

kontaktu je aktivní a laskavý, nebojí se oponovat, v jednání je racionální a má dobrou narcistickou rovnováhu. Ztělesňuje krédo, které vyznává : I am OK, you are OK.

Milý Stando, přeji Ti k významnému jubileu

všechno dobré a pro další léta přetrvávající vitalitu, odbornou kreativitu a osobní spokojenost.

Doc. PhDr. Jana Kocourková

REFERÁTY Z PÍSEMNICTVÍ

Möller H. J.: Non-neuroleptic Approaches to Treating Negative Symptoms in Schizophrenia (Léčebné postupy u negativních příznaků schizofrenie bez neuroleptik)

European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences, 254, 2004, č. 2, s. 108-116.

Nová atypická antipsychotika se ukázala být účinná v léčbě negativních příznaků schizofrenie. Ale ačkoliv klinická zkušenost ukazuje, že mají výhody proti tradičním neuroleptikům v léčbě negativních příznaků, jejich převaha nebyla vždy statisticky potvrzena. Výsledky léčby u individuálních pacientů v každodenní klinické praxi jsou často nepřesvědčivé. Proto musí také jiné léčebné volby být pečlivě zváženy.

Tento článek německého autora z Ludwig-Maximilians university v Mnichově poskytuje přehled léčby (nezahrnující neuroleptika) negativních příznaků schizofrenie. Práce je založena na prohledávání databází informačního systému MEDLINE od r. 1995 do r. 2002 s cílem najít vhodné klinické zkoušky. Byla také nalezena relevantní literatura v seznamech odkazů článků nalezených pomocí MEDLINE. Většina náhrad za neuroleptika byla zkoumána jen jako přídatná léčba a ne jako monoterapie. Zdá se, že antidepresiva typu SSRI mají určité postavení v léčbě negativních příznaků. Podle Silvera [1] se nejlépe osvědčil fluvo-

xamin v dávce 50 mg/den, zatímco fluoxetin (20 mg/den), citalopram (20-40 mg/den) a sertralin (50 mg/den) se neosvědčily. Se začátkem působení takto augmentované léčby můžeme počítat do 2-3 týdnů. Pravděpodobným farmakodynamickým mechanismem účinku je zvýšení hladiny dopaminu v prefrontální mozkové kůře. Podle Jockers-Scheruhlové a spol. [2] lze negativní příznaky schizofrenie zlepšit přidáním paroxetinu k antipsychotické léčbě. Na antikonvulziva, estrogeny a glutamatergní látky můžeme nahlížet pouze jako na experimentální léky, které vyžadují další empirické hodnocení.

Literatura:

1. **Silver, H.:** Selective serotonin reuptake inhibitor augmentation in the treatment of negative symptoms of schizophrenia. *Int. Clin. Psychopharmacol.*, 18, 2003, 6, pp. 305-313.
2. **Jockers-Scheruhl, M. C., Bauer, A., Godemann, F. et al.:** Negative symptoms of schizophrenia are improved by the addition of paroxetine to neuroleptics: a double-blind, placebo-controlled study. *Int. Clin. Psychopharmacol.*, 20, 2005, 1, pp. 27.

Himmerich H., Schuld A., Haack M. et al.: Early Prediction of Changes in Weight during Six Weeks of Treatment with Antidepressants

(Časná předpověď změn tělesné váhy během šestitýdenní léčby antidepresivy)

Journal of Psychiatric Research, 38, 2004, č. 5, s. 485-489.

Zvýšení tělesné váhy je častý a důležitý vedlejší účinek léčby psychofarmaky. Němečtí autoři (Max Planck Institute für Psychiatrie, Mnichov) se snažili určit prediktory změny tělesné váhy během léčby antidepresivy. U 24 pacientů byly stanoveny tělesná váha, plazmatické hladiny leptinu, tumor necrosis factor-alfa (TNF-alfa) a rozpustných TNF receptorů. Byla použita mnohotná lineární regresní analýza k předpovědi změny tělesné váhy od

začátku do 6. týdne léčby. Změny tělesné váhy během 1. týdne léčby (a žádný jiný parametr) podstatně předpověděly změnu tělesné váhy až do konce 6. týdne léčby ($p = 0,001$). Velmi časně změny v tělesné váze během léčby psychofarmaky by mohly být jednoduchým a klinicky užitečným prediktorem pozdějšího vývoje tělesné váhy.

Autor referátů: MUDr. Jaroslav Veselý