

ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE V LÉČBĚ FARMAKOREZISTENTNÍ BIPOLÁRNÍ DEPRESE V ADOLESCENCI

kazuistika

Michal Hrdlička^{1,2}
Štěpánka Kicková¹

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

²Psychologický ústav FF MU, Brno

Kontaktní adresa:

prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.
Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK
FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
e-mail: michal.hrdlicka@fnmotol.cz

Podpořeno interním grantem
č. 6030 v rámci projektu (Ministerstva zdravotnictví) koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (FN MOTOL) a programem UK Progres č. Q15 s názvem „Životní dráhy, životní styly a kvalita života z pohledu individuální adaptace a vztahu aktérů a institucí“.

SOUHRN

Hrdlička M, Kicková Š. Elektrokonvulzivní terapie v léčbě farmakorezistentní bipolární deprese v adolescenci

V úvodu autoři shrnují odlišnosti elektrokonvulzivní terapie (ECT) u dětí a adolescentů oproti dospělé populaci. Představují případ 14leté dívky s farmakorezistentní bipolární depresí, která se na třech různých antidepresivech (sertralinu, venlafaxinu, mirtazapinu) buď nezlepšila, nebo se přesmykla do hypomanické či smíšené fáze. Efekt souběžně podávaného lithia i atypických antipsychotik s thymostabilizačním potenciálem (risperidonu, olanzapinu, aripiprazolu a quetiapinu) byl sporný; větší úspěch přinesl až valproát. Nepodařilo se ji dlouhodobě stabilizovat ani na kombinaci antidepresiv (venlafaxinu s mirtazapinem) s valproátem. Zvrat přinesla až série 10 elektrokonvulzí v režimu 2krát týdně za použití přístroje Thymatron. Teprve dosažení úplné remise u pacientky odhalilo patologii směrem k rozvíjející se hraniční poruše osobnosti, která si vyžádala zahájení psychoterapeutické práce s perspektivou dlouhodobého ambulantního pokračování. Pacientka byla propuštěna na medikaci valproátem a moklobemidem.

Klíčová slova: elektrokonvulzivní terapie, adolescence, bipolární porucha, farmakorezistence, vodítka.

SUMMARY

Hrdlička M, Kicková Š. Electroconvulsive therapy in the treatment of refractory bipolar depression in adolescence

Differences in electroconvulsive therapy (ECT) between children/adolescents and adults are summarized in the introduction of this paper. The authors present a case of a 14-year-old girl with a treatment-refractory bipolar depression, whose symptomatology did not improve on the treatment with three different antidepressant agents (sertraline, venlafaxine, mirtazapine). Lack of improvement alternated with a switch to hypomania or mixed phase. The effect of simultaneously administered lithium or atypical antipsychotics with mood stabilization properties (risperidone, olanzapine, aripiprazole, and quetiapine) was questionable; only valproate brought some therapeutic success. However, long-term stabilization was not achieved even by a combination of two antidepressants (venlafaxine and mirtazapine) with valproate. The positive turn in the patient's treatment had not been accomplished until the administration of electroconvulsive therapy, the course of which consisted of ten ECT sessions in a twice a week regimen. Thymatron device was used. Only the complete remission uncovered psychopathology connected with a developing borderline personality disorder, which led to an initiation of a long-term psychotherapy. The patient was discharged from the hospital on a combination of valproate with moclobemide.

Key words: electroconvulsive therapy, adolescence, bipolar disorder, treatment-refractory, guidelines.

ÚVOD

Elektrokonvulzivní terapie (ECT) je dodnes nejúčinnější biologickou metodou v psychiatrii, její velikost efektu (effect size, ES) byla stanovena na 0,91;¹ je to tedy jedna z mála léčeb v psychiatrii s tzv. velkým efektem. Jedinými srovnatelně účinnými léčbami v psychiatrii jsou klozapin u farmakorezistentní schizofrenie s ES = 0,88² a metylfenidát v léčbě ADHD s ES = 0,8.³

ECT byla poprvé použita Cerlettim a Binim u dospělého pacienta v roce 1938 na psychiatrické klinice v Římě a o tři roky později Hemphilem a Walterem u dítěte v psychiatrické léčebně v Bristolu. Více známé však je, že od roku 1942 systematicky užíval ECT u dětí a adolescentů Heyuer v dětské nemocnici v Paříži a již v roce 1943 referoval o první léčené skupině čítající 40 pacientů ve věku 5–19 let.⁴ Rey a Walter zkoumali publikace o užití u pacientů mladších 18 let mezi lety 1941 a 1996 a našli celkem 60 prací.⁵ Účinnost z těchto referencí sumarizovali následovně: 63 % u deprese, 80 % u mánie, 42 % u schizofrenie a 80 % u katatonie. Nejmladší referovaný pacient na ECT byl sedmiletý, ale naprostá většina referencí popisuje aplikaci ECT až u dětí nad 12 let. Nebyla popsána žádná úmrtí. Nežádoucí účinky se nelišily od běžného výskytu u dospělých. Nevyskytly se žádné specifické komplikace. Několik kazuistik popisovalo prolongované paroxysmy (delší než 180 s) a spontánní paroxysmy po ECT, ale incidence těchto komplikací nebyla zřejmě větší než u dospělých (1,1 %).

Zřejmě jediný specifický doporučený postup pro užití ECT u dětské a adolescentní populace jsou v současnosti vodítka Americké akademie dětské a adolescentní psychiatrie (AACAP).⁶ První autorka vodítek AACAP Neera Ghaziuddin je zároveň editorkou a hlavní autorkou jediné moderní monografie o ECT u pediatrické populace – *Electroconvulsive Therapy in Children and Adolescents*.⁴ Vodítka AACAP určují jako hlavní indikace závažné formy deprese, mánie, schizoafektivní poruchy a schizofrenie, dále pak katatonii a maligní neuroleptický syndrom; tedy okruh diagnóz shodný s dospělým věkem. Každý pediatrický pacient zvažovaný pro ECT by měl podstoupit tzv. „second opinion“, konzultaci s nezávislým odborníkem obeznámeným s ECT, který se nepodílí na léčbě pacienta. Souhlasné stanovisko dvou lékařů jako podmínku pediatrického užití ECT doporučuje i zpráva výboru pro ECT při Americké psychiatrické asociaci (APA), která jinak nevidí zásadní rozdíly v indikacích a metodice provádění ECT mezi dospělou a pediatrickou populací.⁷

Lee Wachtel se svou rozsáhlou publikační a přednáškovou činností snaží rozšířit indikace ECT rovněž o sebezraňující chování u poruch autistického spektra, které považuje za určitý ekvivalent katatonních projevů.⁸

Kapitola českých doporučených postupů věnovaných ECT se specifiky u pediatrické populace nezabývá.⁹ První česká monografie o ECT z roku 1999 obsahovala část věnovanou souhrnu literárních zkušeností s aplikací ECT u dětí a adolescentů.¹⁰ Dále jsme tyto zkušenosti rozvedli v později publikované kazuistice užití ECT u adolescenta se schizofrenní psychózou, dezorganizovaným chováním a závažným neklidem.¹¹ Nedávno vyšla pečlivě zpracovaná monografie *Elektrokonvulzivní léčba – teorie a praxe,*

editovaná Lucií Kališovou,¹² v níž v jedné z kapitol Jana Hořínková přináší teoretické zpracování problematiky i stručný přehled o pediatrickém užívání ECT v České republice. Stejná autorka nedávno zpracovala teoretický přehled o pediatrické ECT i pro tento časopis.¹³

Naše kazuistika má upozornit na vysokou účinnost ECT u farmakorezistentní bipolární poruchy v adolescenci.

KAZUISTIKA

14letá dívka byla přijata na dětskou psychiatrickou kliniku na doporučení pedopsychiatrické ambulance pro bipolární afektivní poruchu (BAP), jejíž symptomatiku se ambulantně nedařilo plně stabilizovat přes řadu farmakologických léčebných pokusů. Vynikající, v kolektivu dobře adaptovaná studentka víceletého gymnázia žila v bytě s rodiči (VŠ vzdělání) a s o tři roky starším bratrem. Vztahy v rodině byly harmonické. Matka pacientky užívala v posledních 18 měsících antidepressivní medikaci pro obtížné zvládnutí dceřiných psychických obtíží, další psychiatrická heredita byla negativní. V osobní anamnéze dívky byly časté migrény, pro které byla opakovaně neurologicky vyšetřována, těžká skolióza s doporučením nošení trupové ortézy po většinu denní doby a myopie s astigmatismem.

Dívka se poprvé do pedopsychiatrické ambulantní péče dostala v lednu 2017 pro úzkostně-depresivní prožívání a chronické bolesti zad a hlavy. Byla stanovena diagnóza úzkostně-depresivní poruchy a během června 2017 nasazen sertralin v dávce 50 mg pro die. V srpnu 2017 se objevila několikadenní hypomanická epizoda s insomnií a hyperaktivitou, pro kterou byl do medikace zaveden risperidon 0,5 mg s efektem na odeznění hypomanické symptomatiky, nicméně již na takto nízké dávce došlo k hyperprolaktinémii s poruchou menstruačního cyklu a zvýšením chuti k jídlu s přejídáním, což u pacientky vedlo k opakovanému zvracení po přejedení a výčtkám ohledně postavy. V říjnu 2017 byl risperidon nahrazen aripiprazolem v dávce 5 mg a sertralin navýšen na 75 mg s dočasným efektem. V prosinci 2017 došlo opět k propadu nálady, objevily se úzkosti a bolesti hlavy. Sertralin byl v lednu 2018 zaměněn za venlafaxin v dávce 75 mg pro die, s přetrvávajícím subdepresivním laděním. Aripiprazol nebyl dále podáván. Během května 2018 se objevila další hypomanická epizoda, která po 4 dnech odezněla, venlafaxin snížen na 50 mg pro die, přikombinován quetiapin v dávce 37,5 mg, aripiprazol vysazen. Vyšší dávku quetiapinu dívka netolerovala pro zvýšenou únavu a sklony k hypotenzi, proto byla dávka snížena na 25 mg. Objevila se depresivní epizoda se somatizacemi, proto byla dívka referována k přijetí na lůžko naší kliniky.

Pacientka byla přijata v říjnu 2018, v klinickém obraze dominovalo depresivní ladění, hypobulie, hypohedonie, epizodicky se objevovala anxieta se somatickým doprovodem. Vstupně užívala venlafaxin 50 mg a quetiapin 25 mg, který byl záhy po přijetí vysazen. Pro tlumení úzkosti jsme přechodně podávali klonazepam do dávky 1,5 mg pro die. Po provedení laboratorních odběrů a kardiologického vyšetření včetně EKG s normálním nálezem bylo nasazeno

lithium. Během jeho titrace pacientka nadále apaticko-abulická, bezradná, depresivně laděná, emočně labilní. Během 3. týdne hospitalizace došlo ke změně stavu ve smyslu přesmyku do smíšené fáze BAP, objevila se iritabilita, dysforie, negativismus, výrazná emoční labilita, nulová tolerance zátěže, opakovaně docházelo k sebepoškození a suicidálním proklamacím. Dívka byla zlostná, vulgární k personálu, zcela anosognostická, emotivita byla místy až nepřiléhavá, odmítala kontakt s rodiči. Myšlení bylo ulpívavé na tématu sebevraždy, objevilo se paranoidní nastražení vůči matce, bez formovaného bludu a bez poruch vnímání. Vysazen venlafaxin, do medikace zaveden olanzapin v dávce 5 mg, lithium navýšeno na 1050 mg (hladina 0,94 mmol/l). Postupně došlo k odeznění dysforie i sebepoškození, zlepšila se kooperace s personálem i vztah s rodiči, které přestala odmítat, ovšem během prosince 2018 se pacientka propadla do těžké depresivní fáze, kdy vedle depresivního ladění dominovala abulie, anhedonie, hypoprosexie, nejistota, bezradnost, izolace od spolupacientů a neaktivita. Pro nárůst hmotnosti byl olanzapin zaměněn za aripiprazol v dávce 10 mg, i přes navýšení lithia na 1200 mg pro die (hladina 1,08 mmol/l) nedošlo ke zlepšení stavu, naopak se objevily nežádoucí účinky lithia – třes, v laboratoři zvýšení TSH. Lithium i aripiprazol vysazeny, po podrobné edukaci rodičů i pacientky s písemným souhlasem rodičů do medikace zaveden valproát, který pacientka dobře tolerovala, došlo k mírnému projasnění nálady, bez jejího kolísání. V dalším kroku s ohledem na hyposomnii byl příkombinován mirtazapin v dávce 45 mg pro die, po němž došlo k dalšímu parciálnímu projasnění forie a úpravě spánku; plně remise však dosaženo nebylo. Pro mírný nárůst chuti k jídlu a hmotnosti zavedeny režimové úpravy, které dívka zvládala dodržovat. S cílem dosažení remise byla konečně zvolena kombinace; do medikace byl přidán venlafaxin 150 mg pro die (mirtazapin snížen na denní dávku 30 mg) a valproát zůstal nadále v dávce 800 mg pro die. Po příkombinování venlafaxinu krátce nežádoucí účinky (závratě, mírné zvýšení tlaku), které postupně spontánně odezněly. Uvedenou kombinací medikace tolerovala dobře, došlo ke zlepšení stavu, stabilizaci nálady i emotivity. Zlepšila se pozornost, pacientka zvládala školní zátěž v rámci výuky ve škole při naší klinice, byla aktivně zapojena do terapeutických aktivit i mezi spolupacienty, energie se jevila v normě, spánek byl kvalitní, dívka nadále bez sebepoškození, bez suicidálních myšlenek, postupně zvládla i opakované propustky do domácího prostředí s pozitivní zpětnou vazbou ze strany rodiny. Po zajištění následné péče (denní stacionář) byla propuštěna do domácí péče v plně kompenzovaném stavu.

Po dimisi byl stav dívky zhruba tři týdny stabilizovaný, do psychiatrického stacionáře docházela však jen krátce, nevyhovovala jí struktura a skladba spolupacientů, proto byl s rodinou domluven návrat do školy s nižším ročníkem v omezeném režimu. Další dva týdny došlo k opětovnému zhoršení a častým výkyvům nálady, apatii, anhedonii a abulii, což vyústilo v impulzivní závažný suicidální pokus intoxikací medikamenty. Po stabilizaci somatického stavu na pediatrickém lůžku byla dívka s odstupem pěti týdnů od dimise přijata k rehospitalizaci na naší klinice. Již při přijetí rodiče i pacientka souhlasili s naplánováním a provedením elektrokonvulzivní léčby.

Vstupně při rehospitalizaci dominovala symptomatika těžké depresivní fáze bipolární poruchy, u dívky přetrvávaly suicidální ideace, sdělovala lítost nad tím, že se jí suicidium nepodařilo dokonat. S personálem spolupracovala tentokrát velmi dobře, mezi spolupacienty se snažila zapojovat, návštěvy rodiny probíhaly klidně. Všechna provedená vyšetření byla v normě, dívce jsme vysadili dosud užívanou medikaci (valproát, mirtazapin a venlafaxin). Pacientka absolvovala sérii 10 elektrokonvulzí v režimu 2krát týdně, použit byl přístroj Thymatron. Veškeré zákroky proběhly bez komplikací. Pro výpadek thiopentalu jsme byli nuceni jako anestetika použít propofol. Již první konvulze při dávkování energie typu „age method“ trvala pouhých 16 sekund; proto jsme postupně zvyšovali energii stimulu, abychom dosáhli alespoň 20sekundového trvání elektrokonvulze na EEG. Při poslední, desáté elektrokonvulzi bylo tak trvání paroxysmu 22 sekund při energii 80 %.

Během prvních dvou týdnů léčby pozorovány velké výkyvy nálady odpovídající smíšené symptomatice BAP, hypoprosexie, několikrát došlo k nemotivovanému sebepoškození, dívka udávala vážní suicidální ideace. Pro problematické usínání podáván během elektrokonvulzivní léčby promethazin v dávce 25–50 mg s efektem. Až po v pořadí 6. elektrokonvulzi došlo ke zlepšení stavu, nálada se stabilizovala směrem k normálu, bez výkyvů, emotivita byla stabilní, plně adekvátní, živá, pacientka byla klidná, bez projevů úzkosti, velmi dobře spolupracovala. Suicidální ideace dále negovala, tendence nejevila, byla bez dalšího sebepoškození, pozornost i energie se vrátily k normě. Elektrokonvulzivní léčba ukončena 10. výkonem na konci května 2019, poté zahájena titrace v minulosti již účinného valproátu. K podpoře usínání podáván s efektem melatonin. Stav pacientky byl nadále stabilizovaný, zvládala postupné rozvolňování režimu, zatížení aktivitami a posléze i opakované propustky do domácího prostředí. Hladina valproátu byla při dávce 800 mg pro die v terapeutickém rozmezí, s potenciálem k dalšímu navýšení při zhoršení stavu. Na suicidální pokus vyjadřovala náhled, somaticky byla plně kompenzovaná, veškeré laboratorní odběry včetně jaterních testů a hormonů štítné žlázy byly v normě. Subjektivně udávala zvýšené vypadávání vlasů, pro které byla doporučena vitaminová suplementační léčba. Dívka byla propuštěna v plně kompenzovaném somatickém i psychickém stavu, stabilně normoforická, asuicidální, nepychotická.

Po dimisi z druhé hospitalizace na naší klinice se stav držel ve stabilizované podobě po dobu zhruba 6 týdnů, poté se začaly objevovat úzkosti, které mohly souviset s blížícím se nástupem školní docházky po dvou několika měsíčních hospitalizacích (byť formou individuálního studijního plánu). K nim se postupně začaly opět přidávat depresivní rozlady. V ambulantní péči zjištěna nízká hladina valproátu, který navýšen na 1000 mg pro die, další změny medikace nerealizovány. Pro suicidální ideace, se kterými se svěřila matce, byla následně přijata k 3. hospitalizaci na naší klinice.

Depresivní syndrom byl při přijetí hodnocen jako spíše lehký a měl při třetí hospitalizaci jiný charakter než v minulosti, spolupráce dívky byla výborná. Zdálo se také nepravděpodobné, že by se po kompletním přeléčení

depressivní epizody pomocí ECT vrátila původní symptomatika; proto jsme zvažovali otázku tzv. double depression, tedy souběhu bipolární deprese a „minor depression“ ve smyslu někdejší DSM-IV-TR, za současného působení zevních faktorů, jako byly hospitalismus s určitou sociální izolací či obtížný návrat do školy s opakováním ročníku. Na základě této úvahy (a také s ohledem na anamnézu nedostatečného efektu antidepresiv z několika konvenčních skupin) jsme zvolili moklobemid v denní dávce 600 mg v kombinaci s valproátem v dávce 1000 mg pro die; v medikaci byl navýšen již dříve podávaný melatonin na 2,5 mg před spaním. U pacientky došlo během několika týdnů ke kompletnímu odeznění depresivní symptomatiky, byla schopna plně fungovat v rámci režimu kliniky i v rámci propustek do domácího prostředí. Teprve za této situace se postupně začala odkrývat patologie směrem k rozvíjející se hraniční poruše osobnosti, kdy pacientka i za normální nálady pociťovala prázdnotu a znechucení sebou i světem, což však dokázala velmi dobře maskovat. Pro tuto osobnostní patologii jsme zahájili psychoterapii již za hospitalizace a naplánovali její pokračování i po realizovaném propuštění, které proběhlo na konci roku 2019.

DISKUSE A ZÁVĚR

Naše kazuistika přináší případ komplikovaný několika faktory. Prvním faktorem bylo nesporně stanovení správné diagnózy. Současná Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize neumožňuje bližší subtypizaci BAP.¹⁴ Podle klasifikace DSM-5 by pacientka dostala diagnózu bipolární poruchy II. typu, která zahrnuje i BAP, kde epizody hypománie nastávají jen při léčbě antidepresivy.¹⁵ Možná ještě přesněji by pro případ naší pacientky byla původní Klermanova klasifikace BAP, v níž by dostala diagnózu bipolar III (tj. v přirozeném průběhu bez léčby se vyskytuje jen deprese, hypománie se objeví pouze po léčbě antidepresivy).¹⁶

Druhým komplikujícím faktorem byla úvaha o double depression. Tento fenomén dobře vysvětluje, proč po kompletním přelčení těžké depresivní epizody v rámci BAP následovala mírná deprese. MKN-10 tuto možnost neřeší. „Minor depression“ dle někdejší DSM-IV-TR¹⁷ bylo možné diagnostikovat současně s bipolární poruchou II, resp. III. typu dle Klermana. Dysthymii dle dnešní DSM-5 (která dnes původní „minor depression“ zahrnuje) již takto diagnostikovat nelze.¹⁵

V obdobích ústupu afektivní symptomatiky byla třetím matoucím faktorem pacientčina upravenost, zdvořilost a atraktivní vzhled, což ztížilo diagnostické úvahy o rozvíjející se hraniční poruše osobnosti. Již Chromý však ve své starší práci uváděl, že fyzická atraktivita snižuje pravděpodobnost obdržení psychiatrické diagnózy, a naopak, nejméně hezké pacientky měly nejtěžší diagnózy.¹⁸

Dalším faktorem byla k adolescentnímu věku nepřiměřená rezistence a/nebo netolerance několika antidepresiv, konkrétně sertralinu, venlafaxinu a mirtazapinu; u posledních dvou i v kombinaci, přičemž podávané lithium jako stabilizátor nálady zde nesehrálo výrazně kladnější roli. Rovněž atypická antipsychotika risperidon, olanzapin, aripiprazol a quetiapin rozvinula spíše vedlejší účinky léčby víc než cílové účinky na stabilizaci nálady. Teprve valproát dokázal potlačit (alespoň) hypomanické epizody. Nasazení ECT bylo tak pátým terapeutickým pokusem v řadě, přičemž čtyři předchozí byly neúspěšné. Jeho úspěch v monoterapii byl nepochybně podmíněn tím, že ECT má bimodální antidepresivní i antimaniacké působení.¹⁹

Zajímavá může být i diskuse ohledně technických parametrů ECT. Např. bilaterální pozici elektrod u dětí a adolescentů AACAP doporučuje jen u těžkých stavů, jinak preferuje unilaterální stimulaci;⁶ APA naopak nemá proti bilaterální stimulaci námitek.⁷ Co se týče dávkování stimulu, AACAP uvádí jako rovnocenné „half-age method“ a titrační metodu a zdůrazňuje, že pro kvalifikované rozhodnutí u pediatrické populace není dostatek dat.⁶ Ghaziuddin ve své monografii ovšem doporučuje jak bilaterální pozici elektrod, tak pacientovi přizpůsobenou „age method“ pro dávkování energie.⁴ Bilaterální umístění elektrod a alespoň na začátku série i „age method“ jsme zvolili i my.

Důležitá je i otázka použitého anestetika, neboť to ovlivňuje záchvatový práh i délku elektrokonvulze.¹⁰ Preferovaná anestetika pro obecnou populaci jsou metohexital, případně i thiopental.^{7,19} Pro pediatrickou populaci se doporučuje jednoznačně metohexital.⁶ Propofol, který jsme byli nuceni z důvodu výpadku thiopentalu užít my, významně zkracuje trvání elektrokonvulze a podle některých autorů tím snižuje účinnost ECT a prodlužuje léčebnou sérii.²⁰ Ani o mnoho let později nebyla ještě otázka, zda zkrácení paroxysmu na propofolu opravdu snižuje účinnost ECT, vyřešena.⁴ Kellner ve své recentní monografii konstatuje, že se propofol postupně stal druhým nejužívanějším anestetikem u ECT ve Spojených státech.²¹ Považuje ho za nejvíce antikonvulzivní ze všech anestetik, a proto navrhuje, že by mohl být s výhodou anestetikem volby u dětí a mladistvých, kde mnozí mají na začátku série ECT prolongované paroxysmy. To však náš případ nebyl; výrazné zkrácení konvulzí nás naopak přimělo opustit „age-method“, aby adekvátní léčebné záchvaty vůbec proběhly. Na základě této zkušenosti nemůžeme tak Kellnerovo stanovisko podpořit.

Závěrem chceme konstatovat, že užití ECT představuje i u dětí a adolescentů významnou a účinnou alternativu k farmakoterapii a může být klíčovým nástrojem k překonání farmakorezistence, jak dokladuje i tato naše kazuistika.

LITERATURA

1. UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003; 361: 799–808.
2. Leucht S, Cipriani A, Spineli L et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2013; 382: 951–962.
3. Banaschewski T, Coghill D, Santosh P et al. Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006; 15: 476–495.
4. Ghaziuddin N, Walter, G. (eds.). *Electroconvulsive Therapy in Children and Adolescents*. New York: Oxford University Press 2013: 290.
5. Rey JM, Walter G. Half a century of ECT use in young people. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 595–602.
6. AACAP official action: Practice parameter for use of electroconvulsive therapy with adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 1521–1539.
7. American Psychiatric Association. *The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training, and Privileging – A Task Force Report*. Washington, DC: American Psychiatric Press 2001: 355.
8. Wachtel L, Shorter E, Fink M. Electroconvulsive therapy for self-injurious behaviour in autism spectrum disorders: recognizing catatonia is key. *Curr Opin Psychiatry* 2018; 31: 116–122.
9. Anders M. Biologická léčba – elektrokonvulzivní léčba. In: Raboch J, Uhlíková P, Hellerová P, Anders M, Šusta M (eds.): *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče IV*. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP 2014: 183–188.
10. Hrdlička M. Elektrokonvulzivní terapie. Praha: Galén 1999: 169.
11. Propper L, Hrdlička M, Bareš M. Elektrokonvulzivní terapie: efektivní metoda v léčbě adolescentních psychóz. *Čs Pediat* 1999; 54: 361–364.
12. Kališová L. et al. Elektrokonvulzivní léčba – teorie a praxe. Praha: Karolinum 2019: 117.
13. Hořínková J, Barteček R, Kališová L. Elektrokonvulzivní terapie v léčbě dětských a adolescentních pacientů. *Čes a slov Psychiat* 2019; 115: 126–131.
14. Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum (přel. z angl. orig.). Praha: Psychiatrické centrum 1996: 179.
15. Raboch J, Hrdlička M, Mohr P, Pavlovský P, Ptáček R (editoři české verze). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum 2015: 1032.
16. Klerman GL. The spectrum of mania. *Compr Psychiatry* 1981; 22:11–20.
17. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. (4th ed. Text revision.). Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
18. Chromý K. Duševní nemoc – sociologický a sociálněpsychologický pohled. Praha: Avicenum 1990: 84.
19. Abrams R. *Electroconvulsive Therapy*. Oxford: Oxford University Press 2002: 328.
20. Swartz CM, Abrams R. *ECT Instruction Manual*. Lake Bluff: Somatics 1993: 63.
21. Kellner CH. *Handbook of ECT*. Cambridge: Cambridge University Press 2019: 117.

Zuzana Nemčíková

ABCD A ZVLÁDÁNÍ RAKOVINY, OPAKOVANÝCH RECIDIV A METASTÁZ



Kniha Zuzany Nemčíkové je zcela výjimečná nejen tématem, zpracováním, osobností autorky a jejím přístupem, přináší příběh velice osobní, intimní a emotivní. Jednotlivé kapitoly jsou pojmenovány jako slovníková hesla a hned to první „A jako Armáda“ naznačuje, že životní dráha autorky rozhodně nepatřila mezi ty obyčejné. V knize

najdete kapitoly „B jako Bolest, „S jako Smutek“ či „R jako Rakovina“. Poznáte ovšem zároveň i to, jak důležité jsou „L jako Láska“, „N jako Naděje“ nebo „Š jako Štěstí“. Zuzana, která nyní působí jako psychologka, nemá ambice se stát spisovatelkou, jejím záměrem bylo pomoci všem, kdo se potýkají s těžkostmi a dosud možná netuší, že sílu k jejich zvládnutí máme každý – tam uvnitř sebe!

300 Kč, Galén, 135 × 205 mm, 304 stran, vázaná