

### 13. kongres AEP

### Ďalší pohľad na súčasnú európsku psychiatriu

(SRN, Mníchov, 2. – 6. apríla 2005)

---

13. AEP kongres sa poriadal v Mníchove (posledné kongresy boli v Ženeve, Štokholme a v Prahe, o tom predposlednom v Ženeve som písal nedávno). Kongres mal opäť tradičné formy. Bloky prednášok v paralelných sekciách (naráz v 6-8), okrem toho paralelne 3 kurzy a 3 workshopy, tiež paralelne. Takže paralelne prebiehalo asi 14 sedení. Asi 5000 účastníkov teda bolo dostatočne dispergovaných a nikde nebol veľký nával. Zúčastnené boli všetky štáty Európy, ale aj mnohé z iných svetadielov. Opticky v programe prevažovali účastníci z Nemecka, Švajčiarska, Rakúska, ale aj Francúzska, Holandska, Škandinávie. Samozrejme bola aj vývesková sekcia.

Prezidentom kongresu bol prof. Sass (Čáchy), prezident AEP, predsedom organizačného výboru prof. Manfred Ackenheil (Mníchov), predsedom programového výboru prof. H. J. Möller (Mníchov). Posledne menovaný obstaral aj s manželkou kultúrny program – organový koncert.

Organizátorom sa podarilo uchovať nekomerčný ráz podujatia. Len 5 sympózií sponzorovali farmaceutické firmy (Lilly, Pfizer, AstraZeneca a Servier). Firmy Pfizer a Servier boli aj generálnym sponzorom kongresu. Nenápadne sa chovali firmy aj na výstavisku. Stánky boli menšie a skromné.

Keď už sme spomenuli koncert rodiny Möllerovcov, tak druhý koncert sa konal v slávnostnom sále rezidencie bavorských vojvodov a kráľov. Bethovena a Brahmsa hrali však výhradne naši nemeckí kolegovia.

#### *Sympóziá*

Teraz už k programu. Viacero sympózií poriadali sekcie AEP. Sekcie pre závislosti hneď v nedeľu 3. 4. 2005 organizovala svoje sympóziom o zobrazovacích metódach a ich prínose pre adiktológiu. Reed (Londýn) vyšetroval skupinu pacientov s alkoholovou závislosťou (n=30). Za 3 týždne abstinencie sa niektoré kognitívne deficity upravili (napr. pracovná pamäť), iné (napr. plánovanie, impulzivita) nie. Tieto deficity asociovali s ventrostriatálnymi poruchami. Podobne Smolka (Mannheim) zistil, že intenzita nikotínovej závislosti a cravingu koreluje s aktiváciou v mezo-kortiko-limbickej oblasti. Ďalší rečníci ale poukázali na prevládajúcu inkonzistentnosť nálezov v štúdiách so zobrazovacími metódami.

V nedeľu 3. apríla bola večer aj zaujímavá debata. Téma bola jednoduchá- „súčasná klasifikačné

systemy sú nie relevantné pre biologickú psychiatriu“. Debate predsedal Hippus. Ackenheil zastával biologické hľadisko. Podľa neho nárast zistení o komorbidity psychiatrických diagnóz je nezmysel. Zvolal „predsa toľko schizofrenikov nemá aj obsedantne-kompulzívnu chorobu?“ Konceptia komorbidity je „fantóm“, svedčia aj pre to dosiaľ známe genetické štúdie. Goldberg zastával klinické stanovisko. Upozornil na možnosti vicaosej diagnostiky. Sartorius v diskusii povedal, že doktori sú „leniví“, nepoužijú viac osí, tým sa produkuje falošná komorbidity. Hippus uzavrel, že klasifikácia ICD musí ostať multiaxiálna. Samotná povaha komorbidity ostala nedoriešená.

V pondelňajšom (4. 4. 2005) sympóziu van den Brink (NL) prezentoval zaujímavé poznatky o administrácii heroínu pri detoxifikácii v Holandsku. Eap (CH) prezentoval súbor liečených metadónom. U časti z nich dochádza v závislosti na dávke k prolongácii QT intervalu!

Veľmi hojne bolo navštívené tzv. prezidentské sympóziom 4. 4. 2005. Predsedal mu prof. Sass (Aachen). Symóziom bolo venované veľmi ožehavej tématike v psychiatrii. Maj (Neapol) upozornil na konflikt medzi výskumnou a klinickou praxou. Ďalšie prednášky sa zaoberali psychiatrickou profesiou a ľudskými právami (Kastrup, Kodaň), sponzoringom (Helmchen, Berlín), forenznou psychiatriou (Florenz, Kanada). Všetky tieto témy boli konfliktné. O diskusiu bol veľký záujem, na mikrofón sa stálo v rade. Ako možné riešenie sa ponúkli vyvážené stanoviská, ale nie odmietnutie napr. sponzoringu, súdneho posudzovania a podobne.

5. 4. 2005 hneď ráno bolo zaujímavé sympóziom o obsedantne-kompulzívnej chorobe. Skupiny výskumníkov z Francúzska, Holandska a Nemecka predkladali vlastné biologicko-psychiatrické výskumné výsledky. Možno ich zhrnúť – OCD je vážne ochorenie, nepochybne biologicky podmienené, s familiárnym výskytom. Identifikovala sa serotonínerná (menej väzobných miest na 5-HT transportéroch), ale u časti aj dopamínerná patológia. Z toho rezultuje, prečo niektorí pacienti reagujú pozitívne na serotonínerné antidepresíva, a niektorí zase na neuroleptiká.

#### *Plenárne prednášky*

Na kongrese boli 3 plenárne prednášky v nedeľu 3. 4. (Singer, Frankfurt), 6. 4. Angst (Zurich), 4.

4. bolo v tom čase už vyššie spomínané prezidentské sympóziu. 5. 4. odoznela zaujímavá prednáška Heiliga (Bethesda), ktorá sumarizovala výsledky výskumu amerického národného inštitútu pre alkoholizmus. Podľa nich hlavná patologická lokalita v mozgu u alkoholikov je nucleus accumbens a cingulum. Na receptorovej úrovni ide o zmeny v transmitterových systémoch dopamínu, kanabinoidov a glutamátu. Stále však ide o parciálne vedomosti a chýba logickejší celkový patogenetický obraz.

### Firemné sympóziá

Sympóziu firmy Lilly sa zaoberalo bipolárnou poruchou (predseda prof. Kasper, Viedeň). On aj sympóziu uviedol prednáškou o komorbidite bipolárnej poruchy. Diabetes mellitus sa vyskytuje u 9,9 %, kardiovaskulárne choroby u 10,7 %, migréna u 25 %. Vyská je suicidalita. Strakowski (Cincinnati, USA) venoval pozornosť závislostiam u bipolárnych pacientov. Abúzus alebo závislosť od psychotropných látok sú u bipolárnej poruchy časté, u veľkej časti (asi 50 %) predchádzajú samotnej bipolárnej poruche. Möller (Mníchov) sa zaoberal suicidalitou u bipolárnych pacientov. U pacientov s bipolárnou depresiou je suicídium častejšie ako u pacientov s bipolárnou mániou.

Sympóziu firmy Pfizer sa zaoberalo sertralínom u anxiózných porúch. Podľa Bandelowa (Göttingen) SSRI sú liekmi prvej voľby v terapii anxiózných porúch. Cassano (Pisa) prezentoval štúdiu u komorbidnej veľkej depresívnej poruche a anxiózne poruche. Sertralin bol aj tam dostatočne účinný. Krishnan prezentoval známe výsledky kardiovaskulárnych štúdií. Sertralin znižoval fatalitu infarktu myokardu, v inej štúdiu aj cievej mozgovej príhody. Sheehan (Tampa, Florida) uzavrel sympóziu poznatkami o tolerabilite a mortalite pri liečbe sertralínom.

Snáď najzaujavnjšie vôbec bolo sympóziu firmy Servier, bolo o novej látke, o agomelatine. Viedol ho Naber (Hamburg). Wirzová (Bazilej, CH) hovorila všeobecne o vzťahu cirkadiálnych rytmov a depresie. Fuchs (Göttingen) predstavil agomelatín z farmakologického hľadiska. Ide o agonistu melatonínových receptorov MT<sub>1</sub> a MT<sub>2</sub> a antagonistu 5HT<sub>2C</sub> receptorov. Preparát mal vo farmakologických testoch antidepresívny a anxiolytický efekt. Normalizoval aj porušené cirkadiálne rytmy. Boyer (Ottava) prezentoval antidepresívny efekt v prvých ukončených klinických štúdiách. Ďalší príspevok sa zamerával na úpravu biologických rytmov u pacientov liečených agomelatínom. Sympóziu uzavrel veterán podobných akcií Montgomery (Londýn). Uviedol, že preparát neovplyvňuje laboratórne parametre, nemení pulz a tlak, ani EKG a hmotnosť. Takisto nemá sedatívny účinok. Nepozorovala sa interakcia s alkoholom a drogami. Nezistili sa sexuálne poruchy, nemanifestovali sa diskontinuačné symptómy.

### Vývesky

Ako každá veľká konferencia, aj táto nepostrádala vývesky. Bolo ich veľa v 15 sekciách. Vyberieme len niektoré týkajúce sa novších farmák.

Niekoľko vývesiek sa týkalo *escitalopramu* a jeho efektivity u anxiózných porúch. Bandelow a Andersen sumarizovali výsledky 5 dvojite-slepých štúdií s veľkou depresiou a anxiou. Všetky boli 8-týždňové, placebom kontrolované, s vyše 2000 pacientmi. Escitalopram znižoval signifikantne totálne skóre HAMA v porovnaní s placebom, ale v niektorých položkách aj s citalopramom. V inej práci (Lader a spol, n= 1714 pacientov so sociálnou fóbiou) bol escitalopram účinnejší v 5 zo 6 faktorov Liebowitzovej škály (sociálna interakcia, jedenie a pitie na verejnosti, hovorenie na verejnosti...). Len vo faktore asertívnosť bol zhruba rovnako účinný ako porovnávaný paroxetín.

Samozrejme sa vyskytli aj vývesky venované farmakológii a klinickému efektu *agomelatínu*. Agomelatín v dávke 25 a 50 mg u 212 pacientov v dvojite-slepom placebom kontrolovanom pokuse signifikantne ovplyvnil depresiu. Jeho účinnosť rástla s vážnosťou depresie (Emsley, Južná Afrika).

O *aripiprazole* bolo tiež niekoľko vývesiek. Najreprezentatívnejšia bola výveska o naturalistickej štúdiu, ktorá prebehla v 14 európskych štátoch (n=680). Ako kontroly slúžili pacienti liečení atypickými neuroleptikami (ziprasidon, risperidon, olanzapin...). Podľa CGI 58 % pacientov na aripiprazole a 33 % pacientov na atypikách bolo možné podľa CGI hodnotiť ako veľmi dobre alebo dobre upravených. Aripiprazol bol aj dobre tolerovaný.

Podobne ako aripiprazol aj nové potenciálne antipsychotikum *bifeprunox* je parciálny agonista D<sub>2</sub> receptorov. Bol predstavený na viacerých výveskách za spolupráce výskumných skupín 3 farmakologických firiem- Lundbeck, Solvay, Wyeth. Podľa vývesky McCreadyho a spol. bifeprunox presynaptickou agonistickou aktivitou redukuje extracelulárny dopamín v nucleus accumbens. V behaviorálnych a biochemických testoch mal neuroleptické charakteristiky. V ďalšej výveske ten istý tím sa zaoberal vplyvom molekuly na 5HT systém in vitro aj in vivo. Zistilo sa, že má veľmi silnú afinitu k 5HT<sub>1A</sub> receptorom, zhodne s aripiprazolom. V ďalšej výveske sa preukázalo, že preparát funguje ako parciálny agonista pri nízkej hladine dopamínu, pri vysoké hladine sa prejavuje ako antagonist.

Dve vývesky o *klozapíne* ma zaujali. Obe boli španielske. Jedna výveska u skupiny pacientov nepreukázala predĺženie QT intervalu. Druhá výveska u skupiny 222 pacientov monitorovaných pre liečbu klozapínom konštatovala len u 3 neutropéniu.

### Sumárne

Áká bola účasť českých a slovenských kolegov? Vzhľadom k blízkosti konania veľmi malá. Pod-

statne viac ich vidno na iných vzdialenejších a exotickjších destináciách. Pri, iste veľmi nepresnom, listovaní programom a abstraktami v European Psychiatry som objavil len mená Höschl a spol. z Prahy ( Psychotropné látky v tehotenstve a laktácii), Hosák a spol. (Hradec Králové + Praha, Efektivita liečby u metamfetamínovej závislosti) a Heretika a spol. z Bratislavy (EPID a komorbidity).

Ako aj z výčtu plenárnych prednášok a sympózií nemecká (a nemecky hovoriaca) psychiatria vyu-

žila príležitosť na prezentáciu svojej odbornosti na kongrese v Mníchove dokonale.

Kongresy Európskej asociácie psychiatrov sú podstatne širšie poňaté, než kongresy ECNP, CINP alebo WFBP. V tomto kusom výbere sme sa zmienili napríklad o klinických aspektoch (komorbidity), etických a klasifikačných problémoch a podobne. O adiktologickej problematike budem referovať v časopise Alkoholizmus a drogová závislosť. Je dobré navštíviť aj tento typ kongresu pre šírku jeho odborného záberu.

*Dodáno redakci: 11. 1. 2006*

*Prof. MUDr. Vladimír Novotný, CSc.*

---

## **4. evropský kongres o násilí v klinické psychiatrii Proč zemřel David Bennett, jaký to mělo vliv na českou psychiatrii a další poznatky (Rakousko, Vídeň, 20. – 21. října 2005)**

---

Prezidentem kongresu byl, stejně jako před dvěma lety v Londýně, Dr. Tom Palmstierna z Karolinska Institutet ve Stockholmu. Kongres probíhal v divadle a budovách Otto Wagner Spital, zařízení velmi podobném naší Psychiatrické léčebně v Bohnicích. Nemocnice pavilonového typu byla budována od r. 1904 do r. 1907 na okraji Vídně a žilo zde 5000 obyvatel - pacientů, lékařů a ošetřujícího personálu. Ústav měl též vlastního kněze a secesní kostel Sv. Leopolda je považován za nejvýznamnější stavbu vídeňské secese. Ústav v r. 1907 otevíral následník trůnu, Ferdinand (cisar pro nemoc odřekl) a neskryval svou nespokojenost s novým, nedostatečně majestátním, pojetím kostela, který mu připadal krátký, a když architekt Wagner poznamenal, že modlit se zde je možné stejně účinně jako v kostelech delších, rozčílil se Ferdinand natolik, že tato stavba byla Wagnerovou poslední státní zakázkou.

Konference se účastnilo cca 350 lidí převážně z Evropy. Hlavní přednášky se odehrávaly v divadle a následně zde a v okolních budovách probíhaly paralelní workshopy a sympozia.

Hlavní přednášky prvního dne byly zaměřeny na měření a zvládání násilného chování.

Při měření různých aspektů násilného chování se stále více uplatňuje škála SOAS (Staff observation aggression scale) vyvinutá před 15 lety Palmstiernou. Už před dvěma lety jsme na konferenci v Londýně prezentovali data z Psychiatrické kliniky, podle kterých patříme mezi země s nejnižší prevalencí násilného chování mezi krátkodobě hospitalizovanými pacienty. Při použití škály SOAS byla prevalence násilného chování 1,5%.

Na konferenci několikrát zazněly odkazy na kli-

nická vodítka ke zvládání násilného chování – NICE (National Institute for Clinical Excellence) guidelines. Vznik těchto vodítek vyvolala smrt Davida Bennetta v r 1998. Tento Jamajčan, přestěhovaný do Anglie, trpěl od 20 let schizofrenií. Byl opakovaně hospitalizován a opakovaně se choval agresivně. Ve svých 38 letech byl hospitalizován v Norwichi. Po fyzické potyčce se spolupacientem, (kterého Bennet napadl, a který ho následně rasisticky urážel) byl pan Bennett převeden na jiné oddělení. Tam napadl sestru a způsobil jí tříštinovou frakturu žeber. Následně byl po dobu 25 minut fixován 5 příslušníky ošetřujícího personálu na zemi, na břicho, a pak zemřel. Podle rozsudku byla smrt zaviněna užitím omezovacích prostředků a byla označena za zbytečnou. (Bezprostřední příčinu smrti se mi nepodařilo zjistit, snad se jednalo o asfyxii). Následný soudní proces – na kterém se značné podílelo nešetřné sdělení smrti pacienta jeho rodině a odmítání zdravotního personálu sdělit přené okolnosti smrti – přivolał pozornost tisku k užívání omezovacích prostředků a jejich rizikům jak u dospělé, tak u dětské populace. Tento proces také senzitivizoval britskou veřejnost ke zvýšenému zájmu o podobná opatření i v nových zemích Unie, včetně ČR.

Klinická vodítka ke zvládání agresivního chování a používání omezovacích prostředků jsou volně dostupná na adrese [ww.nice.org.uk/CG025](http://ww.nice.org.uk/CG025). Podle nich před jakoukoliv farmakologickou intervencí či užitím omezovacích prostředků (včetně izolační místnosti) musí být vyčerpány všechny preventivní a deeskalační techniky. Verbální deeskalice má pokračovat i po přikročení k medikaci nebo omezení. Především je doporučováno odeslat ostatní

pacienty na jiné místo, zajistit pomoc kolegů, jasně vysvětlovat co a proč terapeut dělá, ptát se po příčinách hněvu, klást otevřené otázky, vyhnout se paternalistickému přístupu, vyhnout se výhrůžkám, ukazovat zájem. Pokud má pacient zbraň, je lepší žádat ho, aby ji odložil na neutrální místo spíše než aby ji odevzdal personálu.

Při farmakologických intervencích je na prvním místě doporučován orálně lorazepam a u psychotické agrese orálně lorazepam v kombinaci s antipsychotikem (Chlorpromazin a Thioridazin nejsou doporučovány, u demenčních pacientů rovněž není doporučován Olanzapin a Risperidon). Pro relativně dlouhodobé působení není doporučován ani Zuclopenthixol acetate, pokud se nejedná o dlouhodobou agresivitu, či pokud anamnestické údaje nepotvrzují dobrou odpověď).

Intramuskulární aplikace benzodiazepinů a benzodiazepinů v kombinaci s antipsychotikem je až metodou druhé volby. Výslovně se doporučuje lorazepam a výslovně se nedoporučuje diazepam. Při kombinaci s olanzapinem je možno aplikovat lorazepam až po 1 hodině. Jaké benzodiazepiny máme používat v ČR zůstává otázkou.

U nových antipsychotik dostupných v intramuskulární formě (ziprasidon a olanzapin) prof. Steiner upozorňoval, že většina dosud publikovaných prací byla sponzorována firmami, které daný lék vyrábějí. Stejně jako v ČR i ostatní účastníci měli jen minimum zkušeností s antiagresivním užíváním propranololu, který je k ovlivnění násilného chování doporučován už od 70. let, ale jen výjimečně užíván. Vzhledem k tomu, že doporučované dávky byly cca 500 mg to nebylo překvapivé zjištění.

O behaviorálních intervencích a zajištění bezpečného chodu oddělení přednášely staniční a vrchní sestry M. Jonhson a K. Delanez z USA. Zdůrazňovaly nutnost jasné vize a koncepce oddělení, edukaci zdravotníků o příčinách násilí. Co se týká prostorových požadavků, za hlavní považovaly přehlednost oddělení a prostorové uspořádání, dávající zdravotníkovi možnost úniku. Za nejdůležitější v prevenci násilí považovaly přítomnost sester mezi pacienty a za vysloveně nevhodné označovaly „kukaně“, ve kterých sestra sedí sice s dobrým přehledem, ale sklem oddělená od pacientů.

V sekci o právních aspektech forenzní psychiatrie vystupoval také MUDr. Jiří Švarc, Ph.D., primář ochranného léčení Psychiatrické léčebny Bohnice, který shrnul současnou legislativní problematiku výkonu ochranného léčení v ČR, kde je třeba se řídit vyhláškami a směrnicemi, a podle současných zákonů je např. nutné dodržovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se zdravotník dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.

Zdravotník tak porušuje zákon, když bez souhlasu ošetřované osoby hlásí osobám činným v tr. řízení trestné činy, kterých se „pacienti“ dopouštějí (maření úředního rozhodnutí útěkem, krádeže, ublížení na zdraví, násilí proti skupině obyvatel a jednotlivci). Referoval o obvykle několikaměsíční až několikaleté legislativní černé díře mezi zastavením tr. stíhání pro nepřičetnost (kdy je obviněný propuštěn z vazby do léčebny) a uložením ochranného léčení. Dlouholetým problémem ochranného léčení je, že byť má být dle tr. zákona vykonáváno ve výkonu trestu, není tomu obvykle tak. V kazuistice pak demonstroval případ nesprávně indikovaných ochranných léčení, což je zase problém kvality a kontroly znalecké činnosti.

V posterových sděleních bylo několik prací z Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

V práci Farmakologicky indukované snížení cholesterolu vyvolává časově omezené změny v serotoninergní transmissi ukazoval MUDr. Vevera, že aktivita serotoninového přenašeče je ovlivňována změnami koncentrace cholesterolu způsobenými hypolipidemickou terapií. Vzestup uptaku serotoninu byl pozorován po měsíční léčbě. Překvapivě po více než roce se navzdory pokračující hypolipidemické terapii vrátily hodnoty uptaku k původním číslům. Autoři se domnívají, že se zde uplatňují dosud neznámé homeostatické mechanismy.

Pro klinickou praxi má význam, že pacienti během prvního měsíce snižování cholesterolu mohou být náchylnější k depresivitě nebo agresivnímu či suicidálnímu chování.

V další práci autoři z PK přinesli epidemiologická data o násilí u pacientů trpících schizofrenií poruchami v období od r. 1949 do r. 2000. Na rozdíl od epidemiologických studií z USA a západní Evropy nezjistili vzestup prevalence násilného chování u pacientů se schizofrenií mezi roky 1949 a 1989 a pouze marginální vzestup prevalence agresivity u vzorku pacientů hospitalizovaných v r. 2000. Celková prevalence násilného chování byla 41,8% u mužů a 32,7% u žen. Autoři nenalezli žádný vztah mezi zneužíváním návykových látek a násilím a domnívají se, že ve stabilním zdravotnickém systému není zneužívání návykových látek hlavní příčinou násilného chování u schizofreniků. Nejčastějšími oběťmi útoků pacientů byli rodinní příslušníci a ošetřující personál.

Neurofyzilogicky orientovaná práce Hrubého a Žukova ukazuje, že u tzv. vlny P300, která patří mezi nejčastěji používané kognitivní evokované potenciály, dochází k významnému snížení amplitudy oproti normě. Předpokládaným vysvětlením tohoto nálezu jsou kognitivní dysfunkce v pozornostním systému agresorů.

Další – 5. evropský kongres o násilí v klinické psychiatrii – se bude konat v r. 2007 v Amsterdamu.

*Dodáno redakci: 16. 1. 2006*

*MUDr. Jan Vevera  
e-mail: janvevera@centrum.cz*