

Kongres ACNP 2005

(Havaj, Big Iland, 11.–15. prosince 2005)

Místo konání kongresu by mohlo napovídat, že nebude věnována velká pozornost pracovním aktivitám. Toto však neplatí pro kongresy ACNP (American College of Neuropsychopharmacology), kdy pracovní den začíná nesmlouvavě v 8 hodin ráno a končí zasvěcenými debatami v pozdních večerních hodinách. Probíhá bez účasti firem, bez lákadel nočního života. Z pozice šťastného účastníka si dovolím srovnání s psychofarmakologickou konferencí v Lázních Jeseník.

Na ACNP mě fascinuje výběr témat - skutečně je zde vše, co je nejnovější a s nejvyšší pravděpodobností perspektivní. V podstatě zde nejsou stálí, přednášející jsou skutečně špičky v dané úzké problematice a nezáleží na věku, pohlaví a etniku. Témata se neopakují, jsou vždy nová, jednotlivá sympozia probíhají v řadě paralelních sekcí. Toto uspořádání vede k tomu, že posluchačstvo tvoří menší počet lidí plně zaujatých pro dané téma.

V Jeseníku jsou poněkud jiní účastníci, přednášky jsou širší, více zaměřené na klinickou praxi a edukaci, přednášející a diskutéři se v průběhu času příliš nemění.

Poznámky k sympoziím, která jsem vyposlechl a která mě zaujala:

1. Sympozium organizované příbuznou a podstatně mladší evropskou organizací (E.C.N.P. – European College of Neuropsychopharmacology) bylo věnováno bipolární poruše, hlavně aspektům léčby. Autoři konstatovali, že zatím nemáme dostatek přesvědčivých důkazů, že v léčbě bipolární deprese by měly být preferovány stabilizátory nálady oproti klasickým antidepresivům, nutné bude upřesnit i úlohu atypických antipsychotik (AP).

2. I při sledování nejnovější literatury a konfrontaci různých guidelineů se ukazuje, že vývoj jde po spirále a opět začínáme být poněkud přátelštější ke klasickým AP. Celé sympozium bylo věnováno klinickým studiím s AP v oblasti schizofrenie, které byly prováděny v běžných naturalistických podmínkách.

V Anglii byly provedeny dvě nekomerční, otevřené, randomizované, kontrolované studie (CUtLASS I a II) s cílem srovnat AP II. generace (amisulprid, olanzapin, queatiapin, risperidon) s výjimkou klozapinu s AP I. generace u nemocných, kteří vyžadují změnu pro nedostatečnou lékovou odpověď nebo vedlejší účinky; dále srovnat klozapin s ostatními AP II. generace u nonre-

aktorů na předchozí léčbu minimálně 2 AP. Autoři předpokládali lepší efekt AP II. generace a klozapinu. Randomizováno bylo 227 a 136 nemocných. Výsledky byly hodnoceny slepě k léčbě po 12, 26 a 52 týdnech. Hodnocení po roce bylo možné u 81, respektive u 87 % léčených. Výsledky první studie nezjistily žádné výhody AP II. generace nad AP I. generace. Pacienti nepreferovali žádnou skupinu a náklady byly podobné. Ve druhé studii byl klozapin lepší ve zlepšení kvality života a signifikantně více redukoval po roce PANSS.

Dále byla prezentována studie CATIE, srovnávající ve dvojitě slepé, randomizované 18měsíční studii perfenazin, olanzapin, queatiapin, risperidon a ziprasidon. Z 1493 zařazených pacientů z 57 center v USA 74 % vysadilo přidělenou medikaci před koncem studie. Doba do vysazení z jakýchkoliv důvodů byla signifikantně delší na olanzapinu než queitiapinu a risperidonu, nebyl zjištěn rozdíl oproti perfenazinu nebo ziprasidonu. Podobné výsledky byly pozorovány pokud byla hodnocena doba do vysazení pro vedlejší účinky. Nejčastějším vedlejším účinkem, který vedl k vysazení, byl u olanzapinu přírůstek hmotnosti nebo metabolické účinky, u perfenazinu extrapyramidový syndrom (výsledky studie CATIE již publikovány in extenzo a byly od přednášeny na konferenci v Jeseníku).

3. Jedno ze sympozií se zabývalo specifickými oblastmi mediálního temporálního laloku ve vztahu ke kognitivnímu deficitu. Hlavní pozornost byla věnována hipokampu z různých aspektů, například ve vztahu k epizodické paměti (tato struktura je detailněji studována strukturálně i funkčně na brněnské psychiatrické klinice u nemocných s první epizodou schizofrenie). Hekkers z Harvardu na základě shrnutí postmortem a mozek zobrazujících studií konstatuje, že máme přesvědčivé důkazy pro přítomnost strukturálních i funkčních abnormalit hipokampu u schizofrenie, deprese, posttraumatické stresové poruchy a úzkostných poruch, avšak jejich příčiny a význam nejsou zatím známy. U demencí a epilepsie již byl vyvinut komprehensivní model hipokampální a parahipokampální korové dysfunkce. Další studie by měly být zaměřené na zapojení hipokampu do neurálních sítí narušených u uvedených psychických poruch.

4. Sympozium zaměřené na možnost vývoje nových léků se zabývalo GSK-3 (glykogen, syntéz kináza 3), potenciálním novým terapeutickým

cílem u závažných neuropsychiatrických poruch.

Neurotransmitery jsou ligandy receptorů spřažených s iontovými kanály, které zprostředkují rychlou neurotransmisi nebo s G-proteiny (metabotropní receptory) pro pomalou synaptickou transmissi. Posledně jmenované mohou přenášet signál nejen přes kaskádu kináz navazujících na G-proteiny, ale i přes jejich desensitizaci, tj. receptorové kinázy a arrestiny. Toto může hrát roli v dopaminergní synaptické transmissi a například beta arrestin 2 může být farmakologickým cílem u poruch spojovaných s narušením dopaminergního systému (dopamin-dependentních) - např. u bipolární poruchy. Zájem o GSK 3 byl vyvolán poznatkem, že lithium přímo inhibuje GSK 3, který hraje roli v mechanismu účinku i u ostatních stabilizátorů nálady a antidepresiv. Transkripční faktor beta-katenin je primárním proteinovým cílem GSK 3. Inhibitory GSK 3, např. lithium, vedou ke zvýšení hladin beta-kateninu. Autoři použili selektivní GSK-3 inhibitor ve zvířecím modelu a prokázali jeho účinnost na snížení hyperaktivity po aplikaci amfetaminu. Tato data podporují hypotézu, že lithium má behaviorální (a možná i terapeutický) efekt související s inhibicí GSK 3 a následnou modulací beta kateninem zprostředkovaného přenosu signálu.

Alzheimerova choroba je spojena se zvýšenou produkcí a agregací beta amyloidového peptidu, který vzniká z amyloidového prekurzorového proteinu a zvyšuje fosforylaci tau proteinu (primární komponenty neurofibrilárních klubek) a je také spojen s presenilinem (hlavní komponentou komplexu gama sekretáz, které štěpí amyloidový prekurzorový protein). Chování myši, kterým bylo dlouhodobě podáváno lithium, bylo podobně narušeno jako u "knockoutovaných" myši, kterým chyběl gen pro GSK3. Toto vše podporuje hypotézu, že GSK 3 je přímým cílem účinku lithia. Protože GSK3 je nutný pro generaci amyloidových beta peptidů a fosforylaci tau proteinu, jeho inhibice lithiem a dalšími stabilizátory nálady nabízí možnost jak redukovat tvorbu jak amyloidních plaků, tak neurofibrilárních klubek, patologických korelátů Alzheimerovy choroby.

5. Znovu se otevírá otázka agonistů neurotenziového receptoru jako léčby neuropsychiatrických poruch. Hypotéza, že neurotensin (NT) je endogenní neuroleptikum je stará 25 roků a lze tedy předpokládat, že agonista NT receptorů by mohl mít antipsychotický účinek. Tato hypotéza zatím nebyla testována u lidí. Protože nebylo možné vyvinout nepeptidového agonistu NT receptorů, vědci se nyní soustředili na peptidovou komponentu (fragment 8-13) a jeho analoga jsou ve fázi testování.

6. Jedno ze symposií se soustředilo na úlohu glutamátergní transmise v patofyziologii poruch nálady. Autoři poukazují na to, že stabilizace glutamátergní neurotransmise v hipokampu je běžný

efekt antidepresiv a představuje jednu z komponent jejich léčebného účinku. Do hry zřejmě také vstupuje narušení rovnováhy mezi excitační (glutamát) a inhibiční neurotransmisí (GABA).

7. Velmi zajímavé symposium bylo zaměřené na endokanabinoidový systém jako potenciální cíl pro vývoj nových psychotropních látek. Zatím se v této souvislosti nejvíce studují antagonisté kanabinoidových receptorů typu CB1.

Endokanabinoidový systém zahrnuje dvě rodiny endogenních ligandů (endokanabinoidy) reprezentované anandamidy a 2-arachidonylglycerolem (2-AG). Oba se váží přinejmenším na dva typy s G-proteinem spřažených kanabinoidních receptorů (CB 1 a CB2). Tento systém je také modulován biochemickými procesy spojenými s deaktivací a biosyntézou endokanabinoidových ligandů. Mechanismus deaktivace endokanabinoidů zahrnuje dva hydrolytické enzymy, fatty acid amid hydrolázu (FAAH) a monoacylglycerol lipázu (MGL), oxidační enzym cyklooxygenázu -2 (COX2) a celulózní anandamidový mechanismus zpětného vychytávání. Nyní byly vyvinuty nové přístupy a technologie ke studiu interakce ligandů kanabinoidních receptorů umožňující kvantifikaci endogenních ligandů a identifikaci nových modulačních mechanismů. V animálních studiích byl testován CB1 receptorový inverzní antagonist a neutrální antagonist, tj. komponenty které by mohly být užitečné v léčbě závislosti na kokain a kanabis. Lze shrnout, že modulace endokanabinoidních receptorů má řadu fyziologických konsekvencí a potenciál pro vývoj nových psychofarmak..

Další nadějnou oblastí je neuroprotektce přímou nebo nepřímou aktivací kanabinoidních CB1 receptorů.

8. Další zajímavé symposium se zabývalo neuroregulinem. Nedávné molekulárně genetické studie ukázaly, že neuroregulin 1 (NRG1), trofický faktor a jeho receptor erbB, hrají roli v patofyziologii schizofrenie. Zřejmě se podílí na modulaci glutamátergní transmise.

Posterová část obsahovala téměř 200 posterů:

DEPRESE, ANTIDEPRESIVA

- skupina autorů kolem P. Bliera poukázala v probíhající dvojité slepé studii na úspěšnost, kombinace mirtazapin + venlafaxin,
- modafinil byl úspěšný v dvojité slepé placebem kontrolované studii jako přídatná léčba u akutní léčby bipolární deprese,
- nástup účinku duloxetinu (60 mg pro die) stejně rychlý jako escitalopramu (10 mg denně), na duloxetinu bylo více vedlejších účinků, avšak procento nemocných, kteří vysadili pro vedlejší účinky se významně nelišilo.

SCHIZOFRENIE, ANTIPSYCHOTIKA

- v rámci rozšiřování indikací AP II. generace byl

prokázán efekt dlouhodobě působícího injekčního risperidonu u často relabující bipolární poruchy,

- ve dvojitě slepé placebem kontrolované 25týdenní studii byla kombinace olanzapinu a fluoxetinu v léčbě bipolární deprese typu I úspěšnější než monoterapie lamotriginem (signif. významnější redukci symptomatologie, odpověď na akutní léčbu udržena stejně, minimální výskyt mánie, kombinace signifikantně častěji vedla ke zvýšení hmotnosti a cholesterolu, včetně LDL cholesterolu),
- asenapin (dvakrát 5 mg denně) v akutní, dvojitě slepé studii byl ve srovnání s placebem a risperidonom (dvakrát 3 mg denně) byl významně lepší než placebo a lepší v redukci negativních příznaků než risperidon, což autoři přičítají mohutné blokádě 5-HT_{2A, C} receptorů asenapinem - studie s asenapinem probíhají i v ČR,
- E-star (electronic schizophrenia treatment adherence registry), mezinárodní observační studie prokázala v předběžných výsledcích signifikantně, menší počet hospitalizací na dlouhodobě účinném injekčním risperidonom ve srovnání s předchozí medikací po 3 měsících - studie zahájena v ČR a SR,
- aplikace kritérií remise na studii se ziprasidonom prokázala, že ve vysokém procentu se remise udržela a udržení remise (cca u 1/3) bylo spojeno i se zlepšením kognice (minimálně o 0,5 SD v použité neuropsychologické baterii),
- Meltzer se svými spolupracovníky srovnával risperidon vůči olanzapinu v ovlivnění inzulinové rezistence v jednorocní randomizované studii a zjistil, že olanzapin významně více způsoboval inzulinovou rezistenci ve sledovaných parametrech (poměr triglyceridy /HDL, lipidémie, HgA1C), % nemocných s triglyceridemií vyšší než 250 mg/dl na začátku a po 6 měsících bylo na olanzapinu 13 % a 24,5 %, na risperidonu 11,8 % a 11,1 %, největší rozdíly oproti výchozím hodnotám ve sledovaných parametrech byly po 6 měsících, výchozí BMI, dávka a diagnóza (bipolární poruchy, schizofrenie) nepredikovaly

velikost změn metabolických parametrů, bylo zjištěno velmi málo signifikantních korelací mezi BMI nebo hmotností a ostatními metabolickými parametry.

KOGNITIVNÍ DEFICIT A JEHO OVLIVNĚNÍ

- stimulace 5-HT₆ receptorů vykazuje neuroprotektivní efekt in vitro a in vivo, což bylo prokázáno u cévní mozkové příhody, lze to očekávat i u deprese. Po přeléčení antidepresivy mizí korelace mezi redukcí hipokampu a trváním neléčené deprese; 5-HT₆ stimulace – zodpovědná za neuroplasticitu po léčbě SSRI nebo SNRI, může souviset s tím, že 5HT₆ agonisté mohou zvyšovat koncentraci GABA a redukovat uvolňování glutamátu,
- antagonisty kanabinoidových CB1 receptorů (AVE1625) jako přídatná léčba zlepšil kognici a vedlejší účinky AP ve zvířecím modelu (zvrátil MK801 navozenou latentní inhibicí – možný model negativních a kognitivních příznaků),
- ampakin (CX516) přidaný ke klozapinu, olanzapinu nebo risperidonom u nemocných se schizofrenií nevedl oproti placebo k signifikantnímu zlepšení. Autoři nevylučují, že vyšší dávky a/nebo delší doba podávání (čtyřtýdenní studie) by mohly mít lepší efekt.

Jediný český poster O. Vinaře se týkal vztahu mezi pohlavím psychiatra a závažností deprese. Zjistil, že pacienti muži léčení ženami jsou více farmakorezistentní a položil si otázku proč. Nabízí lichotivé vysvětlení, že sebehodnocení nemocných mužů je více ovlivněno pohlavím lékaře – u ženy lékařky hledají soucit a pochopení, žena může být více senzitivní k reziduální psychopatologii mužských nemocných díky morfologii ženského mozku (větší amygdala) a nižší koncentraci serotoninu. Dále zjistil, že escitalopram pomáhá více depresivním ženám (serotonin je agonista estrogenů) než mužům. Mužské pohlaví hodnotitelů může přispívat ke stejným výsledkům pokusů ve studiích s SSRI hodnotících vliv pohlaví.

Dodáno redakci: 20. 2. 2006

Prof. MUDr. Eva Češková, CSc.

VI. symposium lékařských fakult v České republice (Praha, 15. února 2006)

Symposium se uskutečnilo v Akademickém klubu 1. LF UK v Praze, konkrétně ve Faustově domě na Karlově náměstí v Praze, a bylo věnováno výuce humanitních předmětů na lékařských fakultách. Symposium bylo, tak jako každoročně, společnou akcí Ústavu pro humanitní studia v lékařství 1. LF UK v Praze a Psychiatrické kliniky LF UK a FN v Plzni. Záštitu nad ním převzal děkan 1. LF UK v Praze prof. MUDr. T. Zima, DrSc., MBA.

Letos byla diskutována dvě témata: **1. neuropсихoterapie a 2. výuka humanitních předmětů na lékařských fakultách v ČR.** V rámci varia pak zcela závěrem pronesl zajímavou přednášku psycholog prof. J. Mareš z LF UK v Hradci Králové na téma zjišťování kvality života nemocných.

S termínem neuropsychoterapie se u nás zatím příliš nesetkáváme. Jeho autorem je bernský psycholog K. Grawe a znamená průnik, tedy místo vzájemného setkání a ovlivňování psychologických věd a neurověd při léčbě poruch zdraví psychologickými prostředky. Termín má blízko ke kognitivním neurovědám, afektivním neurovědám, obecnějšími pojmy k neuropsychoterapii jsou biologická psychologie, případně neurobiologie. V prvním bloku neuropsychoterapie odeznělo šest příspěvků. Další tři sdělení byla věnována otázkám výuky humanitních předmětů na lékařských fakultách – a s potěšením jsme se dověděli, že v minulém roce na Lékařské fakultě MU v Brně vznikl samostatný ústav psychologie, jenž se zde velmi iniciativně zabývá výukou psychologie a psychoterapie.

Níže uvádíme souhrny všech proslovených příspěvků tak, jak je nám zaslali jejich autorky a autoři.

Epileptóza a dynamické trauma

Faber J.

(Neurologické oddělení, Fakultní nemocnice Bulovka, Praha)

Epileptózu chápeme jako zvláštní druh epilepsie (především parciální temporální), na jejímž etiopatogenetickém procesu se podílí nejen anatomicky a fyziologicky patrný epileptický fokus, ale i dynamické trauma a geneticky daná hypersenzitivní osobnost. Uvedené fyzické, psychické a genetické příčiny vedou ke komplexnímu klinickému obrazu. Klinicky dominují dva syndromy: parciální simplexní i komplexní epileptické paroxysmy, provokovatelné nejen biologickými (deprivace

spánku, alkohol, drogy, fotostimulace, endokrinní změny atd.), ale i psychickými podněty (hádky, úzkost, rozčilení atd.). Dalším dominantním syndromem jsou ataky nebo prolongované záchvaty dysforie, anxiety, panický děs atd. Někdy se mohou oba výsledné dominantní syndromy (například simplexní epileptický záchvat a dysforie) vzájemně provokovat a tak vyvolává jeden syndrom druhý a naopak.

Psychoterapie v zobrazovacích metodách CNS

Večeřová-Procházková A. (Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha)

Psychoterapie je úspěšnou metodou snižování emočního distresu. Studie zobrazování mozku přinášejí zatím důkazy o podobných změnách metabolismu mozku u depresí, stresových a traumatických poruch či poruch příjmu potravy. Funkční a strukturální důsledky působení stresu v CNS mají mít za následek klinické projevy stresových reakcí, s nimiž se setkáváme u pacientů, a to především hyperarousal, hypervigilitu, zvýšenou dráždivost a především poškození kognitivního zpracování vjemů. Na základě dosavadních vědeckých poznatků byl především nizozemskými autory formulován heuristický model neurobiologických mechanismů traumatu a retraumatizace. Při opakovaném nebo dlouhodobém traumatizujícím stresu dochází k funkční disociaci struktur limbického systému a následně k zesílenému kódování negativně emočně konotovaných vzpomínek a k verbálně – somatické disociaci.

Psychoterapeutické postupy různých směrů různým způsobem povzbuzují povědomí o emocích a s nimi souvisejících kognicích a prožitcích. Vědomé zpracování a přepracování emočních prožitků je klíčovým faktorem prevence relapsu depresivního onemocnění i např. posttraumatické stresové poruchy. Současné studie zobrazovacích metod CNS přinesly důkazy pro to, že úspěšná psychoterapie vede k normalizaci metabolismu klíčových struktur CNS souvisejících s emočním zpracováním reality, především limbického systému a parahippocampálních oblastí, insuly a prefrontální kůry. Za strukturu spojenou s vědomým propracováním emočních prožitků se v současnosti považuje pars anterior g. cinguli. Lze tedy říci, že dnes již nelze pochybovat o tom, že psychoterapie je schopná měnit fungování mozku. Naopak, psychoterapie podporuje funkci těch struktur

CNS, které umožňují lépe se vyrovnávat s emocionální zátěží a efektivněji zpracovávat podněty vycházející ze současné reality.

Disociace a traumatický stres

Bob P. (Psychiatrická klinika a Ústav pro humanitní studia v lékařství 1. LF UK, Praha)

Již ke konci 19. století popsal podrobně Pierre Janet charakteristické reakce na traumatický stres, které označil jako disociace. Disociace v tomto kontextu představuje proces, který vede k oddělení traumatické vzpomínky od hlavního proudu vědomí. Podle moderních výzkumů, které se začaly rozvíjet na počátku 80. let 20. století, existují přesvědčivé důkazy o tom, že působení stresu a traumatu nezůstává pouze v rovině psychické, ale že psychický proces disociace je doprovázen celou řadou neurobiologických změn. Především jde o patologické změny v systému neuroendokrinním, imunitním a byly také popsány změny, které souvisejí s epileptiformními procesy a změnami interhemisférické interakce. Na straně druhé pocity bezpečí, klidu, vnitřního štěstí a pocit naplnění ovlivňují tyto neurobiologické procesy opačným směrem.

Vliv psychoterapie na mozek

Šusta M. (Psychiatrická klinika 1. LF UK, Praha)

Současný výzkum v oblasti neurověd umožňuje formulaci nového pohledu na psychoterapii. Dosud dominantní pohled, založený na karteziánském dualismu, oddělujícím vědomí a mozek, dal vzniknout dvěma pohledům. První je používán experty na psychosociální otázky (a někdy i odpovědi), druhý představuje biologicky orientovaná věda o člověku. Tento postoj vedl k celé řadě předsudků spojených s terapií duševních poruch a onemocnění. „Psychologicky založené“ poruchy jsou tedy léčeny psychoterapií, zatímco na poruchy „biologického původu“ je tu farmakoterapie. Tato dichotomie, vyznačující se nezpětnovazebním myšlením, které podniklo úspěšné tažení napříč všemi oblastmi lidského zkoumání, se usadila i v psychologii a psychiatrii. Výzkum přitom vede k jednoznačným závěrům o neoddělitelnosti mozku a vědomí – mentální stav vzniká v mozku a subjektivní zkušenost zpětně ovlivňuje mozek a tvoří tak zpětnovazební systém. Genetický výzkum ukazuje, že jinak dobře fungující mendelovské principy dědičnosti nefungují v případech duševních chorob. Z toho lze vyvodit, že u psychiatrických onemocnění hrají důležitou roli environmentální a vývojové faktory. Při pokusech na zvířatech bylo zjištěno, že synaptické spoje lze permanentně pozměnit a posílit regulací genové exprese spojené s učením se z okolního prostředí. Podobný vliv na mozek člověka může mít psychoterapie, kterou lze považovat za jistý druh učení, jímž může vyvolat změny genové exprese a změnit sílu synaptických spojů. Příspěvek se věnuje systému biologie sociální

interakce, blíže popisuje vliv psychoterapie na morfologii a fyziologii mozku a důsledky kombinace psychoterapie a farmakoterapie.

Neurobiologické aspekty psychoterapie

Praško J. (Psychiatrické centrum Praha, 3. LF UK, Praha)

Jak studie o zvířatech tak klinický výzkum ukazují, že amygdala a paralimbické struktury mohou hrát důležitou roli v podmiňování strachu. Hype-rexibilita limbických struktur a hypoaktivita prefrontální kůry je typickým nálezem v zobrazovacích metodách u úzkostných poruch, deprese, reakcí na stres, OCD a u emočně nestabilních pacientů. Paralimbické oblasti, jako je přední cingulum, hrají klíčovou roli v propojení kognicí a emocionálních stavů. Navíc kortiko-striato-thalamo-kortikální okruh může být důležitý pro revertní příznaků a jejich nutkavý charakter. Léčba, která se zaměřuje na odstranění účinku podmíněného strachu a jeho komponent v psychotických, tělesných příznacích a v chování, je spojena se snížením excitability limbických struktur a se zvýšením aktivity prefrontálních oblastí mozku. Behaviorální přístupy, jako je systematická desenzibilizace nebo expoziční léčby, vedou k „odpodmiňování“ negativních emočních reakcí, které souvisejí zejména s implicitní pamětí (amygdala) a reorganizaci kontextuálního strachu (hippocampus). Psychodynamické a kognitivní přístupy v léčbě, které explorigují kontextuální vzpomínky, mohou stejný problém řešit na kortikální úrovni, zejména na prefrontální a temporální úrovni.

Úvod do neuroetiky

Payne J. (Ústav pro humanitní studia v lékařství, 1. LF UK, Praha)

Oblast etiky rozeznává dva druhy hodnotících soudů tak, že jeden na druhý převzít nelze: jeden z nich je vyhrazen pro rozhodování o prostředcích a druhý z nich je vyhrazen pro rozhodování o cílech lidského konání. Toto rozlišení se promítá do různých oblastí lidského života. Avšak žádná mentální aktivita se neděje ve vzduchoprázdnu, vyjádřeno jinak, je třeba vždycky k ní najít neurofyziologické či dokonce anatomické koreláty s tím, že takové koreláty netvrdí nic o příčinných vazbách. Ve svém příspěvku se chci zaměřit na dva potenciální neuroanatomické kandidáty v mozku, které mají bezprostřední vztah k oběma druhům rozhodování a potažmo k lidské vůli.

Výuka medicíny dnes

Beran J. (Psychiatrická klinika LF UK a FN, Plzeň)

Přednáška je výzvou k zamyšlení nad některými otázkami medicínského studia. První téma představuje narůstající objem informací. Nové informace nelze jen přidávat, aniž by docházelo k eliminaci jiných. Další téma je spjato s interdis-

ciplinární povahou medicíny. Interdisciplinární znamená, že do medicíny patří vedle přírodovědných oborů také skupina oborů humanitních jako např. psychologie, sociologie, etika, filozofie a v neposlední řadě také právo a ekonomie. Jde o to, aby zastoupení přírodovědných a humanitních oborů ve výuce odpovídalo požadavkům současné medicíny. Obsah vzdělání tvoří vedle vědomostí také dovednosti a postoje. Zejména poslední dvě složky představují (např. při narůstajícím počtu studentů) v medicínské výuce potenciální slabinu. Vedle deklarovaného studijního programu formuje studenty specifický fenomén zvaný skryté kurikulum, které představuje třetí téma zahrnuté do této přednášky. Studenti získávají určité vědomosti, osvojují si některé dovednosti a vytvářejí si některé postoje bez přímého a záměrného vlivu svých pedagogů. Obsah skrytého kurikula se liší od obsahu oficiálně deklarovaného studijního programu. V blízké době bude zřejmě třeba u nás reagovat na požadavky Evropské unie a bude třeba přistoupit k změnám obsahu a struktury studia. Základní myšlenky přednášky jsou v jejím závěru formulovány v podobě třech „principů“:

1. Princip zachování objemu informací.
2. Princip vyváženosti přírodovědných a humanitních oborů (ve výuce a v praxi medicíny).
3. Princip dvou kanálů (manifestního a latentního) vedoucích ke vzdělání.

Výuka lékařské psychologie na LF MU v Brně

Bendová M., Janáčková L., Světlák M. (Ústav psychologie, LF MU, Brno)

Od září 2005 je výuka lékařské psychologie realizována na Ústavu psychologie LF MU. Tato se řídí danými potřebami lékařské fakulty, nicméně zajímalo nás, jaká je potřeba studentů, jejich očekávání a představy o výuce lékařské psychologie a nakonec, jaké je celkové hodnocení studentů po absolvování blokových stáží. Autoři si dovoluji seznámit přítomné s výsledky naší ankety, kterou jsme provedli se 100 studenty 4. ročníku všeobecného lékařství a stomatologie. K získání dat jsme použili strukturovaný dotazník a dále pak nestrukturovaná písemná vyjádření každého studenta (anonymní) vypovídající o jejich očekávání i následném hodnocení komplexního výukového bloku.

K vyhodnocení byly použity základní deskriptivní statistiky a metody obsahové analýzy. Výsledky vypovídají jednoznačně o tom, že většina studentů považuje výuku lékařské psychologie na lékařské fakultě za velmi důležitou, ale z hlediska její délky (1 týden blokových stáží), za zcela nedostačující. V očekávání studentů konstatujeme především potřebu lépe porozumět sám sobě, lépe pochopit pacienta, naučit se efektivně komunikovat a získat více informací o speciálních tématech jakými jsou například metody relaxační, hypnóza a její

užití v lékařství a psychosomatická medicína. Často se objevila přání studentů co nejvíce zredukovat množství přednášené teorie a naopak klást důraz na praktický nácvik konkrétních dovedností budoucího lékaře a praxi. Z konkrétních dovedností pak preferují studenti především naučit se dobré komunikaci s pacienty a komunikaci při sdělování nepříznivých zpráv, včetně sdělování nepříznivých diagnóz. I přes názory drtivé menšiny (celkem 2 studenti), kteří považují výuku psychologie za zcela zbytečnou, z naší ankety vyplynulo, že většina studentů vnímá výuku psychologie za vysoce potřebnou, přínosnou a osobně obohacující.

Paradigma výuky sociálního lékařství

Králová J., Gladkij I. (Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky, LF UP, Olomouc)

Sociální lékařství je vědní, medicínský a interdisciplinární obor, který se zabývá zdravím populace a péčí o zdraví ve společnosti. Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky LF UP v Olomouci přistupuje k výuce své disciplíny v rámci studijního programu Všeobecné lékařství celostně v intencích paradigmatu bio-psycho-sociálně-ekologického pohledu na člověka, na proces zdraví a nemoci, na lékařskou profesi a na systém zdravotní péče. Prostupujícím hlediskem je otázka kvality. Ústav zabezpečuje výuku předmětů, a to ve 3. ročníku Sociální lékařství a lékařská etika, ve 4. ročníku volitelný předmět Klinická etika, v 5. a 6. ročníku předmět Sociální lékařství I a II. Sociální lékařství je součástí státní závěrečné zkoušky (Epidemiologie, Sociální lékařství, Zdravotnické právo).

Snažíme se průběžně mapovat názory, postoje a očekávání studentů jak k pacientovi tak i ke své profesi, aby mohly být tyto poznatky využity v rámci výuky. Pomocí evaluace svých předmětů získáváme další zdroj inspirace pro naši výuku a další pedagogickou činnost.

Zjišťování minimální klinicky významné změny v kvalitě života

Mareš J. (Ústav sociálního lékařství, LF UK, Hradec Králové)

Výzkumy i klinické zkušenosti ukazují, že změny v ukazatelích kvality života mohou být sice významné ze statistického hlediska, ale z klinického hlediska mohou být nevýznamné. Někdy rovněž potřebujeme rozhodnout, zda změna dosažená léčbou je u konkrétního pacienta (z jeho vlastního pohledu) opravdu tak účinná, jak si zdravotnický personál představuje. Vystává tedy závažná otázka: jaký je minimální klinicky významný rozdíl v kvalitě života, který pacient subjektivně hodnotí jako zlepšení či zhoršení? Pro označování této nejmenší přípustné změny se používá několik termínů, nejčastěji minimální klinicky významný či smysluplný rozdíl. Nejde však jen o závažnost

změny, ale také o její druhou stránku - praktickou rozpoznatelnost, zjistitelnost, postřehnutelnost, zachytitelnost. Tedy citlivosti jedince a citlivosti použitého nástroje na změnu.

V zásadě můžeme rozlišit tři typy rozdílů, které odpovídají třem typům metod, jež se používají při jejich stanovení: změna doložená (vnějším) kritériem, změna doložená přesností měrného nástroje, změna doložená kompozitně, tj. spojením obou přístupů. Nahlédneme-li do odborné literatury, zjistíme, že byly už publikovány řádově stovky studií, které se snaží stanovit minimální klinicky významný rozdíl pro jednotlivé metody diagnostikující kvalitu života. Kromě toho jsme zaregistrovali tři směry zobecňujících úvah. Směr usilující vyjádřit obecnější zákonitost pomocí: 1. procentních hodnot, 2. pomocí velikosti účinku (effect size), 3. pomocí standardní chyby měření.

Jakkoli se zdá pojem minimální klinicky významný rozdíl pojmem teoreticky zajímavým a prakticky užitečným, skrývá v sobě množství úskalí, o nichž je třeba diskutovat. Jinak bude tento pojem praktiky v terénu rychle přijat jako jednoduché, „vědecky podložené“ vodítko, které jim usnadní složité rozhodování v klinických situacích a nebudou se zamýšlet nad problémy, které s ním souvisejí. K těmto problémům mj. patří: vztah

mezi objektivně doložitelným zdravotním stavem jedince a jím uváděnou kvalitou života; vliv kontextu změny na uváděnou závažnost změny; vliv citlivosti použitého dotazníku na uváděnou závažnost změny; vliv směru změny (zlepšení, zhoršení) na závažnost změny.

Z předchozího přehledu je plyne, že program VI. symposia byl bohatý a zajímavý, nesený v duchu biopsychosociálního přístupu v medicíně obohaceném o dimenzi duchovní a etologickou. Bylo konstatováno, že modulace biologických dějů při prevenci a léčbě poruch zdraví prostřednictvím psychiky a cílených psychologických zásahů není jen zkušeností kliniků, nýbrž je dnes fundováno také exaktně vědecky a výzkumně. O působení v opačném směru nebylo a není pochyb. Symposia se účastnilo kolem čtyřiceti kolegyně a kolegů ze všech lékařských fakult v České republice. Nechyběli mezi nimi ani studentky a studenti postgraduálního vzdělávacího oboru Lékařská psychologie a psychopatologie z 1. LF UK v Praze.

Při celkovém pohledu na výuku humanitních předmětů tak jak ji spatříme v zrcadle šestileté historie konání symposií lze vidět, že výuka lékařské psychologie, psychoterapie a lékařské etiky se staly pevnou a stále se rozvíjející součástí lékařského curricula na všech lékařských fakultách v České republice.

Dodáno redakci: 1. 3. 2006

*Prof. PhDr. Jan Vymětal
Doc. MUDr. Jiří Beran*

OMLUVY AUTORŮ

V čísle 3/2006 časopisu Česká a slovenská psychiatrie uvedl prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc., v recenzi na knihu L. Timuláka: Současný výzkum psychoterapie (s. 172), že na jejím vydání mělo podíl nakladatelství Galén, správně mělo být uvedeno nakladatelství **Triton**.

V témž čísle v článku „Prof. MUDr. Karol Matulay, milovník lidí, přírody, ruží a tenisu. Sto let od narození“ (s. 158), autoři PhDr. Jindřich Cupák a prim. MUDr. Petr Vážný napsali, že prof. Matulay „Odišiel spramedzi nás 20. júna 2004.“ Správné datum úmrtí pana profesora je **20. júna 1998**.

Všichni autoři se čtenářům za určité nepřesnosti omlouvají.

Konference: Primární prevence rizikového chování II

„Lesk a bída primární prevence“

(Praha, 28. - 29. listopadu 2005)

Konference byla věnovaná primární prevenci užívání návykových látek. Pořadatelem druhého ročníku bylo Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a VFN. Konference se zúčastnilo celkem 275 účastníků. Ústředním tématem odborného setkání byla koncepční integrace preventivních programů a jejich postupná profesionalizace v České republice. Cílem snah o vytvoření jednotné koncepce primárně-preventivních programů je oprotit specifický přístup k primární prevenci rizikového chování od různých politicko-populističtých a pseudoekonomických zájmů. Funkční koncept primárně-preventivních programů musí být založen na vědecky ověřitelných předpokladech a praktických zkušenostech a poznatcích, které je třeba neustále podrobovat revizi. Druhý ročník pořádané konference vytvořil platformu, na níž jsme mohli sledovat dialog odborné veřejnosti o současném stavu primární prevence a její další směřování.

První den konference, která se konala v prostorech Magistrátu hl. m. Prahy na Mariánském náměstí, předneslo své příspěvky 31 přednášejících. Úvodní příspěvky, jimiž byla konference zahájena, přednesli: JUDr. Petra Buzková, ministryně školství, mládeže a tělovýchovy ČR, prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., děkan 1. LF UK, Praha, prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc., přednosta Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN, Praha a doc. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., vedoucí Centra adiktologie PK 1. LF UK, Praha. Autoři úvod-



Obr. 1. Úvodní příspěvek na konferenci Primární prevence rizikového chování přednesl doc. PhDr. M. Miovský, Ph.D.

ních příspěvků se v totožném složení zúčastnili přibližně hodinové tiskové konference se 17 novináři. (obr. 1).

Ze zásadních přednášek, které byly v rámci konference předneseny, lze považovat problematiku certifikací a standardů primární prevence (přednášející J. Pilař), jejichž systémová implementace do stávajícího primárně-preventivního modelu služeb je aktuálním tématem. Inspirujícím příspěvkem byla přednáška o roli lékařů v problematice prevence závislosti na tabáku (přednášející E. Králíková). Za neúčinnější prevenci autorka považuje dobrou legislativu. Pro děti by rodiče měli být nekuřáckým příkladem. Diskutována byla také role lékaře a jeho možnosti působit v prevenci závislosti na tabáku. Dále byla v rámci konference velká pozornost věnována cílovým skupinám programů primární prevence a zodpovědnosti za jejich realizaci (přednášející M. Miovský a J. Zapletalová). Cílem autorů příspěvku bylo poukázat na nejasné a nejednotné definování cílových skupin, neboť kvalitní a efektivní preventivní program nelze provádět plošně, bez přesného zaměření na konkrétní cílovou skupinu. Přednášející představili celkem 36 cílových skupin preventivních programů, na které je třeba působit rozdílnými preventivními strategiemi. J. Janíček otevřel otázku vlivu médií na vznik a rozvoj rizikového chování. V hlavní části příspěvku se autor zabýval angažovaností jednotlivců v „mediálním světě“, v závěru se pak zamýšlel nad současnou formou mediálních kampaní a jejich dopadem na širokou veřejnost. Neméně zajímavým vstupem byla diskuse o problematice poruch příjmu potravy (přednášející F. Krch), kterou autor uvedl v kontextu epidemiologického výzkumu a existujícího věkového normativu. Soutěž o nejlepší příspěvek vyhrál posledně jmenovaný F. Krch s příspěvkem: Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory a možnosti primární prevence.

Druhý den konference byl vyhrazen workshopům, které se konaly na různých místech v Praze v dopoledních a odpoledních sekcích. Zájemci o workshopy měli možnost vybírat z 23 workshopů. Z uskutečněných workshopů vybíráme čtyři, které stručně představíme. Autoři Papežová, Uhlíková a Kmoch uspořádali workshop s názvem „Možnosti a limity prevence poruch příjmu potravy“, v němž akcentovali problematiku růstu významu médií na poruchy příjmu potravy a problematiku rozvoje znalostí rizikových faktorů pro

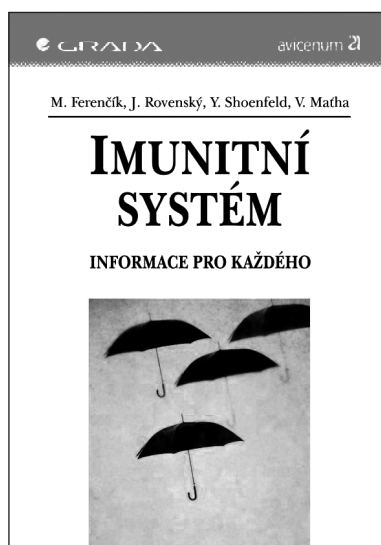
jednotlivé diagnózy, kde různé reklamní akce, soutěže o královny krásy a jiné modelingové aktivity podle autorů výrazně přispívají k nárůstu prevalence onemocnění. Preventivní aktivity by měly být zaměřeny na celé rodiny, s lepším zacílením na mladší populaci. V rámci workshopu autoři představili některé z možností, jak mohou odborníci těmto negativním mediálním tlakům vzdorovat. Miovská a Zapletalová v rámci workshopu „Cílové skupiny v primární prevenci: jak nastavené jsou vůči nim preventivní programy a existují zde systémové nedostatky?“ představili výsledky své práce, jejíž cílem je vytvoření jednotného pojetí a klasifikace cílových skupin, kterých autoři definovali celkem 36. Výstupem této jejich snahy by mělo být schválení dokumentu MŠMT a jeho propojení s přijatými standardy preventivních programů. Workshop „Sexuální výchova jako prevence sexuálně rizikového chování“, který připravily Procházková a Moussová, byl věnován preventivním snahám, které působí přímo na potencionální aktéry zneužívání. Jednou možností je včasná sexuální výchova, která by dítěti měla pomoci roz-

poznat a předcházet, vyhnout se nebezpečí zneužití. Druhou možností je včasná diagnostika sexuálního zneužívání s následnou adekvátní intervencí, která by zmírňovala negativní následky zneužívání. Miovská a Skácelová věnovaly workshop „Systém minimální evidence poskytovaných výkonů“ diskusi některých problémů a nejasností (např. nejednotný systém koordinace, disproportionality zájmu o různé cílové skupiny, asynchronicitu prováděných intervencí), které je třeba vyřešit během implementace Standardů kvality primárně-preventivních programů a certifikací poskytovatelů služeb v oblasti primární prevence užívání návykových látek.

V závěru lze konstatovat, že konference vytvořila potřebný (a věříme, že přínosný) prostor pro diskusi s odborníky působícími v primárně-preventivní sféře. III. ročník konference Primární prevence rizikového chování se bude konat 27.–28. listopadu 2006. Bližší informace o připravované akci budou s několikaměsíčním předstihem k dispozici na internetové adrese www.adiktologie.cz.

Dodáno redakci: 6. 3. 2006

Mgr. Roman Gabrhelík



IMUNITNÍ SYSTÉM

M. Ferenčík, J. Rovenský, Y. Shoenfeld, V. Matĥa

Překlad skvěle napsané knihy slovenského autorského kolektivu (předmluvu napsala prof. MUDr. J. Bartůňková, DrSc.). Publikace je přínosem pro odborníky i laiky – je určena zejména studentům středoškolského i vysokoškolského studia, laborantům, medikům, farmaceutům, biochemikům, biologům a samozřejmě lékařům. Tato učebnice má leccos navíc, co v existujících českých imunologiích dosud nezaznělo: jsou zařazeny kapitoly o prionózách, o imunotoxikologii, o vztazích nervového, endokrinního a imunitního systému. To jsou okruhy, kterým se většina autorů pro náročnost obvykle vyhýbá. Kniha by rozhodně neměla chybět ve Vaší knihovničce.

Vydala Grada Publishing v roce 2005. ISBN 80-247-1196-6, kat. číslo 1400, 170 x 230, brož. vazba, 240 str., cena 345 Kč.

Objednávku můžete poslat na adresu: Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, fax: 224 266 226, e-mail: nts@cls.cz