

# Psychiatrie pro praxi

2024

1

[www.solen.cz](http://www.solen.cz) | [www.psychiatriepropraxi.cz](http://www.psychiatriepropraxi.cz) | ISSN 1213-0508 | Ročník 25 | 2024

## PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

Vztahová obsedantně kompulzivní porucha

Nefarmakologické přístupy v terapii nespavosti u dospělých

Internetové intervence pro jedince s příznaky deprese

Dlouhodobá léčba deprese u neurologických nemocí

## MEZIOBOROVÉ PŘEHLEDY

Pohybové programy v podpůrné léčbě psychiatrických pacientů

## SDĚLENÍ Z PRAXE

Co se o pregabalínu málo ví

Emoční poruchy v dospívání

## INFORMACE

Důvěra jako etický aspekt mentoringu (v psychoterapii)

## ZAZNĚLO NA KONGRESE

Otevřeně o schizofrenii a rodině

Zaznělo na 20. česko-slovenském psychiatrickém sjezdu



# Když hledáte řešení... účinné a dobře snášené antipsychotikum



**ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU RXULTI 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg potahované tablety. LÉČIVÁ LÁTKA:** Jedna potahovaná tableta obsahuje brexpiprazol 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg. **INDIKACE:** K léčbě schizofrenie u dospělých pacientů. **DAVKOVÁNÍ:** Perorální podání. Je možné užívat s jídlem nebo bez něj. Doporučená počáteční dávka činí 1 mg jednou denně, a to 1. až 4. den. Doporučená cílová dávka je 2 mg až 4 mg jednou denně. Na základě klinické odpovědi pacienta a jeho snášenlivosti lze dávku brexpiprazolu titrovat na 2 mg jednou denně mezi 5. a 7. dnem a 8. den zvýšit na 4 mg. Maximální doporučená denní dávka je 4 mg. Pechod z jiného antipsychotika na brexpiprazol: Je třeba zvážit zkříženou titraci obou látek s postupným vysazováním původní léčby při zahájení léčby brexpiprazolem. Pechod z brexpiprazolu na jiná antipsychotika: Zkřížená titrace není zapotřebí. Brexpiprazol lze vysadit a nový přípravek začít podávat v nejnižší dávce. Plazmatická koncentrace brexpiprazolu bude postupně klesat a látka bude z organismu zcela vyplavena během jednoho až dvou týdnů. **Zvláštní populace:** Starší pacienti: Bezpečnost a účinnost nebyla u pacientů od 65 let stanovena. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost u dětí a dospívajících do 18 let nebyla stanovena. **Porucha funkce ledvin:** Maximální doporučená dávka u pacientů se středně až těžkou poruchou funkce ledvin se snižuje na 3 mg jednou denně. **Porucha funkce jater:** Maximální doporučená dávka u pacientů se středně až těžkou poruchou funkce jater (Childlow-Pughova skóre  $\geq 7$ ) se snižuje na 3 mg jednou denně. **Pomali metabolizátoři cytochromu CYP2D6:** Podávejte polovinu doporučené dávky. Pokud tito pacienti současně užívají středně silné až silné inhibitory CYP3A4, je nutná další úprava dávkování na čtvrtinu doporučené dávky. **Úprava dávky z důvodu interakcí:** Je nutno podávat polovinu doporučené dávky u pacientů užívajících současně silné inhibitory CYP3A4 nebo silné inhibitory CYP2D6. Je nutno podávat čtvrtinu doporučené dávky u pacientů užívajících současně silné / středně silné inhibitory CYP2D6 a silné / středně silné inhibitory CYP3A4. Pokud je inhibitor/induktor CYP3A4 nebo inhibitor CYP2D6 vysazen, může být nutné dávku brexpiprazolu vrátit na původní hodnoty. V případě nežádoucích účinků navzdory úpravě dávky brexpiprazolu, je třeba zvážit potřebu souběžného užívání. Při současném užívání silných induktorů CYP3A4, např. rifampicin: U pacientů se stabilními dávkami brexpiprazolu je nutné denní dávku během 1 až 2 týdnů postupně vytitrovat až na dvojnásobek. Pokud bude podle klinické odpovědi nutná další úprava dávky, lze dávku zvýšit až maximálně na trojnásobek doporučené denní dávky. Pokud je brexpiprazol podáván současně se silnými induktory CYP3A4, jeho dávka nesmí překročit 12 mg denně. **Vhodnější je brexpiprazol rozdělit do dvou denních dávek, protože jediná denní dávka má za následek vysoké kolísání koncentrace mezi maximem a minimem. Induktory CYP3A4 účinkují až po určité době a může trvat nejméně dva týdny, než po zahájení podávání dosáhnou maximálního účinku. Naopak po jejich vysazení může trvat nejméně 2 týdny, než indukční účinek CYP3A4 poklesne. KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ:** Zlepšení klinického stavu pacienta se v průběhu antipsychotické léčby může objevit po několika dnech až týdnech. Pacienti mají být pečlivě sledováni během celého tohoto období. **Sebevražedné myšlenky a chování** bylo hlášeno častěji u pacientů na zahájení nebo změně antipsychotické léčby. Antipsychotická léčba má být prováděna pečlivým dohledem vysoce rizikových pacientů. Je třeba podávat s opatrností u pacientů se známými kardiovaskulárními onemocněními, cerebrovaskulárními onemocněními, predispozicí k hypotenzii nebo s hypertenzí, s prodloužením QT intervalu v rodnině anamnéze, s nerovnováhou elektrolytů nebo užívající jiné léčivé přípravky prodlužující QT interval u těch, kteří mají v anamnéze epileptické záchvaty nebo jiné stavy, které mohou snížit práh pro vznik záchvatů; u pacientů s rizikem aspirační pneumonie; pokud je u pacienta riziko zvýšení teploty tělesného jádra (např. při intenzivní námaze, vystavení extrémním teplotám, současně léčbě přípravky s anticholinergními účinky nebo při dehydrataci), současně užívání s přípravky zvyšujícími kreatinofosfokinázu, s alkoholem nebo jinými léčivými přípravky působícími na CNS s podobnými nežádoucími účinky, např. typu sedace. Pacienti s impulzivními poruchami v anamnéze je třeba pečlivě sledovat, protože pacienti toto chování nemusí vnímat jako abnormální. Je proto důležité se pacienta či jeho opatrovníka při léčbě brexpiprazolem vyslovně ptát na možný vznik nebo zesílení impulzivních poruch a jiných typů kompulzivního chování. Pokud kompulzivní chování není rozpoznáno, může způsobit poškození pacienta a jiných osob. Pokud se u pacienta taková nutkání během léčby brexpiprazolem objeví, zvažte snížení dávky nebo úplné vysazení léčivého přípravku. V souvislosti s užíváním antipsychotik se vyskytl případ venózního tromboembolismu (VTE). Tyto rizikové faktory pro VTE mají být před i během léčby brexpiprazolem rozpoznány a následně mají být uplatněna preventivní opatření. Mezi nežádoucí účinky způsobené ortostatocí hypotenzí patří závratě, točení hlavy a tachykardie. Obecně je riziko těchto účinků vyšší na začátku antipsychotické léčby a během zvyšování dávek. U pacientů se zvýšeným rizikem těchto nežádoucích účinků (např. u starších pacientů) nebo komplikací z hypotenze (viz SPC) je třeba zvážit nižší počáteční dávku a pomalejší titraci a sledovat ortostatocí vitální známky. Pokud se u pacienta objeví známky a příznaky svědčící o NMS nebo nevyvíjitelná vysoká horečka bez dalších klinických projevů NMS, podávání brexpiprazolu je nutno neprodleně přerušit. Brexpiprazol může zvýšit hladinu prolaktinu. Tento nárůst je obecně mírný a s postupem léčby může klesat, v některých vzácných případech však bude přetrvávat. U pacientů s anamnézou EPS je třeba brexpiprazol podávat s opatrností. Pokud se objeví známky a příznaky tardivní dyskynie, je třeba zvážit snížení dávky nebo vysazení přípravku. Tyto příznaky se mohou dočasně zhoršit nebo mohou dokonce vzniknout až po přerušení léčby. **Nedoporučuje se léčba tímto přípravkem u starších pacientů s demencí vzhledem ke zvýšenému riziku celkové mortality v této populaci a vyššímu výskytu cerebrovaskulárních nežádoucích účinků než u pacientů léčených placebem v placebem kontrolovaných klinických studiích. U pacientů léčených atypickými antipsychotiky byla zaznamenána hyperglykemie, v některých případech extrémní a doprovázená ketoacidózou, hyperosmolárním kómatem nebo úmrtím. Sledujte, zda se neobjeví známky a příznaky hyperglykemie. Před zahájením léčby nebo brzy po něm je třeba stanovit glykemií nalačno a pravidelně sledovat hladinu glukózy v plazmě. Při dlouhodobé léčbě brexpiprazolem bylo pozorováno častější zvýšení tělesné hmotnosti. Při zahájení léčby a během ní se doporučuje tělesnou hmotnost a lipidový profil klinicky sledovat. Během léčby antipsychotiky byly hlášeny případy leukopenie, neutropenie a agranulocytózy (včetně fatálních případů). U pacientů s již existujícím nízkým počtem leukocytů a leukopenie či neutropenie vyvolané léky v anamnéze je třeba v prvních měsících léčby často stanovovat kompletní krevní obraz a při prvních známkách poklesu leukocytů (v nepřítomnosti jiných příčin) přerušit léčbu brexpiprazolem. Pacienti s neutropenií je třeba pečlivě monitorovat, zda se neobjeví horečka nebo jiné známky a příznaky infekce, a pokud ano, je nutno nasadit bezodkladnou léčbu. Při těžké neutropenii (absolutní počet neutrofilů  $< 1 000/mm^3$ ) je třeba brexpiprazol vysadit a kontrolovat počty leukocytů až do zotavení. Tablety obsahují laktózu. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí galaktózy, úplným nedostatkem laktázy nebo malabsorpcí glukózy a galaktózy nemají tento přípravek užívat. Malý mírný vliv na schopnost řídit a obsluhovat stroje vzhledem k potenciálním účinkům na nervový systém, jako je sedativní účinek a závratě. **FERTILITA, TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Nedoporučuje se podávat během těhotenství a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají antikoncepci. U novorozenců, kteří byli během třetího trimestru těhotenství vystaveni vlivu antipsychotik (včetně brexpiprazolu), existuje riziko nežádoucích účinků včetně extrapyramidových příznaků a/nebo příznaků z vysazení. Tyto příznaky se mohou lišit v délce trvání a závažnosti. Proto novorozenci mají být pečlivě monitorováni. Není známo, zda se brexpiprazol / jeho metabolity vylučují do lidského mateřského mléka. Po posouzení prospěšnosti kojení pro dítě a léchy pro matku je nutno rozhodnout, zda přerušit kojení nebo brexpiprazol dočasně či trvale vysadit. Účinek brexpiprazolu na fertilitu člověka nebyl hodnocen. Studie na zvířatech prokázaly sníženou samičí fertilitu. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** Viz SmPC. Velmi časté ( $\geq 1/10$ ): zvýšení prolaktinu v krvi. Časté ( $\geq 1/100$  až  $< 1/10$ ): vyrážka, zvýšení tělesné hmotnosti, akatie, závrať, tremor, sedace, příjem, nauzea, bolest horní poloviny břicha, bolest zad, bolest v končetině, zvýšení kreatinofosfokinázy v krvi. Méně časté ( $\geq 1/1 000$  až  $< 1/100$ ): angioedém, kopřivka, otok obličej, sebevražedný pokus, sebevražedné myšlenky, parkinsonismus, venózní tromboembolie (včetně plicní embolie a hluboké žilní trombózy), ortostatocí hypotenze, kašel, zubní ká, flatulence, zvýšení krevního tlaku, zvýšení triglyceridů v krvi, zvýšení jaterních enzymů a myalgie. Není známo (z dostupných údajů nelze určit): patologické hráčství, impulzivní chování, záchvatové přejídání, kompulzivní nakupování, kompulzivní sexuální chování, epileptické záchvaty, maligní neuroleptický syndrom (NMS), prodloužený QT interval na elektrokardiogramu, rabdomyolýza, syndrom z vysazení léku u novorozenců. **Případné nežádoucí účinky prosím hlase na:** viz SPC bod 4.8. a Otsuka Pharmaceuticals Europe Ltd prostřednictvím e-mailové adresy: [vigilance@otsuka-europe.com](mailto:vigilance@otsuka-europe.com). **PŘEDÁVKOVÁNÍ:** Bezprostředně po předávkování může být vhodná gastrická laváž a podání emetika. Zajistěte záznam EKG a při zjištění prodlouženého QT intervalu rovněž monitoraci srdeční funkce. Jinak je třeba se zaměřit na podpůrnou terapii, zajištění dostatečné průchodnosti dýchacích cest, oxygenaci a ventilaci a také symptomatickou léčbu. **Pečlivě sledování a monitorování do pacientova uzdravení. Podání aktivního uhlí a sorbitolu (50 g / 240 ml), viz SPC. O léčebném potenciálu aktivního uhlí při předávkování brexpiprazolem však není dostatek informací. UCHOVÁVÁNÍ:** Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchování. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** Otsuka Pharmaceutical Netherlands B.V., Henkerbergweg 292, 1101 CT, Amsterdam, Nizozemsko **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** EU/1/18/1294/003-007 **DATUM REGISTRACE:** 26. 7. 2018. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU SPC:** 26. 05. 2023. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE ZKRÁCENÉ INFORMACE:** 01. 12. 2023. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Předtím, než přípravek Rxulti předepíšete, přečtěte si, prosím, úplné znění Souhrnu údajů o přípravku. Podrobné informace o tomto léčivém přípravku jsou k dispozici na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky <http://www.ema.europa.eu>.**

# Psychiatrie v čase nejistoty a nepředvídatelných zvrátů

Podle nedávných zjištění Národního ústavu duševního zdraví došlo v České republice v posledních dvou letech k výraznému nárůstu duševních poruch zejména v dětské a dospívající populaci (1). K víceméně stejným nebo podobným závěrům docházejí odborníci na problematiku duševního zdraví v zahraničí (2, 3). Kolegyně a kolegové v praxi si tohoto neblahého trendu všimli ještě dříve, než byly výsledkem náhodných molekulárních procesů. Anebo zdali se se přikláníme k bio-psycho-sociálnímu modelu a podle něho hledáme jak účinné preventivní strategie, tak formy komplexní léčby.

Upřímně řečeno, zhoršující se duševní zdraví populace nemůže být překvapivé. Dva roky nejistoty, pocitu ohrožení a neobvyklých změn v důsledku pandemie. Válečná agrese Ruska proti Ukrajině, konflikt nebyvalého rozsahu takřka klepající na hranice země v srdci Evropy, jejíž mnozí občané by tak rádi žili v iluzi, že geopolitické události se jich netýkají. Strmý nárůst cen základních potravin, energií a komodit, na jejichž samozřejmou dostupnost jsme si rychle zvykli. Zrychlené tempo života, zahlcení podněty a stupňování tlaku na výkon umocněné rapidním rozvojem technologií. Zatím jen tušené možné důsledky a etická dilemata spojená s rozvojem umělé inteligence. Další válečný konflikt na blízkém východě hrozící rozsáhlou eskalací. Stupňující se napětí v Tichomoří. Proměny nálad a štěpení společnosti v některých zemích, k nimž jsme dříve vzhlíželi jako ke vzorům svobody, demokracie a ekonomické prosperity. Nezadržitelná klimatická změna spolu s úbytkem biodiverzity, která hrozí ještě větší globální nestabilitou a masivní migrací. Už i přední myslitelé doma i v zahraničí, z nichž někteří jsou zvyklí dodávat naději druhým, se ve svých mediálních vystoupeních neubrání obavám z dalšího vývoje.

Co s tím má co dělat psychiatrie? Měli by se psychiatři nad těmito tématy zamýšlet? Máme se zajímat o to, zdali a jak podobné okolnosti ovlivňují stavy mysli a případné potíže našich pacientů? Máme jako psychiatři vůbec nástroje, jak pracovat s pacienty, jejichž potíže mohou být

manifestací mnoha faktorů včetně těch výše zmíněných? Máme k dispozici nějaké koncepty, které nám umožňují lepší porozumění, jak všechny možné proměnné ovlivňují duševní zdraví a nemoc v populaci? Odpovědi na tyto otázky závisí na tom, jak se na danou problematiku díváme. Zdali zastáváme úzké biologické hledisko a duševní poruchy jsou pro nás výsledkem náhodných molekulárních procesů. Anebo zdali se se přikláníme k bio-psycho-sociálnímu modelu a podle něho hledáme jak účinné preventivní strategie, tak formy komplexní léčby. Bio-psycho-sociální model, z něhož vychází psychosomatická medicína, platí pro psychiatrii stejně jako pro jiné klinické lékařské obory. Co to přesně znamená, jsem se před několika lety pokusil formulovat jinde (4).

Argumenty pro komplexní pohled na duševní zdraví/nemoc včetně prevence a léčby přicházejí v současnosti z oblasti interpersonální neurobiologie. Jedním z hlavních reprezentantů této disciplíny je Daniel Siegel, profesor klinické psychiatrie na University of California, School of Medicine. Ve třetím vydání rozsáhlé publikace *The Developing Mind* představuje syntézu poznatků o procesech mysli (mind), mozku (brain) a těla (body) v jejich složité provázanosti a ve vztahově-vývojovém kontextu (5). „Jednou z hlavních myšlenek interpersonální neurobiologie je to, že integrace koherentní zkušenosti je základním mechanismem zdraví. Mezilidské vztahy mohou podporovat, nebo naopak komplikovat neurobiologický potenciál k takové integraci. V raných fázích života jedince se vztahy podílejí na vývoji těch neuronálních struktur, které vytvářejí reprezentace zkušeností a umožňují vytvoření koherentního pohledu na svět. Vztahová zkušenost v podstatě přímo ovlivňuje, jak mentálně konstruujeme realitu. Tento proces probíhá po celý život, ale je klíčový právě během raných fází v dětství. Studie u lidí odhalují, že rozdílné vzorce citové vazby mezi rodičem a dítětem jsou spojeny s odlišnými fyziologickými procesy, různými způsoby vnímání světa a rozmanitými interpersonálními vztahovými vzorci. Komunikace emocí

je velmi pravděpodobně hlavním prostředkem, jak zkušenosti v citových vazbách spoluutvářejí vyvíjející se mysl. Výzkum naznačuje, že emoce jsou centrálním organizujícím prvkem v mozku. Individuální schopnost zpracovávat a organizovat emoce, což je částečně výsledek rané zkušenosti v rámci citových vazeb, přímo ovlivňuje schopnost mysli integrovat zkušenost a adaptivně reagovat na různé zátěžové situace v dalších fázích života“ (5).

Ukázka (a v knize detailní rozpracování) nepřekvapí většinu psychiatrů a psychologů všeho druhu. Podporuje odvážné tvrzení, že dospělá psychiatrie je v mnoha případech pokračováním různých forem vývojové traumatizace v dětství a dospívání. Toto tvrzení dokládají i poznatky z vývojové psychologie, konkrétněji ze současné teorie citové vazby, které se s interpersonální neurobiologií prolínají (6, 7). Vše má význam pro již zmiňovanou prevenci duševních poruch, ale také pro terapeutickou práci. Interpersonální neurobiologie představuje jednu z významných oblastí poznání, podporující prosazování psychosomatické medicíny založené na bio-psycho-sociálním modelu zdraví, nemoci a léčby. Česká psychosomatická komunita se rozrůstá a snaží se pozvolna dohánět postavení psychosomatické medicíny v zahraničí. Tam je mimo jiné spjata s tzv. konzultační (liaison) psychiatrií, zejména v anglicky mluvících zemích. Lékaři a lékařky různých specializací, psychologové, fyzioterapeutky a fyzioterapeuti, a další odborníci se letos v červnu sejdou již na 20. psychosomatické konferenci v Liberci. Jako obvykle půjde o setkání, na kterém lidé různých odborností budou sdílet své zkušenosti a poznatky. V přátelské atmosféře a s potenciálem možné spolupráce. Existence takových společenství, jež se utvářejí kolem sdílených hodnot, cílů a poznání, je jistou formou opory a zdrojem naděje změny k lepšímu, což je obzvláště důležité v časech nejistoty a nepředvídatelných zvrátů. Všichni psychiatři jsou srdečně zváni!

*doc. MUDr. David Skorunka, Ph.D.*

**LITERATURA**

1. Národní monitoring duševního zdraví dětí: 40 % vykazuje známky střední až těžké deprese, 30 % úzkosti. Odborníci připravují preventivní opatření. [cited 2024 Jan 21]. Available from: <https://www.nudz.cz/pro-media/tiskove-zpravy/narodni-monitoring-dusevniho-zdravi-deti-40-vykazuje-znamky-stredni-az-tezke-deprese-30-uzkosti-odbornici-pripravuji-preventivni-opatreni>.
2. The Implications of COVID-19 for Mental Health and Substance Use. [cited 2024 Feb 2]. Available from: <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/the-implications-of-covid-19-for-mental-health-and-substance-use/>.
3. Santomauro D, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*, 2021;398(10312): 1700–1712.
4. Skorunka D. Individualizovaná péče v psychiatrii; náměty k transformaci systému péče o duševní zdraví. In J. Mareš a kol. Péče zaměřená na zvláštnosti pacienta. Brno: MSD; 2016.
5. Siegel D. The Developing Mind; How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are, 3rd ed., New York: Guilford; 2020.
6. Crittenden P. Raising Parents; Attachment, Representation, and Treatment, 2nd edition. New York: Routledge; 2015.
7. Miculincer M, Shaver P. Attachment Theory Applied; Fostering Personal Growth Through Healthy Relationships. New York: Guilford; 2023.

**Předseda redakční rady:** prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.

**Redakční rada:** prof. MUDr. Ivana Drtílková, CSc., MUDr. Vlasta Hanušková, MUDr. Erik Herman, Ph.D., prof. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D., MUDr. Vladislav Chvála, doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc., doc. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D., MUDr. Miloslav Kopeček, Ph.D., prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D., doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc., prof. MUDr. Bc. Libor Ustohal, Ph.D.

**Odpovědní garanti:** Psychotherapie – MUDr. Vladislav Chvála, Konziliární psychiatrie – MUDr. Erik Herman, Ph.D., Biologická psychiatrie – prof. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D., Ambulantní psychiatrie – MUDr. Erik Herman, Ph.D., Pedopsychiatrie – prof. MUDr. Ivana Drtílková, CSc., Výběr z literatury, aktuality – prof. MUDr. Bc. Libor Ustohal, Ph.D., Gerontopsychiatrie – doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc.

**Ediční rada:**

prof. Dr. M.C. Angermeyer, Dr. Grim Blekastad, Dr. Maria, Waloszek-Brzozoń, prof. Dr. Hartmann Hinterhuber, prof. Dr. Sigfried Kasper, prof. Dr. Ulrich Trenckmann, prof. Dr. Hans Georg Zapotoczky

**Vydavatel:**

SOLEN, s.r.o., Lazecká 297/51, 77900 Olomouc  
IČ: 25553933

**Adresa redakce:**

SOLEN, s.r.o., Lazecká 297/51, 77900 Olomouc  
tel: 582 397 407, [www.solen.cz](http://www.solen.cz)

**Redaktorka:**

Mgr. Eva Kolbingerová, [kolbingerova@solen.cz](mailto:kolbingerova@solen.cz)

**Grafická úprava a sazba:**

DTP SOLEN, Michal Bajnok, [bajnok@solen.cz](mailto:bajnok@solen.cz)

**Obchodní oddělení:**

Daniela Stojanovská, [stojanovsk@solens.cz](mailto:stojanovsk@solens.cz)  
Charlese de Gaulle 3, 160 00 Praha 6, mob.: 721 603 709

**Čítační zkratka: Psychiatr. praxi**

**Registrace MK ČR pod číslem E 10015.**  
**ISSN 1213-0508 (print), ISSN 1803-5272 (on-line)**

**Časopis je indexován v:**

Bibliographia Medica Českoslovaca, EBSCO a v EMcare.

Články prochází dvojitou recenzí. Vydavatel nenese odpovědnost za údaje a názory autorů jednotlivých článků či inzerátů. Reprodukce obsahu je povolena pouze s přímým souhlasem redakce. Redakce si vyhrazuje právo příspěvky krátiť či stylisticky upravovat. Na otištění rukopisu není právní nárok.

**ČASOPIS JE PŘIPRAVOVÁN VE SPOLUPRÁCI SE SDRUŽENÍM AMBULANTNÍCH PSYCHIATRŮ.**

**Předplatné** tří čísel časopisu včetně supplementu na rok 2024.

**ČR:** tištěná 800 Kč, elektronická 480 Kč.

Objednávky na [www.solen.cz](http://www.solen.cz) → [predplatne@solen.cz](mailto:predplatne@solen.cz) nebo 585 204 335.



# Obsah

## SLOVO ÚVODEM

- 3 doc. MUDr. David Skorunka, Ph.D.  
**Psychiatrie v čase nejistoty a nepředvídatelných zvrátů**

## PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

- 7 prof. MUDr. Ján Praško, CSc., PhDr. Marie Ocisková, Ph.D., MUDr. Kamila Bělohradová, MUDr. Lucie Bundárová, MUDr. Jakub Vaněk, doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.  
**Vztahová obsedantně kompulzivní porucha**
- 16 MUDr. Laura Hrehová, MBA, doc. MUDr. Kamal Mezian, Ph.D.  
**Nefarmakologické přístupy v terapii nespavosti u dospělých**
- 22 PhDr. Marie Ocisková, Ph.D., prof. MUDr. Ján Praško, CSc., Jelena Holomany, Msc.  
**Internetové intervence pro jedince s příznaky deprese**
- 32 prof. MUDr. Eva Češková, CSc.  
**Dlouhodobá léčba deprese u neurologických nemocí**

## MEZIOBOROVÉ PŘEHLEDY

- 37 doc. PhDr. Běla Hátlová, Ph.D., PhDr. Eva Chalupová, Ph.D., PhDr. Iva Wedlichová Ph.D., PhDr. Milena Adámková Ségard, Ph.D.  
**Pohybové programy v podpůrné léčbě psychiatrických pacientů**

## SDĚLENÍ Z PRAXE

- 40 MUDr. Lucie Bundárová  
**Co se o pregabalínu málo ví**
- 43 PhDr. Veronika Buchtová, MUDr. Anna Hrušková Kusnieriková  
**Emoční poruchy v dospívání**

## INFORMACE

- 47 Mgr. Jiří Šustr  
**Důvěra jako etický aspekt mentoringu (v psychoterapii)**

## ZAZNĚLO NA KONGRESE

- 49 MUDr. Zuzana Zafarová  
**Otevřeně o schizofrenii a rodině**
- 54 MUDr. Zuzana Zafarová  
**Zaznělo na 20. česko-slovenském psychiatrickém sjezdu**

# ON-LINE kongres Psychiatrie pro praxi 2024



Získejte z pohodlí domova  
» až **12 kreditů** «  
do systému vzdělávání ČLK

1. března až  
30. června 2024



## Programové bloky

### 1 Psychoterapie

- Podpora adherence u pacienta s bipolární poruchou – Praško J. a kol.
- Attachment u pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou – Hodný F. a kol.
- Práce s pacientem s poruchou s bludy – Sosýnová V. a kol.
- Vnitřní dům při schéma terapii dětí i dospělých – Praško J.

### 2 Ambulantní psychiatrie

- V čem spočívá efektivita CDZ? – Holly M.
- Co se daří či nedaří při péči v CDZ, spolupráce psychiatrických ambulancí a CDZ – Fabíniová T.
- Aktuální situace, financování a plány psychiatrických ambulancí – Knopp J. a kol.

### 3 Emoční dysregulace

- Emoční dysregulace ve spektru duševních onemocnění – Končelíková D.
- Emoční dysregulace jako základ hraniční poruchy osobnosti – Nesnídal V.
- Emoční dysregulace a možnosti její léčby – Višňovský J.
- Nedobrovolná léčba – Prudil L.

### 4 OCD spektrum poruch

- Katastrofický scénář u pacienta s hypochondrickou poruchou – Praško J. a kol.
- Expozice v imaginaci a in vivo u pacienta s obsedantně-kompulzivní poruchou – Sosýnová V. a kol.
- Přepis v imaginaci u pacienta s obsedantně kompulzivní poruchou – Višňovský J. a kol.
- Práce se schématy u pacienta s obsedantně kompulzivní poruchou – Praško J. a kol.

### 5 Vězeňská psychiatrie

- Práce psychiatra ve věznici Mírov – Bundárová L.
- Co řeší psychiatr ve vazební věznici – zkušenosti – Vrbová K.
- Posudková činnost – soudní spory – vlastní zkušenosti – Sandoval A.

### 6 Dětská psychiatrie

- Akutní dětská psychiatrie – Dudová I.
- Překryv vybraných diagnóz dětského a dospělého věku – Kerner J.
- Děti v sítích – Kolouch D.
- Možnosti zapojení rodiny v terapii emočně nestabilních adolescentů – Kantor K.

## ODBOBNÝ GARANT

- prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.  
Psychiatrická klinika FN Olomouc

## AKREDITACE dle nových pravidel ČLK

- Každý **programový blok** je ohodnocen **2 kredity**, které získáte po úspěšném složení autodidaktického testu.
- Celkem můžete získat **až 12 kreditů**.
- Akce je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č. 16.

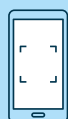
## CENA

- Registrační poplatek je **900 Kč**  
a zahrnuje 6 programových bloků.

## POŘADATEL A KONTAKT

- Solen, s. r. o., ve spolupráci  
s Psychiatrickou klinikou FN Olomouc
- Mgr. Vendula Pávková,  
mob.: +420 777 714 679, pavkova@solen.cz

Registrujte se na  
[www.vysilame.tv/psychiatrie](http://www.vysilame.tv/psychiatrie)



**SOLEN** MEDICAL EDUCATION

# Vztahová obsedantně kompulzivní porucha

prof. MUDr. Ján Praško, CSc.<sup>1-5</sup>, PhDr. Marie Ocisková, Ph.D.<sup>1,2,5</sup>,

MUDr. Kamila Bělohradová<sup>1</sup>, MUDr. Lucie Bundárová<sup>1</sup>,

MUDr. Jakub Vaněk<sup>1</sup>, doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

<sup>2</sup>Jessenia, a. s. – Rehabilitační nemocnice Beroun, AKESO holding, Beroun

<sup>3</sup>Katedra psychologických věd, Fakulta sociálních věd a zdravotnictva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Slovenská republika

<sup>4</sup>Katedra psychoterapie, IPVZ Praha

<sup>5</sup>Mindwalk, s. r. o., Praha

Vztahová obsedantně kompulzivní porucha (R-OCD) je subtyp obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD), který se projevuje neustálými pochybnostmi a úzkostmi týkajícími se intimního vztahu. Myšlení lidí s R-OCD je zaujato vtíravými myšlenkami, jejichž obsahem jsou pochybnosti, zda pocity, které chovají k partnerovi, jsou správné, zda je partner miluje, zda je vztah vhodný nebo zda má partner nějaké nedostatky. Tyto myšlenky vyvolávají nutkání k provádění rituálů v podobě opakovaných kontrol, ujišťování nebo porovnávání. Rituály vedou ke snížení úzkosti a napětí. Toto chování však vede k narušení vztahu a dlouhodobému udržování úzkosti. Článek popisuje charakteristiky R-OCD a nabízí základní strategie kognitivně behaviorální terapie (KBT), která pomáhá pacientům změnit svůj vztah k obsedantním myšlenkám a snížit nutkavé chování.

**Klíčová slova:** vztahová OCD, kognitivně behaviorální terapie, obsese, kompulze, vztahy.

## Relationship-related obsessive-compulsive disorder

Relationship obsessive compulsive disorder (R-OCD) is a subtype of obsessive-compulsive disorder (OCD) that manifests in constant doubts and anxieties about an intimate relationship. People with R-OCD suffer from intrusive thoughts about whether they have the right feelings for their partner, whether their partner loves them, whether the relationship is suitable or whether their partner has any flaws. These thoughts trigger the urge to perform various rituals to alleviate anxiety, such as repeated checking, reassurance or comparison. However, this behaviour leads to disruption of the relationship and long-term maintenance of the anxiety. This paper described characteristics of R-OCD and offers basic cognitive-behavioural strategies that help the patients to change their attitude towards the obsessive thoughts and reduce compulsive behaviour.

**Key words:** relational OCD, cognitive-behavioural therapy, obsession, compulsion, relationships.

## DECLARATIONS:

### Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

### Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18<sup>th</sup> WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

### Conflict of interest and financial disclosures:

None.

### Funding/Support:

None.

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2024;25(1):7-14

<https://doi.org/10.36290/psy.2024.001>

Článek přijat redakcí: 28. 6. 2023

Článek přijat k tisku: 5. 9. 2023

prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

praskojan@seznam.cz

## Úvod

Vztahová OCD (Relationship OCD; R-OCD) je podtyp obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD), který se projevuje neustálými pochybnostmi a obavami o kvalitu romantického vztahu, lásku k partnerovi, jeho atraktivitu nebo kompatibilitu (1, 2). Tyto pochybnosti jsou často doprovázeny nutkavým vyhledáváním ujištění od partnera a blízkých, obsáhlým prohledáváním souvisejících informací na internetu, porovnáváním s jinými páry nebo osobami, kontrolou svých pocitů nebo chování vůči partnerovi nebo vyhýbáním se situacím, které by mohly vyvolat úzkost (2, 3). Toto převážně kompulzivní jednání tlumí krátkodobě úzkost, ale z dlouhodobého hlediska zesiluje nebo udržuje obsese. R-OCD může negativně ovlivňovat spokojenost ve vztahu, důvěru v sebe i partnera, sexuální funkce a celkovou kvalitu života (4). Stejně jako u jiných forem OCD, i u tohoto subtypu je doporučena psychoterapie, metodou volby je kognitivně behaviorální terapie (KBT) (5).

R-OCD může unikat klinické pozornosti, a to zvláště u pacientů, kteří se potýkají i s dalšími projevy OCD. Cílem tohoto článku je proto poskytnout přehled o vztahové OCD,

jejích projevech, příčinách a léčbě. Dále se zaměřujeme na některé specifické aspekty terapie, jako jsou přenosové a protipřenosové jevy a zvládání typických situací v terapeutickém sezení. Nakonec prezentujeme několik kazuistik z naší praxe.

## Metoda

Jedná se o narativní přehled literatury a vlastní kazuistické příklady. Pro vyhledání relevantních zdrojů jsme použili databáze PubMed, PsycINFO a Web of Science s klíčovými slovy „relationship obsessive compulsive disorder“, „R-OCD“, „relationship OCD“ a „partner-focused OCD“. Zahrnuli jsme pouze studie publikované v angličtině od ledna roku 1990 do června roku 2023. Celkem jsme identifikovali 38 prací s touto tematikou.

## Výsledky

### Projevy vztahové OCD

Obsese se u tohoto typu OCD mohou týkat obav o vztah, vlastní city či chování sebe nebo partnera (6). Kompulzivní jednání představuje především ujišťování se, že vztah je dobrý, testování nebo kontrola partnera, sledování chyb nebo vyhledávání informací, jak poznat kvalitní vztah.

Pochybnosti o vztahu doprovází intenzivní hledání jistoty, k čemuž může patřit opakované kontrolování vlastních pocitů, porovnávání se s jinými páry, vyhledávání rad od ostatních nebo vyhýbání se situacím, které by mohly vyvolat obsese. Pro snížení stresu spojeného s obsesemi jedinci s R-OCD často používají mentální nebo behaviorální neutralizační strategie (7). Často se například snaží získat od ostatních ujištění, že partner nebo

Tab. 1. Typy vztahové obsedantně kompulzivní poruchy

Někteří lidé mohou prožívat pouze jeden typ, zatímco jiní nacházejí příznaky obou typů	
<b>Zaměření na vztah</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Příznaky tohoto typu se soustředí na samotný vztah. Člověk s tímto typem může obsedantně přemýšlet, zda jej partner opravdu miluje nebo jestli je to ten správný vztah, který má budoucnost.</li> </ul>
<b>Zaměření na partnera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tyto příznaky se soustředí na charakteristiky partnera. Osoba s tímto typem vztahové OCD může svého partnera milovat, ale cítí se zahlcená otázkami o osobnosti, inteligenci, tělesných a dalších charakteristikách partnera.</li> </ul>

Tab. 2. Příklady typických obsesí a kompulzí

Obsese	Příklad neutralizace napětí (zabezpečování, ujišťování, kompulze)
Je pro mě „ta pravá“, nebo je pro mě lepší někdo jiný?	Pacient se neustále ptá sám sebe nebo jiných, zda je jeho partner tou správnou osobou. Může také porovnávat svého partnera s jinými lidmi a hledat důkazy o tom, že je lepší, nebo horší.
Jsem pro něj dost dobrá partnerka?	Pacient si neustále vyčítá své chyby nebo nedostatky a obává se, že pro svého partnera není dostatečně atraktivní, inteligentní nebo milující. Může také hledat potvrzení od svého partnera nebo jiných osob o tom, že je dobrým partnerem.
Necítím se vzrušený, když mě políbila. Znamená to, že je s naším vztahem něco špatně?	Pacient analyzuje každou svou tělesnou reakci nebo pocit vůči svému partnerovi a interpretuje je jako důkaz o kvalitě nebo správnosti vztahu. Může zkoušet různé sexuální praktiky nebo fantazie, aby ověřil svou sexuální přitažlivost k partnerovi.
Opravdu miluji svého partnera, nebo jen tak procházím vztahem?	Pacient pochybuje o hloubce nebo pravosti svých citů k partnerovi a snaží se je ověřit různými způsoby. Například může srovnávat své emoce s těmi, které zažíval v minulých vztazích, nebo s těmi, které popisují jiní lidé nebo média.
Jiný muž je pro mě atraktivní. Znamená to, že nejsem svému partnerovi dostatečně věrná?	Pacient se obává, že každá myšlenka nebo pohled na jinou osobu je známkou nevěry nebo ztráty lásky k partnerovi. Může se také snažit potlačit nebo vyhnout se těmto myšlenkám nebo pohledům, aby se cítil lépe.
Co když jsem udělal chybu, že jsem zůstal v tomto vztahu?	Pacient se bojí, že zmeškal lepší příležitost nebo že je uvězněn v nesprávném vztahu. Může si také představovat, jak by byl jeho život jiný, kdyby byl s někým jiným.
Mám být se svým mužem dál, když si nejsem úplně jistá, zda chci být v tomto vztahu navždy?	Pacient se cítí nerozhodně nebo zmateně ohledně své budoucnosti s partnerem a snaží se najít odpověď na to, zda je to ten pravý. Může také hledat rady od jiných lidí nebo zdrojů o tom, jak poznat, zda je vztah stálý a trvalý.
Nemyslím pořád na svého partnera – znamená to, že ho doopravdy nemiluji?	Pacient si myslí, že pokud by svého partnera opravdu miloval, pořád by na něj myslel a neměl by žádné jiné zájmy nebo aktivity. Může také cítit vinu nebo úzkost, když dělá něco bez partnera.
Je nesnesitelné být sama, když se s partnerem rozejdeme.	Pacient se děsí možnosti rozchodu s partnerem a představuje si, jak by byl smutný, osamělý nebo zoufalý. Může setrávat ve vztahu i tehdy, když není šťastný nebo spokojený, jen aby se vyhnul bolesti z rozchodu.
Dnes jsem necítila lásku ke svému partnerovi. Znamená to, že není ten správný partner?	Pacient klade nereálné nároky na své pocity a očekává, že bude cítit lásku ke svému partnerovi každý den a ve všech situacích. Může zároveň opomíjet nebo podceňovat jiné aspekty vztahu, jako jsou společné hodnoty, zkušenosti nebo cíle.
Posedlost nedostatkem ve vzhledu nebo osobnosti partnera. Partner může např. žvýkat jídlo způsobem, který pacienta obtěžuje.	Pacient má obavy, zda je partner pro něj ten pravý, zda jej může milovat apod., vede k dalším pochybnostem, porovnáváním, může být i snaha kontrolovat partnerovo chování, projevy, nebo se vyhýbat situacím, kde nastává.

vztah je dost dobrý, mohou partnera otestovat nebo zkontrolovat (zblízka) jeho vnímanou chybu, mohou hledat na internetu informace o tom, „jak mám vědět, že jsem ve správném vztahu“ nebo posoudit jejich fyzickou reakci a pocity vůči partnerovi. Tato a podobná chování zvyšují pozornost věnovanou nutkavému myšlení, příkládají mu větší důležitost a činí jej častějším, tím pádem paradoxně zvyšují míru nejistoty a nepříjemných pocitů a oslabují kvalitu vztahu (8). Zpočátku se takové jednání může zdát partnerovi roztomilé a imponující. Člověk se vztahovou OCD partnerovi neustále opakuje, jak jej miluje, a chce to samé slyšet od partnera. Časem se z této výměny stane zahlcující nepříjemný až otravný zvyk. Tyto výměny mohou probíhat mnohokrát denně. Místo milé výměny se něžnosti stávají povinností. Existují dva různé typy vztahové OCD (Tabulka 1).

Příklady obsesí a kompulzí u R-OCD jsou uvedeny níže v Tabulce 2.

R-OCD má negativní dopad na kvalitu života zasažené osoby i jejího partnera (7). Osoba s R-OCD může trpět sníženou sebedůvěrou, depresí, sociální izolací nebo problémy v intimním životě (15). Partner osoby s R-OCD může cítit frustraci, nedostatek důvěry, nedostatek podpory nebo tlak na změnu (16). R-OCD tak může v čase vést k častějším konfliktům nebo rozchodům (17, 18).

## Příčiny R-OCD

Přestože R-OCD je stále více uznávána jako specifická forma OCD, nemáme dostatek empirických studií o její etiologii, diagnostice a léčbě. Někteří autoři se domnívají, že R-OCD je způsobena dysfunkčními názory na lásku a vztahy, souvisejícími s určitými sociokulturními faktory, jako jsou romantické ideály, mediální zobrazení nebo rodinné vzory (1, 19). Například, že obsese vznikají na základě maladaptivních přesvědčení (např. že vztah, kterým si nejsem absolutně jistý, povede k extrémní katastrofě) (20). Jiní autoři zdůrazňují roli osobnostních rysů, jako jsou perfekcionismus, nízké sebevědomí nebo strach z opuštění, které mohou zvyšovat citlivost na vnímání ohrožení v blízkých vztazích (21, 22). Další možný faktor je nedostatečná emoční regulace, která může vést k potlačování nebo zesilování negativních emocí spojených s pochybnostmi o vztahu (23).

## Léčba vztahové OCD

V současnosti není k dispozici standardizovaný protokol pro léčbu R-OCD. Většina studií použí-

vala KBT jako hlavní přístup k léčbě OCD obecně i samotného R-OCD (5, 20, 24, 25). KBT pomáhá pacientovi rozvíjet adaptivní způsoby řešení úzkosti a pochybností bez nutnosti provádět kompulze. Zaměřuje se na identifikaci a zpochybnování maladaptivních přesvědčení o vztahu a lásce, na vystavování se obsesivním myšlenkám bez provádění kompulzí (expozice se zábranou odpovědi; ERP) a na posilování adaptivních způsobů řešení problémů a komunikace ve vztahu (26) (Tabulka 3). Některé práce také popisují další přístupy, jako jsou mindfulness, techniky terapie přijetí a závazku (ACT) nebo metakognitivní terapie (MCT), které se snaží posílit schopnost pacientů tolerovat nejistotu a nepříjemné emoce bez nutkání je eliminovat (4, 27). Výsledky těchto prací vypadají slibně, ale stále jsou omezené malým počtem účastníků, krátkou dobou sledování a absencí kontrolních skupin.

Pokud pacient vyhledá psychoterapii, pak se snaha o kontrolu projevuje také v terapeutickém vztahu (28). Přenosové a protipřenosové zpracování může u pacienta i u terapeuta vyvolávat napětí a bezmoc (1).

## Kognitivně-behaviorální terapie vztahové OCD

Základem kognitivně-behaviorální (KBT) je model vycházející z předpokladu, že všichni zažíváme nechtěné, rušivé myšlenky, představují a nutkání (31). Jedinci s OCD si tyto intruziv-

ní zážitky vykládají jako něco špatného – jako známku nedostatečnosti nebo pokřivenosti jejich charakteru nebo ohrožení budoucnosti (nastane katastrofa) (32). Pouhému výskytu nechtěné myšlenky na možnou nehodu milovaného člověka mohou například prisuzovat význam, že chtějí, aby se jim stalo něco špatného (6). Takové interpretace zvyšují pozornost k intruzivním zážitkům, činí je více znepokojujícími a zvyšují jejich výskyt (33) (Obrázek 1). Původ těchto zkraslených interpretací se pak nachází v maladaptivních jádrových přesvědčeních (34).

V důsledku zkraslených přesvědčení se jedinci s OCD snaží kontrolovat, neutralizovat nebo zabránit výskytu rušivých myšlenek pomocí různých druhů kontroly, tj. mentálních a behaviorálních rituálů (35, 36). Tyto kontrolní pokusy však paradoxně zvyšují výskyt nežádoucích obsesí a s nimi spojené tísně (Obrázek 2).

KBT u vztahového OCD může být poskytována individuálně nebo v páru, v závislosti na potřebách a preferencích pacienta a jeho partnera (29). Upřednostňuje se však individuální KBT, protože některé obsese by partner mohl špatně snášet. Léčba symptomů R-OCD často zahrnuje psychoedukaci o poruše a modelu KBT, expozice a prevence neutralizační reakce na obávané myšlenky nebo představy a zpochyb-

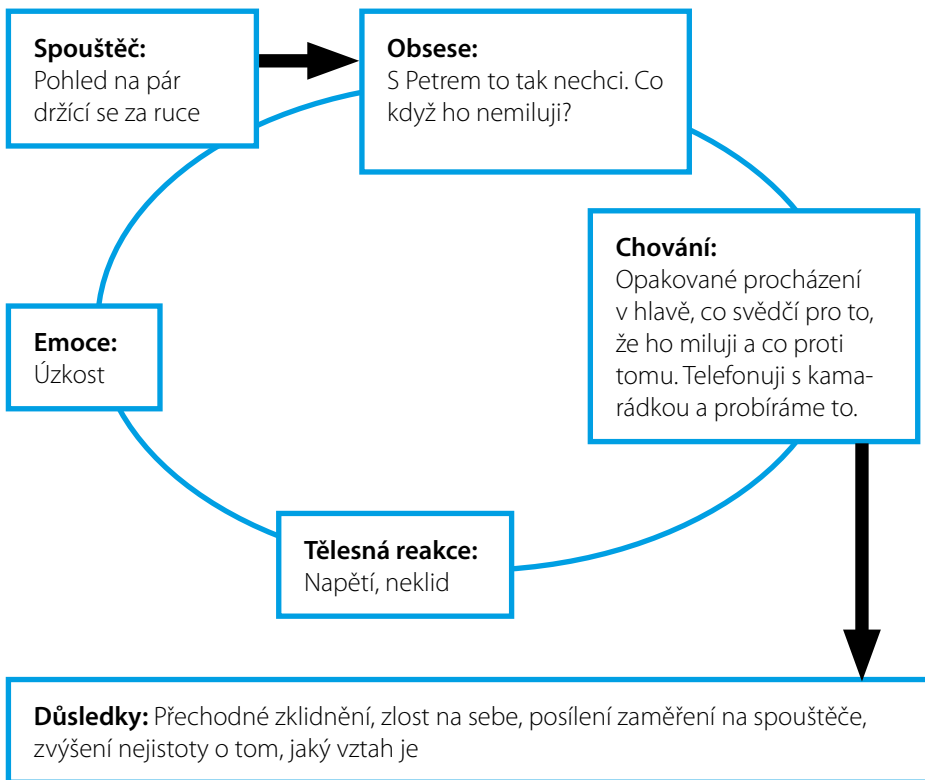
**Tab. 3.** Léčba vztahové OCD

<b>Závažnost symptomů je spojena se snížením schopnosti navázání a udržení romantického vztahu</b>
Léčba vztahové OCD může zahrnovat psychoterapii, léky nebo kombinaci přístupů:
<b>Psychoterapie:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kognitivně behaviorální terapie: Zvládání příznaků – expozice se zábranou odpovědi.</li> <li>■ Kromě zvládání příznaků OCD může psychoterapie poskytnout užitečný rámec pro práci ve specifických oblastech, jako jsou potíže s asertivitou, špatné sociální dovednosti a nedostatek sebedůvěry.</li> <li>■ Mobilní aplikace a on-line terapeutické platformy mohou sloužit jako doplněk klasické KBT a u mírných potíží jsou schopny významně pomoci i bez přídatné terapeutické modality (29).</li> </ul>
<b>Léky:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) a klomipramin jsou typy antidepresiv, která mohou významně pomoci (30).</li> </ul>

**Tab. 4.** Kognitivně behaviorální terapie vztahové OCD

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Podrobné detailní vyšetření, popis potíží, frustrací, interakcí ve vztazích i kognicí, které pacient vztahu věnuje</li> <li>■ Terapeut nehodnotí, nemoralizuje, ale validizuje a vctijuje se</li> <li>■ Edukace, bludný kruh obsesí a kompulzí týkajících se vztahových oblastí</li> <li>■ Expozice, zábrana ujišťování a zabezpečovacímu chování, zpravidla plánovitě postupně snižování</li> <li>■ Kognitivní restrukturalizace kognicí týkajících se vztahu, obsesí i důsledků kompulzí</li> <li>■ Kognitivní restrukturalizace schémat a předpokladů, zaměřuje se typicky na nadhodnocování nejistoty a bezmoci, nutnost kontroly</li> <li>■ Reskripce v imaginaci, potřebná pro zraňující události, které byly rozpoznány jako možné predisponující faktory OCD, zejména spojené s pocity bezmoci a ztrátou kontroly</li> <li>■ Expozice v imaginaci – nejhorší scénář při vzdání se kontroly</li> <li>■ Řešení problémů, zejména týkající se svobody v partnerském vztahu</li> <li>■ Zlepšení dovedností řešení problémů a komunikace ve vztahu</li> <li>■ Zlepšení emoční regulace a sebeucty</li> <li>■ Příprava na budoucnost, zaměření na udržování zlepšení a prevence relapsu</li> </ul>
---

Obr. 1. Bludný kruh vztahové OCD



ňování maladaptivních vztahových přesvědčení (např. věřit, že být zamilovaný znamená být neustále šťastný) (37) a přesvědčení o sobě, týkající se perfekcionismu a nesnášení nejistoty (38). Pacient si během terapie vytváří toleranci k nejistotě ve vztahu a učí se chápat, že nepříjemné myšlenky jsou běžnou součástí partnerského života (28) (Tabulka 4).

V následujících odstavcích podrobněji popisujeme jednotlivé techniky léčby.

### Psychoedukace

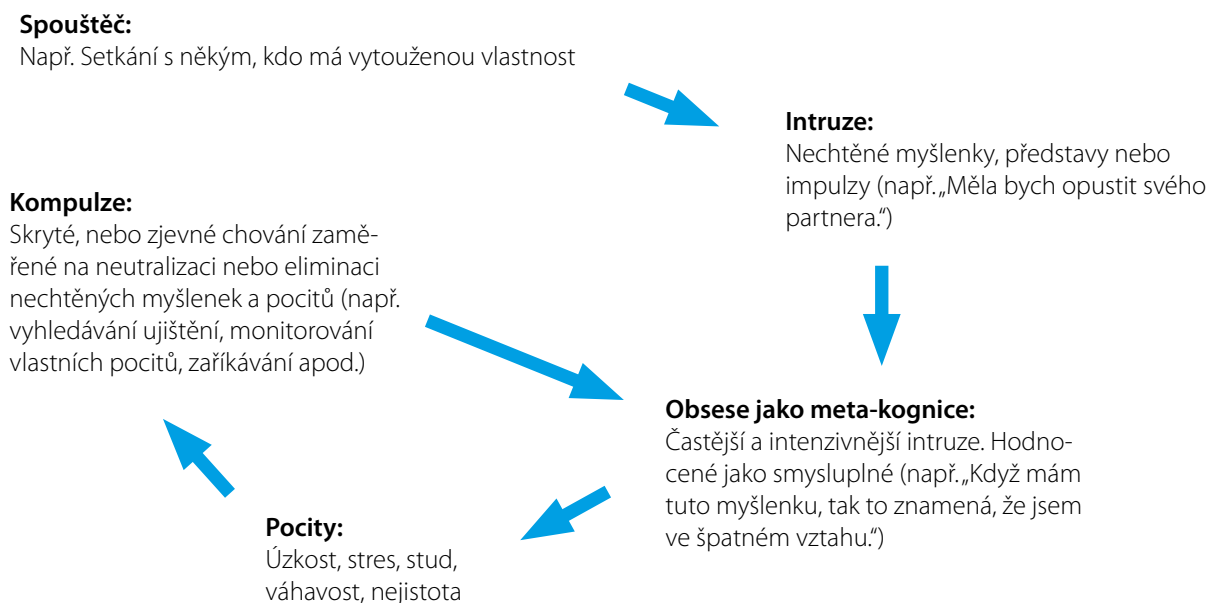
Psychoedukace je prvním krokem léčby R-OCD. Psychoedukace spočívá v poskytování informací o OCD a jeho příčinách, projevech, mechanismech, průběhu a dopadech na vztah. Cílem psychoedukace je pomoci pacientovi porozumět povaze jeho potíží, rozlišit mezi běžnými a škodlivými pochybnostmi o vztahu, užitečné jistoty, snížit pocit viny nebo studu spojený s obsesemi, zvýšit motivaci k léčbě a zvýšit moti-

vaci k expozici nebo kognitivní restrukturalizaci. Psychoedukace také zahrnuje zapojení partnera do léčby, pokud je to možné a vhodné. Partner může být informován o OCD a jeho projevech u pacienta, o tom, jak mu může pomoci, nebo naopak neprospívat svým chováním (např. poskytováním ujištění nebo podporou kompulzí), o tom, jak může snižovat negativní dopady OCD na svou pohodu a kvalitu vztahu. Partner může být také podpořen v tom, aby vyjadřoval své potřeby a hranice ve vztahu, aby s pacientem komunikoval o svých pocitech a obavách nebo aby spolupracoval s terapeutem na plánování expozic nebo řešení konfliktů.

### Expozice s prevencí odpovědi

Behaviorální kroky terapie mají za cíl pomoci pacientovi snížit jeho závislost na kompulzivním chování, které mu poskytuje falešný pocit jistoty nebo úlevy (6). Expozice s prevencí odezvy (ERP) je klíčovou technikou léčby R-OCD (29, 39). ERP spočívá v opakovaném vystavování se situacím nebo myšlenkám vyvolávajícím obsese bez provádění kompulzivních chování nebo mentálních aktů. Cílem ERP je snížit úzkost a pochybnosti spojené s obsesemi a oslabit jejich spojení s kompulzemi. Také pomáhá pacientovi rozvíjet toleranci k nejistotě a akceptaci nepříjemných emocí. ERP se provádí podle individuálně sestaveného hierarchického seznamu situací nebo myšlenek vyvolávajících obsese. Seznam se tvoří společně s pacientem na základě jeho zkušeností a obtížnosti jednotlivých situací nebo

Obr. 2. Schematické znázornění vztahu mezi spouštěčem, intruzemi, obsesemi a kompulzemi



myšlenek. Pacient se pak postupně vystavuje situacím nebo myšlenkám od těch méně obtížných po ty nejobtížnější, dokud nedosáhne snížení úzkosti nebo pochybností o 50 % nebo více. Expozice se může provádět v reálných situacích (např. být s partnerem, když je přítomen někdo atraktivní) nebo v imaginaci (např. představovat si, že partner podvádí). Prevence odezvy znamená, že pacient se zdrží provádění kompulzí během expozice (např. neptá se partnera, jestli ho miluje, nekontroluje své pocity nebo fyzické reakce, nevyhledává informace o tom, jak poznat správný vztah). Prevence odezvy může být také postupná, pokud je pro pacienta zabránění kompulzím příliš obtížné (např. může se omezit na jednu otázku místo pěti, nebo si dát časový limit pro vyhledávání informací). Cílem je zmírnit úzkost spojenou s obsesemi a zvýšit toleranci nejistoty.

## Kognitivní restrukturalizace

Kognitivní restrukturalizace je další důležitou technikou léčby R-OCD. Kognitivní restrukturalizace spočívá v identifikaci a výzvě k maladaptivním přesvědčením a kognitivním zkreslením spojeným s obsesemi. Cílem kognitivní restrukturalizace je rozvinout realističtější a flexibilnější pohled. Má za cíl pomoci pacientovi rozpoznat a zpochybnit iracionální přesvědčení o vztahu a lásce, které udržují jeho obsese a kompulze (20). Terapeut tak může použít techniky jako sokratické dotazování, behaviorální experimenty nebo kognitivní restrukturalizaci k tomu, aby pacient zkoumal důkazy pro a proti svým přesvědčením, aby testoval alternativní hypotézy, nebo aby změnil své zkreslené vnímání (2). Pacient je veden k tomu, aby zkoumal důkazy pro a proti svým iracionálním přesvědčením o vztahu a lásce. Pacient se učí rozvíjet realističtější a flexibilnější pohled na vztah a lásku, který zahrnuje snášení nejistoty, přijetí rozdílů a proměnlivost emocí (Tabulka 5).

## Behaviorální experimenty

Pacient je veden k tomu, aby testoval své předpoklady o tom, co by se stalo, kdyby provedl, nebo neprovedl určité kompulze. Cílem je ověřit, zda jsou tyto předpoklady pravdivé, nebo nikoliv. Může například testovat přesvědčení: „Když si na něco pomyslím, tak se to stane?“ Určit si konkrétně, čeho se obává a pak zjišťovat, zda se to opravdu stane. Nebo může testovat své

přesvědčení typu: „Láska je, když jsem k někomu neustále přitahován“ tím, že zjistí, jak to cítí jiní lidé, kteří milují svého partnera.

## Zpochybňování maladaptivních přesvědčení

Pacient je veden k tomu, aby identifikoval a modifikoval svá maladaptivní schémata o sobě, druhých a světě, která jsou spojená s jeho obsesemi a kompulzemi. Po identifikaci maladaptivních přesvědčení je veden k tomu, aby zkoumal důkazy proti nim. Maladaptivní přesvědčení jsou o sobě, o lidech a o světě okolo. U R-OCD to může být například přesvědčení, že „láska je, když jsem k někomu neustále přitahován“ nebo „vztah, kterým si nejsem absolutně jistý, povede k extrémní katastrofě“, případně i přesvědčení o sobě „pokud nebudu dokonalý/á, tak mě opustí“. Pacient může být veden k tomu, aby tyto nepravdivá přesvědčení zpochybnil (například aby si uvědomil, že láska není jen pocit, ale také volba a závazek, nebo že není možné najít dokonalého partnera, ale že je možné najít partnera, který je pro něj vhodný a kompatibilní).

## Zlepšování kvality vztahu

KBT pro R-OCD také zahrnuje intervence zaměřené na zlepšení kvality vztahu mezi pacientem a jeho partnerem (13, 17, 40). Terapeut pomáhá pacientovi a jeho partnerovi porozumět

po vazě R-OCD a jejím, dopadu na jejich vztah a nabízí jim strategie pro spolupráci při léčbě (28). Terapeut k tomu může využít různé techniky. Osvědčilo se posilování pozitivní interakce, zlepšování komunikačních dovedností, řešení konfliktů nebo podpora intimity k tomu, aby pacient a jeho partner posílili svou důvěru, podporu a spokojenost ve vztahu (26, 41). Pacient a jeho partner mohou být například vedeni k tomu, aby si vyjádřili své potřeby a očekávání ve vztahu a našli společnou řeč. Nebo mohou společně plánovat činnosti, které jim přinášejí radost a pocit blízkosti.

## Prevence relapsu a příprava na budoucnost

Před ukončením léčby je důležité probrat jednotlivé zvládnuté kroky, rekapitulovat dosažené úspěchy i způsob, jakým jich bylo dosaženo. Dále je potřeba se připravit na budoucí možné stresující situace a probrat možnosti jejich řešení. Upozorňujeme ho na to, že obsese i kompulze se mohou vrátit, v jeho možnostech a tím, co se naučil, je se jim postavit a odstranit je. Pacient je povzbuzován, aby dále pokračoval v expozici všem situacím, souvisejícím se spouštěcí obsesí, kterým by měl chuť se vyhnout a zabránit v nich neutralizační reakci. Například pacient může být veden k tomu, aby si vytvořil plán pro situace, které by mohly vyvolat jeho obsese nebo kompulze a napíše si, jak v tomto

Tab. 5. Testování negativní automatické myšlenky

Obsese: Co když bodnu přítelkyni nožem?	
Co svědčí pro to, že myšlenka je pravdivá?	Co svědčí proti myšlence?
Tato myšlenka se mi opakuje.	I když mě opakovaně napadla, nikdy jsem jí neublížil. Maximálně pomáhám jí i její dceři.
Mám silný pocit neklidu a napětí, bojím se, že se neovládnu.	Napětí mám z té obsese, protože se bojím, že se neovládnu. Nikdy se mi však nestalo, že bych se neovládl.
To by mě nemělo napadat, pokud ji miluji. Miluji ji vůbec?	Asi ji miluji, protože si život bez ní neumím představit a myslím na ni a její potřeby.
Jsem asi blázen, že mám takové nápady!	Blázen nejsem, může to napadnout kohokoliv.
Jsem zlý člověk, když mám takové nápady. Ona mě proto opustí.	Jsou to jen obsese. Doopravdy nic zlého nechci udělat. Opakovaně mi říkala, že je se mnou ráda.
<b>Racionální odpověď:</b> Mám strach, abych nebodl přítelkyni. Jsou to moje obsese. Důkazy, proč bych to měl udělat, nemám. Ani nic takového doopravdy udělat nechci. Mám ji rád a ona mě také.	

Tab. 6. Záznam obsesí a kompulzí

Situace	Obsese	Emoce	Kompulze	Možnost změny
Přítel mě políbil. Nic neprožívám.	Co, když ho už nemiluji?	Úzkost 8	Říkám si v hlavě, proč ho nemiluji a proč ho miluji.	Říct si, že to nebudu řešit, protože jsem to bezvýsledně řešila už tisíckrát, a budu dělat něco jiného, než nad tím hloubat.
Ve filmu se žena trápí kvůli lásce.	Náš vztah je divný!	Úzkost 9	Ptám se dokolečka přítele, jak on prožívá náš vztah.	Nebudu se ho ptát, protože to dělám každý den. Lepší by bylo podniknout spolu něco příjemného. Třeba jít ven.

případě bude provádět expozice se zamezením neutralizace. Pacient a jeho partner se učí posilovat pozitivní interakce, zlepšovat komunikační dovednosti, řešit konflikty a podporovat blízkost ve vztahu. Učí se také efektivnější způsoby zvládání úzkosti nebo nepříjemných emocí, jako jsou relaxace, mindfulness nebo emoční regulace.

## KAZUISTIKY

V této části prezentujeme několik kazuistik z naší praxe, které ilustrují různé projevy R-OCD a jejich léčbu pomocí KBT. Jména pacientů byla změněna pro zachování anonymity.

### Případ 1: Petr

Petr je 25letý muž, který je už tři roky ve vztahu s Janou. Petr se trápí intruzivními myšlenkami na to, zda je pro něj Jana ta pravá. Napadají jej myšlenky typu: „Co když zjistím, že Jana není dost atraktivní?“, „Co když si s Janou nemám co říct?“, „Co když bych byl šťastnější s někým jiným?“ Tyto myšlenky v Petrovi vyvolávají silnou úzkost a další pochybnosti o vztahu. Petr se snaží nutkavé myšlenky potlačit nebo se ujistit, že jsou nesmyslné. Používá k tomu různé kompulze, jako je opakované:

- ověřování svých pocitů k Janě tím, že si představuje jiné ženy nebo sleduje pornografii;
- hledání informací o tom, jak poznat správný vztah nebo partnera na internetu nebo v knihách;
- porovnávání svého vztahu s Janou s jinými páry ve svém okolí nebo v médiích;
- žádání o ujištění od svých přátel nebo rodiny o tom, že je pro něj Jana dobrá;
- vyhýbání se situacím nebo osobám, které by mohly vyvolat jeho obsese, jako je setkání s Janinými přáteli nebo rodinou.

Petr se rozhodl vyhledat pomoc poté, co se kvůli jeho kompulzím objevily problémy s koncentrací v práci a nespavostí. Uvědomil si, že jeho vztah s Janou kvůli jeho obsesím a kompulzím trpí. Jana si stěžovala na to, že Petr je často duchem nepřítomný, chladný a podezřívavý.

Petr podstoupil individuální KBT. Během terapie pracoval na identifikaci a zpochybňování svých maladaptivních přesvědčení o vztahu a lásce, které udržovaly jeho obsese a kompulze. Terapeut použil sokratovské dotazování k tomu, aby Petr zkoumal důkazy pro a proti svým pře-

svědčením, jako jsou: „Musím být k Janě neustále přitahován, jinak to není láska.“ Nebo: „Pokud mám o Janě pochybnosti, znamená to, že pro mě není ta pravá.“ Petr také pracoval na rozvoji realističtějšího a flexibilnějšího pohledu na vztah a lásku, který zahrnoval snášení nejistoty, přijetí rozdílů a proměnlivost emocí.

Během behaviorálních technik se Petr vystavoval svým obsesivním myšlenkám nebo situacím bez provádění kompulzí. Petr čelil pomocí ERP svým pochybnostem o Janině atraktivitě nebo své spokojenosti ve vztahu. Naučil se také snášet úzkost a nepříjemné emoce spojené s těmito myšlenkami bez potřeby je potlačovat nebo se ujistit. Pracoval i na rozvoji účinnějších způsobů zvládání úzkosti nebo nepříjemných emocí tím, že se naučil relaxovat.

KBT pro R-OCD také zahrnovala intervence zaměřené na zlepšení kvality vztahu mezi Petrem a Janou. Terapeut se s Petrem zaměřil na posilování pozitivní interakce s Janou, zlepšování komunikačních dovedností, řešení konfliktů nebo podporu blízkosti k tomu, aby Petr a Jana posílili svou důvěru, podporu a spokojenost ve vztahu. Terapeut také pomohl Petrovi a Janě porozumět povaze R-OCD a jejím dopadu na jejich vztah a nabídl jim strategie pro spolupráci při léčbě.

Po 12 sezeních KBT Petr vykazoval významné snížení svých obsesí a kompulzí. Také hlásil zlepšení své nálady, sebedůvěry a kvality života.

### Případ 2: Anna

Anna je 32letá žena, která je ve vztahu s Tomášem už pět let. Anna trpí vztahovou obsedantně-kompulzivní poruchou, kdy se zaobírá myšlenkami, zda je dost dobrá pro Tomáše. Anna má často myšlenky jako: „Co když Tomáše nudím?“, „Co když jsem pro něj příliš tlustá?“, „Co když mě podvádí?“ Tyto myšlenky vyvolávají u Anny silnou úzkost a pochybnosti o sobě i o svém vztahu. Anna se snaží tyto myšlenky potlačit nebo se ujistit, že jsou nesmyslné. K tomu používá různé kompulze, jako je opakované:

- ověřování svého vzhledu nebo osobnosti tím, že se ptá Tomáše nebo jiných osob na jejich názor;
- hledání informací o tom, jak být lepší partnerkou nebo jak zhubnout na internetu;
- porovnávání sebe s jinými ženami ve svém okolí nebo v médiích;

- žádání o ujištění od Tomáše o tom, že ji miluje nebo že ji nepodvádí;
- vyhýbání se situacím nebo osobám, které by mohly vyvolat její obsese, jako je setkání s Tomášovými přáteli nebo rodinou.

Anna se rozhodla vyhledat pomoc poté, co její kompulze vedly k problémům s koncentrací v práci, začala trpět depresemi a cítila se bezcenná. Uvědomila si, že její vztah s Tomášem trpí kvůli jejím obsesím a kompulzím. Tomáš si stěžoval na to, že Anna je často nervózní, nespokojená nebo žárlivá.

Anna podstoupila individuální KBT. Během terapie pracovala na identifikaci a zpochybňování svých maladaptivních přesvědčení o sobě i o svém vztahu, které udržovaly její obsese a kompulze. Terapeut použil sokratovské dotazování k tomu, aby Anna zkoumala důkazy pro a proti svým přesvědčením, jako jsou „Musím být pro Tomáše dokonalá, jinak mě opustí,“ nebo: „Pokud mám negativní myšlenky o sobě nebo o Tomášovi, znamená to, že jsem špatná partnerka.“ Anna také pracovala na rozvoji více realistického a flexibilního pohledu na sebe i na svůj vztah, který zahrnoval toleranci nejistoty, akceptaci sebe sama a svých nedostatků a uznání svých silných stránek.

Během terapie se Anna vystavovala svým obsesivním myšlenkám nebo situacím bez provádění kompulzivních chování. Terapeut použil ERP k tomu, aby Anna čelila svým myšlenkám jako: „Co když Tomáše nudím?“ Nebo: „Co když jsem pro Tomáše příliš tlustá?“ Anna se naučila snášet úzkost a nepříjemné emoce spojené s těmito myšlenkami bez potřeby je potlačovat nebo se ujistit. Také pracovala na rozvoji efektivnějších způsobů zvládání úzkosti nebo nepříjemných emocí pomocí mindfulness.

Terapeut posiloval pozitivní interakce mezi partnery, ptal se na společné radostné okamžiky a to, v čem si Anna Tomáše cení, co má na něm ráda. Také jí pomohl při zlepšování komunikačních dovedností pomocí nácvičku komplimentu, vyjádření potřeb, nácvičku řešení konfliktů a podpoře intimity. Po dvanácti sezeních KBT pro R-OCD Anna vykazovala významné snížení svých obsesí a kompulzí. Také byla více spokojená ve vztahu.

### Příběh 3: Eva

Eva je 28letá žena, která už dva roky žije se svým přítelem Lukášem. Eva trpí R-OCD zaměře-

nou na to, zda má Lukáš nějaké chyby nebo nedostatky. Eva má často myšlenky jako: „Co když Lukáš není dostatečně inteligentní?“, „Co když není dostatečně morální?“, „Co když nevypadá dost dobře?“ Tyto myšlenky vyvolávají u Evy silnou úzkost a pochybnosti o svém partnerovi. Eva se snaží tyto myšlenky potlačit nebo se ujistit, zda jsou pravdivé. K tomu používá různé kompulze, jako je opakování a nutkavé:

- hledání chyb nebo nedostatků u Lukáše tím, že ho kritizuje nebo zkoumá jeho chování;
- hledání informací o tom, jak poznat ideálního partnera nebo jak se vyhnout špatnému partnerovi na internetu nebo v knihách;
- porovnávání Lukáše s jinými muži ve svém okolí nebo v médiích;
- žádání o ujištění od svých přátel nebo rodiny o tom, že Lukáš je pro ni dobrý;
- vyhýbání se situacím nebo osobám, které by mohly vyvolat její obsese, jako je setkání s Lukášovými přáteli nebo rodinou.

Eva se rozhodla vyhledat pomoc poté co začala být nadměrně podrážděná a partner si začal stěžovat na to, že Eva je často agresivní, nespravedlivá nebo nevráživá. V té době začala být také nevlá v práci, na kterou se nedokázala soustředit.

Eva podstoupila individuální psychoterapii. Během terapie pracovala na identifikaci a zpochybňování svých maladaptivních přesvědčení o partnerovi a ideálním vztahu, které udržovaly její obsese a kompulze. V sokratovském dotazování zkoumala důkazy pro a proti svým přesvědčením, jako je: „Musím najít dokonalého partnera, jinak budu nešťastná,“ nebo: „Pokud má Lukáš nějaké chyby nebo nedostatky, znamená to, že je špatný partner.“ Eva pracovala na rozvoji více realistického a flexibilního pohledu na partnera a vztah, který zahrnoval toleranci nejistoty, akceptaci lidské nedokonalosti a uznání Lukášových kladných vlastností.

Během terapie se Eva opakovaně vystavovala svým obsesivním myšlenkám nebo situacím bez provádění kompulzí. Terapeut použil ERP k tomu, aby Eva čelila svým myšlenkám jako: „Co když Lukáš není dostatečně inteligentní?“ Nebo: „Co když Lukáš není dostatečně morální?“ Přestavovala si v imaginaci, jak Lukáš dělá hloupé věci nebo se chová nemorálně. Naučila se postupně snášet úzkost a nepříjemné emoce spojené s těmito představami a souběžnými

myšlenkami bez potřeby je potlačovat nebo se ujistit.

Od počátku terapie se terapeut s Evou věnovali také vztahu mezi partnery. Eva si psala seznam věcí, které se jí na Lukášovi líbí a čeho si váží, a vedla si každodenní záznam toho, co dobrého pro ni Lukáš každý den dělá. Postupně se pomocí nácviků učila, jak sdělit Lukášovi, co potřebuje, požádat ho o laskavost a dát mu upřímný kompliment. Naučila se více rozumět svými i Lukášovým potřebám a mluvit o nich.

Po 16 sezeních KBT Eva potvrdila významný pokles obsesí a kompulzí. Došlo rovněž ke zlepšení nálady, zvýšení sebedůvěry a kvality partnerského vztahu.

#### Případ 4: Magda

Magda je 22letá žena, která je ve vztahu s Pavlem už čtyři roky. Magda a Pavel spolu žijí a chodí na stejnou vysokou školu. Oba studují pedagogiku. Magda trpí vztahovou obsedantně kompulzivní poruchou zaměřenou na obsesi, že mohla být Pavlovi nevěrná a nepamatovat si to. Magdu často napadají intruzivní myšlenky typu: „Co když jsem Pavla s někým podvedla?“, „Co když jsem šla do hospody a tam jsem se vyspala s někým na toaletě?“, „Co když jsem byla pod vlivem alkoholu nebo drog a nevím, co jsem dělala?“ Tyto myšlenky vyvolávají u Magdy silnou úzkost a pochybnosti o sobě i o svém vztahu. Magda se snaží obsesivní myšlenky potlačit nebo si říkat, že jsou nesmyslné. K tomu používá různé kompulze, jako je opakování:

- procházení cesty, kterou šla, a hledání důkazů o tom, že byla nevěrná;
- chození do hospod, které byly po cestě, a ptaní se personálu nebo hostů, zda tam byla na toaletě nebo s někým neflirtovala;
- kontrolování svého těla nebo oblečení na známky sexuální aktivity nebo cizích vůní;
- vyhledávání informací na internetu nebo v knihách o tom, jak poznat nevěru nebo jak se vyhnout nevěře;
- žádání o ujištění od Pavla o tom, že ji miluje nebo že by ji neopustil, kdyby mu zahrnula.

Magda se rozhodla vyhledat pomoc poté, co její kompulze začaly narušovat její každodenní fungování a problémy s docházkou do školy, objevily se panické ataky. Cítila se zoufalá. Pavel si stěžoval na to, že Magda je často paranoidní,

dotěrná nebo hysterická. Nechápal to a zlobil se na ni.

Magda podstoupila individuální KBT. Během terapie pracovala na zjišťování a zpochybňování maladaptivních přesvědčení o sobě i o svém vztahu. Terapeutka použila sokratovské dotazování, aby Magda zkoumala důkazy pro a proti svým přesvědčením, jako je: „Musím si pamatovat všechno, co jsem dělala, jinak to znamená, že jsem byla Pavlovi nevěrná.“ Nebo: „Pokud mám myšlenky o nevěře, znamená to, že jsem Pavla podvedla nebo že ho chci podvést.“ Magda se učila dívat se na svůj vztah méně rigidně a učila se v něm více snášet nejistoty, přijmout, že ona ani partner nemohou být dokonalí a ocenit své i Pavlovy kladné vlastnosti, i když jsou „jen dost dobré“. Během behaviorální terapie se Magda vystavovala svým obsesivním myšlenkám nebo situacím bez provádění kompulzivního chování. Terapeut použil ERP k tomu, aby Magda čelila svým myšlenkám jako: „Co když jsem Pavla podvedla?“ nebo: „Co když jsem šla do hospody a tam jsem měla sex s někým na toaletě?“ Magda se naučila snášet úzkost a nepříjemné emoce spojené s těmito myšlenkami bez potřeby je potlačovat nebo se ujistit.

Do terapie byly zařazeny intervence zaměřené na zlepšení kvality vztahu mezi partnery. Terapeut s Magdou nacvičoval vedení rozhovoru s Pavlem, ve kterém se Magda zkoušela otevřít, vyjádřit své potřeby, říkat ne, Pavla ocenit, vcítit se do něj, validizovat jeho pocity apod. Po 16 sezeních KBT Magda popisovala podstatnou změnu, výrazný ústup obsesí a kompulzí, vyrovnanou náladu, zvýšila se jí sebedůvěra i celková kvalita života.

#### Závěr

Vztahová OCD se projevuje opakovanými pochybnostmi o romantickém vztahu a partnerovi. Tyto pochybnosti doprovází intenzivní hledání jistoty a kompulzivní chování, které narušují kvalitu vztahu a života pacienta a jeho partnera. Léčbou volby je kognitivně behaviorální terapie, která se zaměřuje na zpochybňování maladaptivních přesvědčení o vztahu a lásce, zaměřuje se na vystavování se obsesím bez provádění kompulzí a na posilování adaptivních způsobů řešení problémů a komunikace ve vztahu. KBT u R-OCD může být poskytována individuálně nebo v páru, v závislosti na potřebách a preferencích pacienta a partnera. Kromě KBT mohou

být užitečné i jiné formy léčby, jako jsou farmakoterapie nebo mobilní aplikace.

Vztahová OCD je málo rozpoznávanou formou OCD, která významně ovlivňuje vztahy

pacienta i jeho blízkých a která zasluhuje systematickou psychoterapii. Je potřeba provést více rigorózních a systematických výzkumů, které by mohly přispět k lepšímu pochopení

vzniku, průběhu a léčby R-OCD. Také je důležité zvýšit povědomí o R-OCD u odborníků i široké veřejnosti, aby se zvýšil záchyt poruchy a její účinné řešení.

## LITERATURA

- Doron G, Derby D, Szepsenwol O, et al. Tackling relationship-related obsessive-compulsive disorder: The development and preliminary evaluation of couple-based cognitive-behavioural therapy. *Behav Modif.* 2012;36(4):451-479.
- Misirlı M, Kayanak GK. Relationship Obsessive Compulsive Disorder: A Systematic Review. *Current Approaches in Psychiatry.* 2023;15(4):549-561.
- Doron G, Derby D. Assessment and treatment of relationship-related OCD symptoms (ROCD): A modular approach. In J. Abramowitz, D. McKay, & E. Storch (Eds.), *The Wiley Handbook of Obsessive-Compulsive Disorders.* Hoboken NJ: Wiley-Blackwell 2017;547-564.
- Doron G, Derby DS, Szepsenwol O. Relationship obsessive-compulsive disorder (ROCD): A conceptual framework. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2014;3(2):169-180.
- Lombardi A, Rodriguez C. Enhancing exposure and response prevention treatment in an individual with relationship obsessive-compulsive disorder: a case report. *J Cogn Psychother.* 2019;33(3):185-195.
- Littman R, Leibovits G, Halfon C, et al. Interpersonal transmission of ROCD symptoms and susceptibility to infidelity in romantic relationships. *Journal of Obsessive-compulsive and Related Disorders.* 2023;37:100802.
- Doron G, Moulding R, Nedeljkovic M, et al. Adult attachment insecurities are associated with obsessive compulsive disorder. *Psychol Psychother.* 2012;85(2):163-178.
- Calkins AW, Berman NC, Wilhelm S. Recent advances in research on cognition and emotion in OCD: a review. *Curr Psychiatry Rep.* 2013;15(5):357.
- Tennov D. *Love and limerence: The experience of being in love.* Scarborough House, 1998.
- Doron G, Szepsenwol O. Partner-focused obsessions and self-esteem: An experimental investigation. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2015; 49(Pt B):173-179.
- Willmott L, Bentley E. Exploring the lived-experience of limerence: a journey toward authenticity. *The Qualitative Report.* 2015;20(1):20-38.
- Aardema F, Moulding R, Melli G, et al. The role of feared possible selves in obsessive-compulsive and related disorders: A comparative analysis of a core cognitive self-construct in clinical samples. *Clin Psychol Psychother.* 2018;25(1):e19-e29.
- Rajae S. *Relationship OCD: A CBT-Based Guide to Move Beyond Obsessive Doubt, Anxiety, and Fear of Commitment in Romantic Relationships.* New Harbinger Publications, 2023.
- Taylor S, Thordarson DS, Söchting I. Obsessive-compulsive disorder. In M. M. Antony & D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders.* The Guilford Press 2002;182-214.
- Doron G, Szepsenwol O, Karp E, et al. Obsessing about intimate relationships: testing the double relationship-vulnerability hypothesis. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2013;44(4):433-440.
- Doron G, Derby D, Szepsenwol O, et al. Relationship obsessive-compulsive disorder: interference, symptoms, and maladaptive beliefs. *Front Psychiatry.* 2016;7:58.
- Abbey RD, Clopton JR, Humphreys JD. Obsessive-compulsive disorder and romantic functioning. *J Clin Psychol.* 2007;63(12):1181-1192.
- Doron G, Derby DS, Szepsenwol O, et al. Tainted love: Exploring relationship-centred obsessive-compulsive symptoms in two non-clinical cohorts. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders.* 2012;1(1):16-24.
- Shihata S, McEvoy PM, Mullan BA. Pathways from uncertainty to anxiety: An evaluation of a hierarchical model of trait and disorder-specific intolerance of uncertainty on anxiety disorder symptoms. *J Anxiety Disord.* 2017;45:72-79.
- Doron G, Derby D. Assessment and Treatment of Relationship-Related OCD Symptoms (ROCD) A Modular Approach. *The Wiley Handbook of Obsessive-Compulsive Disorders.* 2017;1:547-564.
- Sookman D, Pinard G. Overestimation of threat and intolerance of uncertainty in obsessive compulsive disorder. In R. O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment.* Pergamon/Elsevier Science Inc 2002;63-89.
- Egan SJ, Shafraan R. Cognitive-behavioral treatment for perfectionism. In J. Stoerber (Ed.), *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications.* Routledge/Taylor & Francis Group 2018;284-305.
- See CCH, Tan JM, Tan VSY, et al. A systematic review on the links between emotion regulation difficulties and obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res.* 2022;154:341-353.
- Soondrum T, Wang X, Gao F, et al. The Applicability of Acceptance and Commitment Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Brain Sci.* 2022;12(5):656.
- Millar JFA, Coughtrey AE, Healy A, et al. The current status of mental contamination in obsessive compulsive disorder: A systematic review. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2023;80:101745.
- Doron G, Mizrahi M, Szepsenwol O, et al. Right or flawed: relationship obsessions and sexual satisfaction. *J Sex Med.* 2014;11(9):2218-2224.
- Pascual-Vera B, Akin B, Belloch A, et al. The cross-cultural and transdiagnostic nature of unwanted mental intrusions. *Int J Clin Health Psychol.* 2019;19(2):85-96.
- Doron G, Moulding R. Cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder: a broader framework. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2009;46(4):257-263.
- Cerea S, Ghisi M, Bottesi G, et al. Reaching reliable change using short, daily, cognitive training exercises delivered on a mobile application: The case of Relationship Obsessive Compulsive Disorder (ROCD) symptoms and cognitions in a subclinical cohort. *J Affect Disord.* 2020;276:775-787.
- Del Casale A, Sorice S, Padovano A, et al. Psychopharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD). *Current Neuropharmacology.* 2019;17(8):710-736.
- Spencer SD, Stiede JT, Wiese AD, et al. Cognitive-Behavioural Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2023;46(1):167-180.
- Jelinek L, Hauschildt M, Hottenrott B, et al. Further evidence for biased semantic networks in obsessive-compulsive disorder (OCD): when knives are no longer associated with buttering bread but only with stabbing people. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2014;45(4):427-434.
- Albertella L, Le Pelley ME, Chamberlain SR, et al. Reward-related attentional capture and cognitive inflexibility interact to determine greater severity of compulsivity-related problems. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2020;69:101580.
- Kasalova P, Prasko J, Ociskova M, et al. Marriage under control: obsessive compulsive disorder and partnership. *Neuro Endocrinol Lett.* 2020;41(3):134-145.
- Hodny F, Ociskova M, Prasko J, et al. Early life experiences and adult attachment in obsessive-compulsive disorder. Part 1: Relationships between demographic, clinical, and psychological factors in pharmacoresistant OCD. *Neuro Endocrinol Lett.* 2022;43(6):333-344.
- Smith E, Carrigan N, Salkovskis PM. Different cognitive behavioural processes underpinning reassurance seeking in depression and obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2022;77:101774.
- Hodny F, Ociskova M, Prasko J, et al. Early life experiences and adult attachment in obsessive-compulsive disorder. Part 2: Therapeutic effectiveness of combined cognitive behavioural therapy and pharmacotherapy in treatment-resistant inpatients. *Neuro Endocrinol Lett.* 2022;43(6):345-358.
- Laposa JM, Collimore KC, Hawley LL, et al. Distress tolerance in OCD and anxiety disorders, and its relationship with anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. *J Anxiety Disord.* 2015;33:8-14.
- Guzick AG, McCabe RE, Storch EA. A review of motivational interviewing in cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Cogn Psychother.* 2021;35(2):116-132.
- Doron G, Derby DS, Szepsenwol O, et al. Flaws and all: Exploring partner-focused obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders.* 2012;1(4):234-243.
- Fernandez S, Sevil C, Moulding R. Feared self and dimensions of obsessive-compulsive symptoms: Sexual orientation-obsessions, relationship obsessions, and general OCD symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders.* 2021;28:100608.

TRITTICO® PROLONG

150 mg, 300 mg  
tablety s prodlouženým uvolňováním  
trazodonu hydrochloridum

TRITTICO® AC

75 mg, 150 mg  
tablety s řízeným uvolňováním  
trazodonu hydrochloridum

NOVINKA  
TRITTICO® AC  
90× 75 mg  
a 90× 150 mg



## Trojí účinek pro maximální spokojenost vašich pacientů s depresí

Antidepresivní, anxiolytický, spánek normalizující

**TRITTICO AC; TRITTICO PROLONG: S:** Trazodonu hydrochloridum 75 mg, 150 mg v 1 tabletě s řízeným uvolňováním. Trazodonu hydrochloridum 150 mg, 300 mg v 1 tabletě s prodlouženým uvolňováním. **I: Trittico AC:** Léčba depresivních poruch u dospělých **Trittico Prolong:** Deprese různé etiologie u dospělých, včetně typů provázených anxiety, poruchami spánku nebo sexuální dysfunkcí neorganického původu. **KI:** Přecitlivělost na účinnou látku nebo pomocné látky, intoxikace alkoholem nebo hypnotiky. Akutní infarkt myokardu. **ZU:** Pacienti s rizikem sebevražedných myšlenek, sebepoškozováním a sebevraždou, především na začátku léčby, po změně dávkování a zejména mladí dospělí do 25 let, musí být pečlivě sledováni. Je nutné dávkovat s opatrností a pravidelně monitorovat pacienty s epilepsií, hypertenzí, poruchami močení, akutním glaukomem s uzavřeným úhlem, zvýšeným nitroočním tlakem a hepatálním, renálním nebo kardiálním onemocněním (včetně prodloužení QT intervalu). U starších pacientů může častěji docházet k ortostatické hypotenzi, somnolenci a anticholinergním účinkům trazodonu. V případě výskytu „flu-like“ syndromu (horečka, bolest v krku) se doporučuje sledovat hematologické parametry. Pokud se u pacienta vyvine žloutenka, léčba trazodonem musí být přerušena. Podávání antidepresiv pacientům s psychotickými onemocněními může vést ke zhoršení psychotických symptomů. Během léčby bipolární afektivní poruchy trazodonem se může depresivní fáze změnit v manickou. V tomto případě musí být léčba trazodonem zastavena. Možnost vzniku serotoninového syndromu v kombinaci s dalšími serotonergními látkami a neuroleptiky. Přípravek by neměl být podáván dětem a mladistvým do 18 let věku. Obsahuje sacharosu. Pacienti nemají řídit a obsluhovat stroje, pokud se u nich projevuje ospalost, sedace, závratě, stavby zmatenosti nebo rozmazané vidění. **NÚ:** Ospalost, závratě, nervozita, únava, cefalgie a nespavost, sedace, neklid, snížená pozornost, nauzea, zácpa, průjem, dyspepsie, ovlivnění chuti k jídlu a tělesné hmotnosti, poruchy hepatálních funkcí, xerostomie, serotoninový syndrom, ortostatická hypotenze, poruchy močení. Myalgie, artralgie, vyrážka, pruritus. **IT:** Sedativní účinek antipsychotik, hypnotik, sedativ, anxiolytik a antihistaminik může být zvýšen, v těchto případech je doporučeno snížení dávky. Metabolismus antidepresiv je zrychlován perorálními kontraceptivy, fenytoinem, karbamazepinem a barbituráty. Některá antipsychotika metabolismus antidepresiv inhibují. Tricyklická antidepresiva se nemají podávat souběžně s trazodonem. Je-li trazodon podáván se silným inhibítorem CYP3A4, měla by být zvážena nižší dávka trazodonu. Je však třeba, kdykoliv je to možné, se vyvarovat společného podávání trazodonu a silných CYP3A4 inhibitorů. Pokud je trazodon podáván spolu s přípravky obsahujícími třezalku tečkovanou, nežádoucí účinky mohou být častější. Podání s antikoagulancí a antiagregancí vzácně zvyšuje riziko krvácení. V průběhu léčby trazodonem by neměl být požíván alkohol. **TL:** Data dokazují, že trazodon nemá žádné vedlejší účinky na těhotenství nebo na zdraví plodu či novorozence. Při kojení je nutno zvážit poměr risk/benefit. Vliv na fertilitu není znám. **D:** TRITTICO AC: Obvykle 75-150 mg/den v jedné dávce večer před spaním, lze postupně zvýšit (o 50 mg každý 3.- 4. den) na 300 mg/den ve dvou dílčích dávkách. U hospitalizovaných lze zvýšit na 600 mg/den, v rozdělených dávkách. Doporučená dávka pro starší a oslabené pacienty je snížena na 75-100 mg/den. Po dosažení klinické odpovědi má být dávka udržována alespoň jeden měsíc. Je doporučeno pokračovat v léčbě, dokud pacient nebude 4-6 měsíců bez příznaků. Při ukončení léčby, zejména po dlouhodobější léčbě, je doporučeno postupné snižování dávky. TRITTICO PROLONG: Počáteční dávka 150 mg/den může být zvýšena o 75 mg/den každé tři dny až do maximální dávky 300 mg/den. V některých případech lze počáteční dávku snížit na 75 mg/den. Při léčbě depresí provázených sexuální dysfunkcí se podává 150 mg denně. Doporučená dávka pro starší a oslabené pacienty je snížena na 75 mg/den. Přípravek se podává na lačno a zapije se sklenicí vody, vždy jednou denně, večer. Léčba by měla trvat alespoň jeden měsíc. Náhlemu vysazení léčby je třeba se vyhnout. Při ukončování léčby se má dávka postupně snižovat. Neexistují žádné důkazy, že by byl trazodon návykový. **DRR:** Angelini Pharma Česká republika s.r.o., Palachovo náměstí 799/5, 625 00 Brno, Česká republika **Reg.č.:** Trittico AC 75: 30/504/99-C, Trittico AC 150: 30/505/99-C, Trittico Prolong 150 mg: 30/140/14-C, Trittico Prolong 300 mg: 30/141/14-C **Uchovávání:** Při teplotě do 25 °C, v původním obalu, chránit před světlem a vlhkostí. **Datum poslední revize textu SPC:** Trittico AC: 12.5.2023, Trittico Prolong: 1.11.2020 Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen zdravotními pojišťovnami. Seznamte se, prosím, se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).



# Nefarmakologické přístupy v terapii nespavosti u dospělých

MUDr. Laura Hrehová, MBA<sup>1</sup>, doc. MUDr. Kamal Mezian, Ph.D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Praha

<sup>2</sup>Klinika rehabilitačního lékařství VFN a 1. LF UK, Praha

Spánek patří mezi základní fyziologické potřeby nutné pro udržení fyzického i duševního zdraví. Jednou z nejčastějších spánkových poruch je nespavost, jejímž projevem je opakovaná porucha usínání nebo průběhu spánku (přerušovaný spánek, brzké probouzení či nerestorativní spánek). V terapii insomnie je na prvním místě doporučována nefarmakologická léčba. Cílem tohoto sdělení je seznámení odborné veřejnosti s aktuálními poznatky o nefarmakologické léčbě nespavosti. Mezi základní pilíře patří kognitivně behaviorální terapie. Kognitivně behaviorální terapie odstraňuje konkrétní příčiny nespavosti. Kognitivní složka tohoto přístupu se zaměřuje na odstranění nežádoucích myšlenek způsobujících problémy s usínáním a udržení kvalitního spánku. Druhá část, behaviorální, upravuje pacientovo chování a doporučuje specifická režimová opatření ke zvýšení kvality spánku, např. dodržování zásad spánkové hygieny.

**Klíčová slova:** insomnie, kognitivně behaviorální terapie, spánková hygiena, telemedicína.

## Non-pharmacological approaches for therapy of insomnia in adults

Sleep is a basic physiological need to maintain physical and mental health. Insomnia represents a common unit in the group of sleep disorders. The main accompanying phenomena of insomnia are difficulty falling asleep, interrupted sleep, early awakening, or nonrestorative sleep. Although nonpharmacological therapies are recommended as first-line treatment for insomnia. This article aims to provide an up-to-date review on the nonpharmacologic treatment of insomnia in adults, where the pillar is cognitive behavioral therapy. Its cognitive component focuses on eliminating inappropriate thoughts accompanying insomnia that cause difficulty falling asleep. The second part, behavioral, is focused on the individual's behavior concerning sleep.

**Key words:** insomnia, cognitive behavioral therapy, sleep hygiene, telemedicine.

## Úvod

Spánek má v životě člověka esenciální roli. Jednou z nejčastějších spánkových poruch je nespavost, jejímž projevem je opakovaná porucha usínání nebo průběhu spánku (přerušovaný spánek, brzké probouzení, či nerestorativní spánek) s následným ovlivněním denních aktivit. Potřeba spánku je pro každého jedince individuální. Na základě doporučení American Academy of Sleep Medicine (AASM) a European Sleep Research

Society (ESRS) by měl dospělý člověk spát alespoň 7 hodin denně (1). Se zvyšujícím se věkem však potřeba spánku klesá (2). Podle National Sleep Foundation (NSF) je doporučená doba spánku 7 až 9 hodin pro mladší a 7 až 8 hodin denně pro starší dospělé (3). Kromě věku ovlivňuje délku spánku také tělesná konstituce, druh pracovního zatížení a celková životospráva (4). Dostatečné plnění biologického účelu spánku nezáleží jen na jeho délce, ale také na jeho kvalitě (5).

## DECLARATIONS:

### Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

### Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18<sup>th</sup> WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

### Conflict of interest and financial disclosures:

None.

### Funding/Support:

None.

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2024;25(1):16-21

<https://doi.org/10.36290/psy.2024.002>

Článek přijat redakcí: 7. 6. 2023

Článek přijat k tisku: 27. 7. 2023

MUDr. Laura Hrehová, MBA

[laura.hrehova@gmail.com](mailto:laura.hrehova@gmail.com)

## Patofyziologie insomnie

Patofyziologie insomnie je komplexní a pro její objasnění bylo popsáno více modelů. Koncept „hyperarousalu“ vysvětluje insomnii jako stav hyperaktivity mozku kortexu, který brání navození spánku (6). Kognitivní model vysvětluje nespavost pomocí dysfunkčního myšlení s přehnanými obavami spojenými se spánkem (7). Behaviorální mechanismus objasňuje 3-P model, kterým může dojít ke chronifikaci akutní nespavosti. Jde o kombinaci tří „faktorů P“. Predisponující faktor je charakterizován určitým sklonem k rozvoji nespavosti. Takto predisponovaná osoba se může dostat do náhlé stresové situace s tzv. precipitujícími faktory a následným vznikem akutní nespavosti. Při nedostatečném zpracování akutní stresové situace se mohou objevit maladaptivní mechanismy, tzv. udržující faktory, které navozují chronickou nespavost (8). Neurobiologický model vychází z předpokladu, že v určitých částech mozku dochází během spánku k přetrvávání hladiny aktivace obdobně jako při bdělém stavu (9). Etiopatogeneze nespavosti je však stále předmětem diskuze (10).

## Charakteristika insomnie

Mezinárodní klasifikace poruch spánku a bdění (International classification of sleep disorders, 3rd edition – ICSD-3) dělí nespavost na akutní a chronickou (trvání obtíží nejméně 3 měsíce, minimálně 3x týdně) (11). Základní projevy nespavosti jsou potíže s iniciací, udržením kvalitního spánku a nezotavující spánek s neefektivní regenerací (12). Příznaky nespavosti se v dospělé populaci pohybují v rozmezí 35–50 %. Samotná chronická insomnie má odhadovanou prevalenci 5–15 % (13). Nespavost se vyskytuje ve větší míře u žen a také je častější u starší populace (14). Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition – DSM-5) uvádí, že insomnie jako samostatná nozologická jednotka se může rozvinout buď izolovaně, či sekundárně – komorbidně. Sekundární insomnie se rozvíjí v přítomnosti duševní poruchy, somatického onemocnění, jiné poruchy spánku, nebo na základě užívané medikace (15). Typickými komorbiditami spojenými s nespavostí jsou právě psychické poruchy. Odhaduje se, že 40 % všech pacientů s nespavostí trpí souběžně i psychickým onemocněním (16). Nespavost je také běžným příznakem depresivních a úzkostných

poruch (17). Poruchy spánku u některých neurologických onemocnění (např. roztroušená skleróza, epilepsie, traumatické poranění mozku, neurodegenerativní poruchy aj.) postihují až 90 % pacientů (18). Insomnie je zároveň častým průvodním jevem chronických bolestí (19). Zhoršená kvalita spánku byla dokumentována i u 46 % těhotných žen (20). Další příčinou sekundární insomnie může být emoční trauma, nykturické potíže, chronický kašel, kožní pruritus, zažívací potíže a další. U pracovníků v nočním směnném provozu vznikají poruchy spánku v důsledku narušení cirkadiálního rytmu (21). Prevalence insomnie je studována i u vybraných profesí, včetně lékařských odborností. Z výzkumu autorského kolektivu Mezian et al. vyplývá, že až 64 % rehabilitačních lékařů trpí poruchou spánku (22). Několik studií se zabývalo poruchou spánku u jedinců s abúzem různých druhů látek (např. alkohol či drogy), které bylo spojováno se subjektivní nespavostí a objektivní poruchou kontinuity spánku (23). Poruchy spánku může potencovat i užívaná medikace, např. antidepresiva (24).

Nové klasifikační systémy ICSD-3 a DSM-5 již upustily od klasického dělení insomnie na primární a sekundární.

## Diagnostika insomnie

Diagnostika nespavosti se opírá o anamnézu s důrazem na její spánkové aspekty. Spánková anamnéza může být dokumentována spánkovým deníkem a doplněna dotazníky (25). Z používaných dotazníků se pro subjektivní hodnocení kvality spánku využívají např. Pittsburský index kvality spánku, Epworthská škála spavosti, Index závažnosti insomnie, Index spánkové hygieny. V neposlední řadě může k diagnostice přispět osobní anamnéza včetně farmakologické, rodinné, somatické a psychiatrické, a pochopení pacientova psychosociálního prostředí a kontextu aktuální životní situace. K objektivnímu hodnocení se používá např. aktigrafie, či polysomnografie (indikovaná ve speciálních případech, při podezření na komorbidní, obtížně diagnostikovatelnou poruchu spánku) (26). Mezi nové aplikace monitorace spánku patří i tzv. chytré hodinky a náramky. Typicky používají akcelerometr (pohybový senzor), který poskytuje informace o délce usínání a spánku, s počtem nočních probuzení spolu s přehledem délky trvání jednotlivých stadií spánku. Některá

zařízení rovněž měří dechovou a tepovou frekvenci a tělesnou teplotu. Avšak platí, že současné komerčně dostupné monitory umožňují pouze omezené sledování spánku a poskytují heterogenní data v závislosti na konkrétním přístroji.

## Terapie insomnie

V terapii nespavosti se uplatňují farmakologické a nefarmakologické přístupy. Insomnie vyžaduje správnou diagnostiku, stanovení terapeutického plánu a komplexní hodnocení. Farmakoterapie může být indikována u akutní insomnie nebo je-li neúspěšná nefarmakologická léčba (27). Účinná a bezpečná v léčbě krátkodobé nespavosti (4 týdny) jsou hypnotika třetí generace, tzv. Z hypnotika pro jejich menší návykový potenciál a méně nežádoucích účinků (jako např. malé riziko rebound fenoménu) ve srovnání s benzodiazepiny. Ty jsou spojeny s rozvojem tolerance a rizikem závislosti. Další možností je použití antidepresiv se sedativním působením s dobrou účinností u pacientů s insomnií a depresí, nebo melatonin, hormon produkován epifýzou regulující chronobiologické rytmy, indikován u starších pacientů. U chronické insomnie má být použito farmakoterapie časově ohraničeno na několik týdnů (2–4 týdny) nebo na intermitentní podávání (4–5 dní v týdnu) (28). U pacientů refrakterních na běžně dostupnou léčbu je vhodné vyšetření na specializovaném pracovišti např. na oddělení spánkové medicíny. V souvislosti s pandemií covidu-19 v roce 2020 však 43,5 % těchto pracovišť v České republice a na Slovensku zcela přerušilo provoz a péče o tyto pacienty zůstala na lékařích prvního kontaktu (29).

## Přístupy nefarmakologické terapie

Podle ESRS jsou jako metoda první volby v léčbě nespavosti u dospělých doporučovány přístupy kognitivně behaviorální terapie (KBT), které zahrnují komplexní psychoedukativní přístup (30). Z dostupných nástrojů se využívá relaxačních technik, kontroly stimulů, restrikce spánku, psychoterapie a dodržování zásad spánkové hygieny. Nefarmakologický komplexní přístup, jako je např. KBT, prokázal zlepšení kvality spánku a vybraných zdravotních parametrů populace (31). Podle doporučení AASM jsou u dospělých s chronickou nespavostí nefarmakologické přístupy metodou první volby. Krátkodobá medi-

kamentózní terapie může být v indikovaných případech zvážena jako alternativní nebo doplňková léčba (32). Ze systematické review a metaanalýzy autorského kolektivu Kwon CY et al. také vyplývá, že většina dospělých pacientů s chronickou insomnií léčených nefarmakologickými intervencemi z léčby profituje (33). The American College of Physicians doporučuje, aby dospělí pacienti s příznaky chronické insomnie podstoupili KBT jako úvodní terapeutickou modalitu (34). Česká psychiatrická společnost má také v platnosti doporučený postup pro léčbu insomnie (28).

### Režimová opatření

Spánková hygiena zahrnuje soubor opatření vedoucích k úpravě osobních návyků a optimalizaci podmínek prostředí pro kvalitní spánek. Spánková hygiena může být chápána jako „chování podporující kvalitní spánek“. Původní „desatero spánkové hygieny“ tak, jak jej formuloval Peter Hauri v roce 1977, zahrnuje soubor pravidel zahrnujících dietní a režimová opatření (35). Cílem je vytvoření pevného režimu cyklu spánku a bdění. Pacienti jsou také poučeni o nesprávných návycích vedoucích k poruchám spánku (např. večerní konzumace alkoholu, kofeinu, či spánek během dne).

AASM zavedla diagnostickou kategorii nazvanou „Nevhodné návyky spánkové hygieny“ (Tab. 1) (32). Studován je i vliv působení modrého světla na kvalitu spánku. Modrá část světelného spektra o vlnové délce 400–490 nm vede k supresi sekrece melatoninu a poruchám cirkadiálního rytmu, konkrétně tzv. syndromu zpožděné fáze spánku. Devadesát minut před plánovaným usnutím je vhodné, dle některých autorů, omezit požívání

zařízení emitujících modré světlo (LED žárovky, obrazovky počítačů, televize, tablety a mobily) (36). Alternativou může být nastavení nočního režimu na elektronických zařízeních či použití filtrů modrého světla ve speciálních brýlích (37).

Při řešení problémů se spánkem mají být pacienti s insomnií informováni o základních behaviorálních zásadách spánkové hygieny. Pro ty pacienty, kteří navzdory uvedeným intervencím nadále vykazují příznaky insomnie, mají být léčbou volby další KBT postupy. Terapie by se také měla zaměřit na léčbu komorbidního somatického či psychiatrického onemocnění, abúzu návykových látek nebo jiných poruch, které se mohou podílet na rozvoji nespavosti (38).

### Kognitivně behaviorální terapie

KBT je psychotherapeutický směr, ovlivňující myšlení a chování k terapeutickému záměru. Termín „kognitivní“ souvisí s myšlením a vnímáním, část „behaviorální“ má zase vztah k chování. Tento přístup nehledá příčiny v minulosti, ale zaměřuje se na aktuální prožívání a chování. Má využití v terapii široké škály psychických poruch, typicky při depresi a úzkosti. KBT je multimodální přístup zahrnující kognitivní postupy, behaviorální intervence, edukace a nácvik relaxace. KBT je založena na teorii která postuluje, že myšlenky, emoce, fyzické symptomy a chování jsou propojeny. Kromě psychotherapeutického pohovoru je důležitou součástí léčby i vedení spánkového deníku. Pro úspěšnost těchto přístupů je nutná motivace a spolupráce pacienta. Nebehaviorální psychotherapie může být zvážena ve vybraných případech, například pokud pacient trpí jiným přidruženým psychickým onemocněním. KBT si klade za cíl rychlé a efektivní odstranění

symptomů. Edukace pacienta je prvním z pilířů a je důležitá pro jeho motivaci. Typické sezení má v KBT délku 50–90 minut (5). Spolupráce může podle individuální potřeby klienta trvat kratší nebo delší dobu a bývá typicky ohraničena na 10–20 sezení. KBT je strukturovaná, časově omezená, zaměřená na problém a cíl, učí strategiím a dovednostem a je založena na proaktivním terapeutickém vztahu terapeuta a klienta (39). Více než 25 let vysoce kvalitního výzkumu KBT prokázalo trvalé zlepšení kvality spánku u osob s nespavostí (40). Po šesti týdnech KBT programu dokumentovala Janků se spolupracovníky významné zkrácení doby mezi ulehnutím a usnutím, zvýšení celkové doby spánku i jeho kvality (41). Mezi nástroje KBT patří např. změna spánkových návyků a ovlivnění negativních myšlenek přispívajících k úzkosti a stresu z nespavosti pomocí relaxačních technik (42). KBT se ukázala jako efektivní, problémem ale zůstává její dostupnost (43). V současné době se však vyvíjí rychlým tempem tzv. ICBT – Internet Cognitive Behavioral Therapy (44). Studie autorů Erten Uyumaz et al. hodnotila klady a zápory používání internetových platform KBT. Výsledky ukázaly, že ICBT umožňuje lepší dostupnost, okamžitou podporu a analýzu pokroku (45). Další studie poukazují na to, že telemedicínské poskytování KBT pro léčbu nespavosti nemá horší výsledky než terapie osobní, nehledě na závažnost symptomů. Zásadní výhodou ICBT je např. časová flexibilita a okamžitá podpora, nevýhodou je větší míra noncompliance (46). Z výsledků randomizované studie autorského kolektivu Arnedt et al. vyplývá, že ICBT upravila projevy nespavosti, efektivitu spánku, jeho subjektivní kvalitu, probouzení po usnutí, latenci nástupu spánku, celkovou dobu spánku a počet nočních probuzení (47). ICBT je některými autory považována za alternativu ke standardní metodě (48). V terapii insomnie má potenciál zaplnit mezeru vytvořenou nepoměrem mezi prevalencí nespavosti a počtem vyškolených odborníků v KBT (49). V rámci České republiky může pacient vyhledat pomoc terapeuta edukovaného v KBT na webových stránkách České společnosti KBT.

### Kognitivní postupy

Kognitivní psychotherapie má za cíl ovlivnění vnímání samotného spánku a myšlenek interferujících s kvalitou spánku. Cílí hlavně na negativní myšlenky a dysfunkční přesvědčení o nespavosti a všech důsledcích, které z ní pramení. Poměrně časté jsou nerealistické představy o nezbytné délce

Tab. 1. Nevhodné návyky spánkové hygieny (upraveno podle AASM) (32)

1	Spánek přes den alespoň dvakrát týdně
2	Vstávání nebo ulehávání do postele každý den v jinou dobu
3	Sport 1 hodinu a méně před ulehnutím ke spánku
4	Trávení času v posteli déle, než je nezbytně nutné (např. čtením, prací na laptopu, přemýšlením)
5	Konzumace alkoholu, tabáku nebo kofeinu do 4 hodin před ulehnutím či spánkem
6	Před spaním vykonávání činností jako např. hraní videoher, surfování na internetu...
7	Ulehávání do postele s pocitem stresu, vzteku, rozrušení nebo nervozity
8	Používání postele i k jiným účelům než ke spaní nebo sexu (např. sledování televize, čtení, večeření nebo práce na laptopu)
9	Spánek na nepohodlné posteli (např. špatná postel, matrace, polštář nebo nevhodná příkrývka)
10	Spánek v nevyhovující místnosti (např. příliš vysoká či nízká teplota, hluk)
11	Před spaním vykonávání práce vyžadující soustředění (např. pracovní povinnosti, placení účtů, studium)
12	Přemýšlení, plánování nebo dělání si starostí večer po ulehnutí
13	Používání zařízení emitujících modré světlo (LED žárovky, obrazovky počítačů, televize, tablety a mobily) devadesát minut před usnutím (36)

## Adéla už může zase studovat

**ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU:** Abilify Maintena 400 mg prášek a rozpouštědlo pro injekční suspenzi s prodlouženým uvolňováním. Abilify Maintena 400 mg prášek a rozpouštědlo pro injekční suspenzi s prodlouženým uvolňováním v předplněné injekční stříkačce. **LÉČIVÁ LÁTKA:** Jedna injekční lahvička/předplněná injekční stříkačka obsahuje aripirazol 400 mg. Po rekonstrukci jeden ml suspenze obsahuje aripirazol 200 mg. **INDIKACE:** Přípravek Abilify Maintena je indikován k udržovací léčbě schizofrenie u dospělých pacientů stabilizovaných pomocí perorálně podávaného aripirazolu. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ:** U pacientů, kteří nikdy neužívali aripirazol, musí být před zahájením léčby pomocí Abilify Maintena zjištěna snášenlivost perorálně podávaného aripirazolu. Přípravek Abilify Maintena je určen pouze k intramuskulárnímu podání a nesmí se podávat intravenózně nebo subkutánně. Počáteční dávka lze podat jedním z následujících dvou režimů: Zahájení jednou injekcí: V den zahájení léčby podejte jednu injekci se 400 mg přípravku Abilify Maintena a pokračujte v léčbě perorálním aripirazolem v dávce 10 až 20 mg denně po 14denní období, aby se v organismu udržela terapeutická koncentrace aripirazolu dosažená při zahájení léčby. Suspenze se má aplikovat pomalu v jedné injekci do hýžděového nebo deltového svalu (dávky se nesmí dělit). Je třeba dbát na to, aby se injekce náhodně neaplikovala do cévy. Zahájení dvěma injekcemi: V den zahájení léčby podejte do dvou různých míst ve dvou různých svalích dvě samostatné injekce se 400 mg přípravku Abilify Maintena (viz způsob podání v SmPC) spolu s jednou 20mg dávkou perorálního aripirazolu. Pokud má být léčba zahájena dvěma injekcemi, aplikujte je do dvou různých míst ve dvou různých svalích. Neaplikujte obě do stejného deltového nebo hýžděového svalu. Pokud je pacient pomalým metabolizátorem CYP2D6, viz SmPC. Po úvodní injekci je doporučená udržovací dávka přípravku Abilify Maintena 400 mg. Podává se jednou měsíčně jako jedna injekce (nejdříve 26 dní po předchozí injekci). Starší osoby: Bezpečnost a účinnost u pacientů ve věku 65 let a starších není stanovena. Porucha funkce ledvin: Úprava dávkování není vyžadována. Porucha funkce jater: U pacientů s lehkou až středně těžkou poruchou funkce jater se nevyžaduje úprava dávkování. Doporučení pro pacienty s těžkou poruchou funkce jater nelze stanovit. U těchto pacientů se dávkování má řídit opatrně. Má být upřednostněna perorální forma. Osoby se známým pomalým metabolizmem CYP2D6 a úpravu dávky z důvodu interakce se silnými inhibitory CYP2D6 a/nebo inhibitory CYP3A4 a/nebo induktry CYP3A4. Přečtěte si, prosím, úplné znění Souhrnu údajů o přípravku pro informace. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost přípravku Abilify Maintena u dětí a dospívajících ve věku 0–17 let nebyla stanovena. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo pomocné látky. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ:** Zlepšení klinického stavu pacienta může nastat během antipsychotické léčby po několika dnech až týdnech, pacienti mají být v tomto období pečlivě sledováni. Abilify Maintena se nesmí používat k léčbě pacientů ve stavu akutní agitovanosti nebo těžké psychózy. Výskyt sebevražedného chování byl v některých případech hlášen častěji po zahájení nebo změně antipsychotické léčby – výsocy rizikovi pacienti mají být důkladně sledováni. Přípravek se má používat s opatrností u pacientů se známým kardiovaskulárním onemocněním, s cerebrovaskulárním onemocněním, se stavu, který by mohl pacienty predisponovat k hypotenzi nebo hypertenzi, s prodloužením QT intervalu v rodinné anamnéze, u pacientů, kteří mají záchvatové onemocnění v anamnéze nebo mají stavy provázané záchvaty. Ezofageální dysmotilita a aspirace byly pozorovány ve spojení s aripirazolem. Aripirazol má být užíván s opatrností u pacientů s rizikem aspirační pneumonie. V souvislosti s užíváním antipsychotik byly hlášeny případy žilního tromboembolismu (VTE). U pacientů má být před a během léčby přípravkem Abilify Maintena rozpoznány všechny možné rizikové faktory pro VTE a mají být provedena preventivní opatření. Případy akutní dyskineze vzniklé při léčbě aripirazolem byly hlášeny méně často. Pokud se u pacienta užívajících přípravek Abilify Maintena projeví známky a příznaky tardivní dyskineze, má se zvážit snížení dávky nebo přerušení léčby. Tyto příznaky se mohou dočasně zhoršit nebo mohou dokonce vzniknout až po přerušení léčby. V klinických studiích byly v souvislosti s léčbou aripirazolem hlášeny vzácné případy neuroleptického maligního syndromu (NMS). Objeví-li se u pacienta známky a příznaky příznakné pro NMS nebo nevyvratitelná vysoká horečka bez dalších klinických projevů NMS, podávání všech antipsychotik, včetně aripirazolu musí být přerušeno.

Přípravek může způsobit somnolenci, posturální hypotenzi a motorickou a senzickou nestabilitu, což může vést k pádům. Při léčbě rizikových pacientů (např. seniorů nebo oslabených pacientů) je třeba dbát zvýšené opatrnosti a zvážit zahájení léčby nižší dávkou. Přípravek Abilify Maintena není určen k léčbě pacientů s psychózou spojenou s demencí. U pacientů léčených aripirazolem byla zaznamenána hyperglykemie. Pacienti mají být sledováni kvůli známám a příznakům hyperglykemie a diabetes mellitus nebo ti s rizikovými faktory diabetu mají být pravidelně sledováni z hlediska možného zhoršení glukózové tolerance. U aripirazolu se mohou objevit hypersenzitivní reakce, vyznačující se alergickými příznaky. Během postmarketingového sledování bylo u pacientů, kterým byl předepsán perorálně užívaný aripirazol, zaznamenáno zvýšení tělesné hmotnosti. Pokud k němu dojde, je obvykle spojeno s významnými rizikovými faktory. Pacienti mohou při užívání aripirazolu pociťovat větší nůtkání, zejména k hazardnímu hraní, a neschopnost tato nůtkání kontrolovat. Jmá hlášená nůtkání zahrnují: zvýšená sexuální nůtkání, nůtkavé nakupování, záchvatovitě nebo kompulzivně přejídání a jiné impulzivní a kompulzivní chování. Je důležité, aby se osoby, které lék předepisují, konkrétně zeptaly pacientů nebo jejich pečovatelů na rozvoj nových nebo zesílení stávajících nůtkání. Pokud se u pacienta při užívání aripirazolu rozvinou taková nůtkání, zvažte snížení dávky nebo vysazení léku. Je třeba opatrnosti při řízení nebo obsluhování strojů kvůli potenciálním účinkům na nervový systém a zrak, jako je sedace, somnolence, synkopa, rozmazané vidění, diplopie. Abilify Maintena se nesmí používat při ošetřování pacientů ve stavu akutní agitovanosti nebo těžké psychózy, kdy je okamžitě nutno dostat příznaky pod kontrolu. Tento léčivý přípravek obsahuje méně než 1 mmol (23 mg) sodíku v jedné dávce, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku“. **INTERAKCE:** Aripirazol může zvyšovat účinek některých antihypertenziv. Vzhledem k primárnímu účinku aripirazolu na CNS je zapotřebí věnovat zvýšenou pozornost, pokud je aripirazol podáván v kombinaci s alkoholem nebo jinými léčivými přípravky působícími na CNS, které mají podobné nežádoucí účinky. Pokud je aripirazol podáván současně s léčivými přípravky, o nichž je známo, že prodlužují QT interval nebo způsobují nerovnováhu elektrolytů, je nutné postupovat s opatrností. Viz Souhrn údajů o přípravku, kde jsou uvedena doporučení pro úpravu dávky, pokud se přípravek používá současně se silnými inhibitory CYP2D6 a/nebo CYP3A4. Současné podávání induktrů CYP3A4 není vhodné, protože se snižují hladiny aripirazolu v krvi a mohou se snížit až pod účinnou mez. U pacientů užívajících aripirazol byly hlášeny případy serotonového syndromu; může se objevit zejména při současném užívání s jinými serotonergními léčivými přípravky, jako jsou SSRI/SNRI, nebo s jinými léčivými přípravky, o kterých je známo, že zvyšují koncentraci aripirazolu. **FERTILITA, TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Přípravek by neměl být užíván během těhotenství, aniž by očekávaný přínos jasně odůvodňoval potenciální riziko pro plod. U novorozenců, kteří byli vystaveni antipsychotikům během třetího trimestru těhotenství, existuje riziko výskytu nežádoucích účinků zahrnujících extrapyramidové příznaky a/nebo příznaky z vysazení. Novorozenci proto musí být pečlivě sledováni. Aripirazol/metabolity se vylučují do lidského mléka. Na základě posouzení prospěšnosti kojení pro dítě a prospěšnosti léčby pro matku je nutno rozhodnout, zda přerušit kojení nebo ukončit/přerušit léčbu aripirazolem. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** Další informace, viz úplné znění Souhrnu údajů o přípravku. Časté ( $\geq 1/100$  až  $< 1/10$ ): zvýšení tělesné hmotnosti, diabetes mellitus, snížení tělesné hmotnosti, agitovanost, úzkost, neklid, insomnie, extrapyramidová porucha, akatie, tremor, dyskineze, sedace, somnolence, závrať, bolest hlavy, sucho v ústech, myokardialeitální zhušťost, erektilní dysfunkce, bolest v místě injekce, indurace v místě injekce, únava, zvýšená kreatinfosfokináza v krvi. Méně časté ( $\geq 1/1000$  až  $< 1/100$ ): neutropenie, anemie, trombocytopenie, snížený počet neutrofilů, snížený počet leukocytů, hypersenzitivita, snížená hladina proaktinu v krvi, hyperprolaktinemie, hyperglykemie, hypercholesterolemie, hyperinzulinemie, hypertriglyceridemie, porucha chuti k jídlu, sebevražedná představa, psychotická porucha, halucinace, blud, hypersexuálnost, panická reakce, deprese, afektivní labilita, apatie, dysforie, porucha spánku, bruxismus, snížená libido, změněná nálada, dystonie, tardivní dyskineze, porucha pohybu, psychomotorická hyperaktivita, syndrom neklinických nohou, fenomén ozubeného kola, hypertenze, bradykineze, slinění, dysgeuzie, parosmie, okulogrická krize, rozmazané vidění, bolest oka, diplopie, fotofobie, komorové extra-

systoly, bradykardie, tachykardie, snížení amplitudy T vlny na elektrokardiogramu, abnormální elektrokardiogram, inverze T vlny na elektrokardiogramu, hypertenze, ortostatická hypotenze, zvýšený krevní tlak, kašel, škytavka, gastroesofageální reflux, dyspepsie, zvracení, diaree, nauzea, bolest v epigastriu, brániční diskomfort, obtíže, časté vyprázdnování střev, hypersekrece slin, abnormální funkční jaterní test, zvýšené jaterní enzymy, zvýšená alaninaminotransferáza, zvýšená gama-glutamyltransferáza, zvýšený bilirubin v krvi, zvýšená aspartátaminotransferáza, alopecie, akné, rosacea, ekzém, kožní indurace, svalová rigidita, svalové spasmusy, svalové fascikulace, tuhost svalů, myalgie, bolest v končetině, artralgie, bolest zad, omezená kloubní hybnost, rigidita šje, trismus, nefrolitiáza, glykosurie, galaktorea, gynekomastie, citlivost prsu, vulvovaginální suchost, pyrexie, astenie, porucha chůze, hrudní diskomfort, reakce v místě injekce, erytém v místě injekce, zduření v místě injekce, diskomfort v místě injekce, pruritus v místě injekce, žízeň, pomalost, zvýšená glykemie, snížená glykemie, zvýšený glykosylovaný hemoglobin, zvýšený obvod pasu, snížený cholesterol v krvi, snížení triglyceridů v krvi. Není známo (z dostupných údajů nelze určit): leukopenie, alergická reakce (např. anafylaktická reakce, angioedém, včetně žduřelého jazyka, edému jazyka, edému obličeje, pruritu nebo kopřivky), diabetické hyperosmolární koma, diabetická ketoacidóza, anorexie, hyponatémie, dokonaná sebevražda, sebevražedný pokus, patologické hrávrství, poruchy kontroly impulzivního chování, záchvatovitě přejídání se, kompulzivní nakupování, porománie, nervozita, agresivita, neuroleptický maligní syndrom, grand mal záchvat, serotonový syndrom, porucha řeči, náhlá nevyvratitelná smrt, srdeční zástava, torsade de pointes, komorová arytmie, prodloužení QT intervalu, synkopa, žilní tromboembolismus (včetně plícní embolie a hluboké žilní trombózy), orofaryngeální spasmus, larýngospasmus, aspirační pneumonie, pankreatitida, dysfagie, selhání jater, ikterus, hepatitida, zvýšená alkalická fosfatáza, vyrážka, fotosenzitivní reakce, hyperhidróza, léková reakce s ezozimofilií a systémovými příznaky (DRESS), rhabdomyolýza, močová retence, močová inkontinence, syndrom z vysazení léku u novorozenců, priapismus, porucha termoregulace (hypotermie, pyrexie), bolest na hrudi, periferní otok, kolikání hladiny glukózy v krvi. **PŘEDÁVKOVÁNÍ:** Je třeba podřídná terapie, zajišťující dostatečné průchodné dýchací cesty, oxygenaci a ventilaci, a na zvládnění příznaků. Ihned by se tudíž mělo začít s monitorováním kardiovaskulárního systému včetně průběžného monitoringu EKG. Případné nežádoucí účinky prosím hláste na: Otsuka Pharmaceuticals Europe Ltd prostřednictvím e-malové adresy: [vigilance@otsuka-europe.com](mailto:vigilance@otsuka-europe.com). **UCHOVÁVÁNÍ:** Chraňte před mrazem. Podmínky uchování pro rekonstrukci viz úplné znění Souhrnu údajů o přípravku. **VELIKOST BALENÍ:** prášek a rozpouštědlo 400 mg (EU/1/13/882/002); předplněná injekční stříkačka 400 mg (EU/1/13/882/006). **DŘÍTELÉ ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** Otsuka Pharmaceutical Netherlands B.V., Henkerbergweg 292, 1101 CT, Amsterdam, Nizozemsko. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** Abilify Maintena 400 mg prášek a rozpouštědlo pro injekční suspenzi s prodlouženým uvolňováním: EU/1/13/882/001-004; Abilify Maintena 400 mg prášek a rozpouštědlo pro injekční suspenzi s prodlouženým uvolňováním v předplněné injekční stříkačce: EU/1/13/882/005-008. **DATUM REGISTRACE:** 15. listopadu 2013. **DATUM POSLEDNÍHO PRODLOUŽENÍ REGISTRACE:** 27. srpna 2018. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU:** 13. 10. 2021. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE ZKRÁCENÉ INFORMACE:** říjen 2021. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Předtím, než přípravek Abilify Maintena předepíšete, přečtěte si, prosím, úplné znění Souhrnu údajů o přípravku. Podrobné informace o tomto léčivém přípravku jsou k dispozici na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky na adrese <http://www.ema.europa.eu>. **KONTAKT:** Lundbeck Česká republika s. r. o., Bozděchova 7, 150 00 Praha 5, tel.: 225 275 600, [www.lundbeck.cz](http://www.lundbeck.cz)

spánku, které mohou upevňovat dojem nekvalitního spánku a přispět k vytvoření bludného kruhu. Žádoucím výsledkem je odstranění úzkosti a excitovanosti spojené s nespavostí (50). Nejprve jsou tyto stresory identifikovány, následně tyto negativní myšlenky či obavy pacient nahrazuje alternativní interpretací.

### Behaviorální intervence

Behaviorální terapie klade důraz na změnu maladaptivního chování. Individuální nebo skupinová terapie se zaměřuje na vytvoření nových vzorců chování, k tomuto využívá i direktivních přístupů. V léčbě nespavosti se uplatňuje metoda restrikce spánku, metoda kontroly stimulů, edukace zásad spánkové hygieny a nácvik relaxačních technik.

Spánková restrikce. Nástrojem metody spánkové restrikce je omezení času stráveného na lůžku na minimální nezbytně nutnou dobu, s cílem navození mírné spánkové deprivace a vzniku ospalosti v čase plánovaného ulehnutí ke spánku. Je definován čas ulehnutí ke spánku a čas vstávání z lůžka. Celková doba spánku by však neměla být kratší než 5 h (51). S použitím spánkového deníku je následně doba spánku postupně titrována k dosažení optimálního zotavení.

Paradoxní záměr spočívá v ulehnutí na lůžko s aktivní snahou neusnout. V některých případech může tato technika snížit anxieta z neusnutí a spánek iniciovat.

Kontrola stimulů. Terapie kontroly stimulů je soubor režimových opatření směřujících k vytvo-

ření asociace ložnice/lůžka se spánkem a vytvoření pevného režimu cyklu spánku a bdění. Mezi tyto zásady patří: 1) ulehnutí na lůžko pouze při pocitu ospalosti, 2) opustit lůžko při neschopnosti usnout do 15–20 minut, 3) používat lůžko pouze na spaní, 4) vstávat každé ráno ve stejný čas, 5) nepospávat během dne (52).

Tyto postupy se částečně překrývají s pravidly spánkové hygieny (ty však obsahují ještě další behaviorální komponenty). Kombinace těchto návyků by měla vyústit v normalizaci pravidelného cyklu spánku a bdění.

### Relaxační techniky

Autogenní trénink je relaxační psychoterapeutická metoda, využívající autosugestivní formulace (např. „jsem zcela klidný, odpočívám, celé tělo je těžké“), jejíž základy položil v roce 1932 německý psychiatr Johannes Heinrich Schultz. Ann Bowden se spoluautory (53) na kohortě 112 pacientů s poruchou spánku dokumentovali příznivý vliv osmítýdenního programu o frekvenci jedenkrát týdně s využitím autogenního tréninku na čas potřebný pro usnutí a pocitu dostatečného zotavení po probuzení. Mezi další relaxační techniky patří např. Ostova progresivní relaxace a imaginace či Jacobsonova progresivní myorelaxace. Cílem Ostovy metody je schopnost relaxace v krátkém čase (20–30 sekund), s následným snížením úzkosti (54). Jacobsonova progresivní myorelaxace má za cíl snížení somatického napětí a kognitivní excitace, které mohou negativně

ovlivnit kvalitu spánku (55). Její účinnost byla prokázána i u dalších klinických stavů, např. u nádorového onemocnění, prenatální úzkosti a nemoci covid-19 (56–58).

### Alternativní přístupy

Evropské směrnice pro diagnostiku a léčbu nespavosti nedoporučují akupunkturu, kozlík lékařský a další fytotherapeutika, aromaterapii a reflexní terapii nohou k léčbě nespavosti kvůli nedostatečným důkazům. Není bez zajímavosti, že tyto přístupy a produkty k léčbě poruch spánku jsou celosvětově populární a v posledních dvou desetiletích byly intenzivně studovány (30).

### Závěr

Nespavost představuje závažný problém, se kterým se v našich ambulancích často setkáváme. Obecně má negativní dopad na psychickou i fyzickou stránku člověka. I navzdory tomu, že farmakoterapie může být v určitých případech prospěšná, obecně má být ve světle jejich nežádoucích účinků preferován přístup nefarmakologický. Ke zlepšení kvality spánku je potřebná spolupráce pacienta, a to ve smyslu změny životního stylu, úpravy dlouhodobých návyků, dodržování zásad spánkové hygieny, pravidelné pohybové aktivity a ochrany před stresem. Každý lékař by měl znát obecné zásady KBT a své pacientů insomnií včasné edukovat o kontrole stimulů a spánkové hygieně.

*Podpořeno MZ ČR – RVO-VFN64165.*

### LITERATURA

1. Watson NF, Badr MS, Belenky G, et al. Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society on the Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: Methodology and Discussion. *Sleep*. 2015;38(8):1161-83.
2. Minjung K, Yoo-Hyun U, Tae-Won K, et al. Association Between Age and Sleep Quality: Findings From a Community Health Survey. *Sleep Med Res*. 2021;12(2):155-160.
3. Hirshkowitz M, Whitton K, Albert SM, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health*. 2015;1(1):40-43.
4. Ikeda Y, Morita E, Muroi K, et al. Relationships between sleep efficiency and lifestyle evaluated by objective sleep assessment: Sleep Epidemiology Project at University of Tsukuba. *Nagoya J Med Sci*. 2022;84(3):554-569.
5. Praško J, Grambal A, Šlepecký M, et al. Skupinová kognitivně-behaviorální terapie. Praha: Grada; 2019.
6. Riemann D, Spiegelhalder K, Feige B, et al. The hyperarousal model of insomnia: a review of the concept and its evidence. *Sleep Med Rev*. 2010;14(1):19-31.
7. Harvey AG. A cognitive model of insomnia. *Behav Res Ther*. 2002;40(8):869-93.
8. Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB. A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatr Clin North Am*. 1987;10(4):541-53.

9. Buysse DJ, Germain A, Hall M, et al. A Neurobiological Model of Insomnia. *Drug Discov Today Dis Models*. 2011; 8(4):129-137.
10. Kryger MH, Roth T, Goldstein C. Principles and practice of sleep medicine. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021.
11. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders. 3rd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
12. Nevšimalová S, Šonka K. Poruchy spánku a bdění. Praha: Galén; 2020.
13. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev*. 2002;6(2):97-111.
14. Morin CM, Jarrin DC. Epidemiology of Insomnia: Prevalence, Course, Risk Factors, and Public Health Burden. *Sleep medicine clinics*. 2022;17(2):173-191.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
16. Winokur A. The Relationship Between Sleep Disturbances and Psychiatric Disorders: Introduction and Overview. *The Psychiatric clinics of North America*. 2015;38(4):603-614.
17. Ancoli-Israel S. The impact and prevalence of chronic insomnia and other sleep disturbances associated with chronic illness. *Am J Manag Care*. 2006;12(8 Suppl):S221-9.
18. Mayer G, Happe S, Evers S, et al. Insomnia in neurological di-

19. Kec D, Bednařík J, Ludka O, et al. Treatment of insomnia in the context of neuropathic pain. *Cesk Slov Neurol N*. 2019;82:513-517.
20. Sedov ID, Cameron EE, Madigan S, Tomfohr-Madsen LM. Sleep quality during pregnancy: A meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2018;38:168-176.
21. Sim J, Yun BY, Lee J, et al. The Association Between the Number of Consecutive Night Shifts and Insomnia Among Shift Workers: A Multi-Center Study. *Front Public Health*. 2021;9:761279.
22. Mezian K, Hrehová L. High prevalence of insomnia among psychiatrists in the Czech Republic: A web-based questionnaire survey. *Work*. 2023;75(2):657-666.
23. Hasler BP, Smith LJ, Cousins JC, et al. Circadian rhythms, sleep, and substance abuse. *Sleep Med Rev*. 2012;16(1):67-81.
24. Pretl M. Hypnotika v léčbě nespavosti. *Klin Farmakol Farm*. 2019;33(1):38-42.
25. Kec D, Ludka O, Hamerníková V, et al. Současné trendy v léčbě a diagnostice chronické nespavosti. *Česká a slovenská Psychiatrie*. 2020;116(3):139-149.
26. Buysse DJ, Ancoli-Israel S, Edinger JD, et al. Recommendations for a standard research assessment of insomnia. *Sleep*. 2006;29(9):1155-73.
27. Hrehová L, Mezian K. Non-pharmacologic treatment of insomnia in primary care settings. *Int J Clin Pract*. 2021;75(6):e14084.

28. Šonka K, Espa-Červená K. Insomnie dospělých - diagnostika. In: Doporučené postupy psychiatrické péče Psychiatrické společnosti ČLS JEP; 2018. <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/specialnipsychiatrie/f5-poruchy-prijmu-potravy/insomnie-dospeli-diagnostika>.
29. Genzor S, Sova M, Mucska I, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on sleep medicine in the Czech Republic and Slovakia. *Cesk Slov Neurol N* 2020;83/116(4):421-423.
30. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*. 2017;26(6):675-700.
31. MacLeod S, Musich S, Kraemer S, et al. Practical non-pharmacological intervention approaches for sleep problems among older adults. *Geriatric nursing* (New York, N.Y.). 2018;9(5):506-512.
32. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, revised: Diagnostic and coding manual. Chicago, Illinois: American Academy of Sleep Medicine; 2001.
33. Kwon CY, Lee B, Cheong MJ, et al. Non-pharmacological Treatment for Elderly Individuals With Insomnia: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Front Psychiatry*. 2021;28(11):608896.
34. Qaseem A, Kansagara D, Forcica MA, et al. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2016;165(2):125-33.
35. Hauri PJ. Current Concepts: The Sleep Disorders. Kalamazoo, MI: The Upjohn Company; 1977.
36. Toutou Y, Toutou D, Reinberg A. Disruption of adolescents' circadian clock: The vicious circle of media use, exposure to light at night, sleep loss and risk behaviors. *J Physiol Paris*. 2016;110(4 Pt B):467-479.
37. Janků K, Šmotek M, Fárková E, et al. Block the light and sleep well: Evening blue light filtration as a part of cognitive behavioral therapy for insomnia. *Chronobiol Int*. 2020;37(2):248-259.
38. Morin CM, Espie CA. *Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment*. Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2003.
39. Pešek R, Praško J, Štípek P. Kognitivně behaviorální terapie v praxi. Praha: Portál; 2013.
40. Anderson KN. Insomnia and cognitive behavioural therapy-how to assess your patient and why it should be a standard part of care. *Journal of thoracic disease*. 2018;10(Suppl 1):S94-S102.
41. Janků K, Šmotek M, Fárková E, et al. Subjective-objective sleep discrepancy in patients with insomnia during and after cognitive behavioural therapy: An actigraphy study. *J Sleep Res*. 2020;29(4):e13064.
42. Edinger JD, Means MK. Cognitive-behavioral therapy for primary insomnia. *Clin Psychol Rev*. 2005;25(5):539-58.
43. Zachariae R, Lyby MS, Ritterband LM, et al. Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Med Rev*. 2016;30:1-10.
44. Kim M, Kim Y, Go Y, et al. Multidimensional Cognitive Behavioral Therapy for Obesity Applied by Psychologists Using a Digital Platform: Open-Label Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020;8(4):e14817.
45. Erten Uyumaz B, Feijs L, Hu J. A Review of Digital Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I Apps): Are They Designed for Engagement? *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(6):2929.
46. Luik AI, Kyle SD, Espie CA. Digital Cognitive Behavioral Therapy (dCBT) for Insomnia: a State-of-the-Science Review. *Curr Sleep Med Rep*. 2017;3(2):48-56.
47. Arnedt JT, Conroy DA, Mooney A, et al. Telemedicine versus face-to-face delivery of cognitive behavioral therapy for insomnia: a randomized controlled noninferiority trial. *Sleep*. 2021;44(1):zsa136.
48. Beun RJ. Persuasive strategies in mobile insomnia therapy: alignment, adaptation, and motivational support. *Pers Ubiquit Comput*. 2013;1187-1195.
49. Pchelina P, Poluektov M, Berger T, et al. Effectiveness and Cost-Effectiveness of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Clinical Settings. *Front Psychiatry*. 2020;11:838.
50. Pigeon WR. Treatment of adult insomnia with cognitive-behavioral therapy. *J Clin Psychol*. 2010;66(11):1148-60.
51. Kyle SD, Madigan C, Begum N, et al. Primary care treatment of insomnia: study protocol for a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial comparing nurse-delivered sleep restriction therapy to sleep hygiene (the HABIT trial). *BMJ Open*. 2020;10(3):e036248.
52. Bootzin RR. A stimulus control treatment for insomnia. *Proceedings of the American Psychological Association*. 1972;395-396.
53. Bowden A, Lorenc A, Robinson N. Autogenic Training as a behavioural approach to insomnia: a prospective cohort study. *Prim Health Care Res Dev*. 2012;13(2):175-85.
54. Ost LG. Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. *Behav Res Ther*. 1987;25(5):397-409.
55. Jacobson E. *Progressive Relaxation*. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1938.
56. Gok Metin Z, Karadas C, Izgu N, et al. Effects of progressive muscle relaxation and mindfulness meditation on fatigue, coping styles, and quality of life in early breast cancer patients: An assessor blinded, three-arm, randomized controlled trial. *Eur J Oncol Nurs*. 2019;42:116-125.
57. Rajeswari S, SanjeevaReddy N. Efficacy of Progressive Muscle Relaxation on Pregnancy Outcome among Anxious Indian Primi Mothers. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2019;25(1):23-30.
58. Liu K, Chen Y, Wu D, et al. Effects of progressive muscle relaxation on anxiety and sleep quality in patients with COVID-19. *Complement Ther Clin Pract*. 2020;39:101132.

# Čtvrtstoletí zkušeností se vzdáváním lékařů

Uspořádali jsme  
**1 140 kongresů  
a seminářů**



Při on-line vzdávání jsme zaregistrovali  
**31 960 lékařů**



Počet **zobrazení** webových stránek  
našich časopisů je **959 120** za měsíc



Nevňujeme se jen práci.  
V Solenu se narodilo **45 dětí**



V našich časopisech  
jsme vydali **16 523**  
odborných článků

# Internetové intervence pro jedince s příznaky deprese

PhDr. Marie Ocisková, Ph.D.<sup>1,2,5</sup>, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.<sup>1-5</sup>,  
Jelena Holomany, Msc.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc

<sup>2</sup>Jessenia, a. s. – Rehabilitační nemocnice Beroun, AKESO holding, Beroun

<sup>3</sup>Katedra psychologických věd, Fakulta sociálních věd a zdravotnictví, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Slovenská republika

<sup>4</sup>Katedra psychoterapie, IPVZ Praha

<sup>5</sup>Mindwalk, s. r. o., Praha

Depresivní porucha patří mezi časté psychické poruchy. Podstatná část pacientů s touto poruchou se nedostává k adekvátní terapii. Mezi hlavní důvody patří snížená dostupnost péče a strach ze stigmatizace. V řadě západních zemí, jako jsou Švédsko, Austrálie, Německo, Velká Británie, Nizozemí, Švýcarsko nebo Spojené státy, tyto bariéry snižují internetové terapeutické programy, které představují účinnou a nízkonákladovou pomoc jedincům s lehkými až středně závažnými příznaky deprese. Tyto programy zpravidla vychází z principů kognitivně behaviorální terapie a psychoedukace, mají interaktivní obsah a sebezkušenostní cvičení. Většina nabízí i pomoc vyškoleného terapeuta. Programy bez podpory terapeuta jsou také účinné. Ukazuje se však, že intervence s intervencemi terapeuta vykazují vyšší efektivitu. Některé země, jako je Velká Británie, mají bohatou tradici výzkumu účinnosti těchto programů a zařadily je do krokové péče a doporučených postupů léčby. V České republice dosud tyto programy chyběly. Česká platforma Mindwell nabízí internetový KBT program pro jedince s lehkými a středně těžkými příznaky deprese. Tento program má 12 modulů, ve kterých se systematicky rozvíjejí jednotlivé internetové strategie účinné pro zmírňování deprese. V současnosti se dokončuje výzkum uživatelské přívětivosti programu, v blízké budoucnosti bude následovat analýza jeho účinnosti.

**Klíčová slova:** deprese, elektronické zdravotnictví, on-line terapie, on-line psychoedukace, kognitivně behaviorální terapie.

## Online interventions for individuals with symptoms of depression

Depressive disorder is a common mental disorder. A considerable part of the patients does not receive adequate therapy. The main reasons are the low availability of treatment and fear of stigmatisation. Online therapeutic programs reduce these barriers in many Western countries, such as Sweden, Australia, Germany, the United Kingdom, the Netherlands, Switzerland, and the United States. These programs present efficacious and cost-effective help for individuals with mild and moderate symptoms of depression. They are usually based on principles of cognitive behavioural therapy and psychoeducation and offer interactive content and help from a trained therapist. Purely self-guided programs are also efficacious. However, the guided programs seem more effective. The United Kingdom and several other countries have a rich

## DECLARATIONS:

### Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

### Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18<sup>th</sup> WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

### Conflict of interest and financial disclosures:

None.

### Funding/Support:

None.

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2024;25(1):22-31

<https://doi.org/10.36290/psy.2024.003>

Článek přijat redakcí: 16. 5. 2023

Článek přijat k tisku: 6. 9. 2023

prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

praskoan@seznam.cz

tradition of researching these programs and integrating them into the stepped care and the guidelines. Until recently, Czech patients did not have the option to access such programs in their mother tongue. The Czech platform Mindwell offers an online CBT program for individuals with mild and moderate symptoms of depression. This program has 12 modules that systematically develop individual online strategies effective for alleviating depressive symptoms. The team finishes a feasibility study, and an effective analysis will follow.

**Key words:** major depression, e-health, e-therapy, online psychoeducation, cognitive behavioural therapy.

## Úvod

Unipolární deprese patří mezi nejčastější psychické poruchy. Již před pandemií koronaviru se prevalence velké depresivní epizody pohybovala v poměrně vysokých číslech. Autorský kolektiv Kessler et al. publikovali roku 2015 dvanáctiměsíční prevalenci 4,7 % a celoživotní prevalenci 11,2 % (1). V průběhu pandemie se dále zvýšila (2), což se projevilo i v nárůstu závažnosti příznaků deprese hodnocené škálou Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (3). Kromě toho se celosvětově zvýšila ztracená léta v důsledku deprese (DALY), a to z 497 na 634,1 na 100 000 obyvatel (2). Obdobný trend probíhal i v České republice, kdy došlo mezi lety 2017 a 2020 k nárůstu bodové prevalence velké depresivní poruchy z 4 na 11,8 % a ke zvýšení DALY z 488,1 na 602,1 na 100 000 obyvatel (2, 4). Systematická přehledová studie analyzující vývoj prevalence příznaků deprese ve Spojených státech mezi léty 2020 a 2021 dospěla k závěru, že výskyt příznaků deprese se v tomto čase významně nezměnil (5). Na novější a lokálně relevantní data zatím čekáme.

Významná část pacientů s depresivní poruchou zůstává bez adekvátní léčby. V závislosti na zvolené metodologii se jedná o 30 až 47 % jedinců s depresí (6, 7). Kratší doba do zahájení léčby je přitom spojena s jejími lepšími výsledky a s vyšší pravděpodobností dosažení remise (8). Brzká diagnostika a včasné zahájení terapie jsou prioritami, které zůstávají u části pacientů nenaplněny. Hlavními důvody jsou finanční a místní nedostupnost terapie, přesvědčení o její nepotřebnosti, obavy z užívání medikace, nedostatek času na terapii, strach ze stigmatizace a z narušení soukromí nebo nedostatečné pokrytí zdravotním pojištěním (9).

Jedním z přístupů snižujících bariéry v přístupu k psychotherapeutickým intervencím jsou internetové psychoedukační a terapeutické programy. Internetová psychoedukace si klade stejné cíle jako její klasická forma: poskytnout informace o psychické poruše, včetně jejích raných varovných příznaků, spouštěčích relapsu, projevech, prognóze a léčbě, snížit míru stresu zaměřením na změnu v komunikaci s blízkými a podporou zdravého životního stylu.

Psychoedukace může zahrnovat i kroky specifické pro danou poruchu – např. sociální rytmy u bipolární poruchy. Internetová psychoedukace může probíhat s podporou online terapeuta i bez ní (10). Internetové psychotherapeutické programy většinou vychází z kognitivně behaviorální terapie (KBT). Nabízí pacientům interaktivní obsah, v němž se učí různým metodám behaviorální a kognitivní terapie. Délka trvání a konkrétní obsah se v jednotlivých programech do určité míry liší. Obecně však klienti pravidelně sledují své příznaky a jejich změnu, identifikují automatické myšlenky a pracují s těmi, které obsahují kognitivní omyly a negativně ovlivňují náladu. Věnují se také plánování času nebo systematickému řešení problémů. I tyto programy mohou probíhat s podporou terapeuta, který klienty přes internetovou platformu povzbuzuje a pomáhá jim překonávat případné nesnáze při procházení programem (11).

Internetové intervence se v zahraničí rozvíjí více než dvacet let. Jejich vývoj navazuje na pokroky v oblasti internetu a mobilních technologií a cílí na prevenci a zvládnání různých zdravotních stavů (12). Světovou velmocí internetových programů je Švédsko, kde probíhá vývoj převážně na Institutu Karolinska. Andersson (12) uvedl seznam psychických poruch a tělesných onemocnění, u nichž byly ve Švédsku provedeny kontrolované studie s použitím online intervencí (Tabulka 1). Lze předpokládat, že se tento seznam bude dále rozšiřovat. Další významné výzkumné skupiny se nachází v Austrálii, Německu, Nizozemí, Švýcarsku a Spojených státech amerických (12). Tradičně se jedná o vysokopříjmové státy. V posledních letech však narůstá zájem o internetové programy i v nízkopříjmových a středněpříjmových zemích, v nichž mohou představovat přijatelnou alternativu k převážně nedostupné péči o psychické zdraví (13).

Internetové intervence snižují bariéry v přístupu k účinným psychosociálním intervencím několika cestami. Bývají finančně a místně dostupné. Uživatel má možnost přístupu kdykoliv

**Tab. 1.** Psychické poruchy a somatická onemocnění s výzkumně ověřovanými internetovými programy (podle Andersson, 12)

Tělesná onemocnění (převážně)	Psychické poruchy a jiné
Bolesti hlavy	Panická porucha
Tinnitus	Deprese
Chronická bolest	Sociální úzkostná porucha
Nádorová onemocnění	Specifické fobie
Kardiovaskulární onemocnění	Smíšená úzkostně depresivní porucha
Erektivní dysfunkce	Obavy o zdraví
Ztráta sluchu	Bulimie
Syndrom dráždivého tračníku	Generalizovaná úzkostná porucha
	Patologické hráčství
	Posttraumatická stresová porucha
	Obsedantně kompulzivní porucha
	Tělesná dysmorfofobická porucha
	Heteroagrese
	Perfekcionismus
	Osamělost
	Párová terapie
	Prokrastinace
	Stres
	Nespavost

a odkudkoliv, kde je pokrytí internetovou sítí (11). Díky tomu mohou podstoupit intervenci i jedinci, pro které by byla v jiné modalitě obtížně dostupná. Online programy také poskytují větší soukromí než osobní intervence. Z hlediska plátce jsou pak nákladově efektivní (11, 14). Dokážou podstatně zvýšit funkční kapacitu systému péče o duševní zdraví, v němž bývá psychoterapie tváří v tvář obtížně dostupná (11). Výkon intervence na internetové platformě je zároveň nevýhodou těchto programů – ne každý jedinec má přístup k internetu nebo zájem o tuto formu intervence (14). Programy také nejsou vhodné pro zvládání akutních krizí, jako je výrazné suicidální riziko. Možnosti identifikace suicidálního rizika jsou limitované sebeposuzovacími dotazníky a kontaktem s online terapeutem. Při zachycení rizika je pak pacientům doporučeno vyhledání lékařské péče (11). Nevýhoda nutnosti přístupu k internetu postupně ztrácí na relevanci s jeho narůstající dostupností. Potřeba dostatečné osobní motivace klienta a nevhodnost programů pro akutně suicidální pacienty však přetrvávají jako omezení ve využívání internetových programů.

## Internetové programy v doporučených postupech péče

Britský Národní institut pro zdraví a klinikou kvalitu (NICE) v roce 2023 vydal aktualizovaný doporučený postup léčby a vedení dospělého pacienta s depresivní poruchou. Zařadil do postupu také řízenou svépomoc, která často probíhá formou internetové intervence (15). Autoři rozlišují mezi postupy pro „méně závažnou depresi“, která zahrnuje subsyndromální příznaky a lehkou depresivní epizodu, a „závažnější depresi“, do které řadí středně těžkou a těžkou depresivní epizodu. Navrhují orientační hodnocení pomocí dotazníku PHQ-9, ve kterém by skóre 16 rozlišovalo obě kategorie. Výběr samotné terapie se odvíjí od závažnosti deprese, doprovodných příznaků (např. úzkosti nebo přechodného kognitivního deficitu), preferencí pacienta a předpokládaného klinického užítku. U méně závažné deprese se doporučuje začít od nejméně intruzivních a nejméně nákladově náročných metod, a zároveň respektovat přání pacienta. Obrázek 1 uvádí doporučený postup výběru terapie podle

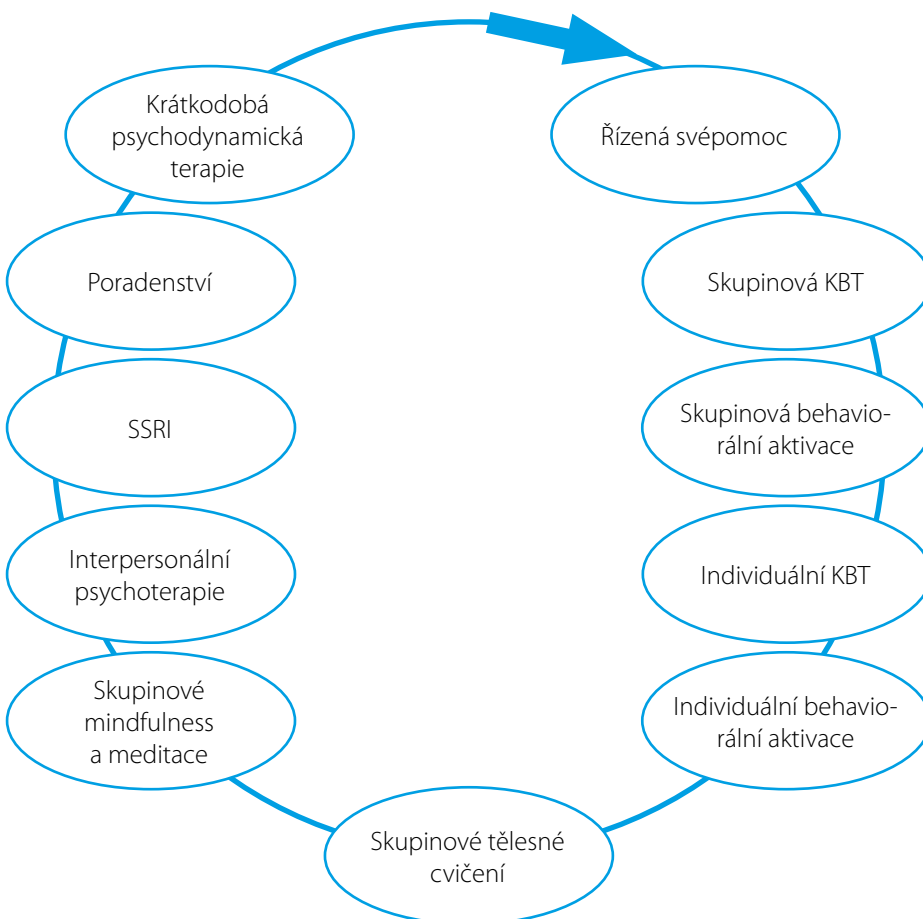
klinické a nákladové efektivity a při zohlednění jejich dostupnosti. Šipka označuje začátek (15).

Pacient si může vybrat kterýkoliv přístup uvedený v Obrázku 1, obecně se však doporučuje začít od řízení svépomoci. Autoři ji vymezují jako tištěné nebo digitální materiály, které vychází z kognitivně behaviorální terapie, strukturované behaviorální aktivity, řešení problémů nebo psychoedukace. Délka je zpravidla šest až osm modulů. Klient jimi může procházet v přímém kontaktu s terapeutem, telefonicky nebo online. Vyškolený terapeut pacienta povzbuzuje a podporuje v procházení programem, sleduje pokrok a pomáhá mu překonávat možné problémy. Klíčovými rysy řízení svépomoci jsou zaměření na vzájemné vztahy mezi myšlenkami, postoji, emocemi a chováním a na osvojování adaptivních způsobů zvládání zátěžových situací. Programy mají jasnou strukturu a orientují se na dosažení konkrétních cílů, které vychází z pacientových současných obtíží. Autoři doporučeného postupu dále uvádí, že výběr tohoto přístupu potřebuje vzít v potaz motivaci pacienta a jeho ochotu věnovat se programu převážně samostatně a zvážit jeho přístup k internetu a ovládnutí technologií. Řízená svépomoc nabízí menší možnosti přizpůsobení obsahu specifickým potřebám pacienta než individuální psychoterapie. Na druhou stranu jsou tyto programy časově flexibilní (15).

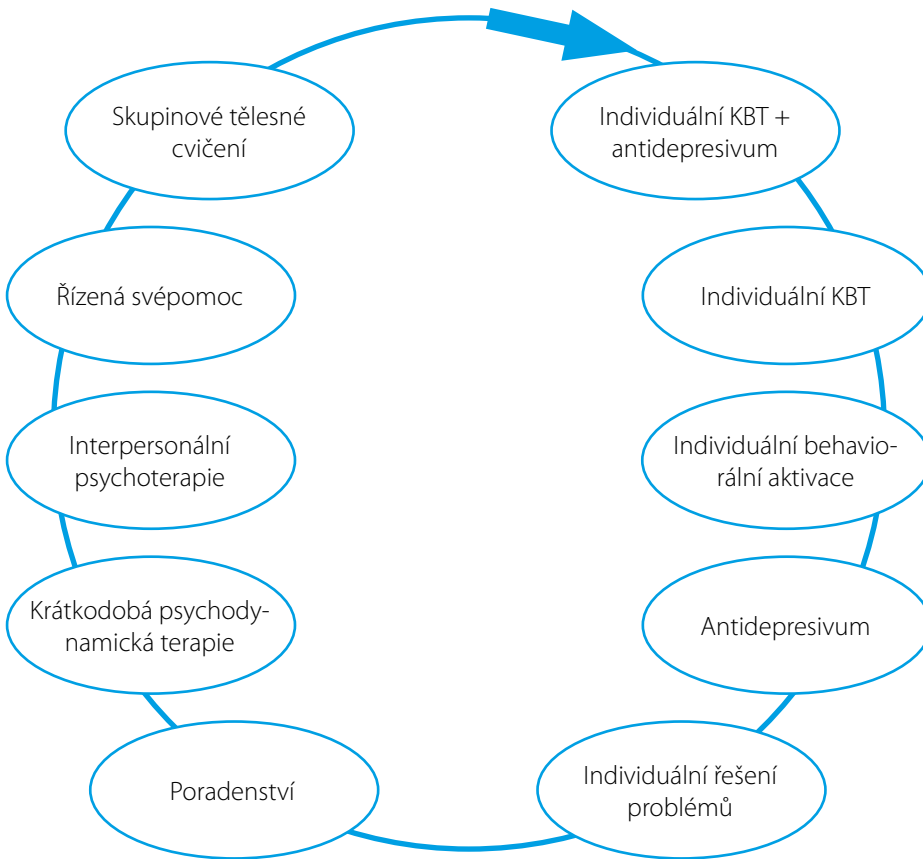
Volba terapie u závažnější deprese následuje stejné zásady jako výběr u méně závažné epizody. Liší se však v několika doporučovaných formách terapie a v jejich pořadí (Obrázek 2; 15). Řízená svépomoc se u závažnější deprese využívá jako doplňková terapie a autoři při indikaci doporučují zvážení výhod jiných přístupů. Přestože jsou řízená svépomoc i skupinové tělesné cvičení účinné a nákladově efektivní i při zvládání závažnější deprese, tyto pacienti mohou vyžadovat osobnější přístup poskytovaný individuální psychoterapií (15).

Rychlý rozvoj internetových programů reflektuje i australský doporučený postup péče o pacienty s poruchou nálady. Autoři řadí online intervence do prvního stupně péče pro jedince s příznaky deprese nebo nespecifickými projevy stresu. Doporučují také využití online technologií pro monitorování stavu pacienta a jako doplňkovou péči v kombinaci s dalšími přístupy. Vyzdvihují přínos programů ke zvyšování dostupnosti péče a jejich nákladovou

**Obr. 1.** Podklad k diskuzi o volbě terapie u méně závažné deprese



Obr. 2. Podklad k diskusi o volbě terapie u závažnější deprese



efektivitu. Uvádí, že internetová KBT s podporou terapeuta dosahuje u depresivní poruchy stejných výsledků jako tradiční KBT tváří v tvář. Zmiňují však také potřebu dalšího výzkumu, který by pomohl určit technologické i obsahové moderátory účinnosti, a nejistotu ohledně účinnosti digitální technologií v udržovací léčbě depresivní poruchy. Stejně jako britský postup léčby zmiňují i potřebnost motivace pacienta k absolvování online programů (16).

### Účinnost internetových programů u deprese

Nedávná metaanalýza účinnosti analyzovala 18 randomizovaných klinických studií online programů (n = 3055), jichž se účastnili jedinci s diagnostikovanou depresivní poruchou nebo dosahující stanoveného hraničního skóre v hodnotících stupnicích (17). Vylučovací kritéria představovala přítomnost kognitivního deficitu nebo komorbidní psychické poruchy. Aktivní intervence byla v jednotlivých studiích srovnávána s čekací listinou, standardní léčbou (TAU) nebo online psychoedukačními skupinami. Délka intervencí se pohybovala od čtyř do dvanácti týdnů. Hodnocení probíhalo pomocí posuzovacích škál (MADRS, HRSD, CDRS-R)

a sebeposuzovacích stupnic (BDI-II, PHQ-9/8, HADS, CES-D). Intervence vycházely z kognitivně behaviorální terapie, psychoedukace, psychodynamické terapie, na řešení orientované terapie nebo psychoterapeutických her. Souhrnně tyto programy vykazovaly malý až středně velký účinek. Účinnost programů byla vyšší u jedinců se středně těžkými a těžkými příznaky deprese než u jedinců s lehkými příznaky. Z jednotlivých modalit byla efektivní kognitivně behaviorální terapie a KBT v kombinaci s dalšími přístupy. Velikost jejich efektu byla nicméně malá. Délka programů ovlivňovala jejich účinnost. Intervence delší, než osm týdnů byly výrazně účinnější než ty kratší. Delší intervence přinesly středně velký až velký efekt, zatímco ty kratší pouze malý. Výzkumné skupiny s podporou terapeuta průměrně dosáhly středně velkého zlepšení, zatímco skupiny komunikující pouze s virtuálním poskytovatelem péče, nebo bez jakékoliv interakce nezaznamenaly významný pokles příznaků deprese. Aktivní intervence byly významně účinnější než kontrolní podmínky, a to se středně velkým efektem ve srovnání s čekací listinou, TAU i online psychoedukačními skupinami (17).

Autorský kolektiv Simmonds-Buckley et al. (18) se zaměřili na internetové terapie doporučo-

vané britskou Národní zdravotní službou, které poskytují služby jedincům s depresí, úzkostí nebo stresem. Analyzovali data 7 ze 48 programů a zjistili, že dosahují statisticky vyšší účinnosti než kontrolní podmínky. Průměrná velikost efektu byla malá, ale udržela se i v průměrně pětileté katamněze. Internetové programy zaznamenaly vyšší procento klientů, kteří nedokončili léčbu. Jednalo se o 31 % ve srovnání se 17 % kontrol. Autoři identifikovali několik moderátorů účinnosti. Vyšší počáteční závažnost příznaků deprese predikovala větší zlepšení v katamněze. Dalšími významnými moderátory byl počet dokončených modulů a procentuální zastoupení mužů v souboru. Přítomnost terapeutické podpory v této metaanalýze neovlivňovala účinnost programů.

Jiné metaanalýzy zjistily středně velkou (19), resp. velkou účinnost internetových KBT programů u pacientů s depresí (20). Programy delší než 13 týdnů byly účinnější než kratší programy. Vyšší účinnost byla také spojena s programy, v nichž poskytovali podporu KBT terapeuti, a ve které byli terapeuti supervidováni a měli k dispozici manuál. Čím více modulů účastník s depresí absolvoval, tím více se zlepšil (20). Rozdíly v průměrné míře účinnosti v jednotlivých metaanalýzách lze připsat odlišné metodologii studií a charakteru programů.

Zajímavá randomizovaná klinická studie Wrighta et al. (21) srovnávala účinnost internetového KBT s podporou terapeuta a obvyklou péčí a se samotným TAU v primární péči u jedinců s významnými příznaky deprese. Výzkumu se zúčastnilo 175 jedinců, kteří v dotazníku PHQ-9 dosáhli více než devíti bodů, tj. klinicky významnou míru příznaků deprese. Následně podstoupili dvanáct týdnů terapie. KBT intervence představovala program Good Days Ahead s devíti moduly a až 12 dvacetiminutovými telefonáty s terapeutem zaměřených na procházení programem, doprovázená TAU. Samotné TAU nebylo řízené výzkumníky, jednalo se o převážně léčbu antidepressivou a psychoterapii tváří v tvář. Hodnocení proběhlo na začátku terapie, po dvanácti týdnech a po třech a šesti měsících. Program nedokončilo 22,1 % jedinců v aktivní skupině a 30 % osob s TAU. Aktivní skupina se zlepšila významně více než samotné TAU ve všech třech časových obdobích (průměrný rozdíl v PHQ-9 se pohyboval mezi 2,5 a 3,2 body). Účastníci s internetovým programem dosáhli na konci léčby vyššího procenta odpovědi na léčbu

(58,4 % versus 33,1 % pro TAU) a dosažení remise (27,3 % versus 12 % pro TAU). Zlepšení významně souviselo s počtem dokončených modulů (21).

Studie Baumanna et al. (22) zjistila u pacientů s unipolární depresí vyšší účinnost a nákladovou efektivitu internetové KBT ve srovnání s KBT tváří v tvář. Internetová KBT snižovala množství času věnovaného terapeutem jednomu pacientovi a výdaje zdravotnické péče a zvyšovala počet kvalitou vážených let života (QALY) (22). Nedávná španělská studie srovnávala účinnost a nákladovou efektivitu internetového KBT s podporou a bez podpory terapeuta a obvyklé léčby (TAU). Autoři zjistili v roční katamnóze vyšší nákladovou efektivitu obou internetových přístupů ve srovnání s TAU. Doporučují programy s podporou i bez podpory terapeuta jako smysluplné z klinického i ekonomického hlediska (23). Vyšší účinnost programů bez podpory terapeuta oproti TAU zjistili i autorský kolektiv Karyotaki et al. (24). Programy s podporou měly na konci terapie mírně vyšší účinnost bez intervence bez této podpory (průměrný rozdíl v PHQ-9: 0,8 bodu), v šestiměsíční a dvanáctiměsíční katamnóze však tento rozdíl vymizel. Programy s doprovázením se ukázaly jako vhodnější pro jedince s klinicky významnou závažností příznaků deprese.

Samostatnou kapitolou je využití online intervencí k prevenci deprese. Předcházení rozvoje deprese spočívá v oslovení jedinců se subsyndromálními příznaky (indikovaná prevence), osob vystaveným rizikovým faktorům (selektivní prevence) nebo celé populace (univerzální prevence). Obecná účinnost psychotherapeutických a psychoedukačních intervencí je malá, ale statisticky významná; průměrně zaznamenává 21% pokles v incidenci ve srovnání s kontrolami (25). Analýza 21 randomizovaných klinických studií (n = 10 134) zjistila podobnou účinnost. Programy průměrně snižovaly incidenci deprese o 37 % (preventivní frakce). Zahrnuté programy vycházely z principů kognitivně behaviorální terapie, které byly vždy ve třech případech doplněné o prvky interpersonální terapie a na řešení orientované terapie. Účinnost byla vyšší u indikované prevence a u programů s interaktivními prvky. Mírně lepší výsledky zde zaznamenaly kratší programy (5–6 modulů) (25). K podobným závěrům dospěla i metaanalýza autorského kolektivu Reins et al. (26).

Autorský kolektiv Reins et al. (27) srovnávali účinnost online psychoedukace a online KBT u osob s velkou epizodou deprese. Internetová

KBT vykazovala na konci léčby velkou účinnost a internetová psychoedukace střední. Výstupy internetové KBT zůstaly v tříměsíční katamnóze stabilní, zatímco výsledky online psychoedukace se dále lehce zvyšovaly. Po třech měsících tak mezi skupinami nebyl významný rozdíl v účinnosti. Zajímavostí bylo zjištění, že pacienti s předchozí zkušeností s psychoterapií dosahovali u obou přístupů dobrých výsledků. Pacienti bez této zkušenosti však těžili významně více z internetového KBT programu. To naznačuje, že internetová KBT může být zvláště vhodná pro jedince, kteří dosud neprošli psychoterapií, což je významná část této patientské populace (7).

Některé programy se také s úspěchem zaměřují na příznaky deprese u osob s chronickými zdravotními problémy (28), klientů s onkologickým onemocněním (29), jedinců s příznaky deprese v průběhu pandemie (30) nebo u žen s perinatální depresí (31).

## Nejnámější programy a jejich složení

Nejnámějším programem je pravděpodobně britský Space from Depression, který je jednou z intervencí doporučených tamní Národní zdravotní službou. Program se skládá z osmi modulů, které obsahují osobní příběhy lidí s depresí, videa, informace, kvízy, interaktivní činnosti, doporučení na domácí procvičování a souhrny. Jednotlivé moduly pracují s porozuměním vztahu mezi myšlenkami a emocemi, zařazují kognitivní i behaviorální techniky a přípravu na budoucnost. Součástí služby je pravidelné doprovázení terapeutem. Program prokázal vysokou účinnost při zvládnání příznaků deprese (32).

Australský MyCompass představuje příklad programu bez podpory terapeuta. Nabízí transdiagnostický program pro jedince s lehkými a středně těžkými příznaky deprese, úzkosti nebo stresu. Vychází z KBT obohacené o prvky interpersonální terapie, na řešení orientované terapie a pozitivní psychologie. Klientovi jsou na základě výsledku sebesozuzovací škály nabídnuty konkrétní moduly, může si však sám zvolit ty, které jej oslovují. Moduly jsou velmi krátké a dělí se do tří částí po 10–15 minutách. Doporučená doba procházení programem je sedm týdnů (33). Program prokázal při zvládnání příznaků deprese účinnost i nákladovou efektivitu (33, 34).

Novější program Good Days Ahead zahrnuje devět modulů zaměřených na významné techniky KBT, zejména na identifikaci a práci s myšlenkami, behaviorální aktivaci a další behaviorální techniky, práci s jádrovými přesvědčeními, užívání účinných strategií zvládnání stresu. Program obsahuje edukační videonahrávky a příběhy postav s depresí nebo úzkostí, které používají stejné techniky jako uživatel. Ten se je postupně učí sám používat a zapojovat je i do běžného života. Standardem je pravidelné vyplňování škál k hodnocení vývoje svého stavu. Terapeuti mají přístup k záznamům uživatele a pomáhají mu procházet programem. Autorský kolektiv Wright et al. prokázali účinnost programu (21).

Kolektiv autorů Romero-Sanchiz et al. (23) popsali španělskou adaptaci internetového programu Smiling Is Fun. Tato intervence vychází z transdiagnostického KBT a skládá se z deseti modulů věnujících se různým technikám zvládnání deprese a stresu. Pořadí modulů je předem určené a doporučuje se věnovat každému modulu po dobu alespoň jednoho týdne. Jednotlivé moduly se věnují otázkám stran medicíny, spánkové hygieně, motivaci ke změně, porozumění emočním problémům, učení se, „jak jít vpřed“, zvyšování flexibility, potěšení a radosti ze života, plánování činností v souladu s vlastními cíli a hodnotami, zpevňování vlastních silných stránek a přípravě na budoucnost (35). Program zahrnuje možnost podpory terapeuta, který pomáhá klientovi překonávat možné problémy při procházení programem a radí mu i s technologickými potížemi (23). Nákladovou účinnost jsme popsali výše.

## Terapeutický vztah

Rozvoj internetových programů provází diskuze o terapeutickém vztahu a jeho úloze v tomto typu intervencí. V jádru této diskuze stojí tři hlavní témata: zájem veřejnosti o tuto formu intervence ve srovnání s klasickou psychoterapií tváří v tvář, potřebnost terapeutického kontaktu a charakteristiky účinného doprovázení terapeutem na cestě online programem. Prvnímu tématu se věnoval nedávný americký průzkum, ve kterém se měli zástupci veřejnosti vyjádřit k preferenci a názoru na čtyři typy terapie: online svépomoc bez podpory, s podporou peera, s podporou odborníka a psychoterapii tváří v tvář. Necelá polovina vzorku upřednostňovala psychoterapii tváří v tvář (44,5 %) a další čtvrtina

(25,6 %) dávala přednost svépomoci bez podpory. Následovaly programy s podporou odborníka, nebo peera (19,7 %, resp. 8,5 %). Účastníci se dále vyjadřovali k jednotlivým modalitám, přičemž jedním z identifikovaných témat byla preference osobního kontaktu u části jedinců (36). Tři čtvrtiny účastníků uvedly lidský kontakt jako důležitou část terapie, ať už tváří v tvář, nebo online. Existuje tedy zájem veřejnosti o digitální intervence, a to především o formu s aktivní podporou dalším člověkem.

Dalším základním tématem je vztah mezi terapeutickým kontaktem a účinností intervencí. Autorský kolektiv Pang et al. (17) zjistili, že programy nabízející zpětnou vazbu od terapeuta dosahují vyšší účinnosti než intervence bez této podpory nebo programy zahrnující pouze komunikaci s online poskytovatelem péče. K podobnému zjištění dospěli i autorský kolektiv Karyotaki et al. (24), kteří doplnili, že pomoc terapeuta je vhodná pro jedince s klinicky významnými příznaky deprese. Pro účely prevence mohou být dostatečné programy

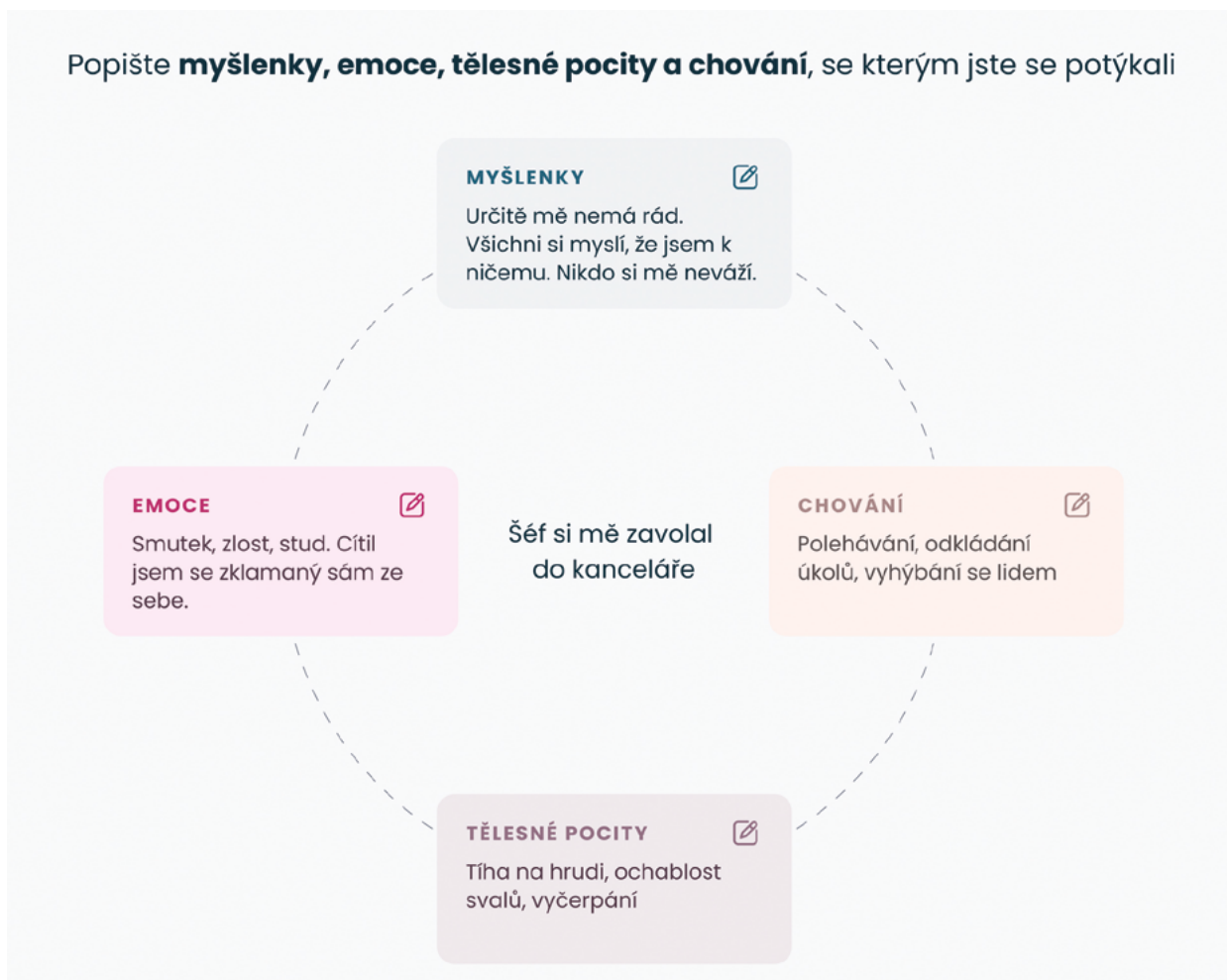
bez podpory terapeuta. Doprovázení online terapeutem mírně zvyšuje pravděpodobnost dokončení programu (37). Vyšší adherence je přitom spojena s lepšími výsledky intervence. Podle zjištění metaanalýzy kolektivu autorů Pangové et al. (17) dosáhli jedinci s vysokou účastí (> 90 %) velkého zlepšení v příznacích deprese, zatímco jedinci s nižší účastí (≤ 90 %) se zlepšili pouze málo.

Nejde přitom pouze o kontakt. V internetových programech s podporou terapeuta vzniká terapeutický vztah, který je významným nositelem změny (38). Terapeutický vztah můžeme definovat jako pozitivní emocionální vazbu mezi terapeutem a klientem, kterou doprovází shoda na cílech a úkolech terapie. Takto vymezený vztah existuje také v online intervencích s provázejícím terapeutem. Kolektiv autorů Philaja et al. (38) uvádí příklady studií, které zjistily stejnou, nebo vyšší kvalitu terapeutického vztahu v online intervencích s podporou ve srovnání s psychoterapií tváří v tvář. Tito autoři také analyzovali studie zaměřené na intervence u úzkostných

poruch, OCD a deprese. Hlavní formou kontaktu byla emailová korespondence, celková doba alokovaná na jednoho klienta se pohybovala mezi 53 a 150 minutami. Kvalita terapeutického vztahu významně predikovala účinnost intervence u většiny studií (38).

Při absenci neverbální komunikace narůstá význam verbálního sdělení. Další autoři (39, 40) proto analyzovali typy sdělení doprovázejících terapeutů a jejich vztah k účinnosti intervencí. Autorský kolektiv Holländare et al. (39) se zaměřili na emailovou komunikaci terapeutů s jedinci, kteří se nacházeli v částečné remisi deprese (skóre MADRS 7–19) a podstoupili online program KBT. Určovali typy sdělení a zjišťovali jejich vztah k výsledkům online intervence na jejím konci a v jednoleté a dvouleté katamnóze. Nejčastějším typem sdělení bylo povzbuzení (31,5 %), následované potvrzením (25,1 %), provázením (22,2 %) a pobízením (9,8 %). Další typy interakcí byly méně časté. Frekvence povzbuzování středně silně korelovala s mírou zlepšení příznaků deprese na konci programu i ve dvouleté katamnóze ( $r = 0,42$ , resp.

Obr. 3. Vzorový bludný kruh



Obr. 4. Časté kognitivní omyly

## 1. Unáhlené závěry

Unáhlené závěry o situacích nebo lidech si vytváříme na základě nedostatečných nebo chybějících důkazů. Domýšlíme si závěry nebo máme pocit, že víme, co si ostatní myslí.

[Ukázat více příkladů ▾](#)

Poznávám se v tom

Nepoznávám se v tom

0,39). Povzbuzení silně korelovalo se zlepšením konci terapie ( $r = 0,52$ ). Méně časté sebeodhalení také souviselo se změnou na konci programu ( $r = 0,44$ ). Naopak čím více terapeut naléhal, tím méně se klienti zlepšili ( $r = -0,34$ ).

Autorský kolektiv Schneider et al. (40) se také zaměřili na komunikaci terapeutů v online programech s klienty vykazujícími příznaky deprese (PHQ > 5). V analyzovaných zprávách se nejčastěji vyskytovaly výroky zaměřené na posílení terapeutického vztahu (např. „To pro vás muselo být těžké...“; 21 %), následované administrativními výroky (např. „Spojím se s vámi zase příští týden.“; 16 %), povzbuzením k plnění a oceněním za dokončení cvičení (obojí 14 %). Zlepšení v míře příznaků deprese na konci programu nejvíce souvisela s povzbuzením k plnění cvičení ( $r = 0,42$ ), nápomocnými otázkami ( $r = 0,41$ ) a psychoedukačními výroky ( $r = 0,41$ ). Výroky zaměřené na posílení terapeutického vztahu zase mírnily úzkost ( $r = 0,40$ ). Kvalita terapeutického vztahu nejvíce souvisela se zpětnou vazbou na vyplněné škály ( $r = 0,38$ ) a oceněním za plnění cvičení ( $r = 0,34$ ). Terapeut poskytující podporu v rámci internetové KBT tedy má k dis-

pozici pestrou paletu reakcí, jimiž může pomoci klientovi při procházení programem. Laskavý a povzbuzující přístup je klíčový k dosažení zlepšení stavu a jeho udržení.

### Program Mindwell

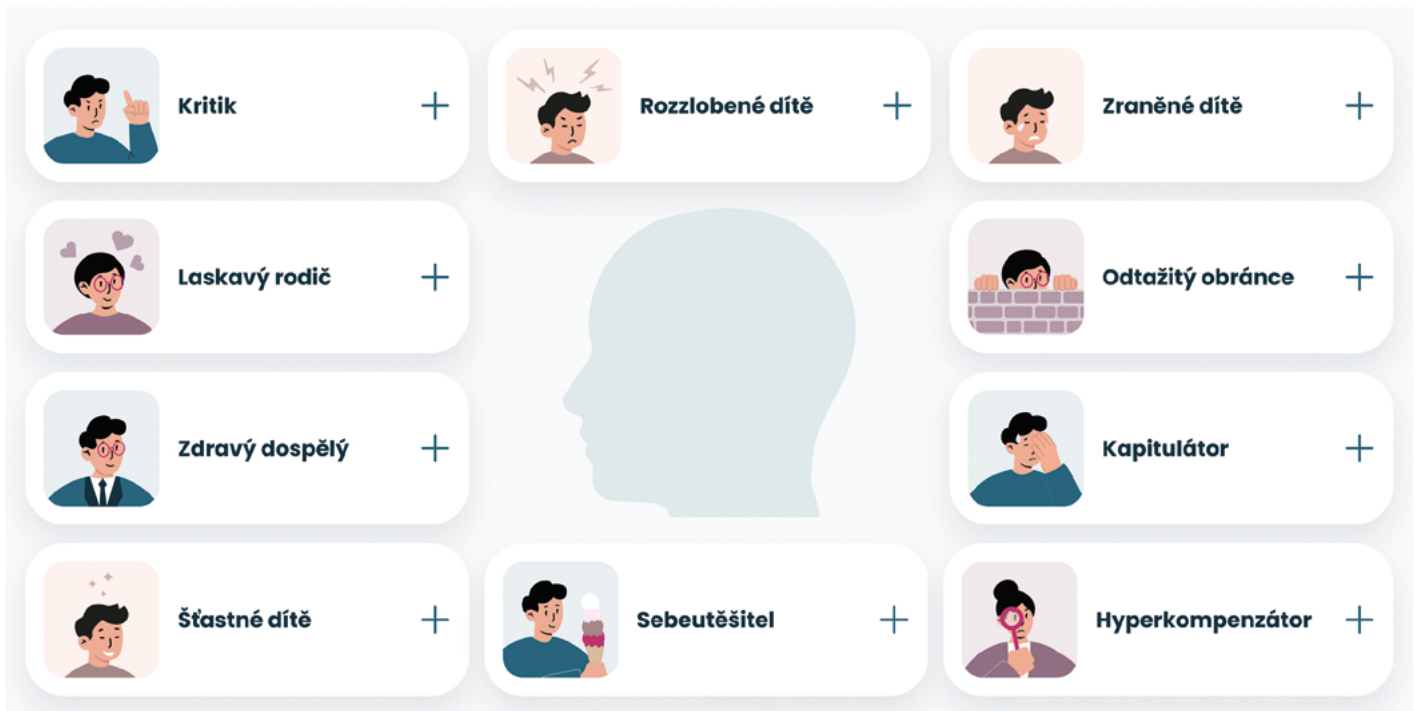
V reakci na sníženou dostupnost terapeutické péče jsme se rozhodli vytvořit platformu Mindwell, která nabídne klientům online kognitivně behaviorální programy s podporou vyškolených a supervidovaných KBT terapeutů. Jedním z prvních programů, které jsme vytvořili, je program pro dospělé s mírnými až středně závažnými příznaky deprese. Indikační pole programu zahrnuje kromě pacientů s lehkou depresivní poruchou také část jedinců se středně těžkou depresí (těch, kteří se závažností blíží lehké epizodě), klienty se smíšenou úzkostně-depresivní poruchou, poruchou přizpůsobení s příznaky deprese nebo osoby se subsyndromálními příznaky deprese. Kontraindikacemi jsou zvýšená suicidalita, těžká epizoda deprese, organická porucha nálady, porucha nálady související s užíváním návykových látek, psychotická porucha, bipolární porucha a diagnóza mentální

retardace. Do budoucna plánujeme tvorbu programů pro pacienty s bipolární poruchou, pro jedince ohrožené užíváním návykových látek k podpoře abstinence i pro lidi s psychotickou poruchou ve stabilizovaném stadiu.

Program se skládá z dvanácti modulů a vychází z principů dobré praxe u kognitivně behaviorální terapie deprese (41). Převodli jsme náplň standardního KBT do online formátu a ten doplnili o vybrané prvky schéma-terapie. Vycházeli jsme přitom také ze studia struktury a účinnosti zahraničních programů, jako jsou Space from Depression nebo MyCompass. Vzhledem k tomu, že lidé s depresí často trápí některá společná témata (např. suicidální myšlenky, hypobulie, pocity viny), zvolili jsme tvorbu programu šitou na míru této patientské skupině. Vydali jsme se tak cestou specifických programů, které nabízí např. Silver Cloud, namísto transdiagnostického MyCompass.

Program provází klienty základními informacemi o příznacích a možnostech léčby depresivní poruchy. Postupně jim poutavou formou předvádí základní kognitivní a behaviorální techniky. Klienti se tak učí zachycovat

Obr. 5. Uvědomování módů



Obr. 6. Příklad edukačního videa o komunikaci

Podívejme se na **rozhovor Jarmily s mámou**, která přišla hlídat děti, když Jarka nečekaně musela vzít službu za kolegyni. Všimněte si, **jaké módy se podílejí** na zpracování toho, co druhá říká, a jak to ovlivní jejich diskuzi. V druhé části videa, při aktivaci módů „Laskavého rodiče“ a „Zdravého dospělého“, vypadá rozhovor mezi matkou a dcerou jinak. Všimněme si, že to, co dcera řekne, má vliv na to, **jaké módy se u matky aktivují**.

**Příklad výměny Jarky s mámou**

mindwell

a rozlišovat své vnitřní stavy pomocí bludných kruhů (Obrázek 3), uvědomovat si kognitivní omyly (Obrázek 4) a zpracovávat automatické negativní myšlenky pomocí metody dvou sloupců. V dalších modulech tyto dovednosti zapojují při práci s módy (Obrázek 5), které představují schéma-terapeutický prvek práce. Zároveň se věnují plánování času a aktivit. V druhé polovině programu se zabývají komunikačními dovednostmi, zejména nácvikem asertivity. Kognitivní

práce s jádrovými přesvědčeními a podmíněnými pravidly se nachází ke konci programu, v době, kdy jsou již klienti zvyklí přemýšlet o svých myšlenkách a aktivně s nimi zacházet. Poslední moduly se věnují prevenci relapsu, zpevnění procvičovaných dovedností a podpoře jejich užívání i v budoucnosti. Součástí celého programu jsou sebesozuzovací škály PHQ-9 a GAD-7, které klient vyplňuje na začátku každého modulu a díky nimž může sledovat změnu v čase.

Na začátku a na konci programu navíc vyplňuje také inventář BDI-II.

Procházení modulem trvá přibližně 1,5–2 hodiny a klientům je doporučeno rozložit jeho procházení do více dní. Obsah modulů je pestrý. Krátké psychoedukační texty následují audiostopy s vyprávěním a kvízy pomáhající rozvíjet porozumění svým vnitřním stavům a zacházení s nimi. V každém modulu je několik krátkých cvičení, která vychází z kognitivně behaviorální terapie, a díky kterým může klient také aktivně zvládat své příznaky. Programem jej provází několik kazuistik lidí potýkajících se s depresí. Moduly obsahují krátké texty a videa popisující jejich životní příběh (Obrázek 6). Postavy plní stejná cvičení jako klient a mohou mu sloužit jako vzor.

Program má svého maskota, vydru Juráška, který je také skleslý a trápí se depresí. Jurásek vystupuje v krátkých videích. Zapojení zvířete dodává programu odlehčení a nadhled. Problémy vydry jsou do určité míry odlišné, než jsou ty lidské. To umožňuje pohlížet na Juráškovy problémy s nadhledem, který může být v případě lidských kazuistik náročně udržet. Pro klienty může být snazší přemýšlet o Juráškových potížích a zvládnání deprese než o lidských, které se více podobají těm vlastním. Forma trápení se liší (např. Jurásek se nedokáže přimět, aby šel chytat ryby, zatímco člověk s depresí se bude

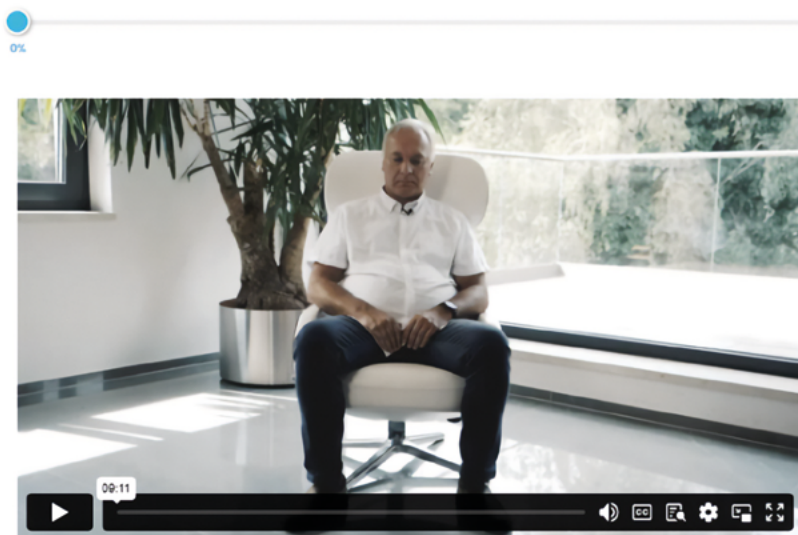
**Obr. 7.** *Progresivní svalová relaxace*

**Östova progresivní relaxace**

Nyní Vás krok za krokem naučíme **Östovu progresivní relaxaci**. Jedná se o jednu z **nejúčinnějších metod pro uvolnění napětí** v situacích zvýšené zátěže nebo při nadměrných obavách. Tato relaxace snižuje celkové napětí a uvolňuje tělo. Pomáhá chránit před vyčerpáním a přesune Vás do **přítomného okamžiku**. Pokud Vás trápí nadměrná úzkost, relaxace je pro Vás klíčová – zmiňuje totiž tělesné projevy úzkosti.

- Pohodlně se usadte a zavřete oči.
- Postupně střídejte napínání a uvolňování svalů, abyste lépe rozpoznali rozdíl mezi těmito dvěma stavy. Rozlišování napětí a uvolnění svalstva a střídání těchto stavů je jedním z klíčových kroků pro naučení progresivní relaxace.
- Po nádechu udržíte svaly po dobu 3 až 4 vteřin v napětí a po výdechu po dobu 4 až 6 vteřin v uvolnění.
- Každou svalovou skupinu napněte a uvolněte jen jednou.

Zhodnotte na stupnici **od 0 do 100 %**, jaká je Vaše **momentální míra napětí**.



např. potýkat s pracovním výkonem), obsah je stejný (zde hypobolie a nasedající hypoaktivita). Pro řadu lidí je snazší vcítit se do zvířete než do člověka. Skrze Juráška tak mohou snáze nalézt cestu i k sobě a méně se obviňovat a kritizovat. Využití maskota také zvyšuje hravost programu.

Na konci každého modulu se nachází progresivní svalová relaxace, kterou nahrál prof. Praško (Obrázek 7). Klient pravidelně nacvičuje relaxaci v domácím prostředí, k čemuž si může pouštět i danou nahrávku. Po každém modulu pak dostává několik návrhů na domácí cvičení. Jeho obsahem je vždy relaxace a některá klíčová dovednost. Domácím cvičením tak může být např. zachycování myšlenek a práce s nimi.

K tomu má klient k dispozici krátké formuláře, které si může stáhnout pro vlastní potřeby. Většina cvičení přímo přesahuje do běžného života. Týká se to zejména behaviorálních technik, jako jsou nácvik komunikace nebo plánování příjemných a odměňujících aktivit.

Každý klient má k dispozici svého kognitivně behaviorálního terapeuta, který jej provází programem. Po dokončení modulu sleduje klientovy výsledky škál a všímá si položek citlivých na riziko suicidality. Dívá se také na klientovy výsledky cvičení. Podává mu přívětivou zpětnou vazbu ohledně příznaků, se kterými se daří pracovat i s těmi, které se zatím příliš nemění, nebo které se zhoršily. Na základě toho vyslovuje i doporu-

čení šitá na míru daného klientovi. V případě zjištění rizika suicidálního jednání doporučuje vyhledání lékařské péče a kontakty na krizové linky, které jsou uvedeny na stránce platformy. Dále oceňuje klienta za snahu při plnění cvičení i za úspěchy. Pokud se klient potýká s některou částí programu, pomáhá mu ji zvládnout. Vystupuje vstřícně a laskavě a povzbuzuje k aktivitě. Každý KBT terapeut prochází úvodním zaškolením do internetového KBT a má k dispozici pravidelnou skupinovou online supervizi. Klient po každém modulu hodnotí jeho přínosnost a kvalitu komunikace s terapeutem. Ta představuje zpětnou vazbu, která pomáhá supervizorům při sledování terapeutických intervencí a výběru těch, s nimiž potřebují terapeuti pomoci. Supervizoři sami nevstupují do kontaktu terapeuta s klientem, poskytují však podporu a radu při zvládnání, pokud terapeut potřebuje pomoc. Kromě terapeuta je pak součástí týmu vstupujícího do kontaktu s klientem i odbornice poskytující technickou podporu klientům. V současnosti dokončujeme pilotní testování uživatelské přívětivosti. V blízké budoucnosti bude následovat analýza účinnosti.

**Závěr**

Internetové terapeutické programy představují nízkonákladovou a účinnou intervenci pomáhající klientům s lehkými až středně závažnými příznaky deprese. Tyto programy obvykle vychází z principů kognitivně behaviorální terapie a psychoedukace. Klienty jimi zpravidla provází vyškolení terapeuti, kteří prochází pravidelnou supervizí. Ukazuje se, že i v těchto intervencích je významný terapeutický vztah a jeho kvalita přímo ovlivňuje jejich účinnost. Některé západní země zařadily online programy do doporučených postupů péče. V České republice dosud tyto programy chyběly. Česká platforma Mindwell nabízí internetový KBT program pro jedince s depresí. V současnosti dokončuje testování uživatelské přívětivosti, výhledově bude realizována analýza účinnosti. Vytvořeny byly také další programy pro generalizovanou úzkost, stres a syndrom vyhoření. Do budoucna připravujeme další programy pro řadu psychických problémů.

*Autoři publikace se odborně podílí na tvorbě programů Mindwell.*

## LITERATURA

1. Kessler RC, Sampson NA, Berglund P, et al. Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2015;24(3):210-226.
2. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet.* 2021;398(10312):1700-1712.
3. Ettman CK, Abdalla SM, Cohen GH, et al. Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA Netw Open.* 2020;3(9):e2019686.
4. Winkler P, Formanek T, Mlada K, et al. Increase in prevalence of current mental disorders in the context of COVID-19: Analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020;29:e173.
5. Ettman CK, Fan AY, Subramanian M, et al. Prevalence of depressive symptoms in U.S. adults during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *SSM Popul Health.* 2023;21:101348.
6. Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, et al. Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder and its specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry.* 2018;75(4):336-346.
7. Puyat JH, Kazanjian A, Goldner EM, Wong H. How often do individuals with major depression receive minimally adequate treatment? A population-based, data linkage study [À quelle fréquence les personnes souffrant de dépression majeure reçoivent-elles un traitement minimalement adéquat? Une étude de couplage de données, dans la population]. *Can J Psychiatry.* 2016;61(7):394-404.
8. Ghio L, Gotelli S, Marcenaro M, et al. Duration of untreated illness and outcomes in unipolar depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2014;152-154:45-51.
9. Chekroud AM, Foster D, Zheutlin AB, et al. Predicting barriers to treatment for depression in a U.S. national sample: A cross-sectional, proof-of-concept study. *Psychiatr Serv.* 2018;69(8):927-934.
10. Prasko J, Kamaradova D, Jelenova D, et al. Development of the internet based psychoeducation for patients with bipolar affective disorder. *Neuro Endocrinol Lett.* 2013;34(5):426-435.
11. Webb CA, Rosso IM, Rauch SL. Internet-based cognitive-behavioral therapy for depression: Current progress and future directions. *Harv Rev Psychiatry.* 2017;25(3):114-122.
12. Andersson G. Internet interventions: Past, present and future. *Internet Interv.* 2018;12:181-188.
13. Carter H, Araya R, Anjur K, et al. The emergence of digital mental health in low-income and middle-income countries: A review of recent advances and implications for the treatment and prevention of mental disorders. *J Psychiatr Res.* 2021;133:223-246.
14. Andersson G, Titov N. Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry.* 2014;13(1):4-11.
15. Depression in adults: Treatment and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); June 29, 2022.
16. Malhi GS, Bell E, Singh AB, et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders: Major depression summary. *Bipolar Disord.* 2020;22(8):788-804.
17. Pang Y, Zhang X, Gao R, et al. Efficacy of web-based self-management interventions for depressive symptoms: A meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Psychiatry.* 2021;21(1):398.
18. Simmonds-Buckley M, Bennion MR, Kellett S, et al. Acceptability and effectiveness of NHS-recommended e-therapies for depression, anxiety, and stress: Meta-analysis. *J Med Internet Res.* 2020;22(10):e17049.
19. Andrews G, Basu A, Cuijpers P, et al. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *J Anxiety Disord.* 2018;55:70-78.
20. Etzelmueller A, Vis C, Karyotaki E, et al. Effects of internet-based cognitive behavioral therapy in routine care for adults in treatment for depression and anxiety: Systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res.* 2020;22(8):e18100.
21. Wright JH, Owen J, Eells TD, et al. Effect of computer-assisted cognitive behavior therapy vs usual care on depression among adults in primary care: A randomised clinical trial. *JAMA Netw Open.* 2022;5(2):e2146716.
22. Baumann M, Stargardt T, Frey S. Cost-utility of internet-based cognitive behavioral therapy in unipolar depression: A Markov model simulation. *Appl Health Econ Health Policy.* 2020;18(4):567-578.
23. Romero-Sanchez P, Nogueira-Arjona R, García-Ruiz A, et al. Economic evaluation of a guided and unguided internet-based CBT intervention for major depression: Results from a multi-center, three-armed randomised controlled trial conducted in primary care. *PLoS One.* 2017;12(2):e0172741.
24. Karyotaki E, Efthimiou O, Miguel C, et al. Internet-based cognitive behavioral therapy for depression: A systematic review and individual patient data network meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2021;78(4):361-371.
25. Rigabert A, Motrico E, Moreno-Peral P, et al. Effectiveness of online psychological and psychoeducational interventions to prevent depression: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin Psychol Rev.* 2020;82:101931.
26. Reins JA, Buntrock C, Zimmermann J, et al. Efficacy and moderators of internet-based interventions in adults with subthreshold depression: An individual participant data meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychother Psychosom.* 2021;90(2):94-106.
27. Reins JA, Boß L, Lehr D, Berking M, Ebert DD. The more I got, the less I need? Efficacy of Internet-based guided self-help compared to online psychoeducation for major depressive disorder. *J Affect Disord.* 2019;246:695-705.
28. White V, Linardon J, Stone JE, et al. Online psychological interventions to reduce symptoms of depression, anxiety, and general distress in those with chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychol Med.* 2022;52(3):548-573.
29. Liu T, Xu J, Cheng H, et al. Effects of internet-based cognitive behavioral therapy on anxiety and depression symptoms in cancer patients: A meta-analysis [published online ahead of print, 2022 Sep 27]. *Gen Hosp Psychiatry.* 2022;79:135-145.
30. Komariah M, Amirah S, Faisal EG, et al. Efficacy of internet-based cognitive behavioral therapy for depression and anxiety among global population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis of a randomised controlled trial study. *Healthcare (Basel).* 2022;10(7):1224.
31. Li L, Yue SW, Xu J, et al. Effectiveness of internet-based psychological interventions for treating perinatal depression: A systematic review and meta-analysis [published online ahead of print, 2022 Jun 13]. *J Clin Nurs.* 2022;10.1111/jocn.16399.
32. Palacios JE, Richards D, Palmer R, et al. Supported internet-delivered cognitive behavioral therapy programs for depression, anxiety, and stress in university students: Open, non-randomised trial of acceptability, effectiveness, and satisfaction. *JMIR Ment Health.* 2018;5(4):e11467.
33. Proudfoot J, Clarke J, Birch MR, et al. Impact of a mobile phone and web program on symptom and functional outcomes for people with mild-to-moderate depression, anxiety and stress: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2013;13:312.
34. Solomon D, Proudfoot J, Clarke J, Christensen H. e-CBT (myCompass), Antidepressant medication, and face-to-face psychological treatment for depression in Australia: A cost-effectiveness comparison. *J Med Internet Res.* 2015;17(11):e255.
35. Vara MD, Herrero R, Etchemendy E, et al. Efficacy and cost-effectiveness of a blended cognitive behavioral therapy for depression in Spanish primary health care: Study protocol for a randomised non-inferiority trial. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):74.
36. Renn BN, Hoefl TJ, Lee HS, et al. Preference for in-person psychotherapy versus digital psychotherapy options for depression: Survey of adults in the U.S. *NPJ Digit Med.* 2019;2:6.
37. Musiat P, Johnson C, Atkinson M, et al. Impact of guidance on intervention adherence in computerised interventions for mental health problems: A meta-analysis. *Psychol Med.* 2022;52(2):229-240.
38. Pihlaja S, Stenberg JH, Joutsenniemi K, et al. Therapeutic alliance in guided internet therapy programs for depression and anxiety disorders – A systematic review. *Internet Interv.* 2017;11:1-10.
39. Holländare F, Gustafsson SA, Berglind M, et al. Therapist behaviours in internet-based cognitive behaviour therapy (ICBT) for depressive symptoms. *Internet Interv.* 2015;3:1-7.
40. Schneider LH, Hadjistavropoulos HD, Faller YN. Internet-delivered cognitive behaviour therapy for depressive symptoms: An exploratory examination of therapist behaviours and their relationship to outcome and therapeutic alliance. *Behav Cogn Psychother.* 2016;44(6):625-639.
41. Leahy RL, Holland SJF, McGinn LK. *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders* (2nd ed.). New York: The Guilford Press; 2012.

# Dlouhodobá léčba deprese u neurologických nemocí

**prof. MUDr. Eva Češková, CSc.**

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

KPN LF Ostravská univerzita

Oddělení psychiatrie, FN Ostrava

Deprese je velmi častou komorbiditou u neurologických onemocnění. Sdílí s nimi některé etiopatogenetické faktory a negativně ovlivňuje jejich průběh. Diagnostiku a léčbu provádí neurolog, v případě těžší a neúspěšně léčené deprese je žádoucí konzultace psychiatra. Článek se detailněji zabývá farmakoterapií u vybraných dlouhodobých neurologických onemocnění a soustředí se hlavně na nejnovější poznatky a specifika u jednotlivých onemocnění.

**Klíčová slova:** cévní mozková příhoda, roztroušená skleróza, chronická bolest, epilepsie, migréna, Parkinsonova nemoc, komorbidní deprese, farmakoterapie.

## Long-term treatment for depression in neurologic diseases

Depression belongs to frequent comorbidities in neurological diseases. There are some common etiopathogenetic factors and depression negatively influences the course of neurologic disorders. Diagnostics and treatment of comorbid depression is usually carried out by neurologist, however, in the case of severe and/or unsuccessful treated depression psychiatric consultation is necessary. The paper deals in more details with pharmacotherapy for chosen long-term neurological disorders and is focused on the newest information and specifics in individual diseases.

**Key words:** stroke, multiple sclerosis, chronic pain, epilepsy, migraine, Parkinson's disease, comorbid depression, pharmacotherapy.

## Úvod

Cílem práce je seznámit čtenáře s farmakoterapií deprese u vybraných neurologických onemocnění, u kterých se deprese vyskytuje často a významně s nimi interferuje. Vychází z dříve publikovaných prací, které se v naší odborné literatuře zabývají touto problematikou (Štětkářová et Horáček, 2016; Racková, 2018) a soustředí se na nové poznatky.

## Současný pohled na etiopatogenezi deprese

Deprese je dána genetickými, epigenetickými a zevními faktory. Vrozená dispozice je zřejmě spojená s narušením regulace neurotransmiterů a neuroplasticity centrální

nervové soustavy (CNS). Hlavní role se přičítá narušené monoaminergní neurotransmisí 3 základních monoaminů, serotoninu (5-HT), dopaminu (DA) a noradrenalinu (NA). Toto může být důsledkem jejich deplece, narušené syntézy a aktivity a narušenou excitabilitou/expresí jejich receptorů. Přímé a nepřímé vzájemné propojení mezi 5-HT, NA a DA neurony je zprostředkováno různými typy receptorů, které účinkují jako autoreceptory a/nebo heteroreceptory. Na základě postmortem a zobrazovacích studií se velký význam přičítá hlavně různým typům a podtypům 5-HT receptorů (Orzelska-Górka et al., 2022).

U deprese jsou nacházeny funkční a strukturální změny. Dysfunkční neuronální

## DECLARATIONS:

### Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

### Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18<sup>th</sup> WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

### Conflict of interest and financial disclosures:

None.

### Funding/Support:

None.

Převzato z: *Neurol. praxi.* 2023;24(6):464-468

Článek přijat redakcí: 30. 9. 2023

Článek přijat k publikaci: 6. 11. 2023

**prof. MUDr. Eva Češková, CSc.**

eva.ceskova@gmail.com

okruhy se týkají hlavně systému odměny (ventrální tegmentální oblast, nukleus akumbens, prefrontální kortex) a stresové osy (hypotalamus – hypofýza – nadledviny, HPA). Strukturální změny spočívají ve sníženém objemu mozkové tkáně v oblastech hipokampu, amygdaly i bazálních ganglií. Přežití neuronů a jejich růst stimulují růstové faktory (neurotrofiny). Nejvíce studován je mozkový neurotrofinní faktor (brain-derived neurotrophic factor, BDNF) a jeho receptory (transmembránové tyrozinkinázové receptory, Trk). V současnosti je velmi intenzivně studován imunitní systém, kdy se předpokládá zhoršená adaptace na stres spolu se zvýšenou tvorbou prozánětlivých cytokinů. Některé zmíněné etiopatogenetické faktory mohou být společné pro základní neurologické onemocnění a depresi (Štětkářová et Horáček, 2016; Orzelska-Górka et al., 2022).

## Diagnostika deprese u neurologických onemocnění

K rychlému screeningu se ve světě i u nás používají sebesposuzovací dotazníkové metody, např. Patient Health Questionnaire, PHQ (Daňsová et al., 2016). Vlastní diagnózu depresivní fáze provádí lékař na základě přítomnosti příznaků uvedených v kritériích Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10). V případě středně těžké nebo těžké deprese by bylo vhodné vyšetření psychiatrem, zvláště při přítomnosti suicidálních tendencí, psychotických příznaků či rezistence na léčbu. U neurologicky nemocných může být diagnostika deprese obtížnější. Somatické příznaky mohou být součástí základního onemocnění, ale také příznaky deprese. Pro všechna dále uvedená neurologická onemocnění platí, že neléčená deprese vede ke snížení kvality života, zhoršuje celkově zdravotní stav nemocného i jeho další prognózu.

## Farmakoterapie deprese

V současnosti je dostupných několik desítek antidepresiv (AD), která lze dělit z řady aspektů. Časté je dělení na generace, které odráží jejich historický vývoj. Nejmarkantnější rozdíl mezi jednotlivými generacemi AD je v jejich snášenlivosti a bezpečnosti. Vyšší generace jsou specifitější a lépe snášené.

První generace AD, tricyklická antidepresiva (TCA), jsou nejdéle užívaná. Náleží k nim

např. amitriptylin, imipramin, klomipramin, dosulepin. Blokují zpětné vychytávání 5-HT, DA a NA a v různém poměru zvyšují jejich dostupnost. Nevýhodou TCA je působení na další receptory (cholinergní, histaminergní, adrenergní), které vede k problematickým nežádoucím účinkům, hlavně u starší populace. Nejsou dnes považována za léky první volby.

Z AD 2. generace lze použít mianserin, který nemá anticholinergní účinky a není kardiotoxický. Zástupci 3. generace, selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), jsou dnes nejvíce užívanými AD a představují první volbu u komorbidní deprese. Řadíme mezi ně citalopram, escitalopram, fluoxetin, fluvoxamin, sertralin a paroxetin. Dostačující bývá podávání 1x denně. Nejčastější gastrointestinální nežádoucí účinky jsou přechodné a objevují se na počátku léčby. Vzácně se na začátku léčby může objevit aktivační syndrom, charakterizovaný prudkým zvýšením úzkosti, neklidu i suicidálními tendencemi. Při dlouhodobém podávání může být problematická sexuální dysfunkce, vzácněji je popisována emoční plochost. Jednotlivá SSRI se odlišují hlavně mírou inhibice metabolizujících enzymů CYP 450. Z tohoto hlediska je nejšetnější citalopram, respektive escitalopram a sertralin, a proto jsou v léčbě komorbidní deprese užívány nejčastěji (Češková, 2007). Čtvrtou generaci tvoří AD zvyšující současně dostupnost dvou základních monoaminových neurotransmiterů. Ze selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI) je dostupný venlafaxin a duloxetin. V ČR byl duloxetin registrován a hrazen pouze u bolestivé diabetické neuropatie, nově je hrazen také u depresivní poruchy. Snášenlivost SNRI je podobná jako u SSRI (Češková, 2018). U venlafaxinu může dojít ke zvýšení krevního tlaku. Bupropion je inhibitor zpětného vychytávání DA a NA (DNRI). Doporučuje se u inhibované deprese s poklesem koncentrace pozornosti nebo při depresi u Parkinsonovy nemoci (PN). Jeho výhodou je minimální vliv na sexuální funkce. Ke 4. generaci lze přiřadit AD s centrální noradrenergí a serotonergní aktivitou, jejichž hlavní mechanismus působení je na receptorové úrovni, např. mirtazapin. Kromě antidepresivních a kvalitních hypnotických účinků má i anxiolytický efekt. Jeho nevýhodou je zvýšení chuti k jídlu s nárůstem hmotnosti. Vzácně může vyvolat syndrom neklidných nohou.

V posledních letech byla vyvinuta multimodální AD, která zahrnují více mechanismů účinku. Působí na více receptorových systémech a současně inhibují zpětné vychytávání 5-HT. V ČR máme k dispozici trazodon, agomelatin a vortioxetin. Pro preskripci lékaři jiné specializace, než psychiatrie, je uvolněn trazodon. Trazodon do denních dávek 150 mg má hlavně anxiolytické a hypnotické působení přes působení na receptorech, při vyšších dávkách přistupuje inhibice zpětného vychytávání 5-HT a stává se účinným AD. Vortioxetin lze indikovat u neúčinnosti a/ nebo nesnášenlivosti SSRI. Vortioxetin kromě inhibice serotoninového transportéru moduluje různé typy 5-HT receptorů (včetně 5HT7). Má schopnost zlepšit také kognitivní funkce, jejichž deficit často doprovází depresi. Agomelatin je agonista melatoninových receptorů MT1 a MT2 a antagonist 5HT2C receptorů. Resynchronizuje cirkadiální rytmus a působí rovněž anxiolyticky bez sedativního účinku. Nezpůsobuje sexuální dysfunkce. Vzhledem k možné hepatotoxicitě je nutné vyšetřit jaterní funkce před léčbou a dále je sledovat během celé léčby (Machado et al., 2006).

K AD s jiným mechanismem účinku řadíme inhibitory monoaminoxidázy (IMAO), které zabraňují metabolismu monoaminů. Jejich hlavní výhodou je absence anticholinergního působení a pozitivní efekt na kognitivní funkce, což lze využít u převážně organicky podmíněných depresí. Z této skupiny je dostupný reverzibilní IMAO-A moklobemid. Antidepresivní efekt má také selektivní IMAO-B selegilin ve vyšších dávkách, kdy ztrácí svoji selektivitu. U IMAO je třeba dávat pozor na možné riziko interakcí s látkami, které mají serotonergní působení včetně některých potravin.

## Deprese po cévní mozkové příhodě

Výskyt deprese po krvácivé nebo ischemické cévní mozkové příhodě (CMP) je vysoký, dle různých literárních zdrojů se pohybuje v rozmezí 20–70 %. Nejvyšší výskyt je po prvních třech měsících po CMP a vrcholí do roku od vzniku, může se spontánně upravit (Robinson, Jorge et Starkstein, 2023).

Základem léčby jsou AD. Recentní meta-analýza randomizovaných kontrolovaných studií (RCT) prokázala jejich účinnost v léčbě deprese po CMP a také účinnost v prevenci rozvoje

deprese ve srovnání s placebem. Včasná léčba může pomoci při fyzické a kognitivní regeneraci a zvýšit přežití až o 10 let (Robinson, Jorge et Starkstein, 2023).

Z AD se doporučují SSRI, které neovlivňují významněji kardiovaskulární systém. Je nutné dát pozor na možné interakce s antikoagulační léčbou, protože řada nemocných je léčena warfarinem. Mají dobrý efekt na tzv. spastický pláč (záchvatovitá a psychologicky nemotivovaná silná emoční reakce doprovázená pláčem) a další organické psychické komplikace. Specifickým a běžným příznakem deprese u CMP je výrazná apatie, pro kterou nemáme doposud prokazatelně účinnou léčbu. SSRI tento příznak významněji neovlivní (Tay et al., 2023). Lékem druhé volby je ze skupiny SNRI venlafaxin.

## Deprese u roztroušené sklerózy

Roztroušená skleróza (RS) je chronické, s postižením imunitního systému související onemocnění CNS probíhající nejčastěji v cyklech relaps-remise. Deprese u RS se vyskytuje až v 50 %, což představuje zhruba 2–3× vyšší výskyt, než je u běžné populace (Patten, Marrie et Carta, 2017).

Na vzniku deprese u RS se podílí chronický zánětlivý proces probíhající v CNS, který vede k demyelinizačním lézím a axonální ztrátě (Solaro, Gamberini et Masuccio, 2018). Podíl má i léčba RS (v akutní fázi vysoké dávky kortikoidů, dlouhodobá léčba cílená na imunitní systém). MikroRNA, nekódující část RNA regulující genovou expresi, je zapojena do patogenních mechanismů řady chorob, může hrát roli i v mechanismech komorbidit RS a deprese. V lidském genomu bylo dosud nalezeno přibližně 750 microRNA genů, které regulují expresi až třetiny protein-kódujících genů, což naznačuje jejich zásadní význam pro fungování buňky a buněčného cyklu (Wang, 2021).

Léky první volby jsou SSRI. Bylo publikováno několik doporučených postupů a konsenzuálních doporučení týkajících se screeningu a léčby RS s depresí, jsou však inkonzistentní a příliš obecná (McIntosh et al., 2023).

## Deprese u chronické bolesti

Chronická bolest je jedním z nejčastějších důvodů, pro které lidé vyhledávají lékaře. Větší výskyt je pozorován v kontextu se stárnutím obyvatelstva. Na rozdíl od dosud platné MKN 10

chronická bolest v MKN 11 (trvajících  $\geq 3$  měsíce) se stává samostatnou nozologickou jednotkou. Je rozdělena do 7 hlavních kategorií, zahrnujících chronickou bolest související s rakovinou, traumatem, muskuloskeletální a neuropatickou bolest. Z hlediska etiopatogeneze může být důsledkem poruch napadajících periferní nebo centrální nervový systém, nebo je idiopatická (Scholz et al., 2019).

Dlouhodobá bolest při některých chronických onemocněních představuje velkou zátěž na psychiku. Často se u ní vyskytuje deprese, která vnímání bolesti ještě zhoršuje. Společné patogenetické mechanismy se týkají snížení hladin biogenních aminů (5-HT a NA), při dlouhotrvající bolesti vznikají v mozku i funkční i strukturální změny.

V léčbě chronické bolesti s depresí se stále používají TCA, i když mají řadu nežádoucích účinků. Indikována jsou hlavně pro neuropatickou bolest, tenzní bolesti hlavy a prevenci migrény. Často je užíván amitriptylin v jednorázové večerní nízké dávce (25–50 mg). Ze skupiny SNRI je podáván venlafaxin a duloxetin, oba zmírňují velmi dobře depresi i bolest. Farmakoterapie neuropatické bolesti je specifická, průkazně účinný je gabapentin a pregabalin (Vaněčková, 2004; Štětkářová et Horáček, 2016).

## Deprese u migrény

Migréna je chronické záchvatovité onemocnění charakterizované atakami převážně jednostranné pulzující bolesti hlavy střední nebo těžké intenzity, trvající obvykle několik hodin, u žen se vyskytuje 3× častěji než u mužů. Deprese postihuje 10–50 % nemocných s migrénou (Štětkářová et Horáček, 2016).

V patofyziologii migrény hraje rozhodující úlohu aktivace trigeminovaskulárního systému, která způsobuje uvolnění různých vazodilatátorů, zvláště „calcitonine gene-related peptide“ (CGRP) vedoucího k bolestivé odpovědi. Současně dochází ke snížení hladin 5-HT. 5-HT receptory se nachází na trigeminálním nervu a kraniálních cévách. Bylo pozorováno, že měnící se hladiny pohlavních hormonů, zvláště estrogenů, ovlivňují dostupnost 5-HT a přispívají k častějšímu výskytu záchvatů migrény u žen (Aggarwal, Veena Puri et Puri, 2012).

Léčba deprese u migrény spočívá nejčastěji v podávání SSRI nebo SNRI. Proto je pro klinickou praxi významné, že antimigrénika mají

obecně poměrně značný potenciál k lékovým interakcím (Aggarwal, Veena Puri et Puri, 2012). Námelové alkaloidy, substráty cytochromu P450 3A4, jsou dnes podávány výhradně při zvládání migrenózní akutní ataky. Klasickou specifickou léčbu záchvatů migrény představují triptany, selektivní agonisté 5-HT<sub>1B/1D</sub> receptorů. Na metabolismu triptanů se spolupodílejí různé izoenzymy cytochromu P450 a monoaminoxidáza A. Nejslibnějším novým přístupem v léčbě migrény je specifická blokáda CGRP nebo jeho receptoru (gepanty) monoklonálními protilátkami. Jsou citlivými substráty zejména CYP3A4, a mají proto značné množství lékových interakcí s jeho inhibitory (Suchopár, Suchopár et Prokeš, 2021; Kotas, 2019).

## Deprese u epilepsie

Epilepsie je onemocnění mozku charakterizované výskytem opakovaných neprovokovaných epileptických záchvatů. Epileptické záchvaty jsou epizody náhlé a přechodné abnormální (excesivní a hypersynchronní) aktivity neuronů mozkové kůry. Projevují se dočasnou změnou vědomí či vnímání, chování, hybnosti a citlivosti.

Deprese je nejběžnější psychiatrickou komorbiditou u pacientů s epilepsií, postihuje zhruba jednu třetinu nemocných. Nejvíce se objevuje u nemocných s temporální epilepsií, což bývá spojeno s poruchou limbického systému. Depresivní příznaky nebo epizody se mohou vyskytovat mezi záchvaty, tedy s nimi zřejmě nesouvisí, nebo jsou na ně vázány (tj. předcházejí záchvat, vyskytují se v jeho průběhu nebo po něm). Sdílená patofyziologie zahrnuje klíčové neurotransmiterové systémy, strukturální léze a genetickou vulnerabilitu (Pisani, 2023).

Lékem volby jsou SSRI nebo SNRI, která se ukazují jako bezpečná i v dlouhodobém používání. Z některých dalších AD je třeba opatrnosti u bupropionu, klomipraminu a maprotilinu (tento však u nás není dostupný), v menší míře u mianserinu, imipraminu a amitriptylinu, protože snižují práh pro vznik epileptického záchvatu. Případné zhoršení frekvence záchvatů souvisí s dávkou, riziko je ale malé. Většina antiepileptik je potenciálně depresogenních. Depresogenně může působit fenobarbital, primidon, topiramát, tiagabin, vigabatrin, levetiracetam (Pisani et al., 2023; Maguire, Marson et Nevitt, 2021). Vzhledem k tomu, že u řady epileptiků je ke kontrole záchvatů potřebná kombinace antiepileptik



# Znovu se probouzet do jasných dnů...

**Brintellix**<sup>®</sup>  
vortioxetin

O krok dál v léčbě deprese

**ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU. NÁZEV A LÉKOVÁ FORMA:** Brintellix 5 mg potahované tablety, Brintellix 10 mg potahované tablety, Brintellix 15 mg potahované tablety, Brintellix 20 mg potahované tablety a Brintellix 20 mg/ml perorální kapky, roztok. **LÉČIVÁ LÁTKA:** Jedna potahovaná tableta obsahuje vortioxetini hydrobromidum, což odpovídá vortioxetinum 5 mg (pro Brintellix 5 mg), 10 mg (pro Brintellix 10 mg), 15 mg (pro Brintellix 15 mg) a 20 mg (pro Brintellix 20 mg), jeden ml roztoku obsahuje vortioxetini lactas, což odpovídá vortioxetinum 20 mg, jedna kapka odpovídá vortioxetinum 1 mg (pro Brintellix 20 mg/ml perorální roztok, kapky). **INDIKACE:** Brintellix je indikován k léčbě depresivních epizod u dospělých. **DAVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ:** Úvodní a doporučená dávka je 10 mg jednou denně, užitá perorálně s jídlem nebo nalačno. Starší pacienti  $\geq 65$  let: Úvodní dávka je 5 mg jednou denně. **Pediatrická populace (< 18 let):** Nemá se používat. **Ukončení léčby:** Aby se zabránilo výskytu příznaků z vysazení, lze zvážit postupné snižování dávky. Pro specifická doporučení týkající se harmonogramu snižování dávky u pacientů léčených přípravkem Brintellix však nejsou k dispozici dostatečné údaje. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Současné užívání s neselektivními inhibitory monoaminoxidázy (IMAO) nebo selektivními MAO-A inhibitory. ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ:** Deprese je spojena se zvýšeným rizikem sebevražedných myšlenek, sebepoškození a sebevraždy. Pacienti, a zvláště ti, kteří mají zvýšené riziko sebevraždy, by měli být během léčby pečlivě sledováni, a to především na začátku léčby a po změně dávkování. Pacienti (a jejich ošetřovatelé) by měli být upozorněni na to, že je nutné sledovat jakékoliv zhoršení jejich stavu, vznik sebevražedného chování nebo myšlenek a neobvyklých změn chování a na to, že pokud se tyto příznaky objeví, musí okamžitě vyhledat lékařskou pomoc. U pacientů se záchvaty v anamnéze, případně nestabilní epilepsii, má být léčba zahájena s opatrností. Pacienti musí být sledováni pro případné známky a příznaky serotoninového syndromu nebo neuroleptického maligního syndromu. Brintellix by měl být používán s opatrností u pacientů s anamnézou mánie/hypománie. U pacientů, kteří vstoupí do manické fáze, je nutno léčbu tímto přípravkem ukončit. Pacienti léčení antidepresivy, včetně vortioxetinu, mohou rovněž zaznamenat pocity agresivity, hněvu, agitovanosti a podrážděnosti. Stav pacienta i stav onemocnění musí být bedlivě monitorován. Při užívání antidepresiv se serotonergním účinkem, včetně vortioxetinu, byly hlášeny vzácné poruchy krvácení (ekchymóza, purpura, gastrointestinální nebo gynekologické krvácení) a vzácně byla pozorována hyponatremie. V souvislosti s užíváním antidepresiv, včetně vortioxetinu, byl hlášen výskyt mydriázy. Tento mydriatický účinek může vést k zúžení komorového úhlu oka a následně zvýšení nitroočního tlaku a glaukomu s uzavřeným úhlem. Je třeba postupovat s opatrností u pacientů s poruchou ledvin a jater. Brintellix 20 mg/ml perorální kapky, roztok obsahuje 85 mg alkoholu (96% ethanol) v jednom ml, což odpovídá 10,1 % obj. **INTERAKCE:** Je třeba opatrnosti při podání v kombinaci s inhibitory MAO, MAO-A, (moklobemid), MAO — reverzibilní neselektivní (linezolid), MAO-B ireverzibilní selektivní (selegilin, rasagilin), serotonergní působícími léčivými přípravky, s přípravky snižujícími práh pro vznik záchvatů, lithiem, tryptofanem, těžkou tekčovinou, perorálními antikoagulanty, antiagregancií a přípravky převážně metabolizovanými enzymy CYP2D6, CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19 a cytochromem P450. U pacientů, kteří užívali vortioxetin, byly hlášeny falešně pozitivní výsledky testů používajících metodu enzymové imunanalýzy ke stanovení přítomnosti metadonu v moči. **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Podání těhotným ženám pouze tehdy, pokud očekávaný přínos převáží nad potenciálním rizikem pro plod. Je nutno rozhodnout, zda přerušit kojení nebo ukončit/přerušit podávání přípravku. **SCHOPNOST RIDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Žádný nebo zanedbatelný vliv. S ohledem na hlášené nežádoucí účinky, např. závratě, je doporučena opatrnost pacientů. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** Nežádoucí účinky byly zpravidla mírné nebo střední intenzity a vyskytly se během prvních dvou týdnů léčby. Účinky byly obvykle přechodné a nevedly obyčejně k ukončení terapie. Velmi časté: nauzea. Časté: abnormální sny, závratě, diareja, obstipace, zvracení, dyspepsie, pruritus, hyperhidróza. Méně časté: tremor, rozmazané vidění, návaly horka, noční pocení. Vzácné: mydriáza (která může vést k akutnímu glaukomu se zvýšeným komorovým úhlem). **Není známo:** anafylaktická reakce, hyperprolaktinémie, hyponatremie, serotoninový syndrom, bolest hlavy, krvácení (včetně kontuze, ekchymózy, epistaxe, gastrointestinálního nebo vaginálního krvácení), angioedém, urtikarie, vyrážka, insomnie, agitovanost a agresivita. **PODMÍNKY UCHOVÁVÁNÍ:** Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. **VELIKOST BALENÍ:** 28 potahovaných tablet (5 mg a 10 mg), 98 potahovaných tablet (10 mg), 98 potahovaných tablet (15 mg), 98 potahovaných tablet (20 mg) a 15 ml ve skleněné lahvičce (perorální kapky, roztok 20 mg/ml). **PŘEDÁVKOVÁNÍ:** Zkušenosti s předávkováním omezené. Doporučena symptomatická léčba a odpovídající monitoring. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** H.Lundbeck A/S, Ørttilavej 9, 2500 Valby, Dánsko. **REGISTRAČNÍ ČÍSLA:** tablety — EU/1/13/891/002, 010, 012, 021, 029 030, perorální kapky, roztok — EU/1/13/891/036. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU SPČ:** 10. 1. 2024. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE ZKRÁCENÉ INFORMACE:** 17. 1. 2024. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Předtím, než přípravek Brintellix předepíšete, přečtěte si, prosím, úplné znění Souhrnu údajů o přípravku. Podrobné informace o tomto léčivém přípravku jsou k dispozici na webových stránkách [www.lundbeck.cz](http://www.lundbeck.cz) a [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz).

a epilepsie je chronické onemocnění vyžadující dlouholetou terapii, je nutné myslet na možnost farmakokinetické interakce (Grundmann et Kacířová, 2021).

Zatím chybí léčba, která by účinně ovlivňovala jak depresivní, tak epileptické symptomy a byla bezpečná. Do popředí zájmu se dostal endokannabinoidní systém mozku pro jeho možnou úlohu u deprese a epilepsie. Endokannabinoidní systém mozku zahrnuje dvě klíčové komponenty – anandamid a 2-arachidonoyl glycerol, které se váží na dva základní typy kanabinoidních receptorů (CB1, CB2) a mohou ovlivňovat řadu neurotransmiterů. Nejvíce prací se týká anandamidu, který působí obecně antidepresivně a antikonvulzivně (Epps, 2022).

## Deprese u Parkinsonovy nemoci

Parkinsonova nemoc (PN) je jedním z nejčastějších, s věkem souvisejících, neurodegenerativních onemocnění, které postihuje CNS. Dochází k odumírání buněk tvořících dopamin.

PN je dnes řazena mezi synukleinopatie. Jejich společnou vlastností je ukládání patologického proteinu alfa-synukleinu v mozkové tkáni. PN se projeví, pokud je postiženo 60–70 % neuronů v substantia nigra (Chikitimalla et al., 2022). Projevuje se klasickou triádou příznaků (třes, hypokineze, rigidita).

Deprese se u PN vyskytuje u 40–50 % nemocných, představuje u nich nejčastější komorbidní psychické onemocnění. Je považována za důsledek neurodegenerace dopaminergních, cholinergních, serotonergních, a noradrenergických neuronů, intenzivně je zkoumána také úloha zánětlivých procesů CNS (Chikitimalla et al., 2022). Depresivní epizoda může být prvním příznakem PN, který pacienta dovede do ordinace lékaře. Výskyt deprese ani její hloubka nezávisí na stadiu ani průběhu nemoci.

V léčbě deprese u PN se nejvíce používají standardní AD, tj. SSRI, TCA, SNRI a IMAO (Epps, 2022). Nejvhodnější a nejvíce užívaná jsou SSRI pro jejich relativní toleranci a bezpečnost při předávkování, mohou však zvyšovat riziko lékových

interakcí. SNRI mají určitou výhodu v ovlivnění bolesti. Někteří autoři preferují TCA nad SSRI pro jejich možnou vyšší účinnost. Selegilin, zástupce IMAO-B, je běžně užíván v léčbě motorických příznaků PN. Při vyšších dávkách ( $\geq 10$  mg denně) ztrácí svoji selektivitu, inhibuje také MAO-A a má antidepresivní aktivitu. Při kombinaci selegilinu a SSRI je určité riziko vzniku serotoninového syndromu spojeného s hypertenzní krizí (Bomasang-Layno et al., 2015).

## Závěr

Deprese náleží mezi velmi časté komorbidity u neurologických onemocnění a ovlivňuje jejich průběh. Deprese je z hlediska etiopatogeneze velmi heterogenní a některé etiopatogenetické faktory mohou být společné pro základní neurologické onemocnění a depresi. I když AD první volby jsou SSRI, léčba některých neurologických onemocnění s komorbidní depresí má svoje specifika, která by měla být zohledňována.

## LITERATURA

- Aggarwal M, Veena Puri V, Puri S. Serotonin and CGRP in migraine. *Ann Neurosci*. 2012;19(2):88-94.
- Bomasang-Layno E, Fadlon I, Murray AN, Himelhoch S. Antidepressive treatments for Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Parkinsonism Relat Disord*. 2015;21:833-842.
- Češková E. Jak správně zvolit antidepresivum. *Psychiat. praxi*. 2007;8(5):229-231.
- Češková E. Současnost a budoucnost farmakoterapie závažných psychických poruch. *Čas. Léč. čes*. 2018;157:96-100.
- Daňšová, P, Masopustová Z, Hanáčková V, et al. Metoda Patient Health Questionnaire-9: česká verze. *Československá psychologie*. 2016;60(5):468-481.
- Epps SA. Commonalities for comorbidity: Overlapping features of the endocannabinoid system in depression and epilepsy. *Front Psychiatry*. 2022;13:1041460. doi: 10.3389/fpsy.2022.1041460.
- Grundmann M, Kacířová I. Farmakokinetické a farmakodynamické lékové interakce antiepileptik. *Klin Farmakol Farm*. 2021;35(1):12-18.
- Chikitimalla R, Dasaradhan T, Koneti J, et al. Depression in Parkinson's disease: a narrative review. *Cureus*. 2022;14(8):e27750.
- Kotas R. Migréna – od patofyziologie k monoklonálním protilátkám. *Neurol. praxi*. 2019;20(4):296-300.
- Maguire MJ, Marson AG, Nevitt SJ. Antidepressants for people with epilepsy and depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;4(4):CD010682.
- Machado M, Iskedjian M, Ruiz I, Einarson TR. Remission, dropouts, and adverse drug reaction rates in major depressive disorder: a meta-analysis of head-to-head trials. *Curr Med Res Opin*. 2006;22(9):1825-37.
- McIntosh GE, Liu ES, Allan M, et al. Clinical practice guidelines for the detection and treatment of depression in multiple sclerosis: a systematic review. *Neurol Clin Pract*. 2023;13(3):e200154.
- Nežádal T. Co je nového v terapii migrény? *Klin Farmakol Farm*. 2022;36(4):123-128.
- Orzelska-Górka J, Mikulska J, Wiszniewska A, et al. New Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia and depression. *Int J Mol Sci*. 2022;23(18):10624.
- Patten SB, Marrie RA, Carta MG. Depression in multiple sclerosis. *Int Rev Psychiat*. 2017;29(5):463-472.
- Pisani F, Pisani LR, Barbieri MA, et al. Optimization of therapy in patients with epilepsy and psychiatric comorbidities: Key points. *Curr Neuropharmacol*. 2023;21(8):1755-1766.
- Racková S. Deprese u neurologických onemocnění: výskyt a její léčba. *Neurol. praxi*. 2018;19(3):213-217.
- Robinson RG, Jorge RE, Starkstein SE. Poststroke depression: An update. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2023, doi: 10.1176/appi.neuropsych.21090231.
- Scholz J, Finnerup NB, Attal N, et al. Classification Committee of the Neuropathic Pain Special Interest Group (NeuPSIG), and Task Force for the Classification of Chronic Pain of the International Association for the Study of Pain (IASP). *Pain*. 2019;160(1):53-59.
- Solaro C, Gamberini G, Masuccio FG. Depression in multiple sclerosis: Epidemiology, aetiology, diagnosis and treatment. *CNS Drug*. 2018;32(2):117-133.
- Suchopár J, Suchopár Š, Prokeš M. Lékové interakce anti-migrenik (2. část). *Remedia*. 2021;31:391-397.
- Štětkařová I, Horáček J. Deprese u vybraných neurologických onemocnění. *Cesk Slov Neurol*. 2016;79/112(6):626-638.
- Tay J, EFFECTS Trial Collaboration, Mårtensson B, et al. Does fluoxetine reduce apathetic and depressive symptoms after stroke? An analysis of the efficacy of fluoxetine-a randomized controlled trial in stroke trial data set. *Int J Stroke*. 2023;18(3):285-295.
- Vondráčková D. Chronická bolest – patofyziologie a léčba. *Neurol. praxi*. 2004;6:337-343.
- Wang H. MicroRNAs, Multiple sclerosis, and depression. *Int J Mol Sci*. 2021;22(15):7802.

# Pohybové programy v podpůrné léčbě psychiatrických pacientů

doc. PhDr. Běla Hátlová, Ph.D., PhDr. Eva Chalupová, Ph.D., PhDr. Iva Wedlichová Ph.D.,  
PhDr. Milena Adámková Ségard, Ph.D.

Katedra psychologie, Pedagogická fakulta, Univerzita J. E. Purkyně, Ústí nad Labem

U psychicky nemocných osob je pozorovatelná psychopatologie v jejich používání pohybu v rozsahu částí, nebo celku těla a využívání prostoru, potlačování nebo exploze emočních projevů zřejmých v tělesném pohybu a jejich sociální tělesná úzkost. Psychomotorická terapie je podpůrná léčba pomocí tělesné aktivity. Problém vidíme v nedostatečné znalosti principů a metod psychomotorické terapie, které jsou podpořeny výsledky výzkumných prací. Tato neznalost vede k používání alternativních metod, které nejsou založeny na odborném ověření svého působení.

**Klíčová slova:** pohybová aktivita, psychiatrie, psychomotorika.

## Exercise programs in the supportive treatment of psychiatric patients

In mentally ill persons, psychopathology is observable in their use of movement in the range of parts or the whole of the body and use of space, suppression or explosion of emotional manifestations evident in bodily movement, and their social bodily anxiety. Psychomotor therapy is supportive treatment using physical activity. We see the problem as insufficient knowledge of the principles and methods of psychomotor therapy, which are supported by the results of research works. This ignorance leads to the use of alternative methods that are not based on professional verification of their effectiveness.

**Key words:** physical activity, psychiatry, psychomotorics.

## Představení problému

Aktuální evropské změny v péči o psychiatrické pacienty se týkají především podpory podpůrných nefarmakologických terapií a posílení ambulantní léčby v systému komplexní péče, kam patří sportovní a jiné pohybové aktivity. Tělesná aktivita může být ochranným faktorem vzniku duševních chorob. Naopak neaktivní, sedavý způsob života významně přispívá ke zhoršování psychického stavu i u lidí s psychotickými poruchami (1). O přiměřenosti fyzické i psychické zátěže vede současná společnost diskuzi. WHO 2017 konstatuje, že pravidelná tělesná aktivita i s mírnou intenzitou se podílí na snížení rizika somatických i psychických onemocnění (2). Historické podněty jsou uvedeny v článku: Historická a teoretická východiska psychomo-

torické terapie (3). Je také ověřeno, že vnímání sebe sama ve vztahu k pohybu ovlivňuje jak specifické sebehodnocení spojené s tělem a jeho pohybem, tak hodnocení sebe sama na globální úrovni (4). U psychicky nemocných osob je pozorovatelná psychopatologie v jejich používání pohybu v rozsahu částí, nebo celku těla a využívání prostoru, potlačování nebo exploze emočních projevů zřejmých v tělesném pohybu a také jejich sociální tělesná úzkost, kdy pohybové aktivity jsou často vnímány jako sebezprezentační hrozba. Jedinci s vysokým stupněm sociální tělesné úzkosti se pak pohybových aktivit odmítají účastnit. Možnost podpůrné léčby pomocí tělesné aktivity psychiatrických pacientů je řešena převážně v léčebných zařízeních. Zařazení osob s psychickými problémy do pohybových aktivit

## DECLARATIONS:

### Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

### Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18<sup>th</sup> WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

### Conflict of interest and financial disclosures:

None.

### Funding/Support:

None.

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2024;25(1):37-39

<https://doi.org/10.36290/psy.2024.004>

Článek přijat redakcí: 31. 1. 2024

Článek přijat k tisku: 28. 2. 2024

doc. PhDr. Běla Hátlová, Ph.D.

belahatlova@centrum.cz

běžné populace naráží na předsudky týkající se převážně očekávané agresivity (3). Odlišnosti v pojetích pohybových terapií jsou dány rozdílným pojetím medicíny, psychologie a tělesné kultury v historii jednotlivých zemí.

Pro znalost vývoje psychomotorické terapie je důležitá Probstova přehledová studie z roku 2010 „Psychomotor therapy and psychiatry: What's in a name“ publikovaná v *Medicine Journal* (5). Vybrané Probstovy publikace jsou i v českém překladu (6). Přetrvávající problém v oblasti psychomotorické terapie vidíme souhlasně s Probstem v nedostatečné znalosti principů a metod psychomotorické terapie, které jsou podpořeny výsledky výzkumných prací. Tato neznalost vede k používání širokého pole alternativních metod, které nejsou založeny na odborném ověřování svého působení. Z toho důvodu je nutné vymezit metodu, kterou označujeme Psychomotorická terapie.

### Definice: Psychomotorická terapie (7)

*„Psychomotorická terapie, je utvářející se metoda, která na historických podkladech a současném stupni poznání, rozvíjí možnosti jak vlastní pohybovou aktivitou posilovat kvalitu mentálního zdraví. Prostředkem změny je aktivní pohyb. Cílem je kvalita duševního zdraví. Psychomotorická cvičení jsou charakteristická vlastní řízenou aktivitou. K vytvoření, nebo obnovení porušených pohybových forem chování, používají aktivně prováděný pohyb s důrazem na jeho psychickou podstatu. Psychickým prostředkem jsou psychosomatické prožitky. Na podkladě zkušenosti, předpokladů a aspirací je prožívána pohybová situace, zpracována a vyhodnocena.“*

To, co odlišuje tělesnou aktivitu od dalších tradičních terapií zaměřených na problémy duševního zdraví, je potenciál současně působit na tělesné a duševní zdraví (8). Od 90. let 20. století se zvyšuje výzkum podílu tělesného cvičení při léčbě duševního zdraví. Publikovány jsou výzkumné studie zaměřené na vztah mezi tělesným cvičením a psychiatrickým onemocněním, které přináší důkazy o vztahu tělesných cvičení k psychickým onemocněním, závislostem, úzkosti, depresi, sebeúctou a obrazem těla (3, 9, 10, 11, 13–17). Vancampfort et al. (12) zkoumali vztah mezi druhem motivace a množstvím pohybové aktivity u 129 pacientů, z toho 44 se schizofrenií. Dokázali, že u nich množství pohybové aktivi-

ty významně souvisí s vnější a introjektovanou motivací. U ambulantních pacientů byl tento vztah významnější než u hospitalizovaných. Simons (14) ve své studii poukazuje na skutečnost úzké souvislosti sebevědomí s tělesnou sebeúctou. Ve vyšetřované skupině adolescentů v běžné populaci pozoroval vztah sebevědomí a tělesné sebeúcty. U adolescentů s duševními problémy byl tento vztah vyšší, bez ohledu na diagnózu. Epidemiologické studie ukázaly, že tělesná aktivita má terapeutický přínos při použití jako podpůrné léčby duševních poruch (18, 17). Rosenbaum publikoval narativní syntézu systematických recenzí a klinických studií. Uvedl důkazy, které podporují zařazení pohybových programů jako účinný a přijatelný doplněk léčby psychiatrických pacientů (19). Brokmeier (20) referuje o pozitivní účinnosti pravidelné tělesné aktivity při léčbě psychóz. V hlavních databázích byly prohledávány prospektivní studie do roku 2019, které počítaly poměr předpokladu incidentní psychózy/schizofrenie u jedinců s vyšší mírou tělesné aktivity oproti jedincům s nižší mírou tělesné aktivity. Hrubá analýza naznačuje, že tělesná aktivita může být protektivním faktorem proti vzniku psychózy/schizofrenie, ale při úpravě na kovariáty již tato souvislost není významná (20).

### Původní studie v ČR (2020–2023)

Studie vznikly za podpory projektu: Physical Activity as a Part of Psychiatric Patient's Treatment, Czech-Norwegian Research Programme (CZ09) 7F14500, 2014–2017.

### Motivačně pohybový program u hospitalizovaných psychiatrických pacientů (15)

Výzkum spojuje pozitivní zkušenost s užitím motivačního pohovoru jako všeobecné metody, která napomáhá uskutečňování určité požadované změny a zážitku vykonávání tělesné aktivity. Použitý intervenční nástroj, motivační pohovor, se opírá o jeho vedení při vlastním vykonávání tělesné aktivity ve formě standardního, na odděleních užívaného (program měl různý pohybový obsah), pohybového programu vedeného 1x nebo 2x týdně po dobu 6 týdnů.

**Metody:** Zkoumaný vzorek zahrnoval 141 hospitalizovaných pacientů ze dvou psychiatrických nemocnic, u nichž byly diagnostikovány

duševní poruchy: schizofrenie, poruchy nálady a úzkostné poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. Pacienti byli rozděleni do experimentální a kontrolní skupiny na základě náhodného skupinového výběru. Absolvovali šestitýdenní pohybový program v rámci hospitalizace. Experimentální vzorek absolvoval šestitýdenní motivačně pohybový program a kontrolní vzorek standardní šestitýdenní pohybový program. K výzkumu byly použity desetimístné škály, které zjišťovaly úroveň vyjadřované tělesné zdatnosti (tělesnou vytrvalost, svalovou sílu a pohybovou obratnost), Test cesty, který měří rychlost psychomotorického tempa. Hodnoty vypovídající o úrovni úzkosti a deprese byly získány dotazníkem HADS, který má dvě subškály. Subškála HADS-A zjišťuje míru úzkosti a subškála HADS-D zjišťuje úroveň deprese.

**Výsledky:** Dosažená data potvrdila významný vliv vedení motivačního pohovoru během pohybového programu na vyjadřovanou celkovou tělesnou zdatnost a na její měřené složky  $p = 0,000$ , rychlost psychomotorického tempa  $p = 0,000$ . Data nepotvrdila signifikantní vliv vedení motivačního pohovoru během pohybového programu na vyjadřovanou úroveň anxiety pro celkovou skupinu hospitalizovaných pacientů  $p = 0,603$ , ani na vyjadřovanou úroveň deprese  $p = 0,450$ . Pacienti, kteří absolvovali SPP v rámci hospitalizace, vyjadřovali statisticky významné zlepšení pouze v rychlosti psychomotorického tempa  $p = 0,000$ .

### Vliv psychomotorické terapie na duševní zdraví při ústavní léčbě schizofrenie (16)

Výzkum se zaměřil na efektivitu vykonávání stabilního pohybového programu, vedeného 3x týdně po dobu 14 týdnů, jako podpůrné metody při léčbě hospitalizovaných pacientů se schizofrenií.

**Metody:** V randomizované kontrolované dvojité zaslepené studii se zúčastnilo 142 pacientů se schizofrenií (věk: průměr 50,2 let, SD = 6,5, rozmezí 21–62). Ve srovnání s kontrolní skupinou ( $n = 60$ ) byl experimentální skupině ( $n = 82$ ) podán další program psychomotorické terapie (3krát týdně po dobu 14 týdnů). K hodnocení stavu duševního zdraví byla použita Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).

**Výsledek:** U pretestu byly obě skupiny srovnatelné (hodnota  $p$ -level není nikde menší než

0,05 nebo 0,01). Po experimentu je statisticky významný rozdíl téměř mezi všemi proměnnými Úzkost / Deprese, Energie, Poruchy myšlení a aktivace. Tento rozdíl se neprojevil pouze u THOT (hostilita). Nebyl nalezen žádný významný rozdíl mezi pohlavími.

Dlouhodobý vliv sportovního aktivačního programu na duševní zdraví ambulantních psychiatrických pacientů (17)

Projekt byl zaměřen na psychiatrické pacienty v ambulantní péči. Sledoval vliv sportovního aktivačního programu s vedením motivačních pohovorů.

**Metody:** 19 pacientů v ambulantní péči s diagnózou schizofrenie (10 mužů a 9 žen) a 9 pacientů s diagnózou bipolární porucha (5 mužů a 4 ženy) se zúčastnilo plně hrazeného 6denního aktivačního pobytu se 6 hodinami individuálně zvolené pohybové aktivity a motivačními pohovory. Následně jim byly hrazeny 2 lekce vybraného sportu týdně po dobu 6 měsíců. Dalších 7 měsíců cvičili samo-

statně na vlastní náklady. Před začátkem programu, po 6denním pobytu, po 6 měsících a po 13 měsících byly sledovány následující proměnné: čas a frekvence lehké a těžké pohybové aktivity pomocí International Physical Activity Questionnaire, vnímaná tělesná vytrvalost, obratnost a síla na vlastní 10 bodové škále, psychomotorické tempo pomocí testu Trail Making Test, míra úzkosti a deprese pomocí Hospital Anxiety and Depression Scale a aktuální funkční výkonnost pomocí Global Assessment of Functioning Scale.

**Výsledky:** U pacientů s diagnózou schizofrenie pohybový program statisticky významně zvýšil frekvenci lehké pohybové aktivity, zvýšil vnímanou sílu a vytrvalost u mužů a vnímanou obratnost u žen. Zlepšil ukazatele psychomotorického tempa u mužů i žen. U mužů došlo v průběhu programu k mírnému zvýšení úzkosti, u žen ke změně nedošlo. Aktuální funkční výkonnost vzrostla z 60 na 75 bodů u mužů a z 60 na 80 u žen.

U pacientů s diagnózou bipolární porucha došlo u mužů k statisticky významnému zlepšení psychomotorického tempa a mírnému snížení hladiny úzkosti. U obou pohlaví došlo ke zvýšení aktuální funkční výkonnosti. Ostatní měřené proměnné se nezměnily. V pravidelné pohybové aktivitě pokračuje nadále 1 muž a 1 žena.

Tato studie naznačuje, že osoby s psychiatrickým onemocněním mohou být pravidelně fyzicky aktivní, pokud jim budou poskytnuty vhodné příležitosti, a mohou z této aktivity těžit v podobě zlepšeného sebehodnocení. Výsledky naznačují, že fyzická aktivita je spojená jak s vyšší autonomní motivací k tělesné aktivitě, tak s kvalitou života související s tělesným a duševním zdravím a aktivnějším zapojením do společnosti.

*Monografie vznikla za podpory projektu:*

*Physical Activity as a Part of Psychiatric Patient's Treatment, Czech-Norwegian Research Programme (CZ09) 7F14500, 2014–2017.*

## LITERATURA

1. Donaghy J, Buhagiar K, Xanthopoulou P, et al. Routine participation in sports and fitness activities among out-patients with psychotic disorders: A multi-site cross-sectional survey in England. *Mental Health and Physical Activity*. 2021;20(4):100402.
2. WHO (2017). WHO's Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. 10 facts on physical activity. Reviewed February 2017.
3. Hátlová B, Dlabal M, Louková T. Historická a teoretická východiska psychomotorické terapie. *Československá psychologie*. 2014; (LVIII/1):82-93.
4. Fox KR. Self-esteem, self-perceptions and exercise. *Int J Sport Psychol*. 2000; 31:228-40.
5. Probst M, Knapen J, Poot G, et al. Psychomotor therapy and Psychiatry: What is in a name? *The open complementary medicine journal*. 2010;(2):105-113.
6. Adámková M, Hátlová B. Systematický přehled výzkumů testujících na tělo a pohyb zaměřené techniky v rámci léčby poruch příjmu potravy. *E- psychologie*. 2009;3(4).
7. Hátlová B. Kinezioterapie, pohybová cvičení v léčbě psychických poruch. *Karolinum*; 2003.
8. Hošek V. Wellness, Well-being and Physical Activity. In Krejčí, Šauerová M. *Acta Salus Vitae*. 2013;(1):1.
9. Knapen J, Van de Vliet P, Van Coppenolle H, et al. Improvements in physical fitness of non-psychotic psychiatric patients following psychomotor therapy programs. *J Sports Med Phys Fitness*. 2003;43:513-22.
10. Holley J, Crone D, Tyson P, et al. The effects of physical activity on psychological well-being for those with schizophrenia: a systematic review. *Br J Clin Psychol*. 2011; (50):84-105.
11. Holter G. *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen: Grundlagen und Anwendung; mit 118 Tabellen*. Deutscher Ärzteverlag; 2011.
12. Vancampfort D. The importance of self-determined motivation towards physical activity in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2013;210(3):812-818.
13. Louková T, Hátlová B, Adámková, et al. Psychomotor Therapy and Physical Self-Concept. *Ústí nad Labem: Universita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem*. 2015.
14. Simons, J, Van Damme T, Delbroek H, et al. Impact of Mental Health Problems on Physical Self-Esteem. *European Psychomotricity Journal*. 2017;9(1):3-32.
15. Hátlová B, Dlabal M, Louková T, et al. Motivačně pohybový program u hospitalizovaných psychiatrických pacientů. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2018;114(6):253-259.
16. Hátlová B, Adámková Ségard M, Probst M, et al. The effect of psychomotor therapy on mental health in-patient schizophrenia treatment. *Acta Gymnica*. 2020;50(2):83-88. DOI10.5507/ag.2020.009.
17. Hátlová B, Chalupová E, Wedlichová I. Dlouhodobý vliv sportovního aktivačního programu na duševní zdraví ambulantních psychiatrických pacientů. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2023;19(2):577-583.
18. Zschucke E, Gaudlitz K, Ströhle A. Exercise and Physical Activity in Mental Disorders: Clinical and Experimental Evidence. *J Prev Med Public Health*. 2013; Jan;46(Suppl1): p12-21.
19. Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C, et al. Physical Activity Interventions for People With Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2014; 75(9):964-974.
20. Brokmeier LL, et al. Does physical activity reduce the risk of psychosis? A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Psychiatry research*. 2020;284:112675.

**Psychiatrie pro praxi**  
www.psychiatriepropraxi.cz



# Co se o pregabalinu málo ví

**MUDr. Lucie Bundárová**

Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc

Pregabalin je strukturální analog kyseliny  $\gamma$ -aminomáselné, původně vyvinutý jako antikonvulzivum. Prokázal však řadu dalších žádoucích účinků a od roku 2016 je v ČR registrován a indikován v psychiatrii pro léčbu generalizované úzkostné poruchy. Pregabalin je nepochybně účinný a dobře fungující lék, který však skýtá rizika, se kterými je vhodné počítat v každodenní klinické praxi. Do popředí zájmu v rámci výzkumu i praxe se dostává jeho adiktivní a abuzivní potenciál, který, jako v případě řady předchozích látek, objevily především specifické rizikové skupiny pacientů a s nimi následně i jejich lékaři. Článek má za cíl seznámit čtenáře s touto méně známou tváří pregabalinu. Souhrn je pak doplněn kazuistikami autorky, která se s touto problematikou potýká v rámci své adiktologické praxe a především pak v rámci své praxe vězeňského psychiatra.

**Klíčová slova:** pregabalin, závislost, zneužívání, adiktologie.

## A little known facts about pregabalin

Pregabalin is a structural analogue of  $\gamma$ -aminobutyric acid, originally developed as an anticonvulsant. However, it has shown a number of other desirable effects and since 2016 is registered and indicated in psychiatry in the Czech Republic for the treatment of generalized anxiety disorder. Pregabalin is undoubtedly an effective and well-functioning drug, but it presents risks that should be considered in daily clinical practice. Its addictive and abusive potential is coming to the fore in both research and practice, which, as in the case of a number of previous substances, was discovered mainly by specific risk groups of patients and subsequently by their doctors. The article aims to introduce the reader to this lesser-known face of pregabalin. The summary is then supplemented with case studies by the author, who deals with the issue within her addiction practice and, above all, within her practice as a prison psychiatrist.

**Key words:** pregabalin, addiction, abuse, addictology.

## Úvod

Pregabalin (chemicky kyselina 3S-3-(aminomethyl)-5-methylhexan-1-ová) patří do skupiny antiepileptik, jedná se o strukturální analog GABA (kyselina  $\gamma$ -aminomáselná). Molekula byla poprvé syntetizována v roce 1990 na Severozápadní univerzitě v Evanstonu, Illinois, USA jako antikonvulzivum pro léčbu epilepsie. Lék byl schválen v Evropské unii v roce 2004. USA dostaly od FDA schválení k užití pro léčbu epilepsie a neuropatické bolesti v prosinci 2004. Pregabalin se následně objevil na americkém trhu poprvé na podzim 2005. Studiemi proká-

zané jsou účinky analgetické, antikonvulzivní a anxiolytické (1, 2).

Pregabalin je v České republice indikován k léčbě neuropatické bolesti (diabetická neuropatie, postherpetická neuropatie, poranění míchy), jako přídatná léčba parciálních epileptických záchvatů a od roku 2016 je schválen v psychiatrii pro léčbu pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou (GAD) (2).

Pregabalin se výzkumně zkoušel aplikovat na poruchy spánku a syndrom neklidných nohou, kde se projevil též s dobrým efektem zejména při usínání (3).

## DECLARATIONS:

### Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

### Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18<sup>th</sup> WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

### Conflict of interest and financial disclosures:

None.

### Funding/Support:

None.

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2024;25(1):40-42

<https://doi.org/10.36290/psy.2024.005>

Článek přijat redakcí: 22. 12. 2023

Článek přijat k tisku: 11. 1. 2024

**MUDr. Lucie Bundárová**

lucie.bundarova@fnol.cz

## Farmakodynamika a farmakokinetika

Pregabalin má silnou vazbu na  $\alpha_2$  podjednotku napětově řízených kalciových kanálů v centrálním nervovém systému. Důsledkem je redukce influxu kalcia do presynaptické části nervových buněk a následně redukce uvolňování excitačních neurotransmiterů, glutamátu, noradrenalinu, substance P a monoklonálních protilátek proti migréně CGRP do synapsí. Pregabalin snižuje jen patologickou neuronální excitovanost. Neovlivňuje receptory GABA-A, GABA-B ani reuptake GABA. Nemá vliv na Na<sup>+</sup> kanály, opioidní systém, NMDA, 5HT a dopaminové receptory, neinhibuje tak reuptake dopaminu, serotoninu či noradrenalinu (2, 3).

Pregabalin se po podání nalačno rychle absorbuje. Vrcholových plazmatických koncentrací je dosaženo za 1 hodinu po jednorázovém užití, ustálený stav je dosažen za 24–48 hodin po opakovaném podání. Rychlost absorpce se snižuje s jídlem, kdy dochází k poklesu  $c_{max}$  přibližně o 25–30 % a prodloužení  $t_{max}$  na přibližně 2,5 hod., což nemá význam pro jeho biologickou dostupnost. Perorální biologická dostupnost pregabalinu je  $\geq 90\%$  a je nezávislá na dávce. Farmakokinetika je lineární, s nízkou interindividuální variabilitou. Pregabalin prochází rychle hematoencefalickou bariérou a u potkanů bylo prokázáno, že přechází placentou a je přítomen v mléce v období laktace. Pregabalin se neváže na plazmatické bílkoviny a je vylučován ze systémové cirkulace zejména renální exkrecí jako nezměněná látka. Průměrný eliminační poločas je 6,3 hod. Plazmatická clearance a renální clearance jsou přímo úměrné clearance kreatininu. Úprava dávky pregabalinu u pacientů se sníženou funkcí ledvin (pacienti nad 65 let) a u pacientů léčených hemodialýzou je nezbytná (2, 3, 4).

## Dávkování pregabalinu, klinické zkušenosti a využití v psychiatrii

Jak již bylo zmíněno, pregabalin má prokázán antikonvulzivní, analgetický a anxiolytický efekt. Při léčbě neuropatické bolesti je pozorováno snížení bolesti ihned v prvním týdnu léčby a efekt je dlouhodobý. K léčbě bolesti se začíná dávkou 2 × 75 mg/d a pokračuje se titrací dle efektu do řádově stovek miligramů. U generalizované úzkostné poruchy byl pregabalin v dávkách 150–600 mg/den srovnáván

s placebem, lorazepamem, alprazolamem a venlafaxinem (2, 4).

V uvedeném dávkování byl účinný jak u mužů, tak u žen. Došlo k redukci jak psychických, tak somatických projevů úzkosti. Došlo ke zlepšení kontinuity spánku a v doporučeném dávkování nevyvolával syndrom z vysazení. Doporučená titrace dávky u GAD je iniciálně 150 mg a dále navyšování v týdenních intervalech 150–300–450–600. Pokud se vyskytnou nežádoucí účinky, pak jsou v mírné intenzitě a mají tranzitní charakter. Nejčastěji popisované potíže jsou závratě, nejistota, útlum, somnolence, ataxie, sucho v ústech, celková slabost, mírný hmotnostní přírůstek, otoky a lehké myoklonické záškuby. Může se objevit snížená zraková ostrost. Nežádoucí účinky se minimalizují za 5–15 dní od zahájení léčby, somnolence se zmírňuje do 24 dní (2, 5, 6).

Přestože pregabalin není obecně považován za látku s vysokým rizikem závislosti, někteří lidé mohou vyvinout fyzickou závislost, zejména po dlouhodobém užívání nebo u vyšších dávek. Po vysazení pregabalinu po krátkodobé i dlouhodobé léčbě se u některých pacientů vyskytovaly příznaky z vysazení. Odvykací stav nebo abstinenční syndrom může nastat u jednotlivců, kteří užívají pregabalin pravidelně a náhle přestanou užívat nebo výrazně sníží dávku léku. Rozlišení, zdali se jedná o odvykací syndrom nebo o rebound fenomén je komplikováno faktem, že jak rebound fenomén tak odvykací stav jsou propojeny s aktivací sympatiku a z toho rezultujících symptomů (7, 8, 10).

Abstinenční příznaky mohou zahrnovat nespavost, charakterizovanou obtížnou iniciací a udržení spánku. Mezi další symptomy patří pocity nervozity, úzkosti nebo podrážděnosti, bolesti svalů, kloubů a bolesti hlavy. Mezi méně konstantní patří nevolnost, zvracení a střevní potíže, zrychlený srdeční tep, pocení a celkový pocit tělesné nepohody (7).

Při odvykání od pregabalinu by měla být redukce dávky provedena postupně pod dohledem lékaře, aby se minimalizovaly abstinenční příznaky a rizika komplikací.

Pregabalin je látka s minimem lékových interakcí, ale může potencovat účinek jiných léků s tlumivým působením na CNS (benzodiazepiny, hypnotika, antihistaminika, některá analgetika, alkohol) (9).

## Atraktivita pregabalinu

Pro specifické subpopulace pacientů je lákavý rychlý nástup účinku do 1 hod. po užití, při sniffingu nástup do několika minut. Účinky, pro které je pregabalin zneužíván se popisují jako euforizační a aktivizační a jsou závislé na dávce. Dávky do 1 000 mg mají efekt spíše sedativní a anxiolytický. Dávky nad 1 000 mg jsou euforizující a aktivizační. Účinek se s dávkou lineárně zvyšuje (potřebná dávka na jednorázové užití, tzv. „jízdu“ je nad 1 500 mg, průměrně 3 100 mg užitých v jedné denní dávce). Uživatelé preferují dávku ráno. Při dlouhodobém užívání dávek nad 3 100 mg se při náhlém vysazení objevují odvykací příznaky (10, 11). Není zaznamenán stropový efekt (5, 12). U příbuzné molekuly gabapentinu stropový efekt znám je, a proto se neteší takové oblibě jako pregabalin, také euforizační efekt není u gabapentinu popsán (12). Na rozdíl od stimulantů jako je amfetamin nejsou u užívání pregabalinu potíže se spánkem, uživatelé nepopisují palpitace ani paradoxní reakci. Adiktivní potenciál pregabalinu naznačuje v literatuře popsáný a v praxi vídaný výrazný craving po této látce a svévolné navyšování dávky. Objevuje se na černém trhu s léky, přičemž uživateli udávaná cena za 150 mg tabletu je 200 Kč (10, 12).

## Klinické zkušenosti autorky

Zkušenosti, které popisují v tomto článku, vychází z mé praxe v adiktologické ambulanci a zejména pak z praxe psychiatra ve věznici, kde je pregabalin nejžádanější a nejužívanější lék, se kterým subpopulace odsouzených zachází jako s návykovou látkou. Záměrně nadměrně a nekolikanásobně překračují doporučené dávkování, užívají lék jinými cestami – oblíbený je sniffing. Pregabalin je ve věznicích oblíbené platidlo, které zcela vytěsnilo dříve užívané benzodiazepiny. Jako výhodu oproti benzodiazepinům uživatelé uvádějí místo inhibice a útlumu pocit nabuzení a aktivizace. K demonstraci výše uvedeného prezentuje autorka následující kazuistiky ze své praxe.

### Kazuistika 1

Prvním pacientem je 39letý svobodný muž, který je tělesně zdravý, až na drobné urologické potíže – poškození genitálu po aplikaci parafínu do penisu. Je nezaměstnaný, žije sám v bytě. Aktuálně je podruhé ve výkonu trestu. První kontakt s psychiatrickou péčí je na jaře 2021 ve

výkonu trestu pro polyvalentní závislost. V klinickém obraze dále smíšená porucha osobnosti (impulzivní, asociální, narcistní). Pacient s letitou závislostí na amfetaminu, benzodiazepinech (klonazepam) a tramalu, dle dokumentace také stanovena dg. GAD. V minulosti nebyl psychiatricky hospitalizován. Od ledna 2023 přebírá pacienta do péče. Přichází s nastavenou medikací pregabalinem, který je doporučeno užívat v dávce 600 mg pro die ve dvou dílčích dávkách, nicméně pacient si svévolně dávku navýšil až na 2400 mg, které užívá v jedné ranní dávce, také sniffingem. Původně nasazen pro GAD, užívá denně asi 20 měsíců. Pokoušíme se o redukci supramaximálních dávek – redukce o 300 mg – následuje dekompenzace psychického stavu – výrazný craving, agrese. Došlo k dokupování dávek ve vězeňském prostředí. Posléze náhle dávku nezískal a objevila se odvykácí symptomatika (opocení, injekce spojivek, tenze, úzkost, nespavost). Toxikologie byla negativní na přítomnost jiných návykových látek. Pacient byl přeložen k detoxifikaci na psychiatrické oddělení vazební nemocnice Brno, kde během 14 dní došlo k redukci na 600 mg. Pro rozvoj odvykácí symptomatiky byla nutnost podávání 6 mg klonazepamu/den, poté následuje podpis negativního reverzu pacientem. Po příchodu zpět do ambulance, po ukončení hospitalizace, žádá vysazení klonazepamu – stěžuje si, že potřebuje nakopnout, ne tlumit, trvá na návratu pregabalínu na dávku 2400 mg. Pro výrazný craving, odvykácí příznaky a opakované poruchy chování navrácena medikace pregabalinem. V současné chvíli užívá 1500 mg pro die s rozpisem užívání pregabalínu 300 mg cps 2-2-1, další snížení tč. nelze pro bažení a odvykácí stav a základní obtížnou spolupráci.

## LITERATURA

1. Kavoussi R. Pregabalin: from molecule to medicine. *European Neuropsychopharmacology*. 2006;16:5128-5133.
2. Schjerning O, Rosenzweig M, Pottegård A, et al. Abuse potential of pregabalin: a systematic review. *CNS drugs*. 2016;30:9-25.
3. Roth T, Arnold LM, Garcia-Borreguero D, et al. A review of the effects of pregabalin on sleep disturbance across multiple clinical conditions. *Sleep medicine reviews*. 2014;18(3):261-271. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2013.07.005>
4. Slíva J. Pregabalin v léčbě generalizované úzkostné poruchy. *Čes a slov Psychiatr*. 2019;115(5):229-231.

## Kazuistika 2

Druhým pacientem je rozvedená žena, zaměstnaná jako administrativní pracovnice, žijící v bytě, matka dvou dospělých synů, aktuálně bez partnera, somaticky zdráva.

Do psychiatrické ambulance odeslána roku 2012, dochází na pravidelné kontroly pro polyvalentní závislost – alkohol, klonazepam a oxazepam. Taktéž dle dokumentace vedena pro GAD, opakovaně psychiatricky hospitalizována – absolvuje jak detoxifikaci, tak komplexní ústavní protialkoholní léčbu. Od dubna 2022 přebírá pacientku do péče. Užívá pregabalin 150 mg tbl 5-0-0 (původně nasazen pro GAD v dávce 300 mg (150 mg 1-0-1)), poté navýšen na 600 mg, již asi 3 roky užívá pregabalin 750-1000 mg v jedné denní dávce ráno. Při ambulancním pokusu o redukci supramaximálních dávek nastupuje výrazný craving – odvykácí symptomatika (opocení, třes, injekce spojivek, tenze, úzkost, nespavost). Pacientka byla odeslána k detoxifikační léčbě na psychiatrické oddělení, kde během 14 dní došlo k redukci na 600 mg. I zde pro rozvoj odvykácí symptomatiky byla nutnost podávání 2-4 mg klonazepamu/den. Po propuštění přichází na kontrolu do adiktologické ambulance. Sděluje, že sama bez potíží vysadila klonazepam a užívá 750 mg pregabalínu – potřebuje chuť do života, ráno se potřebuje nastartovat. Další redukce je velmi obtížná, pacientka není nakloněna, předepisováno nyní 600 mg pro die, nicméně nadužívá péči a často navštěvuje spádovou akutní ambulanci, kde opakovaně žádá preskripci.

## Závěr

Současná literatura v souladu s poznatky klinické praxe naznačuje významný a rostou-

cí zájem o zneužívání pregabalínu. Možnými rizikovými faktory pro hyperkonzumaci pregabalínu i pro rozvoj návykového chování souvisejícího s touto molekulou může být sociodemografická úroveň, dostupnost drogy i právní vakuum (11). Pregabalin je lék, který byl původně vyvinut k léčbě epilepsie, ale je dnes využíván v řadě dalších indikací, včetně generalizované úzkostné poruchy. Přestože pregabalin není považován za látku s vysokým potenciálem závislosti ve srovnání s jinými lékovými skupinami, již se objevují studie a klinické zkušenosti referující o zneužívání a dokonce vznik psychické i fyzické závislosti. V praxi často sledujeme samovolné navýšování dávky pregabalínu, její redistribuci do jedné ranní dávky. Zneužívání pregabalínu může dále zahrnovat užívání léku v dávkách vyšších než předepsaných, kombinaci s jinými látkami s cílem dosažení euforizačního a aktivizačního efektu, čemuž pomáhá fakt, že pregabalin nemá stropový efekt (12). Při pokusu o odvykání může dojít k abstinčním příznakům, které zahrnují nespavost, úzkost, podrážděnost a další. I přes jeho relativně nové uvedení na trh se již stal zneužívaným například v subpopulaci vězňů, kde je nejžádanějším lékem a nahrazuje dříve prominentní benzodiazepiny. Pregabalin je účinný lék s dobrou tolerancí nicméně v praxi je třeba myslet na jeho možný adiktivní potenciál zejména u rizikových skupin, jmenovitě pak především u pacientů s polyvalentní závislostí, a to i v anamnéze a se sklonem k užívání návykových látek obecně. Je vhodné tomuto problému věnovat dostatečnou pozornost, i s přihlédnutím k faktu, že psychiatrie už se s analogickým příběhem potkala například u zolpidemu.

5. Ehler E. Farmakologický profil pregabalínu (Lyrica). *Neurol. Praxi*. 2014;15(6):350-354.
6. Rojíčková MJ. Využití pregabalínu v klinické praxi. *Neurol. Praxi*. 2016;17(5):320-322.
7. Kasper S, Iglesias-García C, Schweizer E, et al. Pregabalin long-term treatment and assessment of discontinuation in patients with generalized anxiety disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2014;17(5):685-695.
8. Zaccara G, Gangemi P, Perucca P, et al. The adverse event profile of pregabalin: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Epilepsia*. 2011;52(4):826-836.

9. Zellner N, Eyer F, Zellner T. Alarming pregabalin abuse in Munich: prevalence, patterns of use and complications. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 2017;142(19):e140-e147.
10. Prášil V, Prášilová M. Pregabalin jako zneužívaná substance: kazuistika léčby závislosti. *Psychiatr. Praxi*. 2023;24(2):109-111.
11. Chebli A. Literature review on pregabalin and the risk of addiction. *Toxicologie Analytique et Clinique*. 2022;34(3):S101.
12. Evoy KE, Sadrameli S, Contreras J, et al. Abuse and misuse of pregabalin and gabapentin: a systematic review update. *Drugs*. 2021;81:125-156.

# Emoční poruchy v dospívání

PhDr. Veronika Buchtová<sup>1</sup>, MUDr. Anna Hrušková Kusnieriková<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ambulance klinické psychologie Nemocnice Blansko

<sup>2</sup>Ambulance psychiatrie Nemocnice České Budějovice, a. s.

V psychiatrické praxi dochází k nárůstu počtu dospívajících pacientů s emočními poruchami. V textu uvažujeme o důvodech a o etiologii, vč. vlivu internetu a online světa na vývoj generace 21. století v kontextu nemalých nároků puberty v (post)covidovém období. Ve formě kazuistik je popsáno, že kromě reverzibilních přechodných psychických potíží koexistují i raritnější psychické nemoci s počátkem v dospívání, a to např. schizofrenie či psychotické epizody Aspergerova syndromu.

**Klíčová slova:** puberta, emoční poruchy v dospívání, covid-19, vývojová krize, schizofrenie, psychotická epizoda – Aspergerův syndrom.

## Emotional disorders in adolescence

We actually registred increase of adolescent emotional disorders in psychiatric care. Here is reflection of possible reasons (etiology) such as impact of internet, go online, post covid era, liberal upbringing in context of demands of maturing that takes part on development of teens generation of 21. century.

We describe in practical cases that outside of reversible mental difficulties there is coexistence with rare mental deseases beginning in maturing such as schizophrenia or psychotic episodes of Asperger syndrom.

**Key words:** pubescence, emotional disorders in adolescence, covid-19, developmental crisis, schizophrenia, psychotic episoda – Asperger syndrom.

## Úvod – nároky dospívání ve 21. století

V současnosti dochází v psychologické zdravotní péči k nárůstu počtu dospívajících s emočními poruchami (1), zvláště pak teenagerů s úzkostnými stavy vázanými specificky na sociální situace. Soudobým dospívajícím častěji totiž chybí sociální dovednosti.

Ve srovnání s 90. lety minulého století dochází ve společnosti k oslabení vztahu k autoritám, rozvolnění chování dle nepsaných norem, upřednostnění uskutečňovat slast bez odkladu. Vlivem měnící se společnosti („internetová generace“), výchovy 21. století (preferující liberální styl za nižší účasti pevného a předvídatelného rodičovského postoje) dochází u adolescentů k předčasné autonomii, na kterou nejsou osobnostně vyspělí.

Setkáváme se s tím, že prudké nároky na citový rozvoj dospívajících vedou k častější psychické destabilizaci, protože jejich kognitivní flexibilita je

nedostatečná. Mnozí dospívající poznávají svět bez plného rozvoje formálních mentálních operací. Neumí řešit problémy alternativními způsoby, neodkládají uspokojení, nedomýšlí důsledky situací, mají potíže uvažovat hypoteticky a směrem do budoucnosti. Jejich sebeobraz je fragilnější, s nízkou osobní a sociální jistotou, se známkami emoční subdeprivace. Jejich chování podléhá negativnějšímu a křehčímu sebeobrazu, reagují vztahovačtěji, používají ve stresu hojně mentální obrany (utíkají před nároky života do disociace, nemoci), reagují nepředvídatelně (vč. suicidálních aktivit). Přehled charakteristik pubertálního vývoje v současné době uvádí Tabulka 1.

## Klinické obrazy dospívajících v psychologické praxi

V průběhu dospívání adolescenti prochází velmi složitými somato-psychickými změnami. Jedná se o vývojové období s vysokým rizi-

### DECLARATIONS:

#### Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

#### Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18<sup>th</sup> WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

#### Conflict of interest and financial disclosures:

None.

#### Funding/Support:

None.

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2024;25(1):43-46

<https://doi.org/10.36290/psy.2024.006>

Článek přijat redakcí: 26. 2. 2024

Článek přijat k tisku: 6. 3. 2024

PhDr. Veronika Buchtová

poradenstvi-buchtova@seznam.cz

kem náhlých krizí, vč. vyššího rizika suicidálních pokusů. V klinické praxi jsme v současnosti zaznamenali nárůst požadavků na psychologická vyšetření dospívajících.

Přechod z dospívání do dospělosti klade v dnešní době na dospívající vysoké nároky, např.:

1. zrychlené sexuální dozrávání (disproporce mezi biologickým a mentálním věkem),
2. nižší osobní a sociální dovednosti v důsledku liberální výchovy,
3. absenci přirozeného sociálního tréninku v důsledku vyrůstání dospívajících v izolaci (2020–2021) v době protiepidemických opatření celosvětové pandemie covidu-19,
4. společenskou akceptaci „online života“.

Vývoj ega teenagerů dnešní doby může být ovlivněn nadměrným trávením volného času u videí influencerů a „hýčkovým“ bipolárním (správně–špatné, zlý–hodný) přístupem rodičů. Výsledkem je přecitlivělé a předčasně zralé, na standardech nezávislé ego adolescenta.

Adolescenti bývají nesoustředění, mají nízkou frustrační toleranci (častěji se hrouť, vzdorují, chtějí individuální výjimky ve vzdělávání), mají potíže se seberegulací a řízením činností (chybí jim zájem a výdrž výkonu), nemají strategie pozitivního sebekonceptu (jsou přecitlivělí), odvracejí zájem o vnější svět směrem k sobě, mají snížené dovednosti v navazování a spolupráci ve vztazích (Bekkerová, 1993) (2). Někteří vykazují stresové, somatoformní a disociativní symptomy, zvláště při nárocích na výkon a zařazení do skupiny. Záměrně se sebepoškozuji různými předměty. Motivace rizikového jednání je různá, často z důvodu sklíčené nálady jako afektivně regulační maladaptivní strategie (3) nebo jako projev disharmonické osobnosti (hraničních rysů). Jsou přetíženi svými emocemi zvláště proto, že o nich neumí komunikovat, úlevu jim přináší namísto emoční ventilace sebepoškození, užívání návykových látek, adrenalinové aktivity.

Obtížně definují své cíle („možné já“) (4) a zaměření (identitu). Namísto „vnitřního já“ věnují příliš mnoho času vnější sebe prezentaci (zkrášlují se vět-

ším množstvím make-upu, nehtovou a estetickou „beautifikací“, samo-tetáž (5), o to víc, čím sami sebou opovrhují nebo nevědomě zakrývají svá traumata. Častěji jsou zmateni svou rolí (difúzní identita). Mají nízkou sebedůvěru a sebevládu, dostávají od rodičů a společnosti více autonomie za cenu deprese (6). Normalizují závislostní chování látkové i nelátkové. Setkáváme se s novějšími trendy jako závislost na elektrických cigaretách, nomofobie (závislost na mobilním telefonu), netolismus (závislost na virtuálních drogách) – Internet Addiction Disorder, Facebook Addiction Disorder (7).

### Model „dostatečně dobrého“ rodiče (dle Donalda W. Winnicotta)

Dospívající člověk je velmi náročný na požadavky rodičů. Jeho prosperování je mj. určeno dobrým porozuměním vlohám vlastního dítěte a schopnostmi rodičů funkčně a flexibilně vytvořit vhodné podmínky pro celkový vývoj v období 13–17 (až 20) let.

Dorostenec prochází tělesnými změnami, které ovlivňují mimovolně intenzitu a trvání emočních reakcí. Rodič je modelem psychického zvládnutí a regulace emocí. Aby adolescent obstál, předpokládá to u vychovatele vyšší emoční stabilitu a vyzrálou, vč. dovednosti kontejnovat (termín psychoanalytika Wilfreda Biona), resp. „ustát“ emočně i kognitivně emoce bez odplaty, bez nadměrného směřování hněvu a bez ignorace emocí, a to poskytnutím dospělejšího řešení situace.

Jedinec v pubertě je sice pohlavně vyspělý, ale ne emočně. Většina rodičů zapomíná na porozumění a informování potomků o dětské sexualitě, především na fakt, že většinou nejsou na sexuální život psychicky připravené. A bývají předčasným sexuálním životem (před dovršením jistější identity) traumatizované a zranitelné.

Lze se setkat spíše s výchovnou tendencí delegovat rozhodování rodičů na děti („předčasná svoboda“) zvláště tam, kde si rodič není jistý vlastním rozhodnutím.

Puberta je období zvrátů a konfliktů, rodič by měl připustit, že se se svým dítětem v tomto období spíše neshodne ve srovnání s jinými obdobími. Vyhybat se hádkám nebo přílišně prosazovat jen svou vůli na pubertákovi je nežádoucí.

Pro správný vývoj je důležité pomoci dítěti najít jeho silné a slabé stránky (identitu), rodič by se měl pokusit akceptovat své dítě s jeho limity a vlastními silnými stránkami obvykle lišícími se od těch, co vlastní např. jeden z rodičů (vytvořit pozitivní sebezpojetí) (8).

Komplikací je, pokud rodič patologizuje běžné projevy instability a dítě se tak stává „obětí“ lékařské diagnózy. Lepším řešením by bylo, pokud by se mohl dospívající spolehnout, že je rodič k dispozici a přichází s řešením před tím, než vyhledá zdravotníka („model kompetence“ namísto „role uživatele antidepressiv/psychiatrického pacienta“). Některé děti jsou zbytečně psychiatrizovány. Bohužel se dost často psychiatrizují samy a tlačí na lékaře, aby jim jejich samodiagnózu, většinou nastudovanou na internetu, potvrdil. Role nemocného má jen krátkodobý benefit, končí sociálním selháváním, vyloučením z kolektivu, někdy i invaliditou. Dítě nerozvine svůj potenciál, ztrácí autonomii, je závislé na rodičích a společnosti.

Vysoká míra rodiči poskytované autonomie v názoru dospívajícím znemožňuje sdílení ve vztazích. V důsledku toho postrádají vzájemnost, kterou ale vývojově potřebují. Rodič může projevít účast o postoje a zájmy dospívajícího s respektem, přestože s názory nemusí souhlasit. Přehled vývojových úkolů a praktických návodů pro rodiče uvádí Tabulka 2.

Tab. 2. Vývojové úkoly a návody pro „dobrého“ rodiče

Vývojový úkol	„Dostatečně dobrý rodič“ – coping
1. Zvládnutí intenzivních emočních reakcí	1. Rodič afekt neignoruje a nepotlačuje.
2. Předčasná sexualita	2. Rodič je proaktivní a rovnocenný rádce.
3. Konfliktní reakce	3. Hádkám se nevyhýbá, neposiluje je.
4. Identita	4. Podtrhává silné stránky, nahlíží a respektuje slabé.
5. Normální projevy puberty	5. Rodič v roli „kompetence“.
6. Vzájemnost ve vztazích	6. Ukazuje proaktivně vzájemnost a sdílení.

Tab. 1. Pubertální vývoj v současnosti

Citový vývoj	Kognitivní vývoj	Vývoj self, chování
Emoční labilita, snížená seberegulace, intenzivní prožitky subdeprivace a hněvu, častější psychické destabilizace.	Snížený rozvoj formálních operací a inhibice volných dovedností, snížený vhled do důsledků, nízká dovednost hypotetizovat.	Fragilní self. Potíže s hledáním identity a intimity, nezralá vztahovost. Sociální izolace a zvýšená závislost na rodičích. Absence volných dovedností, nepředvídatelnost jednání.

## Diagnostika psychických poruch v dospívání

Úspěšná detekce poruch je výslednicí **diagnostického procesu** založeného na:

1. anamnéze (znalosti vývoje dítěte od útlého věku),
2. dlouhodobého sledování symptomů,
3. interpretaci dat v kontextu mezioborové spolupráce (psychologa s psychiatrem, rodinou, příp. školským zařízením).

Na kazuistikách třech různých dospívajících objasňujeme, že i přes nárůst pacientů v přechodných a reverzibilních duševních stavech (vývojová krize), jsou mezi nimi děti v počátečních (prodromálních) stavech psychiatrických poruch s časným začátkem (přetrvávajících do dospělosti) jako schizofrenie a nezachycené neuropsychiatrické poruchy z dětství (psychotická dekompenzace Aspergerova syndromu v dospívání), či osobnostní poruchy.

### I. Vývojová krize

Nikola, 15 let, výkyvy nálad (depresivní přerušovaná reaktivita) od zahájení puberty. Do PA přichází po spolykání léků bez suicidální motivace po odmítnutí kamarádkou na sociální síti. Povaha neurotická, coping sociálně-maladaptivní, vyžaduje souhlas ostatních, jinak pocity insuficience, kontakt s realitou nezralý, s nereálnými představami o druhých, zvýšeně ostražitá ve vztazích s ostatními, přesvědčení egocentrické, snadná plačtivost a sociální stažení při nárocích na samostatnost nebo konfrontaci. Neúčinně vzdorovitá (negativistická) co se týče přijetí pomoci. Stylizuje se do satanismu. Prožívání paranoidní „ostatní mě sledují“, taktilní vjemy, s náhledem na nereálnost.

#### Psychologické vyšetření:

Diferenciální diagnostika deprese, neurotická dekompenzace, paranoidní prožívání.

**SPP:** V soc. kontaktu snadné podráždění, ne-soustředěnost, tenznost.

**Rorschach:** vysoký index psychotismu PTI = 5; zvýšený výskyt vágních a anatomických obsahů.

**WISC 3:** CIQ = 93, VIQ = 81, PIQ = 108; SP = 84, PU = 107, KO = 90, RZ = 109. Nepohotovost, v rutině funkčnost zachována, v zátěži nevyrovnanost výkonu, nepoužije volní strategie.

**Závěr:** Dívka, aktuálně destabilizovaná, hodnotí realitu paranoidně. Vysvětluji jako osobnost se sníženou adaptační kapacitou v zátěži. Přetížená

nároky dospívání (obtíže s individuací – nedaří se jí opouštět roli „hodné holky“). Chová se přecitlivěle, vztahovačně, sociálně se vyhýbá. Krátkodobě na medikaci kvetiapiinem, který upravil spánek. Zařazena v individuální systematické terapii s cílem posílení zvládacích postojů a integrace osobnosti. Přehled popisu vývojové krize uvádí Tabulka 3.

### II. Prodromální stav schizofrenie v dospívání

Marek, 19 let, povaha společenská, bázlivá, školsky snaživý. Při ukončování ZŠ (14 let) postupně snižování kognitivní výkonnosti, postupná změna v chování – zrudnost, apatie, vyhledávání samoty. Zahájil maturitní obor selháním, nastoupil na učební obor na přání matky. Potíže u základních volních činností a sebeorganizace. Začal psychiatrickou docházku s diagnózou sociální fobie.

#### Psychologické vyšetření:

**SPP:** interakce jen na cílený dotaz, afektivita otupělá, negativní příznaky, náhled na neuspokojivou pozvolnou změnu stavu, „Víš, jak odpovědět, neřekne to, řekne to někdo jiný.“

**MMPI:** Sc = 102, BI1 = 78, BI2 = 77, PSYC = 86 – zvýšená klinická škála schizofrenie, akutní psychotické symptomy, potíže s konativní regulací a pocity mentální tuposti. Sekundární deprese a sociální nepohoda. Při doptání položek sytících sch- přízná neostré, ne plně vyjádřené sluchové halucinace „diskutování o něm, nahlas, cizími osobami, venku se na něj někdo dívá z okna, slyšává kroky.“

**Rorschach:** R = 15, F = 14, W = 6, CDI = 4, EA = 0, Zd = -3,5. Simplexnost úsudku. Neproductivita.

**WAIS 3:** CIQ = 82, PIQ = 91, VIQ = 80; IPU = 86, IVP = 81, IPP = 88, IRZ = 85. Globální kognitivní deficit vzhledem k premorbidnímu stavu.

Odeslán k diferencielně-diagnostickému pobytu s cílem nastavení medikace. Vývoj stavu chlapce je setrvale a dlouhodobě neuspokojivý, přetrvává u něj mírná perzekuční a paranoidní symptomatika. Kognitivní potenciál chlapce je setrvale změněný a dysfunkční, kontakt setrvale emočně oploštělý. Přehled popisu prodromálního stavu schizofrenie uvádí Tabulka 4.

### III. Dekompenzace poruchy autistického spektra v dospívání

Zita, 14 let, od dětského věku „sociálně jiná“, preferuje stereotypně specifické zájmy před vztahy s ostatními (vč. rodiny). Obvykle nezahajuje a nepokračuje v sociálních interakcích. V pubertě začala navazovat vztahy, ale neobratně a bizarně. Má individuální školní plán, i ve škole má své zvyklosti, o kterých učitelé od maminky ví. Od druhého stupně ZŠ je vrstevníkům k smíchu. Poslední dobou obětí vsměchu. Přestala vycházet zcela z domu, přikrčuje se na balkóně, sleduje, zdali nejsou její spolužáci před domem.

**Psychologické vyšetření:** SPP: absence sociální reciprocity.

**Rorschach:** pozitivní index psychotismu, porucha myšlení a porucha kontaktu s realitou. Myšlenková logika bez zohlednění sociálního kontextu (magické obsahy, verbální projev vyplněn neplodnými a bezvýznamnými obsahy, nelogickými slovními kombinacemi).

**WAIS 3:** CIQ = 96, VIQ = 94, PIQ = 100, SP = 95, PU = 102, KO = 100, RZ = 90. Kognitivní výkon v normě. Řečový vývoj v normě. CARS dotazník: s potvrzením autistických příznaků. Vzhledem k vysokofunkčnosti poruchy, průměrnému IQ a toleranci rodiny zachycen a potvrzen Aspergerův syndrom v dospívání při dekompenzaci a na zá-

Tab. 3. Vývojová krize

Vývojová krize
Psychická destabilizace: přechodná, v souvislosti s dospíváním. DIAGNOSTIKA: Testy: vyloučení kognitivního deficitu, dynamika ROR protokolu: neurotická, snadná unavitelnost, nevykonnost, anatomické obsahy (susp. na vegetativní obtíže). LÉČBA: Indikace systematické psychoterapie, režimová opatření týkající se stresu, vyhledání KC nebo psychiatra v krizových situacích.

Tab. 4. Prodromální stav schizofrenie

Prodromální stav schizofrenie (v dospívání)
Plíživý celkový úpadek osobnosti (postupně zhoršování kognitivní flexibility a výkonu). Podivnost v chování – především úpadek vůle, sociální deprivace. Chybí jasné vyjádření psychotických symptomů. DIAGNOSTIKA: Testy: Globální kognitivní deficit, exekutivní dysfunkce, dynamika ROR protokolu: simplexní, neproductivní úsudek, celkový úpadek vzhledem k premorbidnímu stavu. LÉČBA: Kooperace s psychiatrií. Diferenciálně diagnostický pobyt. Dlouhodobé sledování stavu. Přijetí diagnózy a neuspokojivé prognózy stavu (invalidizace mladého člověka). Práce s rodinou.

kladě podrobného anamnestického rozhovoru. Přehled popisu dekompenzace AS uvádí tabulka 5.

## Závěr

Etiopatogeneze psychických potíží v dospívání je různorodá. Správnost závěrů podléhá složitému diagnostickému procesu. Dětský psycholog se zabývá tím, zdali klinický obraz chování koresponduje s vývojovým obdobím dospívajícího, příp. jaká složka vývoje stagnuje, chybí nebo akceleruje. Potíže sleduje dlouhodobě (nakolik vymizí, přetrvávají). V diferenciální diagnostice používá standardizované psychologické nástroje a spoluprací s rodinou, školou, specialisty. Úspěšná diagnóza i léčba stojí na **obousměrné profesionální komunikaci specialistů** (psychologa a lékaře) **v subakutní, akutní a následné péči.**

**Dětský psychiatr často supluje dětského psychoterapeuta.** Přichází za ním děti (a celá rodina) již s dlouhodobými psychickými starost-

Tab. 5. Dekompenzace Aspergerova syndromu

Dekompenzace AS v dospívání
Neurovývojová porucha – závažný deficit pozorovatelný ve vývoji.
Pozitivní anamnéza: Výrazné rysy osobnosti „sociální dyspraxie“ od raného věku, abnormní sociální vývoj.
Nerozumí společenským pravidlům, emočním signálům, humoru. Kvalitativní narušení sociální interakce od dětství. Ulpívavé, nefunkční zájmy, rituály.
Snížená schopnost zvládnání hněvu. Dyspraxie – může být.
Řeč plynulá, s kvalitativními abnormalitami (šroubovitá, mechanická, formální, kopírující výrazy dospělých).
Intelekt, sebeobsluha: v normě.
Psychotická epizoda při nárocích na sociální adaptaci v dospívání.
DIAGNOSTIKA: Strukturovaný model observace sociální interakce ADOS, příp. doplnit dotazníkem ADI-R.
Screening: M DACH, CARS.
Léčba: Stabilizace stavu v samotářství. Behaviorální techniky učení se žádoucím reakcím v sociálním kontextu. Práce na rozvoji emočního prožívání.

mi v pokročilém (až zanedbaném) stadiu potíží. V tom čase nezbyvá než řešit problém radikálně psychofarmaky anebo dítě dokonce hospitalizovat. Přitom vhodným řešením by bylo stavu preventivně předcházet (např. osvětou mezi laickou veřejností). Vést rodiče i děti k tomu, aby věnovali pozornost svému duševnímu životu a nebáli se vyhledat včas odbornou pomoc, když se objeví

i lehčí problém. Měli by mít možnost přijít se zeptat a konzultovat své pochybnosti a nejistoty s odborníkem včas, nebagatelizovat potíže a nekonečně odsouvat či dokonce popírat existující problém. K dnešnímu stavu přispívá vedle nedostatku dětských terapeutů, malé osvěty a podceňování prevence i přetrvávající stigmatizace psychických potíží.

## LITERATURA

- Höschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie. TIGIS, spol.s.r.o. 2002.
- Blatný M. Sebepečení z pohledu sociálně-kognitivní psychologie. 2020.
- Paroubková A. Sebepečování v životě dospívajícího. Masarykova univerzita. 2019.
- Axmannová J. Životní cíle adolescentů. Bakalářská práce. Brno. 2009.
- Tomanová P. Historie a současnost tetování a piercingu. Bakalářská práce. Olomouc. 2017.
- Švancara J. Vývojová psychologie. Ústřední knihovna Fi-

- lozofické fakulty. 1983.
- Hrdinová B. Netolismus a jeho projevy u mládeže. Diplomová práce. Hradec Králové. 2022.
- Erikson EH. Osm věků člověka. Praha: Propsy. 1995.

# KNIŽNÍ NOVINKA



HANA PAPEŽOVÁ A KOL.

## NALÉHAVÉ STAVY V PSYCHIATRII 2. AKTUALIZOVANÉ A DOPLNĚNÉ VYDÁNÍ

Druhé vydání mimořádně úspěšné publikace, která získala velký ohlas v české psychiatrické veřejnosti. Svým praktickým zaměřením se stala příručkou pro použití ve všech situacích, které nesnesou odklad. Autorský kolektiv tvořený elitou současné české psychiatrie připravil knihu, která se do jisté míry stala malou učebnicí praktické psychiatrie. Z mnoha zásadních témat vybíráme: Nespoupracující pacient • Telefonická intervence • Suicidální a sebepečující se pacient • Agresivní pacient • Neklidný pacient • Simulace • Somatizace • Truchlení • Krize v rodině • Akutní intervence v geriatрии • Umírání • Zneužívání • Poruchy osobnosti • Úzkostné a panické stavy • Depresivní porucha • Akutní psychóza a katatonie • Schizofrenie • Mánie • Deliria • Psychogenní křeče • Intoxikace • Právní normy.

Maxdorf 2023, 560 str., edice Jessenius

ISBN: 978-80-7345-762-4

Cena: 795 Kč

Formát: 125 x 190 mm, brožovaná

# Důvěra jako etický aspekt mentoringu (v psychoterapii)

**Mgr. Jiří Šustr**

Spojená škola, Martin

Mentoring je nadstavbou vzdělávání v psychoterapii, realizován ve vztahu mezi mentorem a mentorem. Každý vztah bez výjimky je založen na spolupráci, ergo komunikaci. Zahrnuje důvěru jako velice subtilní, ale vyžadující dispoziční k spolupráci a oboustrannou úctu a respekt. Úcta není jen nějakou podmnožinou, nebo komunikačním manuálem hodnot ve vztahu aktérů komunikace a spolupráce. Úcta je jeden z nehlubších projevů empatie. Může mít i charakter obdivu, nejvyšším její projevem je uznání. Při mentoringu psychoterapeutů se můžou objevit otázky: Kdo je mentorovaný a jaká je jeho historie lidská? Je jeho profesní způsobilost i eticky podložena a žitá? A co mentorská situace pro oba aktéry v mentoringu z etického hlediska znamená?

Etický rozměr výkonu různých profesí a množství hodnot, zásad a pravidel, které jsou s ním spojeny, se stále více dostávají do gravitačního pole profesní identity. Víc se o pravidlech, normách mluví a diskutuje. Jejich kodifikace podmiňuje i výkon některých povolání. Jsou implicitně obsaženy ve výkonu práce prostřednictvím kalibrace vlastní role pozorováním praxe ostatních členů komunity. Přitažlivost mezi etickými normami profesního života a identitou je však posilována tlakem kodifikovaných textů z mezinárodního a následně i domácího prostředí. To platí nejen pro některé exponované profese, jako je například soudnictví (1).

Jak je na tom mentoring v psychoterapii z pohledu etiky? Z hlediska psychoterapie je terapeutický vztah založen na důvěře. Tato důvěra společně s atmosférou otevřenosti, intimity a pravdivosti vytváří prostředí nejdůvěrnějších vztahů. Klient je ve vztahu zranitelný a otevřený, často se svěřuje s věcmi, které nikdy nikomu neřekl, dokonce které si ani sám sobě nechtěl přiznat (4). Domníváme se, že to samé je možné konstatovat i v mentoringu.

Primárním aspektem fungujícího mentoringu je důvěra, zejména v etice přístupu k mentorovanému ale i naopak. Důvěra je, dalo by se říci esencí etického vztahu mezi mentorovaným a mentorem. Je nepostradatelná. To samé lze očekávat i ve smyslu uplatňování etických kodexů. Ve své podstatě se v etice mentoringu manifestuje oboustranně prospěšný a dlouhodobý vztah. Pro svou životaschopnost přímo „důvěryhodnou etiku“ vyžaduje. U mentoringu jde i o předávání praktických dovedností, ale také jisté doprovázení mentorovaného, ve smyslu rozvoje jeho sebedopory v situacích profesně a emocionálně náročných a klíčových specifických znalostí, například tacitních. To usnadňuje mentorovanému udržet si své „klinické“ kompetence.

## Důvěra jako předpoklad

Zmíněná důvěra je imanentní v jakémkoliv lidském vztahu, je ale vnímána jaksi automaticky, jako by šlo o zamlčený předpoklad, že každý ví, o „čem to je“. Když důvěřuji lidem, věřím jim, že mě nezklamou. Ukazuje se, že je to hluboce zakořeněný pocit, o kterém jen zřídka uvažujeme, co všechno se za ním skrývá. Jistě zde nenacházíme, a z povahy věci ani nemůžeme najít přesné vymezení toho, co je důvěra a už vůbec ne v čem spočívá její podstata. Kognitivně to můžeme charakterizovat parafrází sv. Augustina: „Když se mě neptáte, co je důvěra, vím to; když se mě ptáte, co je důvěra, nevím to“. Důvěra může být pevná, ale téměř vždy je jí vlastní jistá „inherentní skulinka“, která ponechává prostor pro zranitelnost. Důvěra mentorovaného, který důvěřuje mentorovi, znamená jím akceptovanou zranitelnost, ta je způsobena „mocí“ nad něčím, na čem v jejich vztahu záleží. Důvěřující se nesnaží tuto zranitelnost vytrvale snížit a očekává, že druhá osoba (mentor) nevyužije svou „moc“ k tomu, aby důvěřujícího poškodila. V tomto smyslu je možné chápat důvěru v mentoringu

### DECLARATIONS:

#### Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

#### Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18<sup>th</sup> WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

#### Conflict of interest and financial disclosures:

None.

#### Funding/Support:

None.

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2024;25(1):47-48

Článek přijat k tisku: 18. 12. 2023

**Mgr. Jiří Šustr**

sustr.jiri@gmail.com

## INFORMACE

DŮVĚRA JAKO ETICKÝ ASPEKT MENTORINGU (V PSYCHOTERAPII)

jako vzájemně očekávaný kooperativní vztah, který umožňuje jeho smysluplné fungování a rozvoj kompetencí (2).

### Mentoring a kooperace

Proces mentoringu se vyznačuje vzájemným očekáváním kooperativních vztahů. Důvěru pak lze vnímat jako kooperativní naladění založené na mínění, že druhá strana je ochotná spolupracovat, a to i dlouhodobě. Jde o situaci, kdy za prvé, osoba A věří, že osoba B je kooperativní, a je ochotna udržovat kooperativní vztah. Za druhé, osoba B stejně tak věří, že osoba A je kooperativní, a je ochotna pokračovat v kooperaci ze své pozice a za třetí, obě jsou si vědomé, že druhá strana má tato přesvědčení a dispozice.

Stručně uvádíme proces rozvoje kompetencí mentorovaného na třech úrovních.

První úroveň: Je zaměřen na základní znalosti a dovednosti, je motivován úzkostí a nadšením, veden vzorem. Vyjadřuje se jednoslovnými popisy, má kategorické myšlení. Učí se správně

odpovědi z literatury (kuchařky). Je vysoce závislý, zaměřený na sebe, má potíže s pojmoslovím a neumí si představit, co je pro něj důležité. Chybí mu sebeuvědomění, neví, co neví. Má potíže s konfrontací a sebeodhalením, používá anekdotické pojmy a kategorické formulace. Má omezenou představu o plánování mentoringu a postrádá integrovanou etiku.

Druhá úroveň: Zaměřuje se více na klienta, projevuje větší uvědomělost, frustraci, rozpaky. Možná nepůsobí tak pokrokově jako na první úrovni. Vykazuje nejistotu a přetrvávající idealismus a ztrácí motivaci. S mentorem má ještě konflikt závislosti a nezávislosti, méně napodobuje, více se prosazuje a má také menší sklon žádat jen o doporučení. Dokáže lépe vyjádřit klasifikaci klienta, vykazuje větší kulturní povědomí a disponuje lépe formulovanou a disponibilní, v praxi rozpoznatelnou etiku.

Třetí úroveň: Hluběji rozumí klientovi, chápe hranice, není paralyzován pochybnostmi. Jeho motivace se v průběhu času

nemění, je schopen plnohodnotně pracovat se svým klientem, rozvíjí svůj vlastní terapeutický styl, čímž projevuje rostoucí nezávislost. Je stabilní ve faktorech jako je intimita, moc, osobní růst, intelektuální schopnosti, altruismus, a to ve všech uvedených faktorech. Není defenzivní, používá přiměřeně sebe sama. Je schopen „přepínat“, změnit směr práce, evidentně dává klienty méně často do „chlívku“. Akceptuje i mentora jiné modality, přístupu. Plynule přechází od posouzení ke konceptualizaci a intervenci, schopen se přizpůsobit klientovi (3).

### Závěr

Do vztahu by měla být důvěra silně distribuována, a to za předpokladu znatelně koncentrovaného úsilí a emocionální upřímnosti zúčastněných stran. Pro mentoring to může mít víc než osvěžující smysl a zároveň podpořit způsobilost mentorovaného získat kvalifikované kompetence k tak lidsky pestré psychotherapeutické práci.

### LITERATURA

1. Berdisová L. Etické dilemy na Slovenskej akademii vied: Ako sprevádzať vedeckou integritou doktorandky a doktorandov? Ostium. 2021;17(3):53-55.

2. Čáp J, Palenčár M. K problému důvěry. Filozofia. 2021;77(6):395-407.

3. Kusá J. Krátka systemická terapie V. Satirovej (úvaha). Em-

patia. 2005;12(43):14-15.

4. Vyskočilová J. Etika a psychoterapie. Psychiatr. praxi. 2014;15(1):32-36.

# Psychiatrie pro praxi na rok 2024

## Už máte předplaceno?

 **SOLEN**  
let s vámi



**PŘEDPLATNÝM  
ČASOPISU  
NA ROK 2024  
ZÍSKÁTE**

**3 čísla ve vaší schránce**

**Tematická suplementa**

**Čtení na tabletech,  
PC a telefonech**

**Přístup do archivu  
časopisu on-line**

**Cena předplatného  
na rok 2024: 800 Kč**

**OBJEDNÁVEJTE**

[www.psychiatriepropraxi.cz](http://www.psychiatriepropraxi.cz)

[předplatne@solen.cz](mailto:předplatne@solen.cz)

585 204 335



# Otevřeně o schizofrenii a rodině

Významná role příbuzných pečujících o pacienty se schizofrenií v léčbě tohoto onemocnění byla tématem symposia společnosti Gedeon Richter na 20. česko-slovenském psychiatrickém sjezdu v Brně v listopadu 2023. Přednášky byly věnovány knize německého psychiatra Petera Falkaie, která je nyní přeložena do češtiny pod názvem *Otevřená kniha* a do slovenštiny pod názvem *Úprimná kniha*. MUDr. Patarák ve svém vstupu přiblížil základní moto této knihy – psychosociální složku schizofrenie, jako významný faktor ovlivňující výsledky léčby. Z ní vyplývá potřeba edukace a podpory pečujících osob, pro něž samotné je péče o jedince se schizofrenií velmi zatěžující, a přitom pro dosažení dobrého výsledku terapie zásadní. Prof. Mohr popsal jednotlivé kapitoly této knihy. Jejich názvy jsou: 1) Schizofrenie přehledně, 2) Tři kroky k odstranění stigmatu, 3) Překonat vs. vzdát se, 4) Terapeutické možnosti, 5) Vyrovnat se se svými emocemi, 6) Zaměstnání? – pečovatel hrdina, 7) Pečujte také sami o sebe a 8) Léčba schizofrenie v době po pandemii covid-19.

## Upřímně o Otevřené knize

Podle přednášky MUDr. Michala Pataráka, PhD.  
(II. psychiatrická klinika SZÚ, FNsP F. D. R. Banská Bystrica, Slovensko)

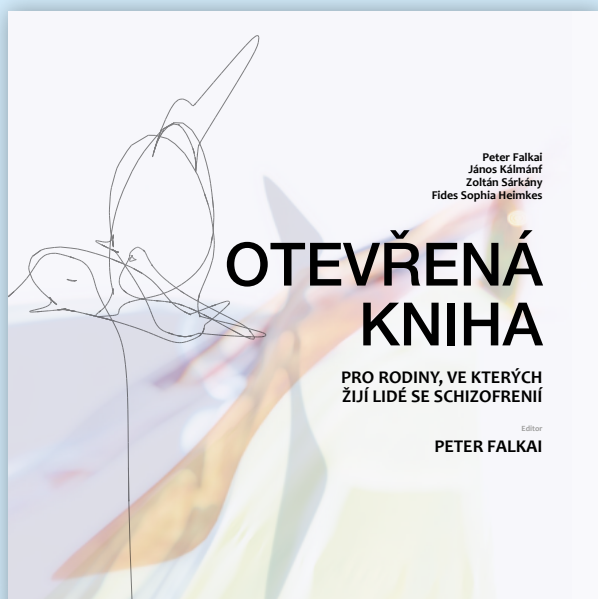
Otevřená kniha, ve slovenštině *Úprimná kniha*, je obsáhlá publikace určená pro osoby pečující o pacienta se schizofrenií. Odráží významnou roli příbuzných a partnerů pacientů v léčbě tohoto onemocnění a přináší cílené informace pro pečovatele – nezdravotníky.

## Schizofrenie jako psychosociální porucha

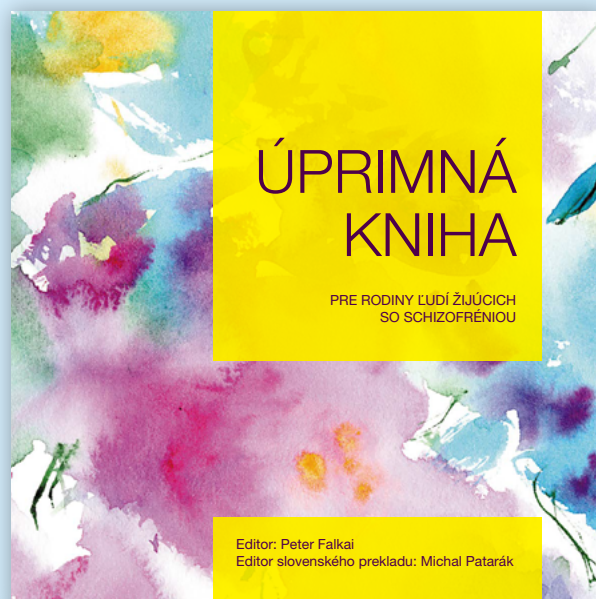
Motem knihy je zjištění, že samotná léčba cílená na biologickou podstatu schizofrenie nestačí. Pacienti u psychiatra a dalších zdravotníků nejvíce oceňují porozumění, povzbuzení a nasměrování v životních krizích a nejvíce je trápí problémy s partnerem, s rodinou či finanční potíže. Relaps onemocnění se objevuje i při dobře nastavené léčbě a je mnohdy dán faktory, jako je sociální situace či psychosociální ukotvení.

Psychické poruchy jsou spíše syndromy, které nejsou definované pouze příčinou ani biologickými parametry. Nejedná se jen o poruchy mozku s komplexními neurobiologickými charakteristikami, ale také o psychosociální poruchy spojené s psychosociálními riziky, jako je zanedbávání, trauma, zneužívání, chybění důležité vztahové osoby, migrace či chudoba. S tím souvisí i obrat v chápání bludů. Vysoká heterogenita příčin a manifestací bludů totiž neumožňuje jednotnou teorii tohoto sympto-

## Knihu lze volně stáhnout:



<https://schizofrenie.cz/verejne/wp-content/uploads/2023/10/otevrena-kniha.pdf>



<https://schizofrenia.com/verejnost/kniha>

mu. Bludy jsou sice neurobiologicky podmíněné, ale mají sociální konotace, souvisejí s prožíváním skutečnosti ve vztahu k druhým osobám – jde o dysfunkce aspektů sociální kognice (1).

Skutečnost, že psychofarmakologická léčba často selhává není dána její neefektivitou. Medikace používaná v psychiatrii je účinná, podobně jako farmakoterapie v jiných oborech. Bylo doloženo, že antidepresiva jsou v prevenci relapsu účinnější než kyselina acetylsalicylová v prevenci kardiovaskulárních příhod (2). Zajímavým zjištěním také je, že neužívání antipsychotik je u pacientů se schizofrenií spojeno s vyšší celkovou mortalitou (včetně kardiovaskulární mortality a suicidií) a užívání antipsychotik ji snižuje téměř o polovinu (2). Aby mohla být psychofarmakologická léčba účinná, musí ji pacient užívat, což má řadu psychosociálních dopadů. Měl by proto vědět, proč má léčbu užívat, s čímž souvisí dostatek informací o samotné poruše, postoj nemocného k vlastnímu onemocnění. Důležité jsou i podmínky pro užívání léčby, kam patří užívání psychoaktivních látek, vztahy, sociální kompetence, stres, denní režim, spánek, pocit sebehodnoty, existenciální ukotvení a schopnost seberegulace. S tím vším může pacientovi pomoci pečující osoba, která mu mnoho věcí dokáže empaticky vysvětlit v domácím prostředí. Důležité je proto pochopení poruchy i ze strany příbuzného.

## Péče o pacienta se schizofrenií v rodině – zatěžující ale zásadní

Primárním objektem psychiatrie není mzek, ale osoba žijící ve vztazích (3). Pro každého člověka je v nemoci velmi důležitá jeho rodina. Současná globalizace a urbanizace vede spíše k rozrušování rodiny a komunity. Převládá zaměření na výkon, ekonomický prospěch, akcentace osobního štěstí, ideál věčného mládí, zdůrazňování nezávislosti namísto prosociálnosti a sebehodnoty namísto pomoci potřebným. To provází krize rodiny, jejímž důsledkem může být i zvýšený nápor na pečovatele o chronicky nemocné. Pokud zůstává pečovatelem jediný člověk, bývá přetížený a sám potřebuje podpůrnou síť.

Právě pečujícím o nemocné schizofrenií je věnována Úprimná kniha. Jak uvádějí její autoři: „Tato kniha nezakrývá, nepřetvařuje se, nezaobaluje, je otevřená, bez příkras pojmenovává

problémy a hledá konkrétní řešení.“ Věnuje se pocitům a prožitkům ošetřovatelů, jako je soucit, vina, hanba, hněv, zatvzelenost, strach, úzkost, izolace, osamělost či únava. Zdůrazňuje, že pečovatel nemusí být dokonalý, že ačkoliv sdílí schizofrenii se svým příbuzným, nesmí přebírat zodpovědnost za nemocného ani aktivitu v tom, v čem by měl být aktivní sám nemocný. Vysvětluje, že příznaky schizofrenie jsou břemenem i pro pečovatele, že jeho vztah s nemocným může být ambivalentní, ale že zdroje ambivalence je třeba řešit, že i pečovatel může být stigmatizovaný, může zažívat stres, být více vulnerabilní a i on může potřebovat psychiatrickou pomoc. Kniha rovněž řeší, jak má ošetřovatel reagovat na různé situace a chování pacienta, jak komunikovat s nemocným v různých stadiích schizofrenie, jak mu pomáhat s léčbou, jak řešit užívání psychoaktivních látek a závislosti, co dělat, když si chce nemocný ublížit, jak společně s ním rozhodovat, a nerozhodovat za něj, a v neposlední řadě, jak má pečovatel pomoci sám sobě a jak se o sebe starat.

Kniha je doprovázena ilustracemi. Příkladem problematiky, kterou se publikace zabývá, je stigmatizace. Stigma včetně interního stigmatu bývá důvodem toho, proč je těžké vyrovnat se se schizofrenií i v období remise. Dosáhnout tohoto vyrovnání může trvat i mnoho let. Pomáhá tomu osvěta a informovanost. Klíčovou sociální intervencí u schizofrenie je proto destigmatizace. A právě Otevřená kniha/Úprimná kniha je bohatým zdrojem destigmatizačních možností.

## Otevřená kniha: rodina a schizofrenie

Podle přednášky prof. MUDr. Pavla Mohra, Ph.D. (Národní ústav duševního zdraví, Klecany)

Pokud člověk onemocní schizofrenií, je první reakcí rodinných příslušníků úzkost, obava, hledání příčin a chyb, které k tomu vedly. Nejbližším osobám pacientů se schizofrenií může ve spolupráci se zdravotníky a samotným pacientem pomoci schizofrenii zvládnout informovanost. Řadu potřebných informací mohou tito pečovatelé nalézt právě v Otevřené knize (ve slovenštině Úprimná kniha).

## Osm kapitol knihy

Kniha má 8 kapitol.

**První část** je věnována **základním informacím o schizofrenii** – typu poruchy, statistickým údajům, rizikovým faktorům, neurobiologickým změnám, příznakům a průběhu onemocnění. **Zvláštní pozornost je třeba věnovat negativním příznakům, které spolu s kognitivními nejvíce narušují fungování pacientů.**

**Druhá kapitola** se zabývá **stigmatem** pacienta a celé rodiny (společenským, internalizovaným a institucionálním) a třemi kroky k jeho odstranění: přiznání, pochopení a zmírnění. Uvádí mýty a falešné názory na duševní poruchu a také potřebu edukace a boje s předsudky.

Kniha se snaží pokrýt situace, se kterými se můžou pečovatelé o pacienty se schizofrenií setkat.

**Třetí kapitola** proto rozebírá situaci, před kterou jsou při diagnóze schizofrenie u příbuzného postaveni – otázku **vzdát se nebo překážku překonat**. Schizofrenie je často diagnostikována u mladého člověka, který má vstoupit nebo vstupuje do samostatného života. Kniha vysvětluje, jak přijmout změnu plánů, a vlastní emoce a jak je zvládnout. Doporučuje zaměřit





se na problém a na smysl péče a nastavit si realistická očekávání.

Pro pečovatele je důležitá i **čtvrtá kapitola o terapeutických možnostech** u schizofrenie. Rozebírá zdravý životní styl, fyzickou aktivitu, léčbu antipsychotiky včetně možných nežádoucích účinků a významu adherence, dále psychoterapii, rodinnou terapii, nácvik sociálních

dovedností a další možnosti, jako je elektrokonvulzivní terapie, arteterapie, zooterapie, komunity, relaxace, mobilní aplikace či telemedicína. **V dlouhodobé léčbě schizofrenie nacházejí uplatnění nová antipsychotika, která jsou dobře tolerována a současně mají potenciál zmírnit negativní příznaky, jako je např. kariprazin.**

**Pátá kapitola** je věnována **emocím** samotných pečovatelů. Ukazuje, že je přirozené prožívat řadu pozitivních i negativních emocí. Nabádá, že je třeba soustředit se i na sebe, všimnout si pozitiv, uvědomit si své silné stránky a nastavit si dosažitelné cíle, ale také že je nutné naslouchat, respektovat druhého a rozhodovat společně nikoliv direktivně. Dotýká se i pocitu viny, studu, hněvu, strachu, pocitu izolovanosti a bezmoci, emoční únavě či depresi. Popisuje, jak řešit emočně nabitě chování pacienta, jako je hostilita, násilí, agrese, suicidalita či odmítání léčby.

**Šestá kapitola** vychází z faktu, že **role pečovatele o nemocného se schizofrenií se vyrovná zaměstnání na plný úvazek**. Autoři v ní pečovatelům radí zůstat pozitivní a připravit si plán z důvodu pocitu kontroly. Vytvořit předvídatelné prostředí a rutinu pro nemocného a podporovat ho ve zdravých návycích (jíst, spát, cvičit), pomoci mu zachovat si osobní, sociální a pracovní fungování a být mu

## Kde „OTEVŘENOU KNIHU“ najdete?

[www.schizofrenie.cz](http://www.schizofrenie.cz)

nápomocen při léčbě a řešení abúzu. Ukazují jak se chovat v různých fázích nemoci, jak s pacientem komunikovat, snížit jeho emoční zátěž, řešit relapsy a zvládat krize. V neposlední řadě se věnují otázkám finančním a právním a bydlení.

Knihy obsahuje i **kapitulu sedmou** věnovanou tomu, jak má pečovatel **pečovat sám o sebe**. Zabývá se stravováním, spánkem, cvičením, uvádí rady, jak snížit stres a vyvarovat se vyhoření, jak si nalézt čas sám pro sebe, i že je třeba znát své limity a říct si včas o pomoc.

Autoři připravili i **kapitulu osmou** o léčbě schizofrenie v době **po pandemii covidu-19**. Popisují v ní dopad této pandemie a souvisejících opatření na schizofrenii, věnují se dodržování restrikcí, přerušování péče a zvýšenému riziku relapsů, přednostnímu očkování pacientů se schizofrenií, ale i dezinformacím a konspiračním teoriím.

### Poselství knihy

Pečovat dennodenně o pacienta se schizofrenií a být pro něj osobou emočně nejbližší je velmi náročné povolání. Otevřená kniha/Úprimná kniha může pomoci těmto lidem najít

odpovědi na otázky, které možná ani nedokážou formulovat, na které se bojí zeptat, nebo které si odmítají připustit.

Poselství knihy je několik. Snaží se pečovatelům sdělit, že:

- nejsou sami, ale jsou součástí týmu zdravotníků a sociálních pracovníků, kteří o pacienta pečují,
- záleží na nich, jejich pomoc je důležitá, protože oni jsou pacientovi každý den nablízku,
- pomáhat je mnohdy odměňující, přináší pocit vítězství, pokroku,
- je důležité myslet i na své duševní zdraví a říct si včas o pomoc,
- předpokladem účinné pomoci je informovanost.

**Konečným cílem léčby a komplexní péče je dosáhnout funkční remise nemocných se schizofrenií, tak aby našli plnohodnotné uplatnění v životě a mohli vést plnohodnotný, kvalitní život a mít svůj osud ve vlastních rukách.**

### Jak knihu získat – praktické informace

Knihu je možné číst online nebo si ji stáhnout a vytisknout nebo uložit do čtečky.

Je dostupná v češtině na

<https://schizofrenie.cz/verejne/wp-content/uploads/2023/10/otvorena-kniha.pdf>

a ve slovenštině na

<https://schizofrenia.com/verejnost/kniha>.

Na knihu se nevztahují autorská práva, jakoukoliv její část je možné volně kopírovat a používat dál.

K rodinám pacientů jí pomáhají dostat organizace SYMPATHEA, Nová Sympathea, Sdružení Ondřej (v Praze), SPDN ČR (v Brně), svépomocné rodičovské skupiny v regionech, Centrum pro rozvoj duševního zdraví, Platforma pro reformu psychiatrie, Metropolitní zdravotnický servis a další.

*Zpracovala MUDr. Zuzana Zafarová*

### LITERATURA

1. Williams D. The Social Turn in Delusion Research. Handbook of Philosophy of Delusions. 2023 – preprint. [https://www.researchgate.net/publication/369838345\\_The\\_Social\\_Turn\\_in\\_Delusions\\_Research](https://www.researchgate.net/publication/369838345_The_Social_Turn_in_Delusions_Research)

2. Leucht S, Sifis S, Engel RR, et al. How Efficacious Are Antipsychotic Drugs for Schizophrenia? An Interpretation Based on 13 Effect Size Indices. Schizophr Bull. 2022 Jan 21; 48(1): 27-36.

3. Fuchs T. Psychiatry between Psyche and Brain. In Defence of the Human Being: Foundational Questions of an Embodied Anthropology. Oxford, 2021.

PŘEČTĚTE SI

„OTEVŘENOU  
KNIHU“URČENOU PRO RODINY,  
VE KTERÝCH ŽIJÍ LIDÉ  
SE SCHIZOFRENIÍ[www.schizofrenie.cz](http://www.schizofrenie.cz)Předmluva k českému vydání  
„OTEVŘENÉ KNIHY“

„Otevřená kniha“ je v mnoha ohledech výjimečná. Nejen svým formátem a obsahem, ale především svým určením; tím, pro koho je určená. Vedle přešle příruček a edukačních materiálů o duševních nemocech určených primárně pro pacienty bychom našli jen velmi málo těch, které se zaměřují na jejich nejbližší pečovatele, rodinné příslušníky. Přitom závažné duševní poruchy, jako je právě schizofrenie, nejsou jen onemocnění samotného jedince, ale zásadním způsobem zasahují do života jejich nejbližších, především rodinných příslušníků. Současně, jak připomíná v úvodu editor této knihy profesor Peter Falkai, je role rodiny v léčbě duševních nemocí nezastupitelná.

V „Otevřené knize“ věnované především rodinám pacientů najdete mnoho užitečných informací, rad a odpovědí na otázky, které jste si možná dosud nechtěli sami sobě připustit natož je vyslovit nahlas. Věřím, že se stane cenným průvodcem a rádcem v mnoha situacích, se kterými se na cestě s nemocí mohou pečovatelé setkat.

prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.  
Národní ústav duševního zdraví, Klecany

[www.schizofrenie.cz](http://www.schizofrenie.cz)Online  
verze  
knihy

Podpořeno společností

GEDEON RICHTER  
Health is our mission

# Zaznělo na 20. česko-slovenském psychiatrickém sjezdu

Zpracováno na základě přednášky MUDr. Hedviky Ernsten – Diferenciální diagnostika a vyšetřovací metody ADHD

Na 20. česko-slovenském psychiatrickém sjezdu, který proběhl na začátku listopadu 2023 v Brně, zazněla velmi prakticky orientovaná přednáška MUDr. Hedviky Ernsten, která může pomoci při diferenciální diagnostice ADHD v dospělosti a přináší i pohled na farmakoterapii těchto pacientů. Pro rychlou diagnostiku doporučuje dr. Ernsten dotazník ASRS, který ale není ideální použít jako sebezposuzovací, metoda řízeného klinického rozhovoru dává lepší výtěžnost. V diferenciální diagnostice ADHD je přínosné zamyslet se nad symptomatickým překryvem či naopak odlišností od hraniční poruchy osobnosti, která na rozdíl od ADHD zahrnuje sebepoškozování, parasuicidia, hostilitu a manipulativní jednání. Další možné překrývání se příznaků existuje u poruch autistického spektra, kde je mimo zdánlivou podobnost v kognitivním



narušení, možné odlišení podle rozdílů v jednotlivých aspektech kognice zjistitelných při podrobném psychodiagnostickém vyšetření. ADHD patří do spektra neurovývojových poruch, a jako taková je dána poruchou růstu a zrání neuronů, která vede ke strukturálním i funkčním odchylkám zjistitelným na zobrazovacích vyšetření. Na kazuistice 33leté

ženy MUDr. Ernsten demonstrovala překryv ADHD s Aspergerovým syndromem, který je v souladu s pohledem na tyto poruchy jako na kontinuum, nikoliv jako na oddělené nosologické jednotky. Terapeutický přístup by u takových pacientů měl vycházet především z přítomných symptomů u daného pacienta.

*Zpracovala MUDr. Zuzana Zafarová*

## Připravujeme do Psychiatrie pro praxi

2024

2

- Toxická psychóza a její klinický význam
- Současnost a budoucnost farmakogenetického testování v psychiatrii
- Emočně nestabilní adolescenti
- Safewards – jak pracovat s konflikty na psychiatrických odděleních
- ADHD ve spektru neurovývojových poruch: kazuistika kombinovaného deficitu s komorbiditami
- Disociace a klinicko-psychologická diferenciální diagnostika: kazuistika



VYJDE  
V ČERVNU

# asentra :)

potahované tablety

sertralinum

více než  
**20 let**  
na trhu v ČR<sup>1</sup>

## léty prověřená zkušenost



- Asentra je nejpředepisovanější sertralin v ČR.<sup>1</sup>
- Přípravkem Asentra bylo v roce 2023 léčeno téměř 55 000 pacientů s depresí a/nebo úzkostí (vyjma generalizované úzkostné poruchy).<sup>1,3</sup>



### ASENTRA Zkrácená informace o přípravku

**Název přípravku:** Asentra 50, Asentra 100, potahované tablety. **Složení:** 1 potahovaná tableta obsahuje sertralinum 50 mg nebo 100 mg (ve formě sertralini hydrochloridum). **Indikace:** Epizody velké deprese, k prevenci opakování nebo návratu epizod velké deprese. Panické poruchy s agorafobií nebo bez ní. Obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD) u dospělých a u dětí a dospívajících ve věku 6–17 let. Sociální úzkostné poruchy. Posttraumatické stresové poruchy (PTSD). **Dávkování:** Deprese a OCD: Zahajovací dávka je 50 mg/den. Panická porucha, PTSD a sociální úzkostná porucha: Zahajovací dávka je 25 mg/den. Po 1 týdnu má být zvýšena na dávku 50 mg 1× denně. Titrace dávky: Deprese, OCD, panická porucha, sociální úzkostná porucha a PTSD: Zvyšování dávky se musí provádět po 50 mg v intervalech nejméně 1 týdně, a to až na maximální dávku 200 mg denně. Nástup terapeutického účinku lze pozorovat během 7 dnů. K dosažení plného terapeutického účinku je však zapotřebí obvykle delšího období, a to především u OCD. K eliminaci symptomů deprese by pacienti měli být léčeni dostatečně dlouhou dobu nejméně 6 měsíci. Děti a dospívající s OCD: 6–12 let: počáteční dávka 25 mg/den. 13–17 let: počáteční dávka 50 mg/den. Po 1 týdnu může být dávka zvýšena na 50 mg/den, v případě nedostatečné terapeutické odpovědi může být zvyšována v průběhu několika týdnů o 50 mg až na maximální denní dávku 200 mg/den. Účinnost nebyla prokázána u dětí s velkou depresivní poruchou. Nejsou k dispozici údaje u dětí mladších 6 let. U starších pacientů je nutná opatnost u určení dávek, protože mohou mít vyšší riziko hyponatémie. U pacientů s poruchou funkce jater je nutné používat nižší dávky, případně podávat méně často a u závažného poškození jater se nesmí sertralin používat. Při ukončení léčby sertralinem je nutné dávku snižovat postupně během nejméně 1–2 týdnů, aby se snížilo riziko abstinčních reakcí. Sertralin se podává 1× denně, a to buď ráno, nebo večer, s jídlem i bez jídla. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku tohoto přípravku. Souběžná léčba ireverzibilními inhibitory monoaminooxidázy (IMAO) je kontraindikována vzhledem k riziku vzniku serotoninového syndromu. Léčba sertralinem nesmí být zahájena dříve než 14 dní po ukončení léčby ireverzibilními IMAO. Léčba sertralinem musí být ukončena alespoň 7 dnů před zahájením léčby ireverzibilními IMAO. Podávání sertralínu je kontraindikováno u pacientů souběžně užívajících pimozid. **Zvláštní upozornění:** Při léčbě SSRI včetně sertralínu byl hlášen rozvoj potenciálně život ohrožujícího serotoninového syndromu nebo neuroleptického maligního syndromu. Zvláštní péče a opatnosti při lékářském posuzování je třeba zejména při přechodu z dlouhodobě působících léků, jako je fluoxetin. Pozor na současné podání sertralínu s jinými léky, které zlepšují serotoninergní neurotransmisí. Byly hlášeny případy prodloužení QTc intervalu a Torsade de Pointes. U malého počtu pacientů se vyskytl příznak hypománie nebo mánie. U pacientů se schizofrenií může dojít ke zhoršení psychotických symptomů. Pokud se u nemocného objeví epileptické záchvaty, je nutno léčbu sertralinem přerušit. Deprese je spojena se zvýšeným rizikem sebevražedných myšlenek, sebepoškození a sebevraždy. Toto riziko přetrvává až do klinicky významné remise. Při užívání SSRI byly hlášeny případy abnormalního krvácení, včetně kožního krvácení, hyponatémie. Po vysazení léčby jsou časté abstinční příznaky. Užití sertralínu bylo spojeno s rozvojem akatie. U pacientů s diabetem může léčba SSRI ztížit kontrolu glykémie. Opatnost u pacientů s glaukolem s uzavřeným úhlem nebo s glaukolem v anamnéze. **Interakce:** Podání sertralínu souběžně s grapefruitovou šťávou se nedoporučuje. Sertralin nesmí být používán v kombinaci s ireverzibilními IMAO, jako je selegilin. Vzhledem k riziku vzniku serotoninového syndromu nesmí být souběžně podán sertralin a reverzibilní selektivní IMAO, jako je moklobemid. Antibiotikum linezolid je slabý reverzibilní neselektivní IMAO a nesmí být pacientům užívajícím sertralin podáván. Při užití souběžně s fentanylem, dalšími serotoninergními léky (včetně dalších serotoninergních antidepresiv, amfetaminů, triptanů) a dalšími opioidy (včetně buprenorfinu) je nutná opatnost. Léky prodlužující QT interval, pimozid, alkohol, fentanyl, lithium, fenytin, triptany, warfarin, atenolol, cimetidin, digoxin, NSAID, kyselina acetylsalicylová, tiklopidin, propafenon, flekainid, tricyklická antidepresiva, grapefruitová šťáva. Při souběžném podávání metamizolu a sertralínu je nutná opatnost. **Těhotenství a kojení:** Používání sertralínu v těhotenství a během kojení je možné, jen pokud klinický stav pacientky je takový, že výhody léčby převáží potenciální riziko. Observační údaje naznačují zvýšené riziko (méně než dvojnásobné) poporodního krvácení. **Nežádoucí účinky:** Nejčastějším nežádoucím účinkem je nauzea. Při léčbě sociální úzkostné poruchy se u mužů vyskytla sexuální dysfunkce (porucha ejakulace). Tyto nežádoucí účinky jsou závislé na dávce a s pokračující léčbou často vymizí. **Balení:** 30 nebo 100 potahovaných tablet po 50 mg nebo 100 mg. **Doba použitelnosti a uchování:** 5 let. Přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchování.

Datum poslední revize textu SPC: 30. 9. 2021.  
Držitel rozhodnutí o registraci: KRKA, d.d., Novo mesto, Slovinsko.  
Reg. č.: Asentra 50 mg: 30/062/03-C, Asentra 100 mg: 30/063/03-C.  
Léčivý přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis.  
Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.  
Nepřetřezitá veřejná informační služba: tel. +420 221 115 150, e-mail: info.cz@krka.biz; www.krka.cz/cz/leciva-a-jine-produkty

Krka ČR, s.r.o., Sokolovská 192/79, 186 00 Praha 8 – Karlín, Tel. +420 221 115 115, www.krka.cz

Literatura:  
1. IQVIA Flexivity, MAT 1/2024.  
2. VZP list, www.vzp.cz  
3. SPC Asentra.

KRKA | 70let

**PRVNÍ ATYPICKÉ ANTIPSYCHOTIKUM  
SCHVÁLENÉ AGENTUROU EMA PRO  
LÉČBU ADOLESCENTNÍCH PACIENTŮ  
OD 13 LET A DOSPĚLÝCH S DIAGNÓZOU  
SCHIZOFRENIE<sup>1</sup>**

**LĚČÍME MYSL,  
RESPEKTUJEME TĚLO**

**ÚČINNOST NA SCHIZOFRENIÍ  
S MINIMÁLNÍM DOPADEM  
NA METABOLISMUS<sup>2</sup>**

**Literatura:** 1. SPC přípravku Latuda. 2. Harvey P.D. (2015): The clinical utility of lurasidone in schizophrenia: patient considerations, Neuropsychiatric Disease and Treatment, Vol. 11: 1103-1109.

**Latuda 18,5 mg, Latuda 37 mg, Latuda 74 mg:** S: Lurasidonum 18,6 mg, 37,2 mg, 74,5 mg v jedné potahované tabletě. I: Léčba schizofrenie u dospělých a dospívajících ve věku 13 let a starších. KI: Hypersenzitivita na léčivou látku nebo pomocné látky. Souběžné podávání silných inhibitorů a induktorů CYP3A4. ZU: Ke zlepšení klinického stavu pacienta může dojít za několik dnů až několik týdnů. Pacienti je během tohoto období nutné pečlivě sledovat. Je zapotřebí pečlivě sledovat pacienty vysoce rizikové k sebevraždě. U pacientů s Parkinsonovou chorobou může vyvolat skryté příznaky parkinsonismu. Byl zaznamenán zvýšený výskyt EPS po léčbě lurasidonem v porovnání s placebem. Jestliže se objeví známky a příznaky tardivní dyskineze, je třeba zvážit přerušení podávání všech antipsychotik, včetně lurasidonu. U pacientů s kardiovaskulárním onemocněním, prodlouženým intervalem QT, hypokalemií v rodinné anamnéze a při současném užívání s jinými léčivými přípravky, o nichž je známo, že mohou mít vliv na prodloužení QT intervalu, je zapotřebí užívat lurasidon s opatrností. Lurasidon je nutné používat s opatrností u pacientů, kteří mají v anamnéze epileptické záchvaty nebo jiná onemocnění, která potenciálně snižují práh vzniku záchvatů; kardiovaskulární poruchy; ortostatickou hypotenzi; diabetes a rizikové faktory pro něj a zvýšené tělesné hmotnosti. V případě známek neuroleptického maligního syndromu je nutné lurasidon vysadit. Lurasidon se musí používat s opatrností u starších pacientů s demencí, kteří mají rizikové faktory pro výskyt cévní mozkové příhody. Před a během léčby lurasidonem by měly být rozpoznány rizikové faktory žilního tromboembolismu a následně by měla být uplatněna preventivní opatření. Lurasidon zvyšuje hladiny prolaktinu. Během léčby lurasidonem je zapotřebí vyhnout se grapefruitové šťávě. Současné podávání Latudy a dalších serotonergních látek, jako jsou buprenorfin/opioidy, IMAO, SSRI, SNRI nebo tricyklická antidepresiva, může vést k potenciálně život ohrožujícímu serotoninovému syndromu. Pokud je souběžná léčba jinými serotonergními látkami klinicky odůvodněná, doporučuje se pečlivě sledování pacienta, zejména během zahájení léčby a zvyšování dávek. **NÚ: Dospělí:** Velmi časté: ( $\geq 1/10$ ) insomnie, akatázie a nauzea. Časté: ( $\geq 1/100$  až  $< 1/10$ ) hypersenzitivita, zvýšená tělesná hmotnost, snížená chuť k jídlu, agitovanost, úzkost, neklid, somnolence, parkinsonismus, závratě, dystonie, dyskineze, tachykardie, hypertenze, průjem, zvracení, dyspepsie, nadměrná sekrece slin, sucho v ústech, bolest v epigastriu, břišní diskomfort, vyrážka, pruritus, bolest v zádech, muskuloskeletální ztuhlost, zvýšení kreatininu v séru, únava, zvýšení hladiny kreatininfosfokinázy v krvi. **Dospívající:** Velmi časté NÚ: akatázie, bolest hlavy, somnolence, nauzea. Časté NÚ: hyperprolaktinémie, snížená/zvýšená chuť k jídlu, abnormální sny, agitovanost, úzkost, deprese, insomnie, psychotické poruchy, schizofrenie, napětí, poruchy pozornosti, závratě, dyskineze, dystonie, parkinsonismus, tachykardie, zácpa, sucho v ústech, nadměrná sekrece slin, zvracení, hyperhidróza, rigidita svalů, erektilní dysfunkce, astenie, únava, podrážděnost, zvýšení hladiny kreatininfosfokinázy v krvi, zvýšení C-reaktivního proteinu, snížení/zvýšení tělesné hmotnosti. **IT:** Používat s opatrností v kombinaci s dalšími léčivými přípravky ovlivňujícími centrální nervovou soustavu, alkoholem a léčivými přípravky prodlužujícími interval QT. Pokud je lurasidon podáván se slabými nebo středně silnými induktory CYP3A4, je třeba monitorovat účinnost lurasidonu a v případě potřeby upravit dávkování. Souběžné podávání lurasidonu se středně silnými inhibitory CYP3A4 může zvýšit expozici působení lurasidonu. Souběžné podávání lurasidonu s inhibitory P-gp a BCRP může zvýšit expozici působení lurasidonu. Lurasidon je inhibitor efluxních transportérů BCRP. Souběžné podání substrátů BCRP může vést k zvýšeným koncentracím těchto substrátů v plazmě. **TL:** Lurasidon nemá být během těhotenství užíván, pokud to není nezbytně nutné. U kojících žen, které užívají lurasidon, je třeba zvážit, zda potenciální přínos léčby ospravedlňuje potenciální riziko pro dítě. **D:** Doporučená počáteční dávka je 37 mg lurasidonu jednou denně s jídlem. Není zapotřebí žádná titrace úvodní dávky. Přípravek je účinný v rozsahu dávek 37 až 148 mg jednou denně u dospělých a 37 až 74 mg jednou denně u dospívajících. Zvýšení dávky musí být založeno na úsudku lékaře a klinickou odpověď je nutné sledovat. Maximální denní dávka nesmí překročit 148 mg u dospělých a 74 mg u dospívajících. U pacientů se středně těžkou a těžkou poruchou funkce ledvin a jater je doporučená úprava dávky. **DRR:** Aziende Chimiche Riunite Angelini Francesco – A. C. R. A. F. S. p. A. - Viale Amelia 70, 00181, Rome, Itálie. **Reg. č.:** Latuda 18,5 mg: EU/1/14/913/001-007, Latuda 37 mg: EU/1/14/913/008-014, Latuda 74 mg: EU/1/14/913/015-021. **Uchovávání:** V původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Datum poslední revize textu SPC:** 2. 12. 2021. Latuda 18,5 mg je vázána na lékařský předpis a není hrazena zdravotními pojišťovnami. Latuda 37 mg a 74 mg jsou vázány na lékařský předpis a jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Seznamte se, prosím, se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).