

Psychiatrie

PRO PRAXI

Suppl. B
2012

www.solen.cz

ISSN 1803-5914

ROČNÍK 13.

Abstrakta

IX. konference ambulantních psychiatrů

6.–7. prosince 2012, Regionální centrum Olomouc

Časopis je indexován v Bibliographia Medica Českoslovaca, EMcare
a v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Valdoxan®

Agomelatin

**NÁVRAT
DO RYTMU
ŽIVOTA**

TÝDEN 12

TÝDEN 24

**NOVINKA
84 tbl. balení**



TÝDEN 1

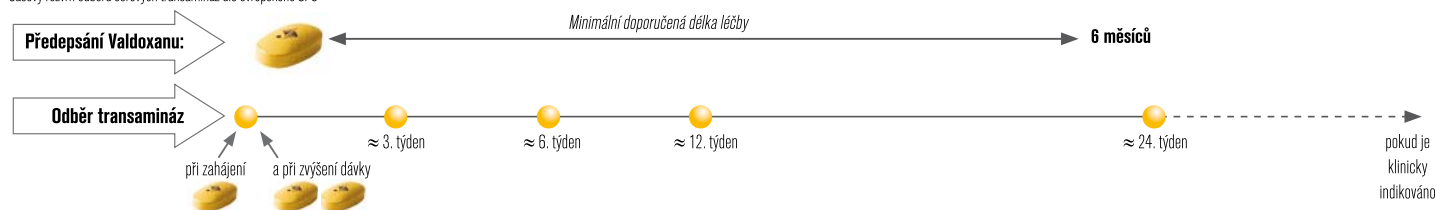
TÝDEN 6



Zkrácená informace o přípravku Valdoxan 25 mg

Léčivá látka: Agomelatinum 25 mg v jedné tabletě. **Indikace:** Léčba depresivních epizod u dospělých. **Dávkování a způsob podání:** Doporučená dávka je 25 mg jednou denně užitá perorálně před spaním. Po dvou týdnech léčby, pokud nenastane zlepšení příznaků, může být dávka zvýšena na 50 mg (2 tablety) užitá najednou před spaním. Valdoxanu lze užívat nezávisle na jídle. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo pomocné látky; poškození funkce jater (tj. cirhóza nebo aktivní jaterní onemocnění), souběžné podávání silných inhibitorů CYP1A2 (např. fluvoxamin, ciprofloxacín). **Zvláštní upozornění:** *Monitorování jaterních funkcí**: Po uvedení na trh byly u pacientů léčených přípravkem Valdoxan hlášeny případy poškození jater včetně jaterního selhání, zvýšení hladiny jaterních enzymů na více než 10násobek horní hranice normálního rozmezí, hepatitidy a žloutenky. K většině případů došlo během prvních měsíců léčby. Forma jaterního poškození byla převážně hepatocelulární. Po ukončení léčby přípravkem Valdoxan u těchto pacientů se koncentrace transamináz v séru obvykle vrátily k normálním hodnotám. U všech pacientů by měly být provedeny testy jaterních funkcí: při zahájení léčby, a potom pravidelně po přibližně třech týdnech, šesti týdnech léčby (konec akutní fáze), dvanácti týdnech a dvaceti čtyřech týdnech (konec udržovací fáze) a poté, pokud je to klinicky indikováno. Při zvýšení dávky by měly být jaterní funkční testy znovu provedeny se stejnou četností, jako při zahájení léčby. U každého pacienta, u něhož dojde ke zvýšení koncentrací sérových transamináz, by měly být testy jaterních funkcí opakovány do 48 hodin. Pokud zvýšení koncentrací sérových transamináz převyší trojnásobek horní hranice normálního rozmezí, léčba by měla být ukončena a testy jaterních funkcí by měly být prováděny pravidelně, dokud se koncentrace sérových transamináz nevrátí k normálu.

Časový rozvrh odběrů sérových transamináz dle evropského SPC



Pokud se objeví symptomy či projevy možného jaterního poškození (např. trvalá moč, světlé zbarvení stolice, zežloutnutí kůže/očí, bolest v pravé horní části břicha, neustupující nově vzniklá a nevysvětlitelná únava), léčba přípravkem Valdoxan musí být ihned ukončena. Opatrnosti je třeba při podávání přípravku Valdoxan pacientům se zvýšenými transaminázami před léčbou (>horní limit normálního rozmezí a ≤3násobek horního limitu normálního rozmezí). Opatrnosti je třeba při předepisování přípravku Valdoxan pacientům s rizikovými faktory poškození jater, např. obezitou / nadváhou / nealkoholickým steatotickým postižením jater, cukrovkou, značným příjmem alkoholu nebo současným užíváním léčivých přípravků spojených s rizikem poškození jater. Valdoxan obsahuje laktosu. Valdoxan by měl být používán s opatrností u pacientů s bipolární poruchou, manickou nebo hypomanickou epizodou v anamnéze. Depresivní porucha je spojena se zvýšeným rizikem myšlenek na sebevraždu, sebepoškození a sebevraždy a všeobecná klinická zkušenost je, že riziko sebevraždy se může zvýšit v časných fázích uzdravování. **Interakce:** Současné podávání Valdoxanu se silnými inhibitory CYP1A2 (např. fluvoxamin, ciprofloxacín) je kontraindikováno. Kombinace Valdoxanu a alkoholu se nedoporučuje. **Těhotenství a kojení:** Údaje o podávání agomelatinu těhotným ženám nejsou k dispozici. Pokud je léčba Valdoxanem nezbytná, kojení by mělo být ukončeno. Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje: Pacienti by měli být upozorněni, aby sledovali svou schopnost řídit vozidla nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Byly obvykle mírné nebo středně závažné, vyskytovaly se v průběhu prvních dvou týdnů léčby, nejčastější: nauzea a závrať. Dále byly pozorovány: bolest hlavy, ospalost, nespavost, migréna, průjem, zácpa, bolest břicha, zvracení, nadměrné pocení, bolest zad, únava, zvýšení ALT a/nebo AST ("v klinických studiích, vyšší hodnoty než 3násobek horní hranice normálních hodnot pro ALT a/nebo AST byly zaznamenány u 1,4 % pacientů léčených agomelatinem v dávce 25 mg/den a u 2,5 % pacientů léčených agomelatinem v dávce 50 mg/den versus 0,6 % pacientů užívajících placebo), úzkost, halucinace. Méně časté: agitovanost a související symptomy (jako podrážděnost a neklid), agresivita, noční můry, abnormální sny, svědění. Vzácné: mánie/hypománie, halucinace, zvýšení GGT a ALP. * Žloutenka, jaterní selhání, zvýšení hmotnosti, snížení hmotnosti. Nežádoucí účinky byly obvykle přechodné a obecně nevedly k ukončení léčby. **Podmínky uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky. **Velikost balení:** 28, 84 tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. **Registrační číslo:** EU/1/08/499/001-008. **Datum poslední revize textu:** 24. 10. 2012. **Výdej:** Přípravek je k dispozici v lékárnách a je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním Valdoxanu si přečtěte Souhrn údajů o přípravku, Servier s.r.o., Klimentůvská 46, 110 02 Praha 1, tel: 222 118 511, fax: 222 118 501, www.servier.cz

* Všímněte si prosím změn v informacích o léčivém přípravku Valdoxan.



ČTVRTEK 6. PROSINCE 2012

9:00–10:45 PSYCHOTERAPIE A FARMAKOTERAPIE – SPOLU, ČI ZVLÁŠŤ? – Garant: prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

- Farmakoterapie a psychoterapie – spolu, nebo zvlášť? – prof. MUDr. Ján Praško, CSc., et al.
- Farmakoterapie a psychoterapie u dětí – MUDr. Daniela Jelenová, et al.
- Varovné příznaky u bipolární afektivní poruchy – doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D., et al.
- Farmakoterapie a psychoterapie u úzkostných poruch – MUDr. Dana Kamarádová, et al.
- Farmakoterapie a psychoterapie u poruch osobností – MUDr. Aleš Grambal, et al.

10:45–11:25 FIREMNÍ SYMPOZIUM: SERVIER

11:25–12:00 COFFEE BREAK

12:00–13:20 SCHIZOFRENIE – Garant: doc. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.

- První epizody schizofrenie – MUDr. Filip Španiel, Ph.D.
- Schizofrenie a somatické zdraví – MUDr. Jiří Masopust, Ph.D.
- Kognitivní funkce u schizofrenie – MUDr. Miloslav Kopeček, Ph.D.
- Problémové oblasti v léčbě schizofrenie – doc. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.

13:20–14:00 POLEDNÍ PAUZA

14:00–15:05 NOVODOBÉ ZÁVISLOSTI, NEBO...? – Garant: MUDr. Petr Popov, MHA

- Novodobé závislosti, nebo...? – MUDr. Petr Popov, MHA
- Využití metody 30 TDA v rámci terapie „nových“ (nelátkových) závislostí – Mgr. et Mgr. Veronika Víchová
- Závislosti na procesech: závislostní chování na internetu – Mgr. Jaroslav Vacek

15:05–15:35 COFFEE BREAK

15:35–17:00 SUICIDÁLNÍ AKTIVITA PŘI RŮZNÝCH DUŠEVNÍCH PORUCHÁCH, DOPORUČENÍ PRO PRAXI Garant: doc. Tomáš Kašpárek, Ph.D.

- Suicidalita – obecné poznámky – MUDr. Jitka Huttlová
- Suicidalita a psychózy – MUDr. Ľubomíra Izáková, Ph.D., MUDr. Marína Borovská
- Suicidalita a alkoholizmus – MUDr. Viktor Segeda, MUDr. Beata Hideghétyová
- Kazuistika suicidálního pacienta – MUDr. Andrea Cejpková

PÁTEK 7. PROSINCE 2012

9:00–10:25 BIPOLÁRNÍ PORUCHA – Garant: doc. MUDr. Radovan Příkryl, Ph.D.

- Bipolární afektivní porucha (BAP) – úvod do problematiky – MUDr. Michaela Vrzalová
- Diagnostika a klasifikace bipolární afektivní poruchy – MUDr. et Bc. Libor Ustohal, Ph.D.
- Farmakoterapie bipolární afektivní poruchy – doc. MUDr. Radovan Příkryl, Ph.D.
- Náhled u bipolární afektivní poruchy – doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

10:25–11:00 COFFEE BREAK

11:00–12:45 PACIENT REZISTENTNÍ NA LÉČBU – Garant: doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

- Rezistence a pseudorezistence u schizofrenie – MUDr. Miloslav Kopeček, Ph.D.
- Terapeutické možnosti rezistentní schizofrenie – doc. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.
- Neuromodulační terapie farmakorezistentní deprese – doc. MUDr. Radovan Příkryl, Ph.D.
- Rezistence u úzkostných poruch – prof. MUDr. Ján Praško, CSc.
- Příběh pseudorezistentnej pacientky so schizofréniou – MUDr. Barbora Vašečková

12:45–13:15 POLEDNÍ PAUZA

13:15–14:55 **DEPRESIVNÍ SYNDROM MEZIOBOROVĚ (KAZUISTIKY) – Garant: prof. MUDr. Ján Praško, CSc.**

- Antidepressiva – léčba volby u pacienta s paroxysmální hypertenzí? – MUDr. Jan Václavík, Ph.D.
- Depresivní syndrom z pohledu psychiatra – prof. MUDr. Ján Praško, CSc.
- Depresivní syndrom z pohledu psychoterapeuta – Mgr. Roman Pešek
- Depresivní syndrom z pohledu internisty a endokrinologa – MUDr. Hana Šarapatková
- Není deprese jako deprese – MUDr. Michal Kryl

14:55 **LOSOVÁNÍ KONGRESOVÉ ANKETY SOLEN****15:00** **ZÁVĚR****Pořadatel**

Klinika psychiatrie FN Olomouc a LF UP v Olomouci
Solen, s. r. o.

Prezident

prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

Programový výbor

doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D., doc. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D., MUDr. Petr Popov,
prof. MUDr. Ján Praško, CSc., doc. MUDr. Radovan Příkryl, Ph.D.

Organizátor

SOLEN, s. r. o., Lazická 297/51, 779 00 Olomouc

Kontaktní osoba:

Ing. Petra Daňková, 582 397 457, 777 557 415, petra.dankova@solen.cz

Programové zajištění:

Mgr. Kateřina Dostálová, 582 397 407, 725 003 510, dostalova@solen.cz

Zajištění výstavních ploch:

RNDr. Iva Zelenková, 585 204 334, 777 557 417, zelenkova@solen.cz

Ohodnocení

Účast na akci bude v rámci postgraduálního vzdělávání ohodnocena 12 kredity pro lékaře, 8 kredity pro sestry a 6 kredity pro klinické psychology.



Grafické zpracování a sazba:
Aneta Mikulíková, mikulikova@solen.cz

ISSN 1803-5914

Psychoterapie a farmakoterapie – spolu, či zvlášť?

Garant: prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

čtvrtek / 6. 12. 2012 / 9.00–10.45

Psychoterapie a farmakoterapie – spolu nebo zvlášť?

prof. MUDr. Ján Praško, CSc.¹, MUDr. Monika Černá¹, MUDr. Aleš Grambal¹, MUDr. Daniela Jelenová¹, MUDr. Dana Kamarádová¹, doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.¹, Mgr. Marie Ocisková^{1,2}, Mgr. Zuzana Sedláčková²

¹Klinika psychiatrie, FN LF a UP v Olomouci

²Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Většina autorů v literatuře se odvolává na bio-psycho-sociální podmíněnost psychických poruch, což implikuje potřebu zabývat se v léčbě všemi těmito faktory. I když integrace psychoterapie a farmakoterapie patří k všeobecně deklarované normě léčby u většiny psychických poruch, v klinické praxi převažují psychiatři používající v léčbě převážně jednu z těchto modalit. Většina výzkumů účinnosti léčby je založena na porovnání farmakoterapie s placebem, eventuálně jednotlivých medikamentů mezi sebou, porovnání specifické psychoterapie s kontrolní skupinou, zpravidla čekatelů na léčbu, a jen ojediněle se objevují studie porovnávající farmakoterapii s psychoterapií nebo jejich kombinaci. Zde výzkum pokulhává za intuitivně vnímanou ideou, že kombinace přístupů může zvýšit jejich účinnost. Příspěvek zhodnocuje přínos psychoterapie, farmakoterapie či jejich kombinace u úzkostných a neurotických poruch, depresivních poruch, bipolární poruchy, poruch osobnosti a psychotických poruch.

Podpořeno grantem IGA MZ ČR IGA NT 11047-4/2010.

Farmakoterapie a psychoterapie u dětí

MUDr. Daniela Jelenová, MUDr. Monika Černá, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

Klinika psychiatrie LF UP v Olomouci a FNOL

Farmakoterapie a psychoterapie při léčbě dětí se vzájemně doplňují. Psychoterapie může pomoci zlepšit adherenci k farmakoterapii. Medikace jako přídatná léčba může zmírňovat symptomy a zlepšovat schopnosti zapojení do psychoterapie. Postoj rodičů hraje významnou úlohu při rozhodování o vhodné léčbě dětí. Rodiče se často nasazení psychofarmak obávají, především z důvodu nedostatečné informovanosti o psychiatrické medikaci, kdy mají pochybnosti o bezpečnosti užívání léků a potenciálním riziku vzniku závislosti.

Prioritní volba v léčbě dětí předškolního věku je jednoznačně psychoterapie. Pracovní skupina pro psychofarmakologii u předškolních dětí (PPWG) doporučuje nasazení medikace (při pečlivé monitoraci) až v případě, kdy u dítěte přetrvávají přes adekvátní psychoterapeutické intervence středně těžké až závažné symptomy a funkční postižení. Klinická vodítka doporučují před zahájením medikace psychofarmaky nejprve psychoterapeutickou péči v délce minimálně 1 až 6 měsíců. Psychoterapeutický přístup taktéž doporučuje Americká akademie dětské a adolescentní psychiatrie (AACAP) jako první volbu u dětí s diagnózou ADHD, poruchami opozičního vzoru, poruchami chování, autizmem, mentální anorexií a mentální bulimií, depresí, OCD, PTSD a jinými úzkostnými poruchami. Nicméně u ADHD a deprese se prokázala účinnost psychoterapie, farmakoterapie i kombinace. V přednášce bude prezentován přehled srovnání efektivity léčby cestou farmakoterapie, psychoterapie a kombinovaný přístup u těchto onemocnění: ADHD, porucha opozičního vzoru, poruchy chování, chronická tiková porucha, OCD, úzkostné poruchy, depresivní poruchy, bipolární afektivní porucha, schizofrenie, poruchy autistického spektra, mentální anorexie a mentální bulimie, enuréza a enkopréza.

Varovné příznaky u bipolární afektivní poruchy

doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

Klinika psychiatrie LF UP v Olomouci a FNOL

Bipolární afektivní porucha je celoživotní onemocnění vyznačující se vysokou mortalitou, dlouhodobými zdravotními potížemi, které vedou k práceneschopnosti. Bipolární afektivní porucha má fluktuující průběh, charakterizovaný návraty epizod deprese nebo mánie. Analýza přežití 82 ambulantních pacientů ukázala, že riziko relapsu mánie nebo deprese je během pěti let udržovací terapie 73 %. Z toho dvě třetiny relabujících pacientů mají opakované relapsy (Gitlin, et al; 1995). Relapsy zvyšují utrpení pacientů i jejich rodin, zvyšují náklady na léčbu, protože vedou k hospitalizacím, zneschopňují pacienty, vedou ke snížení jejich produktivity a finančních příjmů. Pochopení a odhalení předchůdců recidiv může ukázat, kudy máme napřáhnout snahy k jejich prevenci a mírnění. Odhalení časných příznaků a zhoršení nemoci může umožnit terapeutický zásah, který povede k prevenci rozvoje plnohodnotné manické nebo depresivní epizody. Příznaky a symptomy, ke kterým dochází během časného vzniku, souhrnně nazýváme *prodromy*. Rozpoznání prodromů má pro dlouhodobou léčbu bipolární afektivní poruchy zásadní význam. Epizody nemoci jsou někdy vyvolány událostmi, které fungují jako spouštěče nebo *precipitující faktory*. Stresující životní událost, jako například smrt příbuzného, může precipitovat epizodu deprese nebo mánie. Podobné události však mohou mít na různé pacienty různé dopady. Tato variabilita je způsobena částečně tím, že pacienti se liší v citlivosti k rozvoji jednotlivých epizod. Tato citlivost – senzitivita je závislá na rizikových faktorech, které se u pacientů liší. Prodromy jsou u bipolární afektivní poruchy definovány jako „jakékoli kognitivní, behaviorální a afektivní příznaky nebo symptomy, které mohou pacienta vést k myšlence, že vstupuje do časné fáze epizody. Prodromy vlastně představují včasné varování před nadcházející epizodou. Prodromy manické a depresivní epizody jsou odlišné. Příznaky představují oslabené projevy deprese nebo mánie. Většina pacientů s bipolární afektivní poruchou je schopna rozeznat prodromy nemoci. Tato schopnost závisí na míře náhledu na nemoc. Psychoedukace zaměřená na různé aspekty náhledu vede k posílení adherence a redukuje incidenci relapsů bipolární afektivní poruchy.

Literatura

1. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psych* 1995; 152: 1635–1640.

Farmakoterapie a psychoterapie u úzkostných poruch

MUDr. Dana Kamarádová, prof. MUDr. Ján Praško, CSc., MUDr. Aleš Grambal, MUDr. Monika Černá

Klinika psychiatrie LF UP v Olomouci a FNOL

Úzkostné poruchy se řadí mezi nejčastější duševní poruchy. Pacienti, kteří těmito poruchami trpí, jsou léčeni nejen psychiatry, ale často navštěvují i praktické lékaře, kardiology, neurology či jiné specialisty. Jejich léčba prošla v uplynulých letech mnoha proměnami. Zásadní zlom pak znamenal objev látek ze skupiny SSRI (selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu), které hrají zásadní roli v léčbě úzkostných poruch. Hlavním cílem léčby úzkostných poruch je odstranění vyhubavého chování a snížení úzkosti v situacích, kterých se pacient obává. Terapie by měla pacientovi pomoci i se změnou životní situace, která s úzkostnou poruchou souvisí. Z dlouhodobého hlediska je pak cílem zabránit novému vzniku situační úzkosti, ale i sekundárních důsledků, jakými jsou např. abúzus návykových látek či alkoholu, a prevence rozvoje deprese.

Z psychofarmak jsou k léčbě úzkostných poruch obecně užívána antidepresiva a anxiolytika. Jednotlivé úzkostné poruchy mají ve svých léčebných doporučeních svá specifika. Jako léky první volby však jsou doporučovány látky ze skupiny SSRI. Při neúčinnosti prvního zvoleného SSRI se pak doporučuje záměna SSRI, popř. použití SNRI. Pokud ani tato změna nevede ke klinickému zlepšení, pak je doporučeno podávání clomipraminu nebo imipraminu. V případě GAD pak pregabalin. Benzodiazepiny jsou k léčbě úzkostných poruch doporučovány jen v akutní fázi, a to po omezenou dobu. V krajních případech je doporučováno zvážet kombinaci antidepresiv nebo augmentaci antipsychotikem.

V případech méně závažných poruch by pak měla být metodou první volby psychoterapie. Z psychoterapeutických přístupů je v současné chvíli nejvíce doporučována kognitivně-behaviorální terapie, ve které je kladen důraz na důkladnou edukaci pacienta, kognitivní restrukturalizace, expoziční léčbu, dechový trénink, nácvik sociálních dovedností a řešení problémů. Opominuta by neměla být ani možnost kombinace farmako- a psychoterapie, ze které mohou profitovat i ti pacienti, kteří byli k jednomu či druhému přístupu rezistentní.

Farmakoterapie a psychoterapie u poruch osobnosti

MUDr. Aleš Grambal, MUDr. Dana Kamarádová, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

Klinika psychiatrie LF UP v Olomouci a FNOL

Pacienti trpící poruchami osobnosti si během dětství utvářejí vcelku rigidní, globální, negativní pohled na sebe sama, druhé lidi a svět. Na základě dětské zkušenosti si vytvářejí strategie chování, které jsou funkční v primární rodině. Některé strategie se díky tomu vyvinou nadměrně, jiné nedostatečně a v následném životě nejsou funkční, vedou často k nadměrnému stresu. Ve srovnání s psychoterapií u úzkostných poruch je přístup k pacientům trpícím poruchou osobnosti komplexnější a léčba trvá delší dobu (1 až 3 roky). Terapeutický vztah může být v terapii použit jako reprezentace jiných vztahů. Důraz je věnován i vývoji postiženého jedince a jeho dětství. Struktura sezení je variabilnější. Nejdůležitější postupy jsou zaměřeny na změnu dysfunkčních přesvědčení o sobě, jiných lidech a světě vůbec a modifikaci kompenzačních vzorců v chování. Psychoterapie může probíhat individuálně nebo ve skupinách. Ze současných terapeutických přístupů je více specifická na schémata orientovaná psychoterapie, pro hraniční poruchu osobnosti pak dialekticko-behaviorální a kognitivně-behaviorální přístup, dále na přenos orientovaná terapie a mentalizační psychoterapie. Většina poruch osobnosti obecně nereaguje na farmakoterapii dostatečně. Medikace však může pomoci, pokud je zaměřena na jeden cílový příznak. Léčba se tak koncentruje na určitý aspekt maladaptace, přičemž se úspěch v jedné oblasti může rozšířit i na oblasti další. Například snížení výkyvů afektů a emocí může následně zlepšit oblast poznávání, chování i interpersonálních vztahů (za předpokladu, že je porucha nálady nebo úzkostnost nejvýraznějším rysem pacientových potíží). Zpravidla však na efekt musíme čekat dlouhou dobu. V klinické praxi je ale běžná opačná praxe, pacienti trpící poruchou osobnosti obvykle dostávají mnohočetnou psychotropní medikaci (často ve vysokých dávkách), která se frekventovaně obměňuje, i když se neukázalo, že by tím bylo dosaženo dostatečných nebo předpověditelných účinků. Jednoznačněji je léčba psychofarmaky indikována u komorbidních onemocnění, s větším váháním pak léčba zaměřená na příznaky. Vhodné je léčbu konzultovat s pacientem, po několika měsících užívání se dotazovat na pocíťovaný efekt léčby a průběžně na nežádoucí účinky. Pokud není efekt prokazatelný, je vhodné léky vysadit. Farmakoterapii u poruch osobnosti je v lepším případě možné považovat za adjuvantní a symptomatickou, pro změny v osobnostní struktuře je indikována dlouhodobá psychoterapie.

Supported by the project IGA MZ CR NT 11047-4/2010.

Schizofrenie

Garant: doc. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.

čtvrtek / 6. 12. 2012 / 12.00–13.20

První epizody schizofrenie

MUDr. Filip Španiel, Ph.D.

Psychiatrické centrum Praha, 3. LF UK

Příspěvek přináší přehled poznatků týkajících se průběhu, nálezů zobrazovacích metod a prognózy první epizody schizofrenního onemocnění.

Představuje první data z českého multicentrického dlouhodobého sledování těchto pacientů (studie ESO). Obsahem sdělení jsou i praktické zkušenosti z preventivních a edukačních programů pro pacienty s první epizodou.

Schizofrenie a somatické zdraví

MUDr. Jiří Masopust, Ph.D.

Psychiatrická klinika FN a LF UK Hradec Králové

Schizofrenie nezasahuje jen duševní zdraví. Délka života nemocných schizofrenií v ekonomicky rozvinutých zemích je ve srovnání se zbytkem populace zkrácena o 20–25 let. Celková mortalita je 2–3krát vyšší než v obecné populaci. Asi 60 % úmrtnosti jde na vrub tělesných onemocnění. Jedná se o stejná onemocnění jako u lidí bez diagnózy schizofrenie – nádory, respirační onemocnění, srdeční poruchy, nemoci zažívacího traktu a další.

Na vyšší nemocnosti a úmrtnosti psychotických pacientů z důvodu somatického onemocnění oproti běžné populaci se vedle genetických předpokladů podílí jejich životní styl společně s vlivem antipsychotické terapie. Rozdíl v mortalitě ve srovnání s normální populací se navíc zvyšuje v posledních letech, ačkoliv máme k dispozici modernější preparáty – antipsychotika druhé generace (ADG). Kohortová retrospektivní studie Tiihonen et al. (2009) ukázala, že ADG nemusí být hlavní příčinou zvýšené mortality schizofreniků. Ve sledovaném období vzrostl podíl užívání ADG oproti antipsychotikům první generace (APG) ze 13 na 64 %. Pacienti užívající antipsychotika měli nižší mortalitu z jakékoliv příčiny než neléčení nemocní. Oproti očekávání byla s nejnižším rizikem mortality (celkové, z důvodu suicidia i z důvodu ischemické choroby srdeční) spojena léčba klopazinem. Nicméně tato studie ukázala, že délka života nemocných schizofrenií se sice mírně prodlužuje, ale nadále se zvyšuje rozdíl oproti normální populaci. U ostatních totiž, i přes epidemii obezity a diabetu ve světě, průměrná délka života roste. Nejčastější příčinou úmrtí v této studii byla kardiovaskulární onemocnění. Přibližně 35 % nemocných schizofrenií v určitém období nadužívá alkohol. Roli hrají také přetrvávající (zejména negativní) symptomy onemocnění. Například apatie může způsobit obezitu, čímž se ještě sníží schopnost a vůle nemocného k fyzické aktivitě. Nedostatečná spolupráce nemocných při léčbě také přispívá ke zhoršení somatických problémů. Problémem je snížená dostupnost zdravotní péče pro pacienty se závažnou duševní poruchou. Nemocní schizofrenií jsou méně často vyšetřováni a léčeni pro tělesné obtíže než obecná populace. Nezřídka jsou léčeni pro somatické poruchy až při ohrožení na životě.

Více než dvakrát častěji ve srovnání s normální populací pacienti s psychózou umírají v důsledku kardiovaskulárních onemocnění (KVO). Dvě třetiny pacientů se schizofrenií umírají na ICHS (v obecné populaci je to přibližně polovina). Na rozdíl od normální populace kardiovaskulární mortalita schizofreniků nadále stoupá. KVO vznikají v důsledku výskytu více rizikových faktorů. Ovlivnitelné jsou obezita, kouření, hypertenze a dyslipidemie (tabulka 1).

Tabulka 1. Výskyt ovlivnitelných kardiovaskulárních rizikových faktorů u pacientů se schizofrenií

Ovlivnitelné rizikové faktory	Odhad prevalence rizikových faktorů (%)	Relativní riziko (oproti celkové populaci)
Obezita	45–55	1,5–2
Kouření	50–80	2–3
Diabetes mellitus	10–15	2–3
Hypertenze	19–58	2–3
Dyslipidemie	25–69	≤ 5x

Monitorace a léčba kardiometabolických poruch u duševně nemocných je i v dnešní době podceňovaná. V běžné praxi je sledování tělesných parametrů psychiatry nadále nedostatečné bez ohledu na zavádění nových doporučení do praxe. Laboratorní i fyzikální vyšetření je třeba provést před nasazením antipsychotika a dále nemocného sledovat v průběhu dlouhodobé terapie. Všechna nová vodítka pro léčbu schizofrenie by měla obsahovat jednoduchá a prakticky zaměřená doporučení pro sledování tělesného zdraví. Nezbytná je spolupráce s praktickými lékaři a příslušnými specialisty.

Kognitivní funkce u schizofrenie

MUDr. Miloslav Kopeček, Ph.D.^{1,2}, MUDr. Jakub Kolouch³, MUDr. David Kerner³

¹Psychiatrické centrum Praha

²Klinika psychiatrie a lékařské psychologie 3. lékařská fakulta Univerzita Karlova Praha

³2. lékařská fakulta Univerzita Karlova Praha

Úvod: Označení německého profesora psychiatrie Emila Kraepelina pro stav, který bývá v současnosti nazýván schizofrenií, bylo dementia praecox. Demence je syndrom, kdy dojde k poklesu kognitivních funkcí o 2 a více směrodatných odchylek (s. o.) od průměru. K zachytu demence se v lékařské praxi nejčastěji používá krátké vyšetření duševního stavu (MMSE) s hraniční hodnotou pro pozitivitu zachytu 24/30 bodů. MMSE není citlivé pro mírné formy demence či tzv. Mírnou kognitivní poruchu (MKP). Mírná kognitivní porucha je rizikový stav pro vznik demence, který je definován jako úroveň kognitivních funkcí 1–1,5 s. o. pod průměr. Pro zachycení MKP se v ČR používají testy, jako je Addenbrookský kognitivní test (ACE-R) či Montrealský kognitivní test (MoCA). Hraniční hodnoty pro pozitivitu skríninku MKP jsou 88/100 bodů pro ACE-R a 26/30 bodů v MoCA.

Hypotéza: Není rozdíl v počtu pozitivně zachycených pacientů s kognitivní poruchou dle MMSE, ACE-R a MoCA.

Výsledky: V Psychiatrickém centru Praha bylo vyšetřeno 42 hospitalizovaných pacientů (28 mužů, 14 žen) s psychotickým onemocněním (schizofrenie, schizoafektivní porucha, akutní polymorfní psychotická porucha) s průměrným věkem $28,8 \pm 7,5$ let, s trváním onemocnění $5,4 \pm 6,5$ let (medián 1,5 roku). Pozitivně bylo zachyceno 25 pacientů dle ACE-R, 26 pacientů dle MoCA a 8 pacientů dle MMSE. Fischerův exaktní test potvrdil více pozitivně zachycených pacientů dle ACE-R ($p = 0,0003$) a MoCA ($p = 0,0001$) ve srovnání s MMSE. Průměrný výkon byl v MMSE $27,5 \pm 2,68$ (medián 28, min. 19, max. 30), v ACE-R $86,1 \pm 9,2$ (medián 87, min. 67 max. 98) a pro MoCA $23,3 \pm 4,3$ (medián 24,5, min. 13, max. 30).

Diskuze: ACE-R i MoCA detekovaly významně více pacientů se suspektní kognitivní poruchou na úrovni MKP. Krátké skríninkové testy, které trvají 10–20 minut, zachytily více pacientů s kognitivní poruchou ve srovnání s MMSE a mohly by být cennou pomůckou pro psychiatry, kteří zvažují možnost přítomnosti kognitivní poruchy u psychotických pacientů a nemají k dispozici psychologa. U osmi (20 %) pacientů byl kognitivní výkon na úrovni pacientů s demencí a u 18 (43 %) pacientů byl na úrovni MKP.

Podpořeno RVO-PCP/2012.

Problémové oblasti v léčbě schizofrenie

doc. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.

Psychiatrické centrum Praha, 3. lékařská fakulta Univerzita Karlova v Praze

V praxi se při léčbě schizofrenie můžeme setkat s celou řadou situací, které představují klinický problém. Mezi takovéto problémové oblasti patří např. léčba v dětském nebo ve starším věku, gravidita, kojení, somatická onemocnění, zneužívání návykových látek, nežádoucí účinky nebo netolerance antipsychotické medikace, nedostatečná terapeutická odpověď nebo farmakorezistence, nespokojenost při léčbě, časté relapsy, reziduální příznaky, suicidalita, vysoká míra funkčního postižení. Při léčbě pacientů s komorbidním onemocněním je třeba brát v potaz nejen snášenlivost, ale také změnu farmakokinetických poměrů a adekvátně upravit dávkování. Znalost metabolismu antipsychotik umožňuje zvolit specifické antipsychotikum (např. v případě renálního nebo hepatálního postižení) a také se vyhnout nevhodným kombinacím léků s rizikovými interakcemi. Klinické dilemma a obavy z možných negativních následků pro plod představuje podávání farmak v těhotenství a při laktaci. Přitom však pokud je schizofrenie matky v těhotenství neléčena, může mít ničivý dopad jak na matku, tak i na dítě. Rozšíření atypických antipsychotik vedlo jen ke změně spektra nežádoucích účinků, ne k jejich eliminaci. Snášenlivost medikace a nežádoucí účinky jsou jedním z faktorů, které významně přispívají k nespokojenosti při dlouhodobé léčbě. Částečným řešením může být použití dlouhodobě působících injekčních antipsychotik. Redukce vysoké míry pracovní neschopnosti, trvalé invalidity a závažného funkčního postižení patří mezi nenaplněné potřeby pacientů se schizofrenií, jen parciálně ovlivnitelné aktuálně dostupnými terapeutickými prostředky.

Novodobé závislosti, nebo...?

Garant: MUDr. Petr Popov, MHA

čtvrtek / 6. 12. 2012 / 14.00–15.05

Novodobé závislosti, nebo...?

MUDr. Petr Popov, MHA

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN, Praha

Kromě nových drog, vyvolávajících obdobné formy závislostí jako drogy tradiční, se stále častěji objevují jiné formy závislostí, které představují „závislosti bez drog“. Závislosti na procesech (nebo též behaviorální či nelátkové závislosti, respektive různé atypické formy závislostního chování) představují pro adiktologii relativně nové pole působnosti. Kromě závislosti na návykových látkách se v populaci stále častěji vyskytují nové typy závislostního chování, které souvisejí zejména se změnou životního stylu a využíváním nových technologií. Mezi závislosti na procesech lze vedle patologického hráčství zařadit takové poruchy jako workoholismus (závislost na práci), shopaholismus/oniománii (patologické nakupování), ortorexii (závislost na zdravé výživě), nebo sexoholismus (závislost na sexu). V odborné literatuře se také stále častěji objevují publikace o škodlivém nebo problémovém používání moderních komunikačních technologií a forem (internetu, mobilních telefonů, sociálních sítí) nebo dokonce o závislosti na nich. Jedná se o nové závislosti ve smyslu duševních poruch, tak jak jsou definovány u závislostí látkových? Nejedná se jen o moderní podobu původních forem návykových poruch/závislostí? Jsou mezi „starými“ a „novými“ podobnostmi či souvislostmi? Co s nimi?

Využití metody 30 TDA v rámci terapie „nových“ (nelátkových) závislostí

Mgr. et Mgr. Veronika Víchová

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN, Praha

Využití 30 TDA – 30denního testu abstinence v rámci monitoringu a terapie „nelátkových“ závislostí.

Metoda 30 TDA je využívána s úspěchem v rámci ambulantní péče o závislé na alkoholu. Její aplikace, jak se ukazuje, je možná i u dalších forem závislostí: jídlo, agrese, gambling, kouření, nakupování, mobilní telefon, e-mail, internet, vztahy, domácí mazlíčci, sex... Jaké jsou možnosti využití a úskalí aplikace, si ukážeme na několika kazuistikách z ambulantní praxe. Zaměříme se i na diagnostické a terapeutické hledisko a odlišný a vyvíjející se pohled MNK a DSM na definici závislosti a jejich rozšiřování.

Závislosti na procesech: závislostní chování na internetu

Mgr. Jaroslav Vacek

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN, Praha

Závislostní chování na internetu (závislost na internetu, netolismus) je relativně nový fenomén, se kterým se v poslední dekádě stále více setkávají kliničtí psychiatři a psychologové v praxi. Lze jej definovat jako používání internetu, které s sebou přináší do života jedince psychologické, sociální, pracovní nebo školní komplikace. Tento fenomén provází v odborné veřejnosti diskuse o jeho existenci v podobě samotné nozologické jednotky či jako symptomu jiné duševní poruchy. V 5. revizi DSM je porucha používání internetu s devíti diagnostickými kritérii nově zařazena do skupiny užívání návykových látek a návykových poruch mezi diagnózy pro další zkoumání. V rámci online adiktologické poradny Kliniky adiktologie vznikl jako pilotní projekt na stránkách <http://poradna.adiktologie.cz> svépomocný program pro osoby závislé na internetu. Jde o první projekt nabízející online svépomocný program v oblasti závislostí v České republice. Cílem příspěvku je představit možné pohledy na závislostní chování na internetu, klinický obraz, diagnostická vodítka, epidemiologii a komorbiditu. Pozornost bude věnována i léčebným přístupům k tomuto fenoménu, včetně zkušeností s online svépomocným programem. Příspěvek vychází z kritického přehledu literatury, diskutuje nejasnou etiologii, diagnostiku a systematizaci poruchy včetně jejího zařazení do systému MNK. Diskutovány budou také výhody a nevýhody online poradenství a terapie a zejména otázka léčby závislosti na internetu pomocí internetu.

Suicidální aktivita při různých duševních poruchách, doporučení pro praxi

Garant: doc. Tomáš Kašpárek, Ph.D.

čtvrtek / 6. 12. 2012 / 15.35–17.00

Suicidalita – obecné poznámky

MUDr. Jitka Hüttlová

Psychiatrická klinika FN Brno

Práce se suicidálním pacientem představuje jednu z nejobtížnějších oblastí, se kterou se psychiatr ve své praxi setkává. Suicidium je chápáno jako akt vědomého a úmyslného ukončení života. V přednášce jsou definovány základní pojmy týkající se sebevraždy a je popsáno základní rozdělení. Sdělení se dále zabývá historií suicidia a přináší informace o statistice sebevraždy jak v ČR, tak ve světě. Dále bude ukázán suicidální vývoj a připomenut Ringelův presuicidální syndrom. Na závěr budou uvedeny rizikové faktory suicidia a možnosti jejich hodnocení.

Suicidalita a psychózy

MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD., MUDr. Marína Borovská

Psychiatrická klinika LF UK a UN v Bratislave

Napriek implementovaniu rôznych preventívnych stratégií, sa suicidalita dlhodobo vyskytuje medzi častými príčinami smrti. Až 90 % ľudí, ktorí dokonajú samovraždu trpí psychickou poruchou. Zvýšená prevalencia suicidálneho správania sa zisťuje aj u pacientov so schizofréniou. K najdôležitejším rizikovým faktorom v tejto skupine pacientov sa radia afektívne, najmä depresívne symptómy. Ich prítomnosť v čase suicidálneho správania sa popisuje častejšie ako prítomnosť jadrových symptómov schizofrenie. K ďalším rizikovým faktorom patria nízky vek pacienta, komorbidita s abúзом, resp. závislosťou od psychoaktívnych látok, prítomnosť suicidálneho správania v osobnej anamnéze pacienta, agitácia a nízka adherencia k liečbe. Skúma sa aj vplyv životnej situácie na suicidalitu. Nízka životná úroveň a nezamestnanosť ako sociálne činitele, ale aj psychologické faktory ako osamelosť sa tiež podľa niektorých autorov považujú za činitele zvyšujúce riziko suicidálneho správania.

Práca sa zameriava na zmapovanie výskytu a závažnosti suicidálneho správania u pacientov so schizofréniou liečených na Psychiatrickej klinike LFUK a UN v Bratislave v roku 2011. Údaje sa získavali retrospektívne zo zdravotnej dokumentácie pacientov. Hodnotili sa demografické a klinické charakteristiky, prítomnosť schizofrenickej a afektívnej symptomatiky, motivácia, typ a charakter suicidálneho správania, súčasný konzum psychoaktívnych látok, somatická komorbidita a spôsob manažmentu pacienta. Autori sa v súbore zamerali na identifikáciu rizikových faktorov suicidálneho správania. Na základe vlastných výsledkov a publikovaných údajov diskutujú spôsob prevencie suicidálneho správania, ale najmä diagnosticko-terapeutický manažment pacienta so schizofréniou a suicidálnym správaním.

Suicidalita a alkoholizmus

MUDr. Viktor Segeda, MUDr. Beáta Hideghétyová
Psychiatrická klinika LF UK a UNB, Bratislava

Úvod: Suicidalita predstavuje závažný psychiatrický problém s celosvetovou prevenciou okolo 1 milión prípadov ročne, pričom sa predpokladá, že do roku 2020 to bude 1,5 milióna prípadov. Až v 90 % prípadov dokonanej samovraždy bola zistená psychická porucha. Medzi psychickými poruchami na druhom mieste sa uvádza zneužívanie návykových látok.

Vzťah medzi užívaním alkoholu a suicidálnym správaním je komplexný. Z krátkodobého hľadiska má alkohol známy euforizujúci a anxiolytický efekt. Pri dlhodobom užívaní však zvyšuje impulzivitu, agresivitu a znižuje prah pre spúšťače suicidálneho správania. Často je osoba v čase suicídia intoxikovaná alkoholom (Wasserman et al., 2012).

Suicidálne úvahy pri akútnej intoxikácii alkoholom sú častým dôvodom psychiatrického vyšetrenia a intervencie najmä počas pohotovostných služieb. Po doznení alkoholovej opojenosti je ďalší postup individuálny. K psychiatrickej hospitalizácii a liečbe často vedie aj prítomnosť primárnej alebo sekundárnej depresívnej symptomatiky so suicidálnymi ideáciami u pacientov so syndrómom závislosti od alkoholu, resp. so škodlivým užívaním alkoholu.

Cieľ práce: Predkladaná práca je zameraná na zistenie výskytu a závažnosti suicidálneho správania u pacientov s akútnou intoxikáciou alkoholom a u pacientov so závislosťou od alkoholu. Sleduje a porovnáva rizikové faktory suicidálneho správania u týchto skupín pacientov a následnú psychiatrickú intervenciu.

Metóda: Ide o retrospektívnu štúdiu. Zdrojom dát sú ambulantné záznamy pacientov vyšetrených v 1. polroku 2012 a chorobopisy pacientov hospitalizovaných v 1. polroku 2012 na PK LFUK a UNB s diagnózami akútna intoxikácia alkoholom a syndróm závislosti od alkoholu. Sledovali sme demografické a klinické charakteristiky podsúborov a následný manažment pacientov. Na vyhodnotenie sme použili základné štatistické metódy. Analyzovali sme zistené rozdiely.

Výsledky: Počas 1. polroku 2012 bolo na PK LFUK a UNB s diagnózou akútna intoxikácia alkoholom vyšetrených 44 pacientov (66 % muži, 34 % ženy) a s diagnózou syndróm závislosti od alkoholu vyšetrených 155 pacientov (74 % muži, 26 % ženy). Priemerný vek bol v druhom podsúbore o 10 rokov vyšší. V podsúbore Závislosť od alkoholu sme zistili (hlavne anamnesticky) štatisticky signifikantne vyšší výskyt depresívnej symptomatiky (39 % pacientov) a suicidálnych myšlienok (28 % pacientov). Tiež sme zistili významné rozdiely v manažmente pacientov. Len zriedkavo bol pacient so suicidálnymi úvahami riešený ambulantne. Pacienti s akútnou intoxikáciou boli observovaní na oddelení v rámci krátkodobej detoxifikácie, žiaden pacient nebol hospitalizovaný. Pacienti so závislosťou od alkoholu boli, v prípade suicidálnych myšlienok, hospitalizovaní v 71 %, v prípade suicidálneho pokusu v 85 %. Významný je súčasný výskyt inej psychickej poruchy a somatického ochorenia u pacientov so závislosťou od alkoholu a suicidálnym správaním.

V závere autori diskutujú o možnej predikcii rizika suicidálneho správania u týchto skupín pacientov a možnostiach prevencie, resp. psychiatrickej, či psychologickej intervencii.

Literatúra

1. Wasserman D, et al. European Psychiatry 2012; 27: 129–141.

Kazuistika suicidálneho pacienta

MUDr. Andrea Cejpková
Psychiatrická klinika FN Brno

Príspevek se na základě kazuistiky suicidální pacientky zabývá aspekty suicidálního jednání z pohledu pacienta a terapeuta. V prvním případě se věnuje vývoji vnímání smrti během života a motivaci a příčinám suicidálního jednání z pohledu různých teorií. V druhé části se pak zamýšlí nad terapeutovým vnímáním vlastní smrtelnosti a nad protipřenosovými reakcemi.

Bipolární porucha

Garant: doc. MUDr. Radovan Příkryl, Ph.D.

pátek / 7. 12. 2012 / 9.00–10.25

Bipolární afektivní porucha (BAP) – úvod do problematiky

MUDr. Michaela Vrzalová

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

Ve sdělení bude stručně předneseno: Historie BAP, symptomy (mánie a bipolární deprese), formy BAP (včetně pojmů, které zatím nejsou zahrnuty do klasifikace), epidemiologie a demografické a sociální faktory u BAP, průběh BAP (včetně prediktorů horšího průběhu), suicidalita u BAP, psychiatrické a somatické komorbidity a etiopatogeneze BAP.

Diagnostika a klasifikace bipolární afektivní poruchy

MUDr. et Bc. Libor Ustohal, Ph.D.

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

CEITEC-MU

Správně diagnostikovat bipolární afektivní poruchu (BAP) není jednoduché. K příčinám patří to, že se dosud nemusela vyskytnout (hypo)manická epizoda nebo nebyla rozpoznána, že BAP je onemocnění s různými fázemi, existují různé subtypy pacientů, existuje částečný překryv s psychotickými poruchami a rovněž jinými afektivními poruchami a bývá také častá komorbidita s dalšími psychickými poruchami. Koncept bipolarity se v průběhu času vyvíjel, v současnosti jsou platná kritéria dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) nebo IV. revize Diagnosticko-statistického manuálu (DSM-IV), i když existují i další navrhované klasifikace, např. dle Akiskala a zejména nyní nově připravovaná DSM-V; užitečné může být i zaměření se na tzv. predominantní polaritu. V diferenciální diagnostice je nutné zejména vyloučit unipolární depresi a další psychické poruchy, zvážit je třeba i vliv somatických onemocnění a některých látek, které mohou způsobovat rozvoj mánie či deprese.

Tato práce vznikla díky projektu "CEITEC – Středoevropský technologický institut" (CZ.1.05/1.1.00/02.0068) z Evropského fondu regionálního rozvoje a projektu (Ministerstva zdravotnictví) koncepčního rozvoje výzkumné organizace 6526 9705 (FN Brno).

Farmakoterapie bipolární afektivní poruchy

doc. MUDr. Radovan Příkryl, Ph.D.

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

Bipolární afektivní porucha (BAP) je závažné duševní onemocnění charakterizované opakovaně se vyskytujícími epizodami mánií a depresí. Celoživotní prevalence BAP I. typu je odhadována na 1,0%, II. typu na 1,1 %. Klinicky mírně vyjádřené formy BAP včetně cyklotymie postihují až 4,5 % populace. Navzdory rozvoji farmakoterapie tohoto onemocnění v minulém desetiletí, které se vyznačovalo zařazením řady antipsychotik druhé generace do indikací BAP, mnoho problémů přetrvává. Mezi ně patří zejména akutní léčba bipolární deprese a výběr dobře tolerované dlouhodobě udržovací léčby. Léčbu BAP komplikuje i častá psychiatrická (panická porucha, sociální fobie, poruchy příjmu potravy, závislosti na psychoaktivních látkách, osobnostní problematika) či somatická (obezita, porucha glukózové tolerance, inzulinová rezistence, hypertenze, dyslipidemie) komorbidita, což vede k dvakrát až třikrát vyšší mortalitě pacientů s BAP oproti zdravé populaci. Léčba BAP je komplexní a měla by zahrnovat kromě farmakoterapie i psychoterapii, edukaci a modifikaci životního stylu. Farmakologická léčba BAP zahrnuje léčbu akutní o délce jednoho až tří měsíců s cílem zmírnit akutní příznaky, léčbu pokračovací v trvání šesti až devíti měsíců s cílem zabránění relapsu a konečně léčbu udržovací, která může trvat několik let až doživotně pro zábranu recidivy onemocnění. Lithium, valproát i antipsychotika 2. generace, jako jsou aripiprazol, quetiapin, olanzapin, risperidon nebo ziprasidon, představují současné těžiště akutní farmakologické léčby manické epizody BAP. Akutní léčba deprese v rámci bipolární

afektivní poruchy je složitá a odlišná od léčby rekurentní depresivní poruchy. Současná vodítka léčby nabízejí kromě řady odlišností i shodné trendy ve smyslu postavení quetiapinu v prvním kroku akutní léčby bipolární deprese či opatrné použití antidepresiv nejlépe pak v kombinaci s jinými stabilizátory nálady. Dle současného pohledu mezi léky první volby akutní léčby bipolární deprese bezesporu patří quetiapin, lithium a olanzapin, i když ten spíše v kombinaci s antidepresivem ze skupiny SSRI.

Náhled u bipolární afektivní poruchy

doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

Klinika psychiatrie LF UP v Olomouci a FN Olomouc

Termín „náhled“ byl psychiatrické souvislosti poprvé definován v roce 1934 jako „správný postoj k vlastním zdravotním změnám, novější konceptualizace náhledu byla rozšířena o vědomí pacienta o předpokládaných dopadech nemoci vedoucí ke změnám postojů a chování v každodenním životě (např. adherence), stejně jako schopnost uznat nebo „označit“ neobvyklé duševní události – například bludy a halucinace – jako patologické. Je užitečné si uvědomit, že dříve používaná dichotomická konceptualizace („špatný vhléd“ nebo „dobrý náhled“) nedostatečně zachycovala drobné či větší rozdíly, které pozorujeme v klinické praxi. Nedostatek náhledu je jedním z poruch integrovaných sebezkušeností. Vyskytuje se zejména u psychóz, ale je také běžný u obsedantně kompulzivní poruchy některých dalších poruch, jako je dysmorfofobie. Porucha náhledu je typická pro schizofrenii. Ve srovnání s výzkumem náhledu u schizofrenie, studie u afektivních poruch začaly později a zůstávají relativně řídké. Kvalitní náhled je však u BAP podmínkou nutnou pro dostatečnou complianci v léčbě, zásadním způsobem ovlivňuje adherenci, a slouží spolu s dostatečně zachovanými kognitivními funkcemi k rozpoznání časných varovných příznaků. Postižení exekutivních funkcí a paměti, stejně jako vyšší závažnost psychotických příznaků, jsou spojeny s poruchami náhledu. Náhled je více postižen během akutní epizody než během remise, více u smíšených než u čistých manických epizod, více u bipolární poruchy II. typu než u pacientů s bipolární poruchou I. typu, více u čisté mánie než u bipolární nebo unipolární deprese. Nedostatek náhledu a komorbidní abúzus psychoaktivních látek snižují adherenci k léčbě (Velligan, et al., 2009). Recentní důkazy naznačují, že co se týká poruchy kognitivních funkcí a nedostatku náhledu, dochází u bipolárních pacientů ke kompletní remisi méně často, než se dříve předpokládalo. Remitující eutymičtí pacienti mají zřetelně poškozeny exekutivní funkce, verbální paměť a schopnost udržet pozornost. Stejně tak se v remisi neupravuje náhled nemoci. Snížený náhled byl v remisi pozorován u 47% pacientů s BAP I (Varga, et al., 2006). Psychosociální intervence náhled nemoci zlepšuje a přináší lepší funkční výsledky. Psychosociální metody by mohly být účinnější, pokud by je doplnila rehabilitace kognitivní.

Literatura

1. Varga M, Magnusson A, Flekkoy K, Ronneberg U, Opjordsmoen S. Insight, symptoms and neurocognition in bipolar I patients. *J Affect Disord* 2006; 91: 1–9.
2. Velligan DL, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, Docherty JP. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatr* 2009; 4: 1–46.

Pacient rezistentní na léčbu

Garant: doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

pátek / 7. 12. 2012 / 11.00–12.45

Rezistence a pseudorezistence u schizofrenie

MUDr. Miloslav Kopeček, Ph.D.^{1, 2}

¹Psychiatrické centrum Praha

²Klinika psychiatrie a lékařské psychologie 3. lékařská fakulta Univerzita Karlova v Praze

Rezistence u schizofrenie znamená zřetelně zdokumentované selhání ≥ 2 různých antipsychotických léčeb v adekvátní dávce (CHLPZ ekvivalent ≥ 600 mg/den) po adekvátní dobu (≥ 6 souvislých týdnů) s nedosažením ani parciální odpovědi na léčbu či skórem závažnosti dle celkového

klinického dojmu (CGI ≥ 4) a skórem funkčního stavu (≤ 4 9 FACT-SZ nebo ≤ 50 GAF). Odpověď se rozumí CGI=1–2 nebo změna ve FACT-SZ či PANSS/BPRS $\geq 20\%$. Parciální odpověď se rozumí CGI=3 nebo FACT-SZ či PANSS/BPRS $\geq 10\% \leq 20\%$. Při intoleranci antipsychotické léčby s dávkou antipsychotika (AP) < 600 mg/den CHLPZ ekvivalentů jde o pacienta netolerující léčbu, nikoliv o rezistenci. Slabina výše uvedené definice rezistence spočívá v definování adekvátní dávky na základě per os podávaných léků bez ověření plazmatických hladin.

Před stanovením rezistence (vzdorovitosti k léčbě) se musíme zamyslet, zda nejde o zdánlivou vzdorovitost (pseudorezistenci). V první řadě je nezbytné vyloučit, že pacient léky neužívá (cca 42 % pacientů), 2) vyloučit možnost exacerbace vlivem drog při komorbiditě se závislostí, 3) možnost jiné diagnózy nereagující na AP (epileptóza, NMDA encephalitis, organická schizoforní porucha, konverzní porucha). Neužívání antipsychotik lze zjistit nepřímo (rozhovor, profil nežádoucích účinků, u některých AP hladina prolaktinu) či přímo (změření plazmatické hladiny). Stanovení hladin antipsychotik, jako je zyprexa, tiaprid, risperidon, quetiapin, paliperidon, levopromazin, klopazin, chlorprothixen, chlorpromazin, haloperidol a v brzké době amisulprid, provádí např. Ústav soudního lékařství a toxikologie VFN, Ke Karlovu 2, Praha 2 dle seznamu bodových výkonů VZP za 1 441 bodů.

Absence AP v plazmě znamená, že pacient léky neužívá, a u takového pacienta je vhodný motivační pohovor či zvážení možnosti depotního antipsychotika. Nízká hladina AP v plazmě může znamenat, že jde o tzv. rychlého metabolizéra, a dávku lze navyšovat nebo se rozhodnout pro antipsychotikum, které je metabolizováno jiným způsobem. Také může být detekována vysoká dávka AP v plazmě v případě např. pomalých metabolizérů.

Podpořeno RVO-PCP/2012.

Terapeutické možnosti rezistentní schizofrenie

doc. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.

Psychiatrické centrum Praha

3. lékařská fakulta Univerzita Karlova v Praze

Farmakorezistentní schizofrenie představuje častý klinický problém, k jehož řešení máme jen limitované prostředky. Důležité je rovněž umět odlišit rezistenci od pseudorezistence pravé (pacient je nonadherentní, nemetabolizuje, farmakum nepřechází hematoencefalickou bariéru) i nepravé (nesprávná diagnóza, komorbidita). Při léčbě rezistentní schizofrenie se zkouší různé strategie: kombinace antipsychotik, terapie vysokými dávkami antipsychotik (anebo naopak redukce vysokých dávek), jiné galenické formy (dlouhodobé injekce), kombinace antipsychotik s jinými farmaky (lithium, carbamazepin, valproát, SSRI, benzodiazepiny, lamotrigin, pregabalin). Při kombinaci antipsychotik má smysl kombinovat pouze preparáty s odlišným farmakodynamickým profilem. Lékem volby farmakorezistentní schizofrenie zůstává klopazin. Na rozdíl od ostatních antipsychotik lze u něj očekávat další terapeutický efekt i po delším podávání. U nonrespondérů na klopazin lze použít augmentaci antidopaminergními antipsychotiky, lamotriginem, mirtazapinem, nenasycenými mastnými kyselinami, elektrokonvulzemi. Výsledky kontrolovaných studií jsou však nejednoznačné. Experimentálně se testují možnosti ovlivnění jiných neurotransmiterových systémů (noradrenergního, glutamatergního), případně použití nefarmakologických intervencí. Vedle elektrokonvulzivní terapie to je např. repetitivní transkraniální magnetická stimulace při zmírnění negativních symptomů nebo perzistentních auditivních halucinací, zkouší se také hluboká transkraniální magnetická stimulace nebo transkraniální stimulace přímým proudem. Svůj efekt prokázala i kognitivně behaviorální terapie, především při ovlivnění specifických cílových symptomů (bludy, halucinace, deprese a úzkost, poruchy myšlení).

Neuromodulační terapie farmakorezistentní deprese

doc. MUDr. Radovan Příkryl, Ph.D.

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

Léčba depresivní poruchy není v současnosti i přes rozvoj nových antidepresiv považována za optimální. Dvě třetiny pacientů sice zareagují dostatečně na podání prvního antidepresiva, avšak pouze polovina z nich má dostatečný užitek také z dlouhodobější antidepresivní léčby. U většiny pacientů se léčba následujících depresivních epizod stává komplikovanější a vede k rozvoji farmakorezistentní formy deprese. Z těchto důvodů se kromě klasické léčby psychofarmaky začínají užívat také jiné, a to nefarmakologické přístupy k léčbě deprese. Z dřívějších možností se jednalo zejména o spánkovou

deprivaci či elektrokonvulzivní léčbu (ECT), nyní do popředí vstupují zejména moderní neurostimulační metody, jako jsou repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS), magnetická konvulzivní terapie (MST: magnetic seizure therapy), stimulace nervu vagu (VNS: vagus nerve stimulation), hluboká mozková stimulace (DBS: deep brain stimulation) či přímá transkraniální stimulace mozku (tDCS: transcranial direct current stimulation). Spektrum nových, mozek stimulujících technik poskytuje potencionálně jiné, alternativní přístupy k léčbě depresivní poruchy. Z těchto metod mohou těžit zejména pacienti s těžkými, farmakorezistentními formami deprese. Zatímco účinnost ECT je v léčbě deprese dlouhodobě známá, zbývající stimulační techniky mozku jsou v různém stádiu výzkumu. Do klinické praxe jsou zatím postupně zaváděny pouze rTMS a VNS. Je však třeba mít na paměti, že i když dosavadní výsledky užití nových stimulačních technik v léčbě deprese vypadají nadějně, většinou chybí data z kontrolovaných, dlouhodobých multicentrických studií s větším počtem pacientů. Přes tato úskalí je však více než pravděpodobné, že většina těchto nových, mozek stimulujících technik se stane v budoucnosti doplňkovou alternativou k farmakoterapii či psychoterapii při léčbě deprese.

Rezistence u úzkostných poruch

prof. MUDr. Ján Praško, CSc.¹, MUDr. Monika Černá¹, MUDr. Aleš Grambal¹, MUDr. Daniela Jelenová¹, MUDr. Dana Kamarádová¹, Mgr. Marie Ocisková^{1, 2}, Mgr. Zuzana Sedláčková²

¹Klinika psychiatrie, LF UP a FN v Olomouci

²Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Základní volby v léčbě úzkostných poruch jsou v zásadě dvě: psychoterapie a léčba antidepresivy. V klinické praxi mají obě tyto možnosti daleko k dokonalosti. Mnoho úzkostných pacientů se k psychiatrovi nedostane a jsou buď léčeni praktickým lékařem, nebo se neléčí vůbec. Jen velmi malá část je léčena psychoterapií. Aby jakákoliv léčba mohla mít efekt, je potřebné, aby pacient spolupracoval – buď v tom, že řádně užívá léky, nebo že se plně zapojí do psychoterapie. Antidepressiva sice zpravidla vedou ke zlepšení stavu u 65–70 % pacientů, ale ani zdaleka nelze mluvit o dosažení plné remise – té je dosaženo jen u 30–40 % pacientů. Specifická psychoterapie, vhodná pro pacienty trpící úzkostnými poruchami, je relativně málo dostupná. Některé psychoterapeutické přístupy jsou u pacientů s úzkostnými poruchami málo účinné, a i když se pacient dlouhodobě na psychoterapii dochází, efekt se nedostaví. Ale i pokud je dostupná účinná psychoterapie, řada pacientů nemá zájem se jí podrobit, protože jim připadá příliš náročná, mají obavy ze sebe-odhalení a probírání svého nitra nebo psychoterapii jako přístupu nedůvěřují. Někdy je odradí samotný psychiatri. O refrakterní (rezistentní) úzkostné poruše mluvíme tehdy, když nedošlo k významnému zlepšení symptomatologie po adekvátní léčbě farmaky ani cílenou specifickou psychoterapií, která je u dané poruchy prokazatelně účinná. Adekvátní léčba by měla představovat minimálně období 10–12 týdnů podávání maximální tolerované dávky antidepresiva, popřípadě minimálně 20 hodin psychoterapie (u OCD a PTSD 30). Dříve než terapeutický pokus začneme považovat za neúspěšný, měli bychom nejprve zkusit hledat možné příčiny nedostatečné odpovědi.

Podpořeno grantem IGA MZ ČR IGA NT 11047-4/2010.

Príbeh pseudorezistentnej pacientky so schizofréniou

MUDr. Barbora Vašečková
Bratislava

Príspevok popisuje priebeh a vyústenie liečby 36-ročnej pacientky liečenej od veku 19 rokov pre paranoidnú formu schizofrénie. Na podklade priebehových a klinických charakteristík stav opakovane hodnotený ako kontinuálny, neremitujúci s bohatou psychotickou symptomatikou, bez chýbajúceho náhľadu na stav, pre nedostatočnú odpoveď na liečbu vyhodnocovaný ako farmakorezistentný.

Prezentujeme príbeh 13 hospitalizácií a následnej ambulantnej starostlivosti. Počas hospitalizácií v liečbe podávané viaceré typické aj atypické antipsychotiká, elektrokonvulzívna terapia, ktoré spôsobili len prechodné zlepšenie stavu, nevedli k ústupu florídnej psychotickej symptomatiky a náhľadu. Typicky po prepustení dochádzalo k pravidelným dekompenzáciám vplyvom vysadenia perorálnej medikácie a odmietaniu depotnej liečby. Zlomové v priebehu bolo nastavenie na depotnú formu olanzapínu. Aktuálne je pacientka po roku a pol ambulantnej liečby v stave klinickej remisie vyhodnocovanej pomocou CGI s pokračujúcim funkčným a sociálnym zlepšovaním stavu v aktivitách denného života.

Depresivní syndrom mezioborově (kazuistiky)

Garant: prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

pátek / 7. 12. 2012 / 13.15–14.55

Antidepressiva – léčba volby u pacienta s paroxysmální hypertenzí?

MUDr. Jan Václavík, Ph.D.

I. interní klinika – kardiologická FN a LF UP Olomouc

Popisujeme kazuistiku 72leté ženy, která k nám byla odeslána na jaře 2011 pro paroxysmální, obtížně korigovatelnou hypertenzi a opakované vzestupy tlaku (TK) přes 200 mmHg systoly, provázené bolestmi hlavy v zátylku se zrudnutím v obličeji a výrazným pocením. TK v ordinaci při vstupním vyšetření byl 197/92 mmHg na 3-kombinaci antihypertenziv bez diuretika. Byla posílena antihypertenzní terapie a vyloučena sekundární etiologie hypertenze. Při kontrole za 2 týdny došlo k poklesu TK v ordinaci na 154/82 mmHg, při ABPM prokázán syndrom bílého pláště a domácí kompenzace hypertenze byla uspokojivá. Za 3 měsíce opět došlo k recidivě paroxysmů hypertenze, které si vyžádaly opakované vyšetření na pohotovosti. Na cílený dotaz při následném vyšetření přiznala při vzestupu TK pociťovanou výraznou úzkost a strach. Pro velmi suspektní podíl anxiозity na recentních vzestupech TK nasazen do medikace sertralin v dávce 50 mg denně, při potížích doporučeno užít 0,25 mg alprazolamu. V prvním měsíci po nasazení sertralinu se ještě několikrát opakovaly vzestupy TK, zvládnuty navýšením dávky alprazolamu při potížích na 0,5 mg a přidáním 3 mg bromazepamu do pravidelné medikace. Poté došlo ke kompletnímu ústupu potíží, paroxysmy hypertenze se již neopakovaly, hypertenze je nyní dobře kompenzována a pacientka je se svým stavem maximálně spokojena.

Depresivní porucha z pohledu psychoterapeuta

Mgr. Roman Pešek

Soukromá KBT praxe, Praha

Jedná se o kazuistiku depresivní klientky, která byla léčena v rámci kognitivně behaviorálního přístupu v psychoterapii (KBT). Petra (25) žije s přítelem, studuje VŠE a učí angličtinu. Užívá 3 roky AD, pociťuje zlepšení nálady, nicméně pořád se cítí zpomalená, emočně „zatuhlá“, nevidí v ničem smysl, nic ji nebaví. V jejím dětství byl otec depresivní, submisivní, nepodporující, matka byla náladová, vyčítavá, necitlivá k potřebám Petry. Emočně chladná a na výkon zaměřená výchova vytvořila v pacientce jádrové depresivní schéma „nejsem dost dobrá“ kompenzované předvědomým předpokladem „aby mě matka (druzí lidé) přijímali, musím být efektivní“. Stresujícím (spouštěcím) obdobím byl pobyt v USA, kde byla matka pod vlivem svého amerického manžela a Petru tam ignorovala a využívala. Frustrovaná Petra prožívala pocity marnosti, bezmoci, odmítnutí, zrady, potlačovala silný vztek na sebe a na matku. Aktivovalo se její depresivní schéma, které se projevovalo v automatických negativních myšlenkách („nic nemá smysl, nikdo mě nemá rád, jsem k ničemu“), v emocích, v tělesných reakcích a v pozorovatelném chování. Petra přestala fungovat, jen ležela v posteli – tím posilovala své depresivní myšlenky a niterné přesvědčení, že je neschopná.

Po vytvoření dobrého terapeutického vztahu (laskavost, zájem, přijetí, povzbuzení, trpělivost) byl sestaven seznam problémů Petry a k nim přiřazeny realistické, konkrétní a měřitelné cíle. Terapeutickou metodou, která pacientce nejvíce pomohla, bylo především plánované a postupné zvyšování aktivity, kde Petra pracovala se záznamovým archem, kam si zaznamenávala své denní aktivity, náladu a efektivitu. Tyto záznamy: byly důkazem proti myšlenkám, že během dne „nic neudělá, nic nezvládá“; přesněji specifikovaly její nepříjemné a příjemné aktivity; vedly k uvědomění si nevyváženosti denního plánu (Petra na sebe kladla velké nároky); byly indikátorem zlepšení jejího stavu (postupně se zvyšovala průměrná denní hodnota u nálady a efektivity). Dalšími využitými

metodami byly kognitivní restrukturalizace (racionální přerámování depresivních myšlenek) a psaní terapeutických dopisů matce, pomocí kterých Petra odventilovala a zpracovala vztek na matku a své pocity nedostatku přijetí a pochopení.

V závěru jsou uváděny dva typy rizikových protipřenosů směrem k depresivním pacientům a možnosti jejich kognitivního zpracování („Je to chudák, který se z toho už jen těžko dostane...” – vyvolává lítost, marnost, beznaděj; „Já se snažím, ale on/a se uzdravovat nechce, jen se vymlouvá...” – vyvolává bezmoc a zlost na pacienta).

Deprese z pohledu internisty a endokrinologa

MUDr. Hana Šarapatková

Endokrinologická a interní ordinace, Olomouc

Depresivní pacienti tvoří cca 5–16 % nemocných v ordinacích praktických lékařů, zřejmě vyšší podíl je pak u odborných lékařů včetně internistů. U pacientů po cévní mozkové příhodě nebo infarktu myokardu je deprese přítomna skoro v polovině případů. Deprese také provází řadu endokrinopatií. Bez zvládnutí základního onemocnění ji nelze terapeuticky zvládnout.

Autorka prezentuje konkrétní kazuistiku z praxe interní a endokrinologické ordinace.

Zejména nemocní, kteří vyhledávají lékaře různých odborností, jsou opakovaně vyšetřováni v poměrně krátkém časovém intervalu, vyžadují zvýšenou pozornost při diagnostické rozvaze a je nutno na diagnózu deprese myslet.

Upozorňuje i na případy, kdy naopak psychické příznaky mohou až maskovat závažné onemocnění.

Není deprese jako deprese

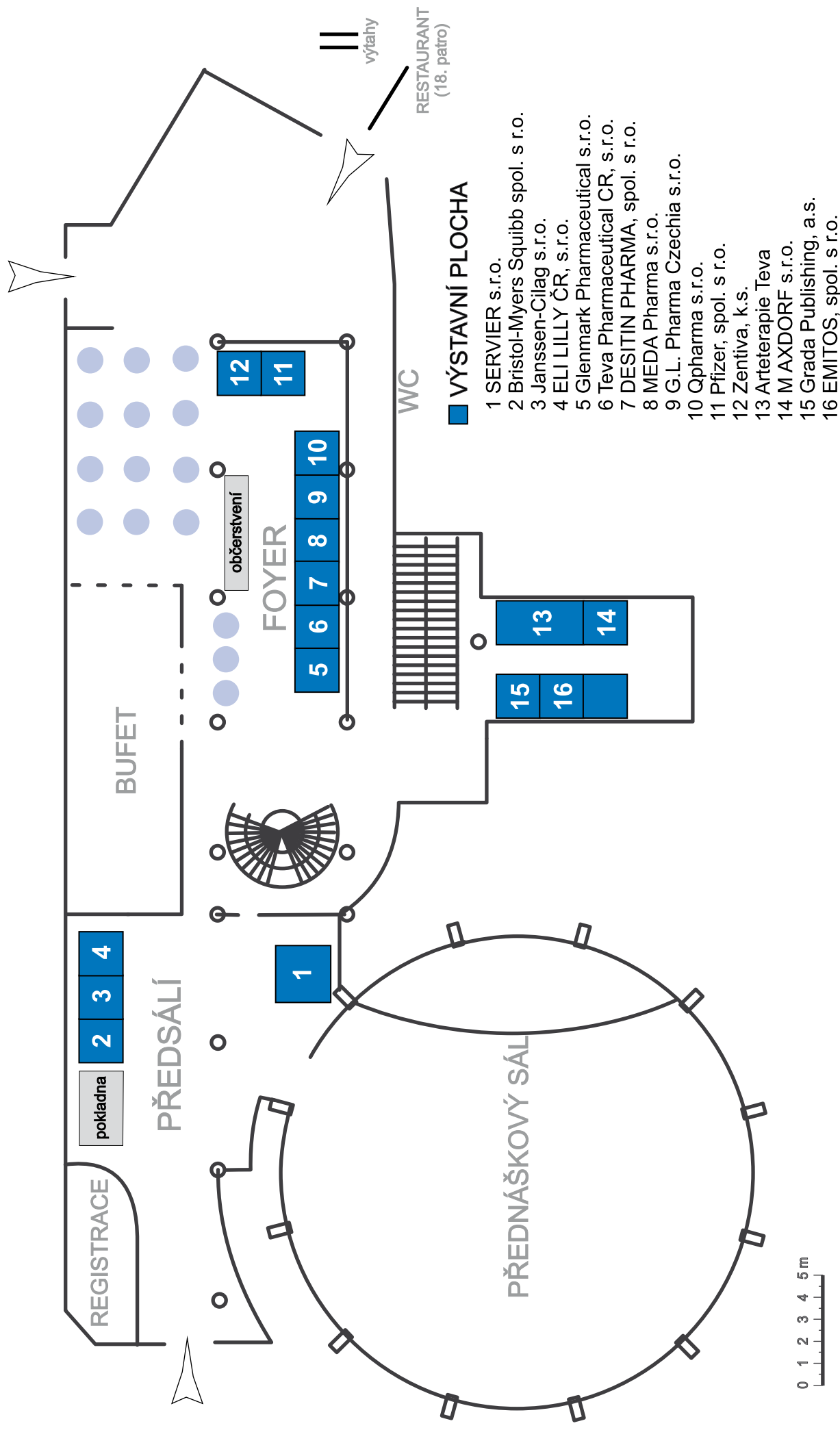
MUDr. Michal Kryl

Psychoterapeutické oddělení 5

Psychiatrická léčebna Šternberk

Dlouhodobě psychiatricky léčená pacientka, povoláním výtvarnice, s diagnózou periodické depresivní poruchy byla přeložena na otevřené psychoterapeutické oddělení PL Šternberk z jiného psychiatrického zařízení. Důvodem primární hospitalizace ve spádu byla těžká depresivní epizoda vyžadující kombinovanou léčbu antidepresivy a elektrokonvulzí. Celková situace byla navíc ovlivněna faktem úmrtí pacientčiny matky, k němuž došlo právě za jejího pobytu ve spádové nemocnici. Při vstupu na naše pracoviště u pacientky pozorujeme jednak *depresivní syndrom* se skleslou náladou, pocity bezvýchodnosti, sebeobviňováním, jednak *osobnostní rysy* s již přijatým tzv. „statutem nemocné“, vybudovanými sekundárními zisky z nemoci, slabou adaptační schopností vyrovnávat se s běžnými nároky, celkově negativními postoji k životu. S ponechanou kombinací antidepresiv a atypických antipsychotik zařazujeme pacientku do 8týdenního léčebného programu založeného na skupinové psychoterapii. Po značnou dobu pobytu se potýkáme s jejími sebedestruktivními myšlenkami, nezralými a manipulativními prvky v chování, závislostními rysy osobnosti. Nicméně postupně se jí přece jen daří včlenit se do terapeutické komunity, získat pocit důvěry i potřeby pro druhé (učí spolučleny výtvarné techniky), nálada se projasňuje, pacientka opouští roli *nemocné* „endogenní depresi“, nahlíží svou situaci s větší odpovědností, cvičí asertivitu v komunikaci a pro svou empatii se stává oblíbenou členkou skupiny. Během své práce v psychoterapeutické skupině dokáže s plným emočním prožitkem odreagovat nedávné úmrtí matky a takto se s ní „ex-post“ rozloučit (k čemuž na pohřbu nedošlo). Při propuštění se cítí celkově posílená v dobré náladě, odchází s novými předsevzetími, nastupuje znovu do zaměstnání. Pro snížení rizika rekurence indikujeme ambulantní péči psychiatrickou i psychoterapeutickou.

Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci **PSYCHIATRIE PRO PRAXI – IX. konference ambulantních psychiatrů** 6.–7. 12. 2012 / REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUČ



POŘADATELÉ

- Psychiatrická klinika
FN Olomouc
- Spolek lékařů ČLS JEP
Olomouc

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

PSYCHIATRIE PRO PRAXI

IX. konference ambulantních psychiatrů

6.– 7. prosince 2012, Olomouc

HLAVNÍ PARTNER



PARTNEŘI

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.

G.L. Pharma Czechia s.r.o.

Glenmark Pharmaceuticals s.r.o.

Janssen-Cilag s.r.o.

MEDA Pharma s.r.o.

Pfizer, spol. s r. o.

Qpharma s.r.o.

Teva Pharmaceuticals CR, s.r.o.

Zentiva, k.s.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

**Psychiatrie
pro praxi**

maxdorf



EMITOS ??

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONFERENCE