

# Psychiatrie

PRO PRAXI

Suppl. B  
2009

[www.solen.cz](http://www.solen.cz)  
ISSN 1803-5914  
ROČNÍK 10.

## PSYCHIATRIE PRO PRAXI

*VI. konference ambulantních psychiatrů*

*15.–16. října 2009*

*Regionální centrum Olomouc*

*Psychiatrická klinika FN Olomouc,  
Sdružení ambulantních psychiatrů,  
Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc, Solen, s.r.o.*

**SOLEN**  
MEDICAL EDUCATION

## POŘADATELÉ

- Psychiatrická klinika FN Olomouc
- Sdružení ambulantních psychiatrů
- Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc

**SOLEN**  
MEDICAL EDUCATION

# PSYCHIATRIE PRO PRAXI

## VI. konference ambulantních psychiatrů

15.– 16. října 2009

Regionální centrum Olomouc

### PARTNEŘI

AMEPRA, s.r.o.

AstraZeneca Czech Republic s.r.o.

Bristol-Myers Squibb spol. s r.o.

DESITIN PHARMA, spol. s r.o.

ELI LILLY ČR, s.r.o.

GerotLannacher

Janssen-Cilag s.r.o.

KRKA ČR, s.r.o.

Lundbeck Česká republika s.r.o.

MHP - Medical Home Products s.r.o.

Novartis s.r.o.

Pfizer, spol. s r.o.

SANDOZ s.r.o.

sanofi-aventis, s.r.o.

### MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

Psychiatrie  
pro praxi

 GRADA

EDUKAFARM 

Zdravotnické  
noviny

Sestra

diagnóza  
zdravotnické noviny

maxdorf

 NAKLADATELSTVÍ TOMÁŠE JANEČKA  
E M I T O S



portál 

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM  
ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONFERENCE

## POŘADATEL

Psychiatrická klinika FN Olomouc, Sdružení ambulantních psychiatrů,  
Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc, Solen, s.r.o.

## PREZIDENT

doc. MUDr. Ján Praško, CSc.

## PROGRAMOVÝ VÝBOR

doc. MUDr. Ján Praško, CSc.  
prof. MUDr. Jaroslav Bouček, CSc.  
MUDr. Luboš Janů, Ph.D.  
MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D.  
doc. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D.  
MUDr. Ondřej Pěč

## ORGANIZÁTOR

**SOLEN, s.r.o.**

Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

### **kontaktní osoba:**

Ing. Karla Břečková

tel.: 582 397 457

mob.: 777 714 677

e-mail: breckova@solen.cz

### **programové zajištění:**

Mgr. Iva Daňková

tel.: 582 397 407

mob.: 777 557 411

e-mail: dankova@solen.cz

---

**Olomouc 15.–16. 10. 2009**  
**Regionální centrum Olomouc**

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK  
hodnocena 11 kredity pro lékaře, 8 kredity pro sestry, 8 kredity pro psychology

**Supplementum B Psychiatrie pro praxi**  
**Evidence MK ČR pod číslem E 10015**

**Citační zkratka:** Psychiatr. pro Praxi; 10 (Suppl. B). ISSN 1803-5914

**Grafické zpracování a sazba:** Jan Sedláček, tel.: +420 724 984 451

Časopis je indexován v Bibliographia Medica Českoslovacca  
a v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných časopisů vydávaných v ČR

## ČTVRTEK 15. ŘÍJNA

9.00 Slavnostní zahájení

### 9.05–10.35 AFEKTIVNÍ PORUCHY / garant J. Praško

- **Afektivní porucha a hraniční porucha osobnosti** – J. Praško
- **Smíšená fáze u BAP** – K. Látalová
- **Psychoterapie u depresivní poruchy** – Z. Sigmundová

10.35–11.00 Přestávka

### 11.00–12.30 ÚZKOSTNÉ PORUCHY / garant J. Kosová

- ▶ • **Úzkost v normě a patologii** – L. Stárková
- **Léčba úzkostných poruch** – J. Kosová
- **Komorbidity úzkostných poruch a závislosti** – J. Praško

12.30–14.00 Oběd

### 14.00–15.30 ZÁVISLOSTI / garant L. Hosák

- **Protialkoholní léčba včera, dnes a zítra** – L. Chvíla
- **Diagnostika a léčba komorbidních poruch u závislých pacientů** – J. Hrnčiarová
- ▶ • **Léčba závislosti na návykových látkách v ambulantní praxi** – P. Havran

15.30–16.00 Přestávka

### 16.00–17.15 KAZUISTIKY

- **Jak se rodí důvěra** – M. Kryl
- **Terapie, kdy méně může být více** – P. Pastucha
- **Maligní (letální) katatonie** – Z. Lattová
- **Účinná minimální udržovací léčba bipolární afektivní poruchy namísto polypragmatie** – M. Vimmer
- ▶ • **Cíl antipsychotické léčby – remise, nebo spokojenost?** – S. Racková
- **Kombinace aripiprazolu s klozapinem** – K. Minářová
- **Rizika tymoprofylaktické léčby – těžká intoxikace lithiem** – J. Dohnalová
- **Jsou extrapyramidové symptomy neměnné?** – R. Vaškovský

20.00–24.00 Společenský večer v restauraci Atlant  
Zabíjačkové a pivní hody, karaoke show

*Pořadatel si vyhrazuje právo změny programu.*

## PÁTEK 16. ŘÍJNA

### 9.00–10.30 SCHIZOFRENIE / garant T. Kašpárek

- **Kombinace antipsychotik v léčbě schizofrenie** – R. Příkryl
- **Léčba schizoafektivní poruchy** – T. Kašpárek
- **Kazuistika pacienta léčeného pro schizoafektivní poruchu** – V. Pálenský

10.30–11.00 Přestávka

### 11.00–12.30 ROZDÍLY V AKUTNÍ A PROFYLAKTICKÉ LÉČBĚ / garant L. Janů

- 12 ▶ • **Akutní a profylaktická léčba antipsychotiky** – L. Janů
- **Akutní a profylaktická léčba antidepressiv** – S. Racková
- **Akutní a profylaktická léčba bipolární poruchy** – P. Doubek

12.30–13.30 Oběd

### 13.30–15.00 KONTINUUM AMBULANTNÍ A SOCIÁLNÍ PSYCHIATRIE / garant O. Pěč

- 12 ▶ • **Psychiatrické sestry v případovém vedení závažně duševně nemocných** – O. Pěč
- **(V)časná intervence u psychóz** – Z. Foitová, J. Lorenc
- **Spolupráce mobilních sociálních služeb a psychiatrických zařízení** – P. Hejzlar

15.00 Losování ankety společnosti SOLEN

Zakončení konference

*Pořadatel si vyhrazuje právo změny programu.*

# AFEKTIVNÍ PORUCHY

Garant: J. Praško – čtvrtek / 15. 10. 2009 / 9.05–10.35

## Afektivní porucha a hraniční porucha osobnosti

doc. MUDr. Ján Praško, CSc.<sup>1,2,3,4</sup>

MUDr. Klára Látalová, Ph.D.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> **Klinika psychiatrie LF UP v Olomouci,**

<sup>2</sup> **Fakultní nemocnice Olomouc,**

<sup>3</sup> **Centrum neuropsychiatrických studií,**

<sup>4</sup> **Psychiatrické centrum Praha**

Pro hraniční poruchu osobnosti je typická instabilita a narušení v projevech chování, afektivity i v interpersonálních vztazích. Kolem 1–2% populace splňuje kritéria pro hraniční poruchu osobnosti, přičemž u 75% jde o ženy. Kolem 15% všech hospitalizovaných a 8% všech ambulantních psychiatrických pacientů trpí touto poruchou. Spotřeba zdravotní péče je vyšší než u všech ostatních poruch osobnosti dohromady i vyšší než u afektivních poruch. Tato porucha bývá spojena pro svého nositele se značným stresem a funkčním postižením. Sebevraždou zemře 8–10%, což je 50x více než v populaci. Hlavním emocionálním rysem u této poruchy je afektivní dysregulace – neschopnost odložit emoční impuls, který přinese úlevu, byť jen krátkodobě. Racionální kognitivní vyhodnocení situace, přestože někdy přichází včas, není schopno dysfunkční emocionalitu korigovat. Dobrá reakce na antidepresiva a lithium a časté objevení se depresivních epizod u hraničních pacientů vedou k úvaze o dysfunkci serotonergního systému. Podle tohoto by se hraniční porucha osobnos-

ti mohla řadit do okruhu afektivních poruch. Nicméně je nejasné, zda neurobiologické nálezy jsou příčinou, součástí nebo důsledkem černých interpersonálních konfliktů. Depresivní epizoda je nejčastější komorbidní poruchou hraniční poruchy osobnosti. Vliv obou poruch se v tomto případě zesiluje, deprese je zabarvena impulzivním chováním, dochází k častějšímu sebepoškozování, zvyrazňují se konflikty s okolím a roste riziko suicidálního chování. Léčba komorbidní depresivní poruchy a hraniční poruchy osobnosti bývá popisována jako méně úspěšná než léčba pacientů bez poruchy osobnosti. Přesto, že psychoterapie je považována u hraniční poruchy osobnosti za léčbu volby, z psychotherapeutických přístupů je u hraniční poruchy osobnosti ověřen efekt pouze několika směrů a celkově je studií relativně málo. Jde o dialektickou behaviorální terapii, na přenos zaměřenou terapii, terapii schémat, mentalizační terapii a kognitivně behaviorální terapii. Všechny tyto přístupy, nezávisle na kořenech (dva mají psychoanalytické, dva behaviorálně-kognitivní a jeden je integrativní), zdůrazňují budování terapeutického vztahu, práci na konkrétních problémech, strukturovanost a dlouhodobost. Z medikace je popsán v kontrolovaných studiích mírný efekt antidepresiv fluoxetinu, sertralinu, venlafaxinu, fluvoxaminu, středně velký pak u antipsychotik olanzapinu, risperidonu, aripiprazolu, quetiapinu a ziprasidonu, které navíc významně snížily impulzivitu, agresivitu a vztahovačnost. U antikonzulziv-

(valproát, lamotrigin) byl studován jejich efekt na impulzivitu a agresivitu, nikoliv na depresivní prožívání. V naší otevřené studii došlo během aplikace jasného bílého světla k významnému zlepšení nemocných žen s komorbidní depresí u hraniční poruchy osobnosti. Kromě významného poklesu deprese vymizelo i frekventované sebezpoškozování.

*Podpořeno projektem MŠMT ČR 1M0517*

## **Smíšená fáze u bipolární afektivní poruchy**

**MUDr. Klára Látalová, Ph.D.**

**Klinika psychiatrie LF UP v Olomouci**

Během smíšených fází bipolární afektivní poruchy vykazují pacienti zároveň příznaky manické i depresivní. Takový klinický obraz může nezkušeného lékaře mást, vést k chybné diagnóze a k málo účinné léčbě. Pacienti se smíšenými epizodami mají sklon ke zneužívání psychoaktivních látek, zdá se, že smíšená fáze je více zastoupena u žen. V akutní léčbě i profylaxi smíšených fází používáme jak klasické stabilizátory nálady, tak antipsychotika. Jejich efektivita je však oproti „čistým fázím“ více či méně pozměněna nebo oslabena. Studie, které by se zabývaly sledováním účinnosti jednotlivých farmak výhradně u smíšených fází, prakticky neexistují. Data bývají většinou čerpána ze studií, které byly primárně zaměřeny na akutní léčbu nebo profylaxi bipolární mánie a do kterých byli zařazeni také „smíšené pacienti“. Lithium je při zvládání smíšených epizod málo úspěšné. Jeho efektivitu v akutní léčbě i v profylaxi zvyšuje kombinace s olanzapinem, quetiapinem nebo aripiprazolem. Valproát je v akutní léčbě smíšených epizod účinnější

než lithium. V profylaxi je kombinace valproátu s olanzapinem účinnější než kombinace lithia a olanzapinu. Karbamazepin je v akutní léčbě smíšených epizod lepší než placebo, v profylaxi je nesignifikantně účinnější než lithium, zvláště v případech, kde je komorbidní další psychické onemocnění. Olanzapin je účinný jak v akutní léčbě, tak i v profylaxi. V obou případech dosahuje lepší účinnosti kombinací s lithiem nebo valproátem. Ziprasidon je v akutní léčbě účinnější než placebo. Data o profylaxi v monoterapii jsou nedostatečná. Data o účinnosti risperidonu v monoterapii u smíšené epizody nemáme. V profylaxi je kombinace stabilizátoru s risperidonem účinnější než stabilizátor samotný. Zároveň je účinnější kombinace stabilizátoru s risperidonem než kombinace stabilizátoru s haloperidolem. Aripiprazol je lepší než placebo v akutní léčbě i v profylaxi smíšené epizody. V prevenci smíšených epizod je jeho účinnost posílena kombinací s valproátem nebo lithiem. Data o akutní terapii smíšených epizod quetiapinem v monoterapii nejsou k dispozici. Rovněž nejsou k dispozici data o terapii smíšených epizod kombinacemi quetiapinu se stabilizátory nálady při akutní léčbě smíšených epizod. V kombinaci s lithiem nebo valproátem quetiapin prodlužuje dobu do vzniku další epizody. Elektrokonvulze jsou v akutní léčbě smíšených epizod bezpečné a jejich účinek je rychlý, zkracují dobu hospitalizace. Zprávy o jejich profylaktickém použití nemáme.

### **Vodítka pro farmakologickou léčbu:**

- 1) Pro akutní terapii volíme antipsychotikum druhé generace (olanzapin, aripiprazol, ziprasidon, risperidon).

- 2) V akutní terapii není chybou volit lithium, je však méně účinné než valproát, účinností obou zvyšuje kombinace s některými anti-psychotiky druhé generace.
- 3) V případech, kde je kromě smíšené fáze přítomno další psychické onemocnění, se jako efektivní jeví karbamazepin.

## Psychoterapie u depresivní poruchy

MUDr. Zuzana Sigmundová

Psychiatrická klinika FN Olomouc

Depresivní porucha je závažné psychické onemocnění s vysokou prevalencí, v mnoha případech s tendencí k chronifikaci, relapsu a vedoucí někdy k nejzávažnější komplikaci – k sui-cidii. K nejvíce používaným psychotherapeutickým přístupům patří kognitivně behaviorální terapie, interpersonální psychoterapie a krátká dynamická psychoterapie. Psychoterapie je cenným nástrojem v léčbě depresivní poruchy. Cílem je nejen odstranit příznaky, ale také dosáhnout změny v pohledu na sebe a druhé a v sociálním systému nemocného. Základním prostředkem všech psychotherapeutických přístupů je poskytnutí porozumění, opory, zrušení sociální izolace, snaha vrátit člověku chuť do života. Pacient si vytváří postupně náhled na to, jak jeho potíže souvisejí s jeho postoji, vývojem a vztahy, učí se oprostít se od sebekritických úvah. U KBT se terapie zaměřuje na nápravu depresivního zkreslení v myšlení, hodnocení a postojích pacienta. Člověk propadající depresi automaticky předpokládá, že nic nezvládne, postupně ztrácí sebedůvěru a jeho deprese se prohlubuje. Nejdůležitějším udržovacím fakto-

rem deprese bývá vyhýbavé chování (projevující se odkládáním činnosti, nerozhodností ze strachu ze špatného rozhodnutí a vyhýbáním se příjemným aktivitám), zabezpečovací chování (ujišťování u druhých a přenechávání náročnějších věcí na nich) a depresivní maladaptivní kognice (automatické negativní myšlenky, kognitivní omyly, kognitivní schémata). Protože si depresivní člověk nevěří a v budoucnu očekává jen neúspěchy, není motivován klást si cíle a být aktivní. Během terapie vede terapeut pacienta k tomu, aby podrobně prozkoumal své postoje vůči sobě i svému okolí, uvědomil si jejich zkrslenost, nereálnost a škodlivost a aby je nahradil postoji reálnějšími a zdravějšími. Mezi terapiemi praktikovanými v současnosti v léčbě deprese představuje IPT jeden z neznámějších klinicky zavedených přístupů. IPT představuje krátkodobou, cílenou, časově omezenou (12–16 sezení), vysoce strukturovanou a manuálem podloženou terapii, která se orientuje na dění teď a tady. Zaměřuje se na interpersonální problémy pacientů s depresí při vyloučení všech ostatních ohnisek klinické pozornosti, přičemž uznává roli genetických, biochemických, vývojových a osobnostních faktorů coby příčiny a vulnerability k depresi. Základním postulátem interpersonální terapie deprese je, že deprese vzniká v kontextu mezilidských vztahů. IPT začíná edukací pacienta o povaze deprese (deprese je v IPT pojímána jako nemoc) a o vztahu mezi depresivní poruchou a interpersonálními vztahy. Během léčby terapeut s pacientem zevrubně probírají problémovou oblast, pacient se učí diferencovanému pochopení svých interpersonálních problémů a pak způsoby jejich řešení, které jsou jak ve změně postojů k sobě a druhým, tak v nácviku

efektivnějších způsobů komunikace, zvládnání stresu, plánování času apod. Podobně jako v KBT dostává pacient domácí cvičení, kde řeší úkoly mimo terapeutické sezení. Psychodynamická terapie je založena na předpokladu, že se deprese objevuje na podkladě nevyřešených – většinou nevědomých konfliktů (narušení časné vazby s blízkými), často majících původ v dětství. Cílem této terapie je, aby pacient porozuměl zážitkům, které vedly k těmto konfliktům, a mluvil o nich. Tento přístup se snaží propojit aktuální konflikty s dětským vývojem, protože je pokládá za manifestaci narušení časné vazby s blízkými. Přesto, že se nevěnuje specificky přímo diagnóze de-

prese, řada kazuistických sérií a právě probíhající kontrolované studie ukazují, že může pomoci u pacientů s mírnou až středně těžkou depresí. Z pohledu systematické terapie mohou depresivní projevy vznikat a být udržovány jen v kontextu vztahu mezi lidmi. Proto by partnerský nebo rodinný přístup měl být využit u pacientů, kteří mají stálého partnera a u kterých nepomohla individuální intervence (APA 2000). Hlavním cílem systémové párové terapie u deprese je snaha o nahlížení na aktuální depresivní příznaky v kontextu současných i minulých vztahů jedince s dalšími osobami (rodinnými příslušníky, partnerem) a sociálních a kulturních faktorů.

## ÚZKOSTNÉ PORUCHY

*Garant: J. Kosová – čtvrtek / 15. 10. 2009 / 11.00–12.30*

### Úzkost v normě a patologii

**doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.**

**Soukromá psychiatrická ambulance  
a Psychiatrická klinika FN Olomouc**

Úzkost je nepříjemný emoční stav, pocit nejasného ohrožení, který nemá na rozdíl od strachu žádný konkrétní objekt. Jak strach, tak úzkost jsou zcela normálními fenomény. Představují soubor reakcí (psychických a tělesných), které mají evoluční základ a sloužily původně k ochraně před nebezpečím. Stresová reakce, která startuje v okamžiku, kdy vnímáme nebezpečí, aktivuje autonomní nervovou soustavu. Tělesné příznaky, které zahrnují například zrychlené dýchání, ale i bolesti břicha, průjmky

nebo zvracení, jsou běžnou doprovodnou reakcí těla.

Úzkostné poruchy jsou zapříčiněny interakcí biopsychosociálních faktorů. Genetické riziko je důležité, samo ale k rozvoji úzkostné poruchy nestačí. V současném světě přibýlo nejistot, dopady globální krize vedou ke zvýšení počtu pacientů trpících úzkostí nebo depresí.

Úzkostné poruchy se objevují v dětství, v produktivním věku, ale i v seniu. Hlavně u dětí a seniorů bývají přehlédnuty, nebývá jim věnována patřičná pozornost a nebývají efektivně léčeny. Dlouhodobě přítomná úzkost zvyšuje morbiditu a mortalitu cestou neuroendokrinních a neuroimunologických mechanismů. Mezi nemoci, které jsou ovlivňovány chronickou úzkostí, patří nemoci

gastrointestinální, respirační, a především kardiiovaskulární. Současné literární zprávy přinášejí informace o konkrétních důsledcích úzkosti, které mohou zhoršit srdeční činnost a způsobit smrt.

Úzkost je fyziologická emoce. Umožňuje organizmu reagovat na stres. Patologickou se stává, když svými projevy nebo negativními důsledky zhoršuje kvalitu života pacienta. Je mnoho cest, jak vzniku patologické úzkosti předcházet – prakticky od dětství je potřeba s úzkostným prožíváním pracovat. V dospělosti doporučujeme upravit životní styl a regulovat míru zátěže, vyhnout se nadměrnému užívání látek, které úzkost potencují (např. kofein, stimulancia, atd.), snažit se harmonizovat tělo i duši některými relaxačními postupy.

### Souhrn

1. Úzkost je fyziologická.
2. Úzkostná porucha je nemoc bio-psycho-sociální.
3. Genetické riziko neznamená nemoc.
4. Psychosociální vlivy zvyšují počty nemocných.
5. Úzkostné poruchy se objevují kdykoli během života.
6. Chronická úzkost má negativní důsledky pro tělo.
7. Vzniku úzkostné poruchy lze předcházet.

### Léčba úzkostných poruch

**MUDr. Jiřina Kosová**

**Psychiatrické centrum Praha, 3. LF UK,**

**Centrum neuropsychiatrických studií, Praha**

Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější psychická onemocnění, asi ¼ populace zažije

někdy během svého života úzkostnou poruchu. V terapii máme stále hodně nedostatků – méně než 30 % pacientů podstupuje správnou léčbu; asi 28 % ji přeruší hned první měsíc a 44 % během tří měsíců od jejího zahájení. Situaci komplikuje nespecifičnost příznaků, vysoká komorbidita a placebo odpověď u těchto pacientů, známý nedostatek motivace a citlivost na nežádoucí účinky; z chyb terapeutů je to pak neadekvátní edukace, chybná preskripce, dávkování a nedostatečné následné sledování.

Na prvním místě se v léčbě úzkostných poruch uplatňují psychotherapeutické postupy. V současnosti již existuje řada kontrolovaných studií, které dokládají vysokou účinnost kognitivně-behaviorálních technik (KBT) u všech úzkostných poruch; a v kombinaci s farmaky (hlavně antidepresivy) přináší nejen posílení jejich účinku, ale i rychlejší nástup, dlouhodobější efekt a hlavně snížení počtu relapsů. Na druhou stranu – jen málo terapeutů má (dokonce i přes absolvovaný výcvik) možnosti a prostředky správně KBT vykonávat, tudíž i jen nemnoho pacientů dostane příležitost takovou terapii absolvovat, speciálně například ve skupinovém provedení.

Podle našich výsledků došlo po absolvování 7 týdnů specializované skupinové KBT (v kombinaci s antidepresivy) v ročním sledování k významnému snížení výskytu relapsů, poklesu symptomů a ke zlepšení kvality života – ve srovnání s běžnou léčbou ambulantní.

Dále jsou diskutovány praktické zkušenosti a některé nové přístupy a poznatky o farmakologické léčbě úzkostných poruch.

Z farmakologického hlediska jsou dle doporučených postupů nejvýhodnější inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) vzhle-

dem k jejich podobné účinnosti s klasickými anti-depresivy a k menšímu počtu nežádoucích účinků. Z praxe ale na druhou stranu víme i o jejich nevýhodách, nejen z oblasti nežádoucích účinků (agitovanost, neklid po nasazení, GIT a sexuální dysfunkce; syndrom z vysazení), ale například také o ceně, která susp. mimo jiné vede v běžné praxi k jejich poddávkování či předčasnému ukončení podávání.

## Komorbidity úzkostných poruch a závislosti

doc. MUDr. Ján Praško, CSc.<sup>1,2,3,4</sup>

MUDr. Jaroslava Šmoldasová<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Klinika psychiatrie LF UP v Olomouci,

<sup>2</sup> Fakultní nemocnice Olomouc,

<sup>3</sup> Centrum neuropsychiatrických studií, Praha

<sup>4</sup> Psychiatrické centrum Praha

Jak úzkostné stavy, tak závislost na návykových látkách se objevují v populaci velmi často a řada pacientů trpí oběma typy příznaků. Stížnosti na úzkost jsou tak časté u osob, které jsou závislé na návykových látkách, že závislost, zejména na alkoholu a benzodiazepinech, bývá někdy charakterizována jako nepovedený pokus o samoléčbu úzkostných příznaků. Ovšem plný obraz úzkostné poruchy se objevuje jen u menšiny osob, které jsou závislé na substancích. Zda je to pro dlouhodobou samoléčbu nebo z jiných důvodů, není známo, protože etiologie, patogeneze a léčba úzkostných poruch u osob závislých na návykových látkách získala dosud velmi malou pozornost výzkumu. Úzkostné příznaky však často souvisí s intoxikační nebo syndromem z vysazení. Různé látky,

jako je kokain, marihuana, psychostimulancia, ale i alkohol mohou spustit úzkostné projevy, tělesné projevy úzkosti, nebo dokonce paniku. Vysazení po chronické expozici téměř všech návykových látek provokuje úzkostné prožívání. Tyto úzkostné stavy jsou klasifikovány jako látkami navozené úzkostné poruchy, které se symptomaticky odlišují od vlastních úzkostných poruch. Ovšem neurobiologicky mohou být tyto stavy velmi podobné. Řada oblastí mozku, jako je amygdala, paraventriculární jádro, locus coeruleus, orbitofrontální kortex, se účastní v etiopatogenezi úzkostných poruch, cravingu i syndromů z vysazení.

Diagnóza a léčba úzkostných poruch u závislých pacientů je obtížnější pro horší diagnostickou validitu smíšeného obrazu a podstatně horší spolupráci v léčbě.

### Léčba úzkostných poruch komorbidních se závislostí má 3 základní principy:

- 1) precizní diagnostika úzkostné poruchy a všech komorbidních podmínek
- 2) vyhnout se běžné chybě, jako je diagnóza úzkostné poruchy dříve, než spontánně odezní látkami nebo jejich vysazením navozená úzkostnost
- 3) léčba úzkostné poruchy v širším kontextu léčby závislosti

Algoritmus psychofarmakologického vedení úzkostných poruch u závislých osob je však velmi podobný tomu, jak se léčí úzkostní pacienti bez závislosti na návykových látkách kromě důsledného vyhýbání se benzodiazepinům a hypnotikům.

*Podpořeno projektem MŠMT ČR 1M0517*

# ZÁVISLOSTI

Garant: L. Hosák – čtvrtek / 15. 10. 2009 / 14.00–15.30

## Protialkoholní léčba včera, dnes a zítra

**MUDr. Libor Chvíla, CSc.**

**Psychiatrická léčebna v Opavě**

Psychiatrická ústavní praxe se vyrovnává v průřezu svou historií také s problémem závislostí a jejich dopadem na psychické funkce postiženého jedince. Využívám 120 let nepřetržitě historie Psychiatrické léčebny v Opavě k porovnání přístupů k tomuto problému.

Psychiatrická léčebna zahájila svůj provoz v březnu 1889 jako Schlesische Landesirrenanstalt im Troppau. Již v této době byla část pacientů léčebny postižena následky abúzu různých látek, zvláště opia a alkoholu. Jednalo se samozřejmě o detenci, psychickou roboraci a nebyl léčebný program věnující se přímo závislosti.

Ten se objevil až v roce 1909 v podobě léčebného programu pro alkoholiky hornické nemoenské pokladny pod vedením kněze Konaříka v Kunčicích pod Ondřejníkem.

Tento stav, rozdělení na detenci a rehabilitaci v rámci ústavní péče a aktivizace a pracovní roborace v rámci léčebného programu mimo zdravotnictví, trval vlastně až do padesátých let minulého století, kdy postuloval psychiatrický program docent Skála.

V opavské léčebně se to projevilo založením komunitního oddělení v Horních Holčovicích v roce 1952. Jedná se o mimořádný projekt, který bez přerušení funguje do současnosti. Došlo tak

k oddělení léčby psychotických stavů s převahou psychofarmakologické a biologicky podmíněné pomoci, od léčby závislosti s převahou psycho-terapeutických prostředků.

Dalším krokem specifikace léčebných přístupů je strukturalizace léčebného programu na detoxikaci – odvykácí léčbu – sociální rehabilitaci. Vývoj se dostává opět k diverzifikaci péče mezi zdravotnictví – psychiatrii a nezdravotnické programy sociální rehabilitace. Stav reflektuje změnu spektra užívaných drog. Od téměř výlučně se projevujícího alkoholu v dobách 50.–70. let se spektrum rozšířilo o nealkoholové drogy a hráčství. Změnila se tak struktura klientely směrem k sociálně nezakotveným jedincům bez zázemí a bez sociálních návyků.

Psychiatrická ústavní péče tak dostává podobu důležité součásti komplexní, dlouhodobé léčby závislosti. Centruje se na detoxikaci, zbavení psychotických či abstinčních projevů, psychickou stabilizaci afektivních a osobnostních projevů a přípravu jedince na další, sociálně orientovanou rehabilitaci. Nelze tak ústavní psychiatrickou péči vytrhnout z kontextu komplexní pomoci a nelze ji také pominout.

Budoucnost péče o závislé jedince je v individuálním přístupu, kdy cílem není jen abstinence či ukončení abúzu jako takového, ale celková socializace s minimalizací následků v somatické, psychické a sociální oblasti. Jedná se tak více o změnu životního stylu nežli o odstranění symptomů určité choroby.

## Diagnostika a léčba komorbidních poruch u závislých pacientů

MUDr. Jela Hrnčiarová

Psychiatrická klinika LF UK a FN,  
Hradec Králové

Existuje skupina pacientů, u kterých intervence směřované na samotnou závislost nejsou dostatečné k udržení abstinence. Je možné, že ti pacienti, kteří se opakovaně vracejí do léčby po recidivách startovaných málo intenzivními spouštěči nebo bez vystopovatelných spouštěčů, jsou skupinou, u které bychom měli pátrat po nepoznané symptomatice jiné jako z okruhu F1. Komorbiditu není jednoduché diagnostikovat. Akutní psychiatrické symptomy komorbidního pacienta mohou být zaměněny za symptomy navozené psychoaktivní látkou. A naopak – jevy spojené s abstinencí nebo intoxikací mohou být nesprávně vykládány jako psychiatrické onemocnění. Při známé komorbiditě je kliník v praxi postavený před situací, kdy musí zvolit ideální terapeutický přístup. Pokud u závislého pacienta klademe přílišný důraz na „tu druhou“ diagnózu, určitá skupina pacientů si přítomnost komorbidní poruchy zabuduje do racionalizačního systému. Opačným extrémem může být nezájem klinika o příznaky přímo nesouvisející s diagnózou závislosti s tím, že abstinencí se vyřeší samy. Dosavadní výzkum příčinných vztahů mezi duševními poruchami a porucha-

mi způsobenými užíváním návykových látek je neprůkazný. Symptomy duševní poruchy a problémy drogové závislosti vstupují do interakce a vzájemně se ovlivňují. Léčba klientů s komorbiditou vyžaduje spolupráci a koordinaci mezi zařízeními zapojenými do jejich léčby, zvláště mezi zdravotnickými a sociálními službami. Je důležité zorganizovat celou léčbu jako řetězec s minimalizací možnosti přerušení návaznosti mezi jednotlivými pracovišti tak, aby byl docílený stabilní a kontinuální léčebný proces.

## Léčba závislosti na návykových látkách v ambulantní praxi

MUDr. Pavel Havran<sup>1</sup>

MUDr. Libor Chvíla, CSc.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Městská nemocnice Ostrava, p.o.,  
psychiatrické oddělení

<sup>2</sup> Psychiatrická léčebna v Opavě

Formy léčby – léčba dobrovolná, léčba nedobrovolná (ochranná).

Farmakoterapie (akutní stavy – detox, akutní psychotické reminiscence; chronické stavy; substituční léčba).

Psychoterapie – KBT, důraz na strukturalizaci hodnotového systému a socializace, rodinné vztahy.

Typické kazuistiky – kanabinoidy, stimulancia, opioidy, rozpouštědla, halucinogeny, alkohol.

Novinky u ochranných léčeb.

# KAZUISTIKY

čtvrtek / 15. 10. 2009 / 16.00–17.15

## Jak se rodí důvěra (Cesta programem nově otevřeného psychoterapeutického oddělení PL Šternberk)

MUDr. Michal Kryl

Psychiatrická léčebna Šternberk

Kazuistika je společným 6týdenním příběhem pacientů i terapeutů nově založeného psychoterapeuticky orientovaného oddělení v Psychiatrické léčebně ve Šternberku. Jelikož se jedná o otevřené uspořádání psychoterapeutické skupiny, vyvstává zde stále problém důvěry a jejího udržení s každým příchodem či odchodem jednotlivých členů. První zkušenosti naznačují, že i v prostředí neustále atakované důvěry jsou lidé schopni blízkých vztahů a poměrně značné odvahy ke sdělování intimních informací o sobě a svém životě. Otázka důvěry se úzce dotýká i terapeutického týmu, a to nejen směrem od pacientů v komunitě a ve skupině, ale i směrem od vedení léčebny, bez jehož iniciativy a důvěry kladené na terapeuty by nová léčebná aktivita nemohla vzniknout.

## Terapie, kdy méně může být více

MUDr. PhDr. Petr Pastucha<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Ambulance pro psychiatrii a psychoterapii  
Valašské Meziříčí Diakonie ČCE – hospic  
Citadela Valašské Meziříčí

<sup>2</sup> LF a FN UP Olomouc

Kazuistika pojednává o 75leté ženě, u níž došlo k opakované změně diagnózy a pro nedostatečný efekt léčby byla opakovaně navyšována a upravována farmakoterapie. Konečná dg. byla stanovena jako organická halucinóza. Opakované navyšování psychofarmak nevedlo k úpravě stavu pacientky, ale naopak k nadměrné sedaci a rozvoji hypobulicko-apatického syndromu při přetrvávající halucinatorní produkci a subjektivně udávané nespavosti. Objektivizace spánku potvrdila, že se jedná spíše o pseudoinsonnii, i přes přetrvávající halucinatorní syndrom byla antipsychotika redukována. Snížení antipsychotik i benzodiazepinů v čase postupně přispělo ke zlepšené sociální integraci a aktivizaci pacientky při nezměněné intenzitě hlasových halucinací. Z hlediska základní psychopatologie tedy nedošlo k výraznému zlepšení, z hlediska kvality života však bezesporu ano.

## Maligní (letální) katatonie

MUDr. Zuzana Lattová

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Sdělení se zabývá rozvojem tzv. maligní (též letální) katatonie u nemocného s dlouhodobým chronickým průběhem paranoidní schizofrenie.

Maligní katatonie je vzácně se vyskytující akutní stav. Je spojována s řadou jak psychiatrických (schizofrenie, poruchy nálady), tak somatických chorob (cerebrovaskulární trombóza, nádory mozku, kraniocerebrální poranění, in-

fekce, metabolická onemocnění). Poprvé byla popsána v r. 1832 Calmeilem (Louis Florentin Calmeil, francouzský psychiatr a historik medicíny). Je udávána prevalence mezi 0,13–0,5 % mezi všemi akutními psychiatrickými příjmy. Rozvoji může předcházet prodromální fáze s insomnií a iritabilitou. Klinicky se maligní katatonie projevuje náhlým začátkem agitovanosti, autonomní instabilitou, hypertermií, různým stupněm kvalitativní změny vědomí, anxiétou, mutizmem, negativizmem, stuporem, rigiditou a flexibilitas cerea (Taylor a Fink 2003). Právě přítomnost autonomní instability (hypertenze, tachykardie, tachypnoe, močová retence, obstipace, akrocyanóza aj.) a hypertermie je typická pro tzv. maligní (letální) průběh na rozdíl od prosté katatonie (Detweiler 2009). Přítomny mohou být nespecifické neurologické příznaky. Nacházíme také nespecifické změny biochemických markerů – leukocytózu, elevace keratinkinázy, transamináz, známky dehydratace, může dojít k rozvoji metabolické acidózy, jsou popisovány elevace sérového kortizolu. Nejčastější příčinou úmrtí je renální selhání v důsledku pokračující dehydratace a rhabdomyolýzy nebo tromboembolie.

Patofyziologie není doposud objasněna, v současnosti je přijímána hypodopaminerní hypotéza (Osman 1994).

Diferenciálně diagnosticky zvažujeme maligní neuroleptický syndrom (Northoff 2002), nicméně v současné literatuře převládá názor, že se jedná o varianty identického stavu a klinicky i laboratorně je nelze diferencovat (Fink 1996). Léčbou volby je ECT nebo podávání benzodiazepinů. V případě závažného průběhu je však upřednostňována ECT, efektivní i v případě NMS, kde na rozdíl od dantrolenu, bromocriptinu nebo

amantadinu působí i na základní psychiatrické onemocnění (Strawn 2007). Významnou součástí léčby jsou kroky zabraňující rozvratu vnitřního prostředí, jako je intravenózní rehydratace a korekce iontové dysbalance, stabilizace kardiopulmonálních funkcí a snižování hypertermie.

## Literatura

- Calmail LF. Dictionnaire de Medecine ou Repertoire General des Sciences. Medicales sous la Raport Theorieque et Pratique, 2nd ed. Paris: Becher 1832.
- Detweiler MB, Mehra A, Rowell T, Kim KY, Bader G. Delirious Mania and Malignant Catatonia: A Report of 3 Cases and Review. *Psychiatr Q* 2009; 80: 23–40.
- Fink M. Neuroleptic Malignant Syndrome and Catatonia: One Entity or Two? *Biol Psychiatry* 1996; 39: 1–4.
- Northoff G. Catatonia and neuroleptic malignant syndrome: psychopathology and pathophysiology. *J neural Transm* 2002; 109: 1453–1467.
- Osman AA, Khurasani MH. Lethal Catatonia and Neuroleptic Malignant Syndrome. A Dopamine Receptor Shut-down Hypothesis. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 548–550.
- Strawn JR, Keck PE Jr, Caroff SN. Neuroleptic Malignant Syndrome. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 870–876.
- Taylor MA, Fink M. Catatonia in Psychiatric Classification: A Home of Its Own. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1233–1241.

## Účinná minimální udržovací léčba bipolární afektivní poruchy namísto polypragmázie

MUDr. Michal Vimmer

Psychiatrická klinika a 1. LF UK VFN, Praha

Kazuistika popisuje případ pacientky (\*1970) řadu let institucionálně a ambulantně léčené pro bipolární afektivní poruchu. Pacientka byla medikována postupem obvyklým v českém psychiatrickém prostředí, tzn. formou eskalace gramáže, komedikacemi, augmentacemi a rychlými lékovými switchi. Přes postupnou aplikaci celého

spektra dobově dostupných psychofarmak byla pacientka v průběhu choroby komplikovaná výskytem řady i raritních nežádoucích účinků léčiv plně invalidizována.

K poslední psychiatrické hospitalizaci byla pacientka přijata v těžké depresivní fázi po vážné úmyslné otravě tricyklickými antidepresivy. Během hospitalizace došlo při pravidelné medikaci k přesmyku do mánie a erupci nových významných vedlejších příznaků, pročež bylo nutno komplexně přehodnotit strategii léčby psychofarmaky. Pacientka je v současné době více než rok v uspokojivé funkční remisi a subjektivně spokojená, i když je ambulantně ordinován quetiapin ve velmi nízké dávce (200 mg/den), která není standardně považována za dostatečnou udržovací. Autor diskutuje kritéria správné udržovací léčby a reálný kontrast prospěchu pacienta proti schematickému psychofarmakologickému přístupu lékaře.

### **Cíl antipsychotické léčby – remise, nebo spokojenost?**

**MUDr. Sylva Racková,**

**MUDr. Luboš Janů, Ph.D.**

**Psychiatrická klinika LF UK a FN v Plzni**

Třidvacetiletá pacientka s negativní hereditární zátěží byla opakovaně hospitalizovaná pro psychotickou poruchu. Diagnóza byla měněna od manické fáze při abúzu stimulantů, přes toxickou psychózu až ke schizofrenii. Kromě endometriózy zcela zdravá pacientka byla léčena různými druhy antipsychotik. Cílem většinou bylo dosáhnout symptomatické remise. V klinickém obraze dominovaly zejména sluchové halucinace a následný paranoidní blud. Antipsychotika

(olanzapin, risperidon, ziprasidon...) v dostatečné dávce pro snížení symptomů byla zatížena nežádoucími účinky (sedace, nárůst hmotnosti, sekundární negativní symptomatika). Po převedení na dosud dobře tolerované antipsychotikum (sertindol) pacientka popisuje přetrvávající pozitivní symptomatiku, na kterou si ale již zvykla. Dalším důsledkem zvolené dávky antipsychotika je emoční přiléhavost a kognitivní oživení. V interaktivní videočásti pacientka popisuje svoje prožitky a zkušenosti s antipsychotickou léčbou. Zvažujeme možnosti volby antipsychotika a vhodné dávkování s ohledem na typ pacientky a její preference, onemocnění a citlivost k nežádoucím účinkům. Otázkou zůstává, co je cílem léčby psychiatra (remise?) a co očekává od léčby pacient (spokojenost?).

### **Kombinace aripiprazolu s klozapinem**

**MUDr. Kristýna Minářová**

**Psychiatrická klinika FN Hradec Králové**

Kazuistika popisuje případ muže ve věku 35 let, který je svobodný, bezdětný a žije ve společné domácnosti s rodiči. Z psychiatrické indikace pobírá plný invalidní důchod. Psychiatricky se léčí od roku 1991 pro paranoidní schizofrenii. Vzhledem k rezistentní psychotické symptomatice užívá již 5 let klozapin. Aktuálně z hlediska základního onemocnění je stav pacienta poměrně stabilizovaný, problémem je však výrazná obezita. Od začátku léčby antipsychotiky pacient neustále přibíral na váze, nebyl schopen dodržovat redukční dietu a pohybová aktivita i přes opakovanou motivaci byla nulová. Ke klozapinu byl proto přiordinován aripiprazol v dávce 15 mg pro

die. Prakticky poprvé během psychiatrické léčby nemocného jsme pozorovali významný váhový úbytek. Kombinace klozapinu s aripiprazolem se jeví být jako vhodná nejen z psychiatrických, ale rovněž z metabolických důvodů.

## Rizika tymoprofylaktické léčby – těžká intoxikace lithiem

**MUDr. Jaroslava Dohnalová**

**Psychiatrická léčebna v Opavě**

Předkládám kazuistické sdělení o případě 42leté ženy hospitalizované v Psychiatrické léčebně v Opavě, od 18 let psychiatricky léčené pro bipolární afektivní poruchu s převahou manických fází, dlouhodobě na tymoprofylaktické léčbě tabletami lithia s prodlouženým uvolňováním (Contemnoml). Pacientka byla do PL Opava odeslaná pro několik dnů trvající náhlou změnu psychického stavu, apatii, ospalost, mutizmus, poruchy motoriky a průjmy. Ač byla vyšetřena praktickým lékařem, chirurgem, ambulantním psychiatrem a viděna 2 sloužícími lékaři v PL, příznaky intoxikace lithiem byly rozpoznány až další den hospitalizace. Zjištěna byla toxická hladina lithia v krvi 3,6 mmol/l a pacientka byla akutně směřována k hemodialýze na interní JIP.

Na této kazuistice chci ukázat nutnost pravidelné monitorace hladin stabilizátorů nálady, jedině tak jsou tyto léky pacientovi prospěšné a nikoliv škodlivě působící.

## Jsou extrapyramidové symptomy neměnné?

**MUDr. Radovan Vaškovský**

**MensClara s r.o., Psychiatrické centrum Nitra, Komárno, Levice**

Trvalejší podávání a užívání antipsychotik vede k rozvoji různých nežádoucích účinků. Mezi ně patří rozvoj metabolických změn, působení na kardiální systém, rozvoj kognitivních změn a poškození, změny hmotnosti a jiné, ale nejpočetněji jsou zastoupeny extrapyramidové symptomy. Mezi ně zařazujeme akutní a tardivní akatizie, parkinsonismus, akutní a tardivní dystonii, myoklonus nebo projevy Gilles de la Tourette syndromu. Nežádoucí účinky jsou důsledkem zhoršení projevů nemoci, navozují dysfonii, kognitivní poškození, pacienti jsou vnímány značně negativně, vedou k nespolupráci v léčbě a můžou být i důvodem suicidia nebo celkového vysazení léků, následně i relapsu a tím i celkového zhoršení zdraví. Presentujeme kazuistiku 68leté ženy léčené od mladého věku pro paranoidně-halucinatorní poruchu několika různými antipsychotiky s absolvováním 15 psychiatrických hospitalizací. Pacientka trpí hypertenzní nemocí, ICHS, diabetem druhého typu, hyperlipidemií, artralgiemi nosních kloubů. Poslední medikace byla 800 mg amisulpridu. Pacientka vyžadovala vysoké dávky antipsychotik, při pokusu o redukcii dávky došlo k relapsu nemoci. Došlo k rozvoji extrapyramidových symptomů v podobě parkinsonizmu, tardivním dystoniím centrálního orofaciálního charakteru a syndromu neklidných nohou. Vzhledem k danému stavu po vyšetření a dohodě s pacientkou a její rodinou jsme přistoupili k postupnému přechodu na quetiapin XR formu, změny antiparkinsonika za amantadin a přidání clonazepamu. V závěru poskytujeme farmakologické zdůvodnění daného postupu.

# SCHIZOFRENIE

Garant: T. Kašpárek / pátek / 16. 10. 2009 / 9.00–10.30

## Kombinace antipsychotik v léčbě schizofrenie

doc. MUDr. Radovan Příkryl, Ph.D.

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

Kombinace antipsychotik v léčbě schizofrenie, zejména její farmakorezistentní formy, patří mezi běžnou klinickou praxí v psychiatrii. Léčba farmakorezistentní schizofrenie není snadná a je spojena s vysokou morbiditou. Klozapin je již více než 20 let považován za nejúčinnější antipsychotikum v léčbě farmakorezistentní schizofrenie. V multicentrické Kaneově studii z roku 1988 klozapin prokázal vyšší účinnost oproti haloperidolu u farmakorezistentních pacientů se schizofrenií (2). V roce 1999 Wahlbeck publikoval ve své metaanalýze zjištění, že klozapin je účinnější oproti klasickým antipsychotikům v redukci schizofrenních příznaků, a to jak u farmakorezistentní, tak i nerezistentní schizofrenie (4). Další metaanalýza z roku 2003 potvrdila výsadní postavení klozapinu i ve vztahu k antipsychotikům druhé generace (amisulprid, risperidon a olanzapin) (1). V klinické praxi širokému používání klozapinu však brání profil jeho nežádoucích účinků, jako jsou agranulocytóza, leukopenie, paralytický ileus, proepileptogenní působení, myokarditida, kardiomyopatie a metabolický syndrom. Také potřeba pravidelné monitorace krevního obrazu (jednou týdně po dobu 18 týdnů po nasazení, poté jednou měsíčně) brání jeho širšímu uplatnění v klinické praxi (3). Pro pacienty, kteří buď nemají profit z léčby

jinými antipsychotiky nežli klozapinem nebo klozapin nemohou z různých důvodů užívat (nežádoucí účinky, nízká terapeutická odezva, nonkompliance s léčebným režimem), je další léčebnou možností kombinace antipsychotik.

Při kombinování antipsychotik bychom se měli řídit jasnými pravidly. Mezi základní patří jasná indikace kombinace antipsychotik vycházející z aktuálního příznakového profilu schizofrenního onemocnění, znalosti předchozí antipsychotické léčby i teoretického zdůvodnění kombinace. Ke kombinační léčbě bychom neměli přistupovat, pokud antipsychotikum v monoterapii nebylo podáváno v dostatečné terapeutické dávce. Po určité době podávání kombinace antipsychotik bychom vždy měli zhodnotit terapeutický přínos kombinace a zvážit další postup. Vždy musíme mít na mysli bezpečnost dané kombinace a zvýšené riziko nežádoucích účinků vyplývajících z vzájemné potence.

*Tato práce byla podpořena grantem IGA MZ ČR č. 9890-4 a výzkumným záměrem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR MSM0021622404.*

## Literatura

1. Davis JM, Chen N, Glick ID. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60: 553–564.
2. Kane J, Honigfeld G, Singer J, Meltzer H. Clozaril Collaborative Study Group. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:789–796.
3. Švestka J. Clozapin. Prototyp antipsychotik nové generace. Maxdorf Jesenius, 1998: 89–105.

4. Wahlbeck K, Cheine M, Essali A, Adams C. Evidence of clozapine's effectiveness in schizophrenia: a systematic review and metaanalysis of randomised trials. *Am J Psychiatry* 1999;156:990–999.

## Léčba schizoafektivní poruchy

**MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D.**

**Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno**

Schizoafektivní porucha je stále značně kontroverzní diagnostická jednotka. Její nejasná poloha někde mezi schizofrenií a (bipolární) afektivní poruchou ji předurčuje též k terapeutickým nejasnostem. K jejich vyjasnění nepřispívají ani v současnosti tak hojně vznikající „doporučené postupy“, které ve valné většině případů schizoafektivní poruchu opomíjejí. V klinické praxi tato diagnóza často svádí k polyfarmakoterapii ve snaze postihnout jak „schizofrenní“, tak „afektivní“ spektrum příznaků – vidáme kombinace antipsychotik obou generací s thymoprofylaktiky i antidepresivy.

Klinickým problémem je především správná diagnostika, zejména odlišení od psychotické afektivní poruchy, k čemuž může pomoci posouzení dynamiky onemocnění, zhodnocení klinického obrazu předchozích epizod. Často se setkáváme s pacienty, kteří v některých epizodách splňují kritéria pro schizoafektivní poruchu, některé epizody probíhají zcela bez psychotických příznaků. V případě afektivní poruchy s psychotickými příznaky máme poněkud jasnější představu o léčebném plánu.

Pokud opravdu diagnostikujeme schizoafektivní poruchu, tj. pokud se zároveň rozvíjí afektivní i schizofrenní příznaky, které samostatně stačí pro diagnózu schizofrenie a afektivní poruchy alespoň střední tíže, je vhodné

zahájit léčbu monoterapií antipsychotikem II. generace. Antipsychotika II. generace (APII) jsou konzistentně účinnější než klasická neuroleptika (API), ať už jsou podávána v monoterapii nebo v kombinaci s antidepresivem. FDA registruje jediné antipsychotikum pro tuto indikaci – paliperidon s prodlouženým uvolňováním – a to jak v monoterapii, tak v kombinaci s thymostabilizérem či antidepresivem. Pokud není léčba monoterapií APII úspěšná, je ke zvážení kombinace s lithiem. Takovýto postup je účinnější u manického než u depresivního typu onemocnění. Další kombinace, tj. kombinace s antidepresivy by mohla být prospěšná spolu s API, kombinace s APII nemají příliš oporu v literatuře. Kombinace AP s antidepresivy bývá účinná v případě rozvoje depresivní epizody po odeznění psychózy. V profylaktické léčbě byla úspěšná antipsychotika II. generace (klozapin), lithium, karbamazepin – i zde se však zvažuje další stratifikace diagnostické jednotky – na thymoprofylaktika reagují spíše pacienti blížíící se více bipolární poruše. Velký problém pro hodnocení účinnosti různých léčebných přístupů představují měnící se diagnostická kritéria pro schizoafektivní poruchu, takže jednotlivé práce studují značně rozdílné populace pacientů.

## Kazuistika pacienta léčeného pro schizoafektivní poruchu

**MUDr. Vítězslav Pálenský, Ph.D.**

**Soukromá psychiatrická ambulance  
Veselí nad Moravou**

Kazuistika pojednává o pětatřicetiletém pacientovi, který je léčen pro schizoafektivní

poruchu. Od počátku onemocnění absolvoval celkem sedmkrát hospitalizaci. V minulosti užíval typická i atypická antipsychotika v kombinaci s karbamazepinem. Aktuálně je

v uspokojivé remisi. Užívá kombinaci karbamazepinu, klozapinu, sertindolu a fluphenazinu. Nejsou vyjádřeny kardiální či jiné somatické nežádoucí účinky.

## ROZDÍLY V AKUTNÍ A PROFYLAKTICKÉ LÉČBĚ

*Garant: L. Janů / pátek / 16. 10. 2009 / 11.00–12.30*

### Akutní a profylaktická léčba antipsychotiky

**MUDr. Luboš Janů, Ph.D.**

**MUDr. Sylva Racková**

**Psychiatrická klinika FN a LF UK Plzeň**

Prakticky ve všech vodítkách pro léčbu psychóz se dočteme o léčbě akutních potíží a profylaktické nebo pokračovací léčbě. Obecným zvykem je podávat vyšší dávky v počátcích léčby, a tuto dávku postupně redukovat. Má však takové chování nějaké opodstatnění? Není vysoký počet relapsů spoluzapříčiněn právě těmito postupy?

První dostatečně neprobádanou oblastí je akutní léčba. Zdůvodnění pro použité dávky jsou chabá, nevysvětlují terapeutické rozmezí. Dosud jediným známým spojujícím mechanismem účinku antipsychotik je ovlivnění D2 receptorů (Kapur a Mamo 2003). Tato teorie zatím nejuspokojivěji vysvětluje vhodné dávky a jejich změny v průběhu akutní i dlouhodobé léčby. Jedná se ale o zjednodušení. Měli bychom si být vědomi, že situace je mnohem složitější a na

samotnou dopaminergní modulaci (převážně antagonismus) má vliv řada faktorů.

V případě léčby pozitivních symptomů znamená účinná dávka antipsychotika 65% blokádu D2 receptorů. Zdá se tedy, že bez ohledu na typ léku je potřeba dosáhnout 65% blokády a tím srovnatelného efektu (Kapur et al 2000). To však platí jen pro pozitivní symptomy. Antipsychotika s vyšší prostou blokádu D2 receptorů jsou v léčbě negativních a afektivních symptomů jen málo účinná. Nepřímý důkaz o zcela jiné situaci nám dává hladina prolaktinu u neléčených pacientů s odlišnou symptomatikou. Byla nalezena nižší (vyšší dopaminergní aktivita) prolaktinémie u nemedikovaných pacientů s paranoidní schizofrenií oproti nemedikovaným pacientům se simplexní nebo nediferencovanou schizofrenií (Seagal et al 2004). Tyto nálezy dokladují také zobrazovací vyšetření (Mizrahi et al 2007). V prezentaci poukazujeme na jednotlivé faktory, které významně ovlivňují optimální dávku antipsychotika. Volba vhodné (spíše nižší) dávky antipsychotika je důležitá pro další spolupráci (Racková a Janů 2005). Vzhledem k mechanismu

účinku je podávání vysokých dávek antipsychotik zejména u pacientů s prvozáchytem potíží v prvních dnech kontraproduktivní, existují smysluplnější alternativy.

V dalších fázích onemocnění je situace probádaná ještě méně. Zásadní vliv má vývoj symptomatiky, respektive vývoj symptomatiky je nejlepším ukazatelem funkčního stavu mozkové tkáně. To určuje vhodnou dávku léku. V terapii primárně negativních symptomů byli zkoušeni i dopaminoví antagonisté. Na rozdílné nastavení dopaminergního systému lze usuzovat i z nepřírodních markerů, jako je např. rozdíl mezi denzitou D2 receptorů u zdravých dobrovolníků a nemedikovaných pacientů se schizofrenií post mortem, ovšem nelze takto přímo usuzovat na typ nebo projevy schizofrenie (Perez et al 2003). Vyšší dávky AP jsou zvykle podávány déle léčeným pacientům. Zdá se, že se receptorový systém pacientů přece jen do určité míry na podávaná AP adaptuje. Pacienti se zahájenou medikací antipsychotiky první generace mají většinou mírně zvýšenou prolaktinémii oproti stavu bez léků. U souboru pacientů s depotní medikací a pozitivními příznaky však nedošlo k signifikantní změně prolaktinémie po navýšení AP při přijetí pro relaps pozitivních symptomů, přestože se jejich klinický stav zlepšil (Janů a Racková 2005). Zdá se, že pacienti po překročení jistého prahu již nejsou schopni zareagovat tak výrazně nežádoucími účinky (typickými pro akutní fáze léčby), ale nejsou také stejně citliví na terapeutický vliv antipsychotika. Toto záleží na stylu medikace v předchozím období.

Kromě extrapyramidové symptomatiky je typickým projevem nadměrné D2 blokady porucha nálady (Mulholland a Cooper 2000). Vyšší

dávky mohou ústít ve ztrátu compliance, stejně tak ale příliš snížené znamenají více relapsů (Bosveld-Haandel et al 2001). Relativně vyšší neredukované dávky jsou schopny pomoci v kontrole pozitivních symptomů pacientů, nižší dávky mají své opodstatnění pouze tam, kde dochází ke změně projevů choroby. K neodůvodněné manipulaci s dávkou pouze vlivem délky léčby neexistuje žádný podklad.

## Literatura

- Bosveld-van Haandel LJM, Slooff CJ, van den Bosch RJ. Re-asoning about the optimal duration of prophylactic anti-psychotic medication in schizophrenia: evidence and arguments. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103: 335–346.
- Janů L, Racková S. "Prolactinemia – Marker of D2 occupancy with Depo Antipsychotics", *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2005, 1/6: 307.
- Mulholland C, Cooper S. The symptoms of depression in schizophrenia and its management. *Advan. Psychiatr. Treat.*, May 2000; 6: 169–177.
- Kapur S, Mamo D. Half a century of antipsychotics and still a central role for dopamine D2 receptors. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2003;27(7): 1081–1090.
- Kapur S, Zipursky R, Jones C, Remington G, Houle S. Relationship between dopamine D(2) occupancy, clinical response, and side effects: a double-blind PET study of first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2000;157(4): 514–520.
- Mizrahi R, Rusjan P, Agid O, Graff A, Mamo DC, Zipursky RB, Kapur S. Adverse subjective experience with antipsychotics and its relationship to striatal and extrastriatal D2 receptors: a PET study in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 630–637.
- Perez V, Catafau AM, Corripio I, Martin JC, Alvarez E. Preliminary evidence of striatal D2 receptor density as a possible biological marker of prognosis in drug naive schizophrenic patients. *Progress Neuropsych Biol*, 2003, 27: 767–770.
- Racková S, Janů L. Subjektivní reakce v akutní léčbě schizofrenie. *Remedia* 2005, 15(6): 509–513.
- Segal M, Avital A, Rojas M, Hausvater N, Sandbank S, Libaa D, Moguillansky L, Tal I, Weizman A. Serum prolactin levels in unmedicated first-episode and recurrent schizophrenia patients: a possible marker for the disease's subtypes. *Psychiatry Research* 2004, 127(3): 227–235.

## Akutní a profylaktická léčba antidepresiv

MUDr. Sylva Racková,

MUDr. Luboš Janů, Ph.D.

Psychiatrická klinika FN a LF UK Plzeň

Depresivní porucha je časté a závažné onemocnění s chronickým průběhem a vysokým rizikem relapsu potíží. V její léčbě hraje rozhodující roli antidepresivní medikace.

Léčbu depresivní poruchy můžeme rozdělit do 3 fází; akutní, pokračovací a udržovací (profylaktická) léčba.

Akutní fáze léčby se týká zaléčení a zvládnutí akutních příznaků depresivní poruchy, trvá kolem 3 měsíců.

Následná pokračovací fáze má za cíl zabránit návratu již odeznívající depresivní symptomatiky, již proběhlé depresivní fáze. Všeobecně se doba jejího trvání udává kolem 4–6 měsíců.

Poslední udržovací (profylaktická) fáze zabrahňuje rozvoji nové ataky onemocnění.

Můžeme si položit několik otázek:

- Jak dlouho by měl pacient užívat antidepresivní medikaci? Snižuje AD medikace riziko relapsu?
- Kdy můžeme plánovat vysazení antidepresivní medikace?
- Jaké dávky antidepresiv by měl pacient užívat v profylaktické léčbě depresivní poruchy?

Obecně doporučovaná doba užívání AD v profylaktické fázi je v rozmezí od 6 do 24 měsíců (Hirschfeld at al. 1994). Objevují se však studie popisující vyšší riziko relapsu po vysazení AD i po 3 letech. Dobu léčby ovlivňuje řada

faktorů. Roli hraje počet a frekvence proběhlých epizod depresivní poruchy. Pacienti, kteří prodělali vyšší počet za kratší časové období, jsou ve vyšším riziku relapsu a jsou vhodnými „kandidáty“ na dlouhodobou profylaktickou léčbu. Další faktory zvyšující riziko relapsu jsou přetrvávající reziduální symptomy (chybějící plná remise), tíže psychopatologie, současný výskyt komorbidních onemocnění a stresových událostí.

Pokud se pokusíme definovat ideálního pacienta, u kterého můžeme uvažovat o vysazení AD medikace, jedná se o pacienta, který prodělal pouze 1 depresivní epizodu nasedající na nějakou stresovou událost a má negativní psychiatrickou rodinnou anamnézu.

U pacientů s rekurentní depresivní poruchou léčených AD se riziko relapsu pohybuje mezi 10–30% ve srovnání s rizikem relapsu v průběhu 1 roku u 60% pacientů nesprávně léčených.

Ve všeobecné praxi bývá zvykem v akutní léčbě užívat vyšší dávky AD a pokud je pacient dlouhodobě stabilizovaný, tak je postupně snižovat. U pacientů, kterým byla snížena dávka AD medikace v profylaktické léčbě, došlo však výrazně častěji k relapsu ve srovnání s pacienty, kteří užívali dávku stejnou jako v akutní fázi (Keller et al. 1998).

Faktorem, který nesmíme opomenout a který výrazně zvyšuje riziko relapsu, je non-compliance v léčbě. Spolupráce u všech chronických onemocnění včetně deprese je nedostatečná. V roce 2006 publikoval Olfson a kol. data týkající se compliance u pacientů s depresí v USA. AD medikaci přestalo užívat v prvních 30 dnech 42% pacientů a pouze 27,6% pacientů užívalo AD déle než 90 dní.

## Literatura

- Dunner DL, Keller MB, Thase ME, et al. Preventing recurrent depression: long-term treatment for major depressive disorder. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 2007, 9(3): 214–223.
- Geddes JR, Carney SM, Davies Ch, et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet* 2003, 361: 653–661.
- Hirschfeld RM. Guidelines for the long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry*, 1994, 55(12 Supp): 61–69.
- Keller MB, Boland RJ. Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. *Biol Psychiatry*, 1998, 44: 348–360.
- Montgomery SA. The need for long term treatment of depression. *European Neuropsychopharmacology*, 1997, 7: 309–313.
- Olfson M, Marcus SC, Tadeschi M, Wan GJ. Continuity of Antidepressant Treatment for Adults Depression in the United States. *Am J Psychiatry*, 2006; 163: 101–108.

## Akutní a profylaktická léčba bipolární poruchy

MUDr. Pavel Doubek

Psychiatrická klinika VFN, Praha

Abstrakt nedodán.

# KONTINUUM AMBULANTNÍ A SOCIÁLNÍ PSYCHIATRIE

*Garant: O. Pěč / pátek / 16. 10. 2009 / 13.30–15.00*

## Psychiatrické sestry v případovém vedení závažně duševně nemocných

MUDr. Ondřej Pěč

ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, Praha

Počátek činnosti psychiatrických sester v komunitní psychiatrii ve vyspělých státech světa souvisel s deinstitucionalizací psychiatrické péče a s přeměrováním péče o psychiatrické pacienty do komunity. V současnosti jsou psychiatrické sestry v mnoha evropských zemích součástí multidisciplinárních komunitních týmů. U nás získávají psychiatrické sestry možnost zapojení

do zdravotní péče jako samostatně pracující profesionálové v ambulantní péči až v roce 2006, kdy se po dlouhodobém úsilí Asociace denních stacionářů a krizových center podařilo zařadit zdravotní výkony u této profese do Sazebníku zdravotních výkonů. Obsahem práce je individuální psychiatrická rehabilitace ve vlastním prostředí pacienta, případové vedení pacienta včetně navazování spolupráce s dalšími (rehabilitačními, sociálními) službami, podpora perorální medikace, intramuskulární aplikace, edukace zacílená na medikaci, monitorování nejen psychického, ale i somatického stavu pacienta, krizové intervence v případě akutního zhoršení stavu. Výkony psychiatrických

sester mohou indikovat ošetřující ambulantní psychiatrii u schizofrenních poruch, afektivních poruch a obsedantně kompulzivní poruchy. Psychiatrické sestry se stávají členy specializovaných multiprofesních komunitních týmů: krizový tým, tým pro duální diagnózu, tým chráněného bydlení. Nyní existují tři psychiatrická pracoviště, které tyto služby poskytují: v Ostravě Dům duševního zdraví, v Praze Denní sanatorium Nad Ondřejovem a Klinika ESET. U dalších zařízení se zahájení činnosti připravuje. Specializované kontinuální vzdělávání organizuje Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví v Praze, je rovněž pořádána společná supervize psychiatrických sester. Součástí příspěvku je přehled dosavadní činnosti psychiatrických sester na Klinice ESET a kazuistický příklad.

#### **Doporučení pro praxi:**

- Ambulantní psychiatrii mohou navázat spolupráci a indikovat činnost psychiatrických sester ve vlastním prostředí u pacientů se schizofrenií, afektivní poruchou či obsedantně kompulzivní poruchou.
- Spolupráce psychiatrů s psychiatrickými sestrami podporuje léčbu a rehabilitaci pacientů v jejich vlastním prostředí s menší potřebou hospitalizace.
- Činnost psychiatrických sester umožňuje návaznost péče na rehabilitační či sociální služby.

#### **(V)časné intervence u psychózy**

**MUDr. Zuzana Foitová, MUDr. Jan Lorenc**  
FOCUS Praha

Autoři se dlouhodobě věnují krizové intervenci, v posledních letech hlavně se zaměřením na pomoc lidem s psychózou, ve Fokusu Praha, který

již 4 roky provozuje krizovou službu pro tuto cílovou skupinu. Ve svém příspěvku shrnují zkušenosti z praxe v této službě a popisují problematiku při časném zásahu u psychotických pacientů.

#### **Spolupráce mobilních sociálních služeb a psychiatrických zařízení**

**MUDr. Petr Hejzlar**

**Pardubická krajská nemocnice a.s.,  
psychiatrické oddělení**

**občanské sdružení Péče o duševní zdraví –  
region Pardubice**

Rehabilitační služby zaměřené na podporu dlouhodobě duševně nemocných mají pozitivní vliv na jejich sociální fungování a kvalitu života. Sociální služby mohou pomoci v nouzových existenčních situacích nemocného.

Sdělení popisuje praxi spolupráce mobilních týmů sdružení Péče o duševní zdraví se spádovými lůžkovými zařízeními v okresech Pardubice, Chrudim, Hradec Králové, Jičín a Rychnov. Zabývá se také spoluprací těchto služeb s psychiatrickými ambulancemi. Zdůrazněny jsou indikační a organizační aspekty. Obsahem je i šetření spokojenosti psychiatrů a sociálních pracovníků se vzájemnou spoluprací. Na kazuistice je prezentována praktická zkušenost, jak spolupráce vede i ke zlepšení adherence pacienta k léčbě. Sociální rehabilitace a farmakoterapie tak představují vzájemně prospěšné spojení.

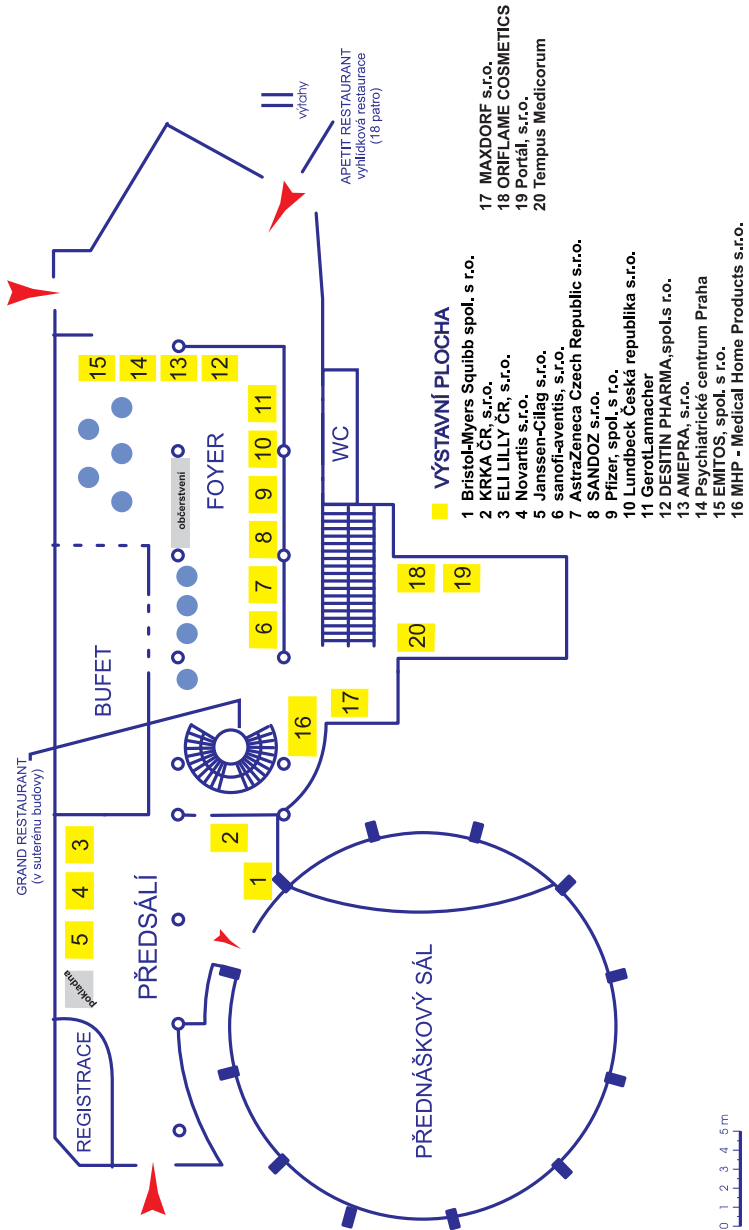
**Doporučení pro praxi psychiatrické ambulance:**

- Vyjasněte si se zástupci sociálních služeb, co je obsahem jejich činnosti a jaké úkony naopak provádět nemohou, prodiskutujte, pro jaké pacienty jsou služby vhodné.

- Stanovte si způsob komunikace. Efektivnější jsou pravidelné porady, v souhrnu vám ušetří čas. Domluvte se v rámci ambulance, které oblasti spolupráce se sociálními službami bude řešit psychiatr a kterých se může ujmout zdravotní sestra.
  - Ošetřete předávání osobních údajů pacientů. Neriskujte ztrátu důvěry a zhoršení paranoidních symptomů svých pacientů.
  - Informujte vhodným způsobem své pacienty o možnosti využívání sociálních služeb.
- Nečiňte tak paušálně, nýbrž přemýšlejte o zdravotní indikaci i potřebnosti.
- U indikovaných a potřebných pacientů buďte asertivní a kreativní. Pokud mají službu kontaktovat sami, málokdy to funguje. Služba za nimi může přijít i do vaší ambulance.
  - Využijte možnost podílet se na sestavení individuálních krizových intervenčních plánů.



**Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci  
PSYCHIATRIE PRO PRAXI – VI. konference ambulantních psychiatrů**  
15.–16. 10. 2009, REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUČ





# Inovace pro Váš nejvyšší komfort.

Medical  
Home  
Products

partner of



MHP – Medical Home Products s.r.o.  
Veletržní 405/31, 170 00 Praha 7

tel.: +420 233 931 516  
mobil: +420 733 355 276  
mobil: +420 733 354486  
e-mail: info@hhp-czech.com  
www.hhp-czech.com



Reflexní masáž nohou s infračerveným zahříváním při použití ortopedického polštářku: vaše nohy leží tímto ve vyšší poloze.



Infračervené hluboké zahřívání krční páteře a zad.



LED-ruční ovládání s 16 různými lékařskými programy.



Rozkládací elastický polštář pro záhlaví.



Složené masážní lehátko: jednoduché a šetrí místem.



Dodatečné příslušenství, které je možné na objednávku dodat: nylonová taška PROFESSIONAL, přikrývka s HHP logem, ortopedický polštářek, nopkový polštářek.



## Vaše výhody jedním pohledem:

- Testovaný lékařský produkt
- Desetitisíce spokojených zákazníků
- Jednoduchá obsluha
- Terapeutické infračervené hluboké zahřívání
- Vysoký standard kvality a dlouhá životnost
- Účinky jsou doloženy studiem
- Pro používání doma i pro profesionální nasazení
- Bezproblémové čištění a údržba
- Šetrí čas a místo
- Lehce přenosné
- Minimální spotřeba proudu (12 V – provoz)

## Vyvinuto specialisty: lékařské masážní lehátko

S úspěchem používáno předními evropskými fyzioterapeuty, lékaři a rehabilitačními klinikami.

Jenom v Německé Spolkové Republice je HHP masážní lehátko dnes využíváno více než 2 000 lékaři a RH klinikami.

Jedinečný systém, který obdržel celosvětově první lékařský certifikát.

Andulační-kmitočtová masáž s infračerveným hlubokým prohříváním svalů a kůže vytváří podnět k rozšíření krevních cév a vede k lepšímu toku krve do tkání. Tato funkce se projeví pocitem nesmírně příjemného tepla.

Různé zóny kůže jsou přes nervové reflexy spojeny s vnitřními orgány. Oscilace zde působí nejenom na kůži a svaly, ale harmonizuje i souhru vnitřních orgánů. Tato je samozřejmě jedním z důležitých předpokladů pro zachování Vašeho zdraví.