocnění. Pre-post srovnání poukazují na vyšší úroveň globálního fungování, nižší intenzitu symptomů psychotického spektra a vyšší příjemcem reportovanou kvalitu života související se zdravím v navazujících měřeních. Zároveň jsou patrné rozdíly při porovnání se službami center duševního zdraví (CDZ), pro jejichž evaluaci byla využita tatáž metodika. Závěr: První zkušenosti s implementací služeb ED/EI v ČR přinášejí přesvědčivé výsledky o pozitivním dopadu takto koncipovaných služeb. Principy včasné detekce a včasné intervence je žádoucí šířeji uplatnit, a to například v rámci sítě center duševního zdraví. V rámci projektu vzniká metodika pro další služby obdobného typu.

PSYCHOLOGICKÉ INTERVENCE ZALOŽENÉ NA MINDFULNESS V BIOLOGII ČLOVĚKA

Monika Lekárová¹, Zdeňka Barešová¹, Dana Vígašová¹, Miroslav Světlák¹,

¹ Ústav psychologie a psychosomatiky LF MUNI

Jeden ze tří pacientů s onkologickou diagnózou zažívá psychologický distres, který vyžaduje odbornou pomoc. V kontextu intervencí pracujících s propojením těla a mysli je, v poli psychoonkologie, v současnosti nejzkuamanějším programem Mindfulness. Rozvíjení dovednosti Mindfulness vede ke zlepšení kvalit duševního zdraví. Předpokládaným mechanismem účinku je změna vnímání stresorů v životě pacienta. Přednáška si klade za cíl představit Mindfulness a změny, které vyvolává v neuro-endokrino-imunitní ose organismu. Výsledky dosavadních studií naznačují salutogenní změny v biomarkerech spojených se stresem. Spolu s průnikem informačních technologií do medicíny dochází často k převodu programu Mindfulness do elektronické formy pro efektivnější využívání pacienty. Na základě vědeckých studií, které v současnosti probíhají i na LF MUNI, bude v budoucnu možné indentifikovat pacienty, kteří by mohli z elektronické formy programů profitovat nejvíce. Výskum na LF MUNI bol podporený projektom MZ ČR/Program na podporu zdravotnického aplikovaného výzkumu na léta 2020 - 2026 (NU22-09-00056) a projektom MU/Specifický výzkum - podpora studentských projektů (MUNI/A/1126/2021).

PREFRONTÁLNÍ QEEG THETA KORDANCE JAKO PREDIKTOR VÝSLEDKU LÉČBY TRANSKRANIÁLNÍ STIMULACÍ STEJNOSMĚRNÝM PROUDEM (TDCS) A REPETITIVNÍ TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKOU STIMULACÍ (RTMS) U DEPRESIVNÍCH PACIENTŮ.

Martin Bareš¹, Tomáš Novák¹, Martin Brunovský¹,

¹ Národní ústav duševního zdraví, Klecany

² Psychiatrická klinika, 3.LF UK, Praha

Kvantitativní EEG (QEEG) kordance v pásmu theta představuje jeden z často zkoumaných biomarkerů výsledku léčby antidepressivními intervencemi. Redukce prefrontální theta kordance po 1. týdnu léčby predikovala odpověď na léčbu antidepressivy a rtMS (1). Cíl studie: Cílem analýzy bylo testovat predikční účinnost přítomnosti redukce hodnoty prefrontální theta kordance (PFC_T) a změny PFC_T po 1. týdnu léčby transkraniální stimulací stejnosměrným proudem (tDCS, anodální stimulace vlevo, 2mAmp., 20x) a repetitivní transkraniální magnetickou stimulací (rTMS, 1Hz, PDLPK, 20x). Metoda: Analýza byla provedena na datech 53 subjektů (rTMS-n=26, tDCS-n=27). EEG vyšetření byla provedena před zahájením léčby a po jejím 1. týdnu. Byla analyzována data obou skupin a kalkulovány predikční hodnoty (PPV, NPV). Výsledky: Ve skupině léčené tDCS došlo u 6 ze 7 respondérů (R) k redukcí hodnoty PFC_T po 1. týdnu léčby a u nonrespondérů (NR) to bylo u 5 z 20 pacientů ($p < 0,05$). Parametr (redukce kordance) dosáhl pozitivní predikční hodnoty (PPV) 0,55 (95%CI 0,23-0,83) a negativní predikční hodnoty (NPV) 0,94 (95%CI, 0,70-1,0) s přesností predikce 0,78 (95%CI 0,58-0,85). Plocha pod křivkou ROC analýzy pro přítomnost redukce hodnoty kordance vzhledem k odpovědi (kvalitativní ukazatel- pokles kordance vs bez poklesu kordance) po 1. týdnu léčby činila 0,80 (95% CI, 0,61-0,93, $p < 0,001$). Analýza změny hodnoty PFC_T po 1. týdnu léčby detekovala rozdíl mezi R a NR ($p = 0,03$). AUC pro změnu PFC_T (kvantitativní ukazatel) po 1. týdnu léčby činila 0,76 (95%CI, 0,55- 0,90) s PPV 0,54 (95% CI 0,23-0,83) a NPV 0,94 (95% CI) 0,70-1,00). Ve skupině léčené rTMS byl pokles hodnoty PFC_T po 1. týdnu léčby zjištěn u všech R ($n=9$) a u 7 z 17 NR ($p < 0,05$). PPV a NPV činily 0,56 (95% CI, 0,30-0,80) resp. 1,0 (95%CI, 0,69-1,0) s přesností predikce 0,73 (95%CI, 0,52-0,73). Plocha pod křivkou ROC analýzy pro přítomnost redukce PFC_T po 1. týdnu léčby vzhledem k odpovědi činila 0,72 (95% CI, 0,59-0,93). AUC pro změnu kordance po 1. týdnu léčby činila 0,76 (95%CI, 0,56-0,91) s PPV 0,56 (95%CI 0,30 – 0,80) a NPV 1,00 (95%CI 0,69- 1,00). Při porovnání ploch pod křivkou (predikční účinnosti) pro přítomnost redukci PFCT po 1. týdnu léčby vzhledem k odpovědi na léčbu mezi oběma léčebnými skupinami nebyl nalezen signifikantní rozdíl ($p = 0,95$) a k obdobnému výsledku dospělo porovnání AUC pro změnu PFC_T po 1. týdnu ($p = 0,81$). V souhrnu lze uvést, že výsledky poukázaly na predikční potenciál redukce PFC_T po 1. týdnu léčby vzhledem k dosažení odpovědi s vysokou negativní predikční hodnotou pro oba typy stimulací. Podpořeno grantem AZV MZ ČR NU22-04-00192.

NEUROSTIMULAČNÍ METODY V LÉČBĚ PORUCH NÁLADY: TDCS VS RTMS VS VENLAFAXIN V LÉČBĚ DEPRESE

Martin Hejzlar ¹, Tomáš Novák ¹, Martin Bareš ¹,

¹ Národní ústav duševního zdraví, Klecany

² 3. LF UK, Praha

Úvod: Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) a transkraniální stimulace stejnosměrným proudem (tDCS) jsou studovány jako nefarmakologické, neurostimulační metody v léčbě depresivní poruchy (DP). Studie z roku 2009 popisuje antidepresivní účinek pravostranné nízkofrekvenční rTMS srovnatelný s venlafaxinem (Bares et al., 2009). Naše studie z roku 2019 přichází s výsledky, že levostranná anodální stimulace tDCS je rovněž obdobně účinná jako venlafaxin v akutní léčbě deprese (Bares et al., 2019). Je však relativně málo dat, která se věnují srovnání antidepresivního účinku rTMS proti tDCS. Do poolované analýzy jsme zařadili obě zmíněné předcházející studie, abychom porovnali obě neurostimulační modalitty proti sobě – srovnáváme jak antidepresivní účinnost z hlediska dosažení odpovědi na léčbu/remise, tak přijatelnost pro naše pacienty z hlediska výskytu vedlejších účinků a dokončení studijního protokolu. Metodika: Byla analyzována poolovaná data (n=117) ze dvou 4-týdenních randomizovaných kontrolovaných studií (Bares et al., 2009 a Bares et al., 2019). V těchto studiích bylo rTMS skupině (n=29) aplikováno 20 stimulací (1Hz, pravý DLPK, 600 pulzů, 100% MP), tDCS skupině (n=29) 20 sezení (2mA, anodální stimulace na levý DLPK, 30 minut denně). Venlafaxin (n=59) byl podáván v dávce minimálně 150mg po prvním týdnu léčby. Primárním výstupem bylo porovnání dosažení remise a responze na aplikovanou léčbu za užití škály deprese dle Montgomeryho a Åsbergové (MADRS) na konci studie. Odpověď byla definována jako $\geq 50\%$ redukce MADRS, remise jako MADRS skóre ≤ 10 bodů. Sekundárním výstupem bylo porovnání bezpečnosti a přijatelnosti terapie pro pacienty, tj. srovnání výskytu vedlejších účinků v jednotlivých léčebných skupinách. Výsledky: Dosažení odpovědi pro rTMS (31%), tDCS (24%) a venlafaxin (41%) se statisticky nelišilo v mezi skupinovém srovnání ($p=0,28$). Také v dosažení remise (rTMS 17%, tDCS 17%, venlafaxin 27%) nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ($p=0,44$). Celkem dvacet pacientů (17%) nedokončilo studijní protokol, napříč sledovanými skupinami odstoupily podobně velké počty pacientů. (rTMS 3/29, tDCS 6/29, venlafaxin 11/59, $p=0,52$) Závěr: Levostranná anodální tDCS a pravostranná nízkofrekvenční rTMS se dle našich dat významně neliší v dosažení antidepresivního efektu, obě neurostimulační metody prokázaly klinický efekt v léčbě deprese a přitom bezpečný profil, zaznamenali jsme relativně nízký výskyt nežádoucích účinků. Dedikace: Podpořeno z programového projektu MZ ČR reg.č. NV18-04-00260 za finanční podpory MŠMT v rámci programu NPU I.

ANESTEZIE A ECT - NOVÉ POSTUPY A MOŽNOSTI

Matěj Kasal ¹,

¹ psychiatrické oddělení, Ústřední Vojenská nemocnice Praha

Úvod Elektrokonvulzivní terapie (ECT) je nadále nejrozšířenější a nejvyužívanější stimulační metodou v psychiatrii. Jedná se nepochybně o jednu z neefektivnějších metod léčby v terapii deprese a schizofrenie. V posledních deseti letech ECT prošla výrazným vývojem nejen v oblasti nastavení stimulačních parametrů, ale i stran vedení anestezie. Spolupráce s anesteziologem v rámci výběru vhodných léků pro vedení sedace, se ukazuje jako zásadní pro efektivní a bezpečný průběh tohoto výkonu. Sdělení pojednává o zkušenostech z našeho pracoviště s vedením anestezie, zejména pak v oboru využití ketaminu, etomidátu a flumazenilu. Metodika Na psychiatrickém oddělení v ÚVN provedeme plnou terapii ECT v průměru 50 pacientům ročně. Každému z nich indikujeme po dohodě s anesteziology léčiva pro vedení sedace individuálně. U absolutní většiny depresivních nemocných aplikujeme ketamin v kombinaci s propofolem (tzv. ketofol). V případě, že má pacient pravidelnou medikaci benzodiazepiny podáváme k blokaci jejich účinku flumazenil. U pacientů s nutností vyšších energetických dávek k dosažení adekvátní stimulace aplikujeme etomidát, jako anestetikum s minimálním antikonvulzivním efektem. Výsledky Na příkladu důkladně popsanych kazuistik demonstrují specifika a výhody individuálně zvolené anestezie. Při srovnání našich postupů se známými daty ze zahraničních pracovišť docházíme obdobných závěrů. Individualizace anestezie vede k vyšší bezpečnosti výkonu, ke snížení dávek energie nutných k vyvolání adekvátní odpovědi, a tudíž k terapeutickému benefitu. Ukazuje se, že hlavním benefitem ketaminu v rámci ECT není zesílení antidepressivního efektu, jak by se mohlo dle profilu léčiva zdát. Přínosem je ketamin zejména pro jeho nízké antikonvulzivní působení a minimální ovlivnění krevního tlaku a pulzu. Častou obavou při jeho používání je psychomimetický efekt, který známe zejména při jeho zneužívání. V dnešní době však již disponujeme mnoha důkazy o tom, že se tento účinek výrazně omezuje při souběžné aplikaci léčiv účinkujících přes receptory gama aminomáselné kyseliny (GABA receptory). Flumazenil se jeví jako výhodný přípravek při léčbě katatonních stavů, kdy je jedním z terapeutických postupů kontinuální podávání benzodiazepinů. Benzodiazepiny však výrazně zasahují do průběhu ECT jejich antikonvulzivním účinkem. Flumazenil jako parciální rychle působící agonista dokáže tento nepříjemný efekt zrušit a zajistit tak efektivní stimulaci nižšími dávkami energie, což vede k omezení nežádoucích účinků elektrokonvulzivní terapie. Etomidát je specifické anestetikum, které má nulový antikonvulzivní, dle klinické zkušenosti i mírně prokonvulzivní efekt. Jeho aplikace nachází místo u pacientů s vysokými iniciačními dávkami energie, kde rovněž dokáže snížit riziko nežádoucích účinků spojených s vyššími energetickými dávkami při stimulaci. Anestetika lze rovněž kombinovat a upravovat dle efektivity stimulace a tím dosáhnout maximální možné míry bezpečí a efektivity pro každého pacienta. Závěr Anestezie je nedílnou součástí ECT. Její vedení je rozhodujícím faktorem v rámci bezpečnosti a efektivity tohoto druhu léčby. Použitím výše zmíněných léčiv můžeme značně rozšířit možnosti, v dnešní době již tradiční elektrokonvulzivní terapie.

Zlatý partner



Stříbrný partner



Bronzový partner



Vystavovatelé



Ing. Markéta
Dohnalová



Děkujeme všem zúčastněným firmám za podporu této akce