Psychiatrie pro praxi

2025

3

www.solen.cz | www.psychiatriepropraxi.cz | ISSN 1213-0508 | Ročník 26 | **2025**

PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospělosti – 2. část

Farmakokinetické aspekty dlouhodobě působících antipsychotik 2. generace

Fenomén sebepoškozování – jak můžeme účinně pomoci? – část 2: Nasměrovat a doprovázet své pacienty k úzdravě

Transgender identita a duševní zdraví

Míra nárůstu suicidálního chování u dětí v preadolescentním věku po pandemii covidu-19. Profil suicidálních dětí hospitalizovaných na dětské psychiatrii

Využití muzikoterapeutických technik jako podpory schematerapie u hospitalizovaných pacientů: Možnosti integrace napříč diagnostickými skupinami

Dopad opioidů a substituční léčby na kognitivní funkce

PRÁVO V PSYCHIATRII

Pacient pohledem vybrané trestněprávní a kriminologické problematiky

SDĚLENÍ Z PRAXE

Emoční poruchy v dospívání II – z pohledu klinického psychologa

Časopis je indexován v Bibliographia Medica Čechoslovaca, EBSCO a v Emcare.

25 SOLEN let s vámi

TRITTICO® PROLONG

150 mg, 300 mg

tablety s prodlouženým uvolňováním

trazodoni hydrochloridum

TRITTICO® AC

75 mg, 150 mg

tablety s řízeným uvolňováním

trazodoni hydrochloridum

Trazodon je **účinný v léčbě depresivních poruch,** včetně depresí spojených s úzkostí a **poruchami spánku**[1]



Reference: **1.** Aktuální SPC přípravku Trittico Prolong.

TRITTICO AC; TRITTICO PROLONG: S: Trazodoni hydrochloridum 75 mg, 150mg v 1 tabletě s řízeným uvolňováním. Trazodoni hydrochloridum 150 mg, 300 mg v 1 tabletě s prodlouženým uvolňováním. **I:** Léčba depresivních poruch u dospělých. **KI:** Přecitlivělost na účinnou látku nebo pomocné látky, intoxikace alkoholem nebo hypnotiky. Akutní infarkt myokardu. **ZU:** Pacienti s rizikem sebevražedných myšlenek, sebepoškozováním a sebevraždy, 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, hypertyreózou, poruchami močení, akutním glaukomem s uzavřeným úhlem, zvýšeným nitroočním tlakem a hepatálním, renálním nebo kardiálním onemocněním (včetně prodloužení QT intervalu), pacienty současně užívající antikoagulancia nebo antiagregancia. 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, závrať, stavy 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 inhibitorem 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 antikoagulancii a antiagregancii 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. 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. 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. 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: 11. 12. 2024. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen zdravotními pojišťovnami. Seznamte se, prosím, se Souhrnem údajů o přípravku (SPC).



Angelini Pharma

Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
Palachovo náměstí 5, 625 00 Brno,
www.angelinipharma.cz

Ambulantní psychiatrie – základ psychiatrické péče

V posledních letech zažívá česká psychiatrie zásadní změny. Mluvíme o reformě péče o duševní zdraví, o síti Center duševního zdraví, o deinstitucionalizaci a podpoře komunitních služeb. Základem péče ale nadále zůstává ambulantní psychiatrie, bez fungování sítě psychiatrických ambulancí by se systém psychiatrické péče již dávno zhroutil.

Ambulantní psychiatr je často prvním odborníkem, kterého pacient s duševní poruchou potká. Ale také tím posledním, který s ním zůstává dlouhodobě. Zvládá roli diagnostika, terapeuta, krizového manažera a velmi často i sociální opory.

V rámci změn vstupují do systému ambulance s rozšířenou péčí, kde již vše nezůstává pouze na bedrech psychiatra. Psychiatr úzce spolupracuje s klinickým psychologem, část kompetencí přebírá psychiatrická sestra, u komplikovanějších pacientů využijí sílu zdravotnického týmu. Bylo by krásné moci napsat, že se těmito změnami systému ulevilo, ordinuje se nám lépe, péče je pro pacienty dostupnější… ale není tomu tak. O personální nouzi ve zdravotnictví víme všichni, mohli bychom skloňovat ve všech pádech. A i když se zdá, že z lékařských fakult k psychiatrii směřuje více lékařů než v minulosti, do ambulancí se dostanou až po ukončení specializačního vzdělání, a mnozí náš obor opět opustí již při náporu na ně kladeném v rámci vzdělávacího procesu probíhajícího v segmentu lůžkové péče.

Můžeme se přít, zda ambulance s rozšířenou péčí a CDZ jsou pro systém přínosem nebo ne, ale realitou je, že všechny ordinace dnes čelí masivnímu přetížení, nárůst počtu pacientů péči vyhledávajících vysoce překračuje rozvoj a kapacitní možnosti ambulantního segmentu. Ambulance přijímají pacienty propouštěné z akutních lůžek, snaží se vyhovět praktickým lékařům a ujmout se pacientů jimi odesílaných, a bohužel v neposlední řadě suplují péči o adolescenty a děti, které se do specializované péče nedostanou. Vedou dlouhodobou léčbu chronicky nemocných, ale také řeší první ataky, psychické krize a často i sociální rozměr nemoci. A to ať už jsou jen „jedna ordinace s jedním lékařem" či ambulantní tým s dalšími povinnostmi.

Brzy by do systému v návaznosti na Koncepci psychiatrické péče měly vstoupit tzv. akutní psychiatrické ambulance (APA), které se zaměří na pacienty s potřebou akutní psychiatrické péče. Kromě alternativy hospitalizace by měly sloužit k překlenutí doby, než kapacita systému umožní převzetí pacienta do standardní ambulantní péče.

Tyto změny by mohly zmírnit frustraci z přetížení, která je přítomná napříč segmentem, otázkou je, zda tato provázaná síť bude vznikat v dostatečné kapacitě, zda najde odborný personál i jinak než přetahováním mezi sebou – z lůžka do ambulance, z ambulance do ambulance… tato stávající situace nám bohužel radosti ze života nepřidává.

Změny ve spektru pacientů ambulantní psychiatrie – generace mladých dospělých a jejich specifika

Shodujeme se s kolegy ze Sekce ambulantní péče Psychiatrické společnosti ČLS JEP, že naši pacienti vypadají jinak než před lety, kdy jsme v ambulancích začínali. Ve většině ambulancí převažovali pacienti z tzv. velké psychiatrie – z dg. okruhu psychotických poruch, těžkých afektivních poruch. Ty teď vidíme významně méně. Z údajů z psychiatrických nemocnic je zjevné, že u nich hospitalizováni nejsou. Vliv moderní farmakologické léčby, včetně depotních preparátů? Vliv počínající sítě CDZ? Na tyto otázky zatím odpovědi hledáme.

Klinické obrazy, se kterými lidé do ambulancí přicházejí, se mění. Přibývá pacientů s úzkostně depresivní symptomatikou, často spojenou s chronickým přetížením, pocitem tlaku na výkon, obavami z budoucnosti a narušenou sebedůvěrou. Významnou roli hraje vliv sociálních sítí, mediálního tlaku i ekonomické nejistoty. Časté jsou obtíže se sociálním fungováním, vyhoření již ve velmi mladém věku nebo únik do on-line světa.

Mladí dospělí, tedy lidé ve věku zhruba od 18 do 30 let, dnes tvoří významnou a specifickou skupinu pacientů, jejichž nejen klinický obraz, ale i očekávání od péče a styl komunikace se odlišují od generací předchozích.

Narůstá i počet mladých pacientů přicházejících z dětské a dorostové péče – v některých regionech i bez adekvátní přechodové péče – což zvyšuje nároky na ambulantní psychiatry pro dospělé jak z klinického, tak z organizačního hlediska.

Změna v roli lékaře a přístupu k péči

Tato generace má jiný přístup ke zdraví – na jedné straně je otevřená psychickým tématům a ochotná vyhledat pomoc, na straně druhé někteří přicházejí s „vlastní diagnózou" z internetu či sociálních sítí, jiní čekají okamžité řešení problémů bez hlubší motivace ke změně.

To vše klade nové nároky na komunikaci, edukaci, nastavení spolupráce a zvládání očekávání. Lékař musí často balancovat mezi podporou, hranicemi a přiměřenou mírou intervence. Vyžaduje to i větší citlivost k identitě, hodnotám a kulturním odlišnostem mladých dospělých, včetně genderové a sexuální diverzity. S tím bezpochyby souvisí to, že péče o tyto pacienty je časově velmi náročná.

Na úrovni systému zatím chybí i jen návrh řešení tohoto trendu, a ani koncepce dětské a dorostové psychiatrie řešení nenabízí.

Mění se také možnosti poskytování péče.

Digitální intervence, telepsychiatrie a distanční péče v ambulantní praxi

Vývoj technologií a zkušenosti z pandemického období zásadně proměnily vnímání distanční psychiatrické péče. To, co bylo dříve považováno za výjimečné nebo okrajové, se během několika let stalo pevnou součástí ambulantní praxe. Pandemie covidu-19 otevřela dveře telemedicíně a ukázala, že kontakt s pacientem může být efektivní i bez fyzické přítomnosti. Od

té doby roste tlak na začlenění distanční péče jako standardní součásti ambulantní péče.

S odstupem několika let se zdá, že dojde k posunu a k nastavení jasných pravidel pro poskytování této formy služeb.

Distanční péče dnes zahrnuje široké spektrum formátů – od klasických telefonických konzultací, přes videohovory až po využití mobilních aplikací a digitálních terapeutických nástrojů. Její využití se nabízí zejména u stabilizovaných pacientů, u klientů z odlehlých oblastí, nebo tam, kde je osobní kontakt obtížný (např. u některých úzkostných poruch, u matek s malými dětmi, osob s pohybovým omezením apod.). Zejména u mladších pacientů je distanční kontakt často vnímán jako přirozený a méně stigmatizující.

Na druhou stranu je třeba zmínit i limity – chybějící neverbální signály, riziko ztráty terapeutického rámce, obtížnější hodnocení aktuálního stavu u nových nebo akutních pacientů.

Výbor sekce ambulantní péče proto v návaznosti na aktivity ministerstva zdravotnictví připravil doporučený postup pro distanční psychiatrickou péči, který má sloužit jako opora klinikům při rozhodování, kdy a jak tuto formu péče využít. Doporučení reflektuje nejen medicínské aspekty, ale také etiku, bezpečnost a komunikační rámec, který je třeba dodržet. Ruku v ruce by měly nastat změny v úhradě distanční péče. První vlaštovky by měly být již v příštím roce.

Telemedicína je realita – a otázkou není, zda ji používat, ale jak ji používat bezpečně, efektivně a v souladu s odbornými a etickými standardy.

Psát o tom, co nás „pálí" by zahrnovalo mnoho dalších témat. Např. tlak na vyšetření ke zbrojnímu pasu, řešení posudků ke způsobilosti řízení motorových vozidel, kdy praktičtí lékaři se na nás obrací stále častěji. Padly na nás v plné síle neschopenky, lázně… a se vším je spojená větší administrativní zátěž. Problematika pacientů s nařízeným ochranným léčením, opakované zprávy, nejednotná praxe soudů co se úhrady různých zpráv týká… Zde aspoň naděje, že se opět rozběhla jednání s ministerstvem spravedlnosti a za Sekci ambulantní péče ČLS JEP s podporou ministerstva zdravotnictví důrazně hájíme, že toto je pro ambulanta práce navíc, a je třeba najít a sjednotit pravidla úhrady.

Nezbývá než věřit, že snad nebude hůře a že budeme i nadále schopni být našim pacientům oporou a přežijeme i současnou dobu se zachováním vlastního duševního zdraví.

MUDr. Simona Papežová
ve spolupráci se Sekcí ambulantní péče
Psychiatrické společnosti ČLS JEP

PSYCHIATRIE PRO PRAXI ROČNÍK 26, 2025, ČÍSLO 3 **TIRÁŽ**

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 Jirák, CSc., prof. 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: Psychoterapie – 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 Jirák, CSc.

Vydavatel:
SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
IČ: 25553933

Adresa redakce:
SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
tel: 582 397 407, www.solen.cz

Redaktorka:
Mgr. Eva Kolbingerová, kolbingerova@solen.cz

Grafická úprava a sazba:
DTP SOLEN, Michal Bajnok, bajnok@solen.cz

Obchodní oddělení:
Ing. Krista Macková, mackova@solen.cz
Charlese de Gaulla 3, 160 00 Praha 6

Citační 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 Čechoslovaca, 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 krátit či stylisticky upravovat. Na otištění rukopisu není právní nárok.

ČASOPIS JE PŘIPRAVOVÁN VE SPOLUPRÁCI SE SDRUŽENÍM AMBULANTNÍCH PSYCHIATRŮ.

Předplatné tří čísel časopisu včetně supplement na rok 2026.

ČR: tištěná 900 Kč, elektronická 540 Kč.

Objednávky na www.solen.cz ➜
predplatne@solen.cz
nebo 585 204 335.

25 SOLEN let s vámi

Obsah

článek v e-verzi

SLOVO ÚVODEM

139 MUDr. Simona Papežová
Ambulantní psychiatrie – základy psychiatrické péče

PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

143 MUDr. Michal Vodička
Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospělosti – 2. část

151 MUDr. Martin Hýža, Ph.D., MUDr. Tomáš Skřont
Farmakokinetické aspekty dlouhodobě působících antipsychotik 2. generace

156 MUDr. Michaela Chmelíková
Fenomén sebepoškozování – jak můžeme účinně pomoci? – část 2: Nasměrovat a doprovázet své pacienty k úzdravě

164 MUDr. Daniela Kestlerová
Transgender identita a duševní zdraví

168 MUDr. Katarína Jaššová, Ph.D., MUDr. Markéta Holá, MUDr. Tereza Podhorná
Míra nárůstu suicidálního chování u dětí v preadolescentním věku po pandemii covidu-19. Profil suicidálních dětí hospitalizovaných na dětské psychiatrii

172 Mgr. et Mgr. Zdeněk Maté, prof. MUDr. Ján Praško, CSc., Mgr. Draga Čermáková, PhDr. Marie Ocisková, Ph.D.
Využití muzikoterapeutických technik jako podpory schematerapie u hospitalizovaných pacientů: Možnosti integrace napříč diagnostickými skupinami

184 Mgr. Aneta Votavová, Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.
Dopad opioidů a substituční léčby na kognitivní funkce

Mgr. et Mgr. Zdeněk Maté, prof. MUDr. Ján Praško, CSc., Mgr. Karolína Richtrová, MUDr. Jan Pasztor, Mgr. Draga Čermáková, Mgr. Marina Jermařová, PhDr. Marie Ocisková, PhD.
Spolupráce muzikoterapie a schematerapie v hospitalizační péči o pacienty s hraniční poruchou osobnosti: klinické kazuistiky a doporučení pro praxi

PRÁVO V PSYCHIATRII

189 JUDr. Petr Jambor
Pacient pohledem vybrané trestněprávní a kriminologické problematiky

SDĚLENÍ Z PRAXE

197 PhDr. Veronika Buchtová
Emoční poruchy v dospívání II – z pohledu klinického psychologa

KOMENTÁŘ

202 MUDr. Milan Beniš, MUDr. Jiří Podlipný, Ph.D.
Expozice a terapie pobídkami při léčbě závislostí – diskuze nad výhradami

FIREMNÍ INFORMACE

206 MUDr. Jiří Havel, MSc.
Hypomagnezemie jako nejčastější nediagnostikovaná iontová nerovnováha v klinické praxi a jak ji řešit

Psychiatrie pro praxi
www.psychiatriepropraxi.cz



Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospělosti – 2. část

MUDr. Michal Vodička
Psychiatrická ambulance, České Budějovice

Druhá část přehledového článku o ADHD se zaměřuje na časté komorbidní poruchy vyskytující se současně s ADHD, jejich diferenciální diagnostiku a současné farmakoterapeutické přístupy zaměřené na ADHD i jednotlivé komorbidity. Rovněž se věnuje problematice automutilačního a suicidálního chování u pacientů s ADHD a možnostem jeho farmakologické intervence.

Klíčová slova: ADHD, komorbidity, automutilace, bipolární porucha.

The diagnosis and pharmacotherapy of adult ADHD – part 2

The second part of the review article on ADHD focuses on the common comorbid disorders that co-occur with ADHD, their differential diagnosis and current pharmacotherapeutic approaches targeting ADHD and individual comorbidities. Furthermore, it addresses the issue of self-injurious and suicidal behaviours in patients with ADHD, along with pharmacological interventions for these conditions.

Key words: ADHD, comorbidities, self-harm, bipolar disorder.

Léčba vybraných komorbidních onemocnění

Symptomy ADHD se mohou podobat příznakům jiných duševních poruch, ať už z důvodu překrývání se s příznaky ADHD, jako je neklid či poruchy se soustředěním, nebo kvůli charakteristickým doprovodným symptomům ADHD, jako je emoční dysregulace (ED), nízké sebevědomí či spánkové poruchy (1). Proto je klíčové přesně porozumět psychiatrickým komorbiditám ADHD v dospělosti. Znalost těchto komorbidit je zároveň zásadní pro léčbu, protože přítomnost dalších psychiatrických poruch často zhoršuje psychopatologii, snižuje účinnost léčby a negativně ovlivňuje prognózu.

Depresivní porucha

Depresivní porucha a ADHD se nezřídka vyskytují společně, což mnohdy vede k závažnému dlouhodobému postižení a potížím s účinnou diagnostikou a léčbou. Souběžný výskyt těchto poruch je spojen se značnou morbiditou a obtížemi při léčbě. Až 50 % dospělých pacientů s ADHD prodělalo aspoň jednu depresivní epizodu. Diagnostická kritéria pro ADHD splňuje také 34 % pacientů léčených pro rezistentní depresi (2). Přítomnost ADHD je rizikový faktor pro rozvoj deprese. Pacienti s depresivní poruchou a komorbidní ADHD mají dřívější rozvoj příznaků depresivní poruchy, vyšší riziko recidivy depresivní poruchy, sebevražedných pokusů a nutnosti psychiatrické hospitalizace (3). Včasná farmakologická léčba ADHD je spojena s nižším rizikem rozvoje depresivní poruchy.

Klinické projevy ADHD a depresivní poruchy se v mnoha aspektech překrývají, což může ztěžovat jejich rozlišení v běžné praxi. U dospělých pacientů s ADHD sice opakované neúspěchy a nízké sebevědomí mohou přispívat k depresivní reaktivitě, avšak pravděpodobnější je, že strukturální a funkční odchylky mozku typické pro ADHD samy o sobě primárně predisponují k rozvoji deprese či chronické anhedonie. Nedostatek motivace u ADHD je navíc velmi selektivní a nepostihuje všechny oblasti života pacienta, což jej odlišuje od globální anhedonie

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 18th 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. 2025;26(3):143-150
https://doi.org./10.36290/psy.2025.024
Článek přijat redakcí: 3. 4. 2025
Článek přijat k tisku: 16. 7. 2025

MUDr. Michal Vodička
vodicka.michal@gmail.com

typické pro depresivní poruchu. Dlouhodobé potíže s usínáním mohou napodobovat symptomy insomnie sekundární k depresi. Poruchy pozornosti jsou přítomné u obou diagnóz, což dále komplikuje diagnostiku (4). ED může být v některých případech chybně interpretována jako projev depresivní poruchy. Mezi důležité prediktory nediagnostikované ADHD patří vyšší počet dříve užívaných antidepresiv typu SSRI ($p < 0,03$), což je v souladu s dosavadními poznatky, neboť selektivní inhibice serotoninového transportéru – typická pro SSRI – obvykle nevede k významnému zlepšení příznaků ADHD. Navíc právě tato forma účinku má potenciál nepříznivě ovlivnit dopaminergní a noradrenergní neurotransmisi prostřednictvím aktivace receptorů 5-HT2A a 5-HT2C, což může vést k prohloubení anhedonie či oploštělosti afektu. Tento efekt však není přítomen u látek, které tyto receptory antagonizují, jako je například agomelatin, mirtazapin, trazodon a v menší míře také vortioxetin (2).

Léčba

Kombinace antidepresiv a medikace na ADHD není vždy nezbytná. Například atomoxetin může často účinně ovlivnit jak afektivní, tak i anxiózní příznaky již v monoterapii. Potřeba kombinované léčby se odvíjí od klinické situace. U pacienta, který je již léčen pro ADHD a u něhož se nově objevují depresivní symptomy, je přidání antidepresiva možné, avšak vyžaduje pečlivé zvážení, zejména s ohledem na možná kardiovaskulární rizika některých kombinací. Naopak u pacienta, který přichází primárně s obrazem těžké deprese bez dosavadní psychiatrické léčby, může být diagnóza ADHD zastřena akutní symptomatikou. V těchto případech se příznaky ADHD obvykle projeví až po odeznění akutní fáze deprese nebo při nedostatečné odpovědi na standardní antidepresivní léčbu. Rozsáhlá populační kohortová studie, která po dobu čtyř let sledovala 38 752 pacientů, zjistila, že užívání medikace na ADHD je asociováno s nižší prevalencí deprese, a to zejména u jedinců, kteří ADHD medikaci užívají delší dobu (5).

Bipolární porucha

Diagnostika bipolární poruchy (BAP) s komorbidní ADHD je složitá, protože se mnoho příznaků BAP překrývá s příznaky ADHD. Diferenciální diagnostika mezi ADHD a BAP II je ztížena přítomností hypomanických epizod, které lze od ADHD odlišit obtížně. Klinický obraz mohou dále komplikovat smíšené epizody a rychlé cyklování, které jsou častější u BAP II než u BAP I. Nicméně u pacientů s komorbidní ADHD převažuje BAP I nad BAP II (2). Až 40 % pacientů s diagnostikovanou BAP splňuje také kritéria pro ADHD (6).

Dospělí s BAP a ADHD mají horší průběh a závažnější klinické projevy ve srovnání s jedinci bez této komorbidity. U jedinců s komorbidní ADHD bývá časnější nástup příznaků poruchy, četnější epizody poruch nálady, nižší úroveň dosaženého vzdělání, vyšší míra sebevražedných pokusů a vyšší prevalence současného zneužívání psychoaktivních látek (7).

Léčba

U pacientů s komorbidní ADHD a BAP je nezbytné primárně stabilizovat afektivní symptomatiku, neboť jakákoli cílená léčba ADHD u nedostatečně nebo nevhodně zaléčené bipolární epizody představuje významné klinické riziko, a to bez ohledu na to, zda se jedná o methylfenidát, amfetaminy či atomoxetin. Nestabilizovaná BAP se může projevovat výkyvy nálady, impulzivitou, hyperaktivitou a nepozorností, tedy symptomy, které se překrývají s klinickým obrazem ADHD. Prvním cílem léčby by proto měla být stabilizace nálady. U BAP I. typu je nezbytné zajistit trvalé a důsledné užívání alespoň jednoho thymoprofylaktika, přičemž

Tab. 1. *Rozdíly mezi depresivní poruchou a ADHD*

Rozdíly mezi depresivní poruchou a ADHD		
Příznaky	**ADHD**	**Depresivní porucha**
Poruchy pozornosti	kolísavé, výrazně závislé na typu úkolu; obtíže udržet pozornost při nudných úkolech	poruchy pozornosti jsou důsledkem celkového zpomalení a negativní nálady ovlivňující kognitivní výkonnost
Motivace	selektivně snížená (závisí na zájmu/stimulaci), zvýšená pro vysoce motivující činnosti	globálně snížená, včetně dříve oblíbených aktivit
Emoční regulace	rychlé a intenzivní změny nálad, přemrštěné emocionální reakce (vztek, pláč), nízká frustrační tolerance	převažuje smutek, anhedonie, pocity beznaděje a snížené sebevědomí
Psychomotorika	hyperaktivita, vnitřní neklid	psychomotorické zpomalení nebo agitovanost
Impulzivita	výrazná, vede k unáhleným rozhodnutím	spíše neimpulzivní, převažuje váhavost a pasivita
Kognitivní výkon	kolísá dle míry struktury a stimulace; přetrvává i bez přítomnosti afektivních symptomů	zpomalené myšlení, zhoršená paměť a pozornost; částečně nebo zcela reverzibilní s odezněním epizody
Chronologie symptomů	chronický průběh, symptomy jsou přítomny od dětství	epizodický průběh, symptomy se mohou objevit kdykoliv, často jsou spouštěny stresovými událostmi
Reakce na léčbu SSRI	nízká účinnost, často bez efektu nebo se zhoršením některých symptomů	antidepresiva zmírňují depresivní symptomy

Tab. 2. *Rozdíly mezi ADHD a bipolární poruchou*

Rozdíly mezi ADHD a bipolární poruchou		
Symptomy	**ADHD**	**Bipolární porucha**
Hyperaktivita	stabilní po celý den	epizodická, vázaná na manické fáze
Impulzivita	stálá, neplánovaná jednání, obtíže s inhibicí	epizodická, vázaná na epizody (hypo)mánie/deprese
Poruchy pozornosti	chronická nepozornost	epizodické, vázané na epizody (hypo)mánie/deprese
Spánkové poruchy	způsobují únavu a zhoršené fungování	v (hypo)manické fázi je snížená potřeba spánku, která nezpůsobuje únavu v depresivní fázi je hypersomnie
Průběh	chronický a stabilní v čase	epizodický (epizody mánie/deprese)
Změny nálad	jsou situačně podmíněné	změny nálad jsou biologického původu vázané na epizody mánie/deprese

Tab. 3. *Rozdíly mezi ADHD a úzkostnými poruchami*

Rozdíly mezi ADHD a úzkostnými poruchami	
ADHD	**Úzkostné poruchy**
Poruchy pozornosti jsou nezávislé na emočním stavu	poruchy pozornosti jsou druhotné v důsledku úzkostné poruchy a jsou situačně podmíněné
Neklid a impulzivita jsou nezávislé na emočním stavu	neklid je přítomen při úzkosti a v zátěžových situacích emoční prožívání je spíše anticipační než impulzivní
Insomnie je z důvodu neschopnosti „vypnout myšlenkové pochody"	insomnie z důvodu ruminací nebo jiných úzkostných symptomů
Žádné subjektivní fyzické symptomy	jsou přítomny fyzické symptomy, jako je tachykardie, nevolnost, třes, pocity nedostatku dechu
Přechodné a reálné obavy související s předchozími a skutečnými selháními (např. úzkost z výkonu)	přetrvávající symptomy intenzivního strachu a/nebo obav zaměřených na nereálné konkrétní situace nebo myšlenky

jako léčba první volby je preferováno lithium. Cílená léčba ADHD by měla být zvažována až po prokazatelné stabilizaci afektivní poruchy a za podmínky důsledného monitorování adherence pacienta a terapeutických hladin stabilizátorů v séru. U části pacientů může po dosažení afektivní stabilizace dojít k takovému ústupu ADHD symptomatiky, že již nadále nesplňují diagnostická kritéria pro ADHD (8). Pokud však symptomy přetrvávají, je na místě zahájení léčby ADHD. Atomoxetin je u těchto pacientů rizikový vzhledem k potenciálu vyvolat přesmyk do mánie. Amfetaminy jsou rovněž rizikové vzhledem k jejich potenciálu zhoršovat manickou symptomatiku a vyvolávat psychotické symptomy. Pokud je zvolena léčba methylfenidátem, pak pouze za současného podávání thymostabilizátorů – v této kombinaci je riziko přesmyku do mánie nižší než u pacientů s komorbidní ADHD a BAP, kteří methylfenidát neužívají (9).

Úzkostné poruchy

Úzkostné poruchy patří k nejčastějším komorbiditám ADHD. Epidemiologické studie ukazují, že jedinci s ADHD mají přibližně o 50 % vyšší riziko rozvoje úzkostných poruch oproti běžné populaci (10).

Komorbidita ADHD a úzkostných poruch významně ovlivňuje projev, prognózu a léčbu ADHD. Časté depresivní symptomy a spánkové poruchy jedinců s ADHD přispívají k rozvoji úzkostné symptomatiky (11). Zhoršení poruch spánku u pacientů s ADHD může být důsledkem přítomnosti úzkostných příznaků, což následně přispívá k dalšímu zhoršení jak ADHD, tak úzkostných poruch. Projev ADHD a komorbidních onemocnění se v průběhu života mění. S věkem se prohlubují potíže vyplývající z ADHD a sekundárně se může rozvinout generalizovaná úzkostná porucha (GAD); naopak časně manifestovaná úzkost často maskuje příznaky ADHD a oddaluje jeho diagnostiku. Přítomnost GAD zvyšuje riziko suicidia u dospělých pacientů s ADHD (11).

Léčba

Úzkostné poruchy mohou být sekundární k ADHD, nebo se mohou vyvinout nezávisle, a posouzení vývojového průběhu těchto stavů má zásadní význam pro volbu terapeutické strategie. Je-li primární ADHD, optimalizuje se nejprve léčba ADHD, což často úzkost redukuje; u primární úzkosti má přednost cílená terapie tohoto onemocnění. I když stimulancia mohou u malé části nemocných s ADHD úzkost zhoršovat, ve většině případů úzkostné symptomy zmírňují. Atomoxetin úzkost zpravidla rovněž snižuje, přičemž jeho nástup účinku je pomalejší. Aripiprazol působí anxiolyticky a je velmi účinný u pacientů s ADHD a těžkými úzkostnými stavy (11). Pacienti s úzkostnými poruchami a komorbidní ADHD mají menší prospěch z psychoterapie a potřebují podpůrnou farmakoterapii stimulancii nebo atomoxetinem.

Obsedantně kompulzivní porucha

Obsedantně kompulzivní porucha (OCD) patří k nejčastějším duševním chorobám s prevalencí 2–3 % (12). Heritabilita OCD se pohybuje v rozmezí 40–50 % (13). V souhrnném souboru zahrnujícím více než 15 000 jedinců byla zjištěna prevalence komorbidity ve výši 69 %. Dominantními komorbiditami byly poruchy nálady, úzkostné poruchy a neurovývojové poruchy (14). Až u 40 % pacientů dochází v období remise OCD k manifestaci dalších psychiatrických onemocnění. Komorbidita OCD a ADHD je přítomna až u 30 % dětí a dospívajících. U přibližně 50 % dospělých pacientů s OCD se první symptomy objevují již v dětství nebo adolescenci. V případech komorbidity ADHD a OCD s časným nástupem příznaků dochází k dřívějšímu rozvoji OCD, vyšší závažnosti symptomatiky, jejich perzistenci a celkově horší prognóze (15, 16). Mezi časté symptomy u pacientů s komorbidní OCD a ADHD patří patologické hromadění, kontrolování a symetrie/uspořádání.

Patologické hromadění

Patologické hromadění se vyznačuje nadměrným shromažďováním a neschopností zbavovat se věcí, což vede k nepořádku bránícímu běžnému užívání prostoru (12). Nepozornost je jeho klíčovým prediktorem a u dospělých s OCD výrazně zvyšuje riziko komorbidity s ADHD (až desetinásobně) (17). Až 83 % osob s patologickým hromaděním popírá příznaky OCD.

U ADHD může sběr předmětů představovat způsob, jak čelit deficitu exekutivních funkcí – sbírané předměty slouží jako vizuální „kotvy", jež kompenzují dezorganizaci a snižují úzkost. Vyhýbání se rozhodování odráží jak úzkost (OCD), tak mentální přetížení (ADHD). Emoční vazba na předměty může souviset se senzorickou dysregulací.

Kontrolování

Kontrolování se projevuje opakovaným a nadměrným ověřováním určitých stavů, činností nebo situací (např. zamčených dveří, zhasnutých světel, odeslaných e-mailů) s cílem předejít domnělému nebezpečí či chybě. Tyto kompulze často funkčně souvisejí s jádrovými symptomy ADHD, jako je zapomínání, impulzivita a nízká míra sebekontroly. Slouží jako kompenzační mechanismus, který má posílit pocit kontroly a nahradit deficitní exekutivní funkce prostřednictvím struktury a předvídatelnosti. Tím částečně nahrazuje oslabené exekutivní funkce a může tak zakrývat typické projevy ADHD (18).

Symetrie/uspořádání

Symetrie/uspořádání se projevuje potřebou, aby objekty, pohyby nebo mentální akty byly

provedeny přesně, vyrovnaně nebo ve správném počtu. Kompulze slouží k dosažení pocitu úplnosti, zmírnění vnitřního napětí či odvrácení představované hrozby. V kontextu ADHD může jít o kompenzaci vnímaného chaosu a impulzivity – rituály obnovují strukturu, zpomalují tempo a posilují subjektivní kontrolu. Pacienti s OCD a komorbidní ADHD mají závažnější symptomy symetrie/uspořádání než pacienti s OCD bez ADHD (19).

Léčba

Přestože některé odborné prameny naznačují, že stimulancia mohou zhoršovat či vyvolávat příznaky OCD, většina dostupných důkazů tuto obavu systematicky nepodporuje. Naopak u řady pacientů s komorbidní ADHD a OCD vede léčba stimulancii, zejména v kombinaci s SSRI, k výraznému zlepšení obou poruch a dosažení kvalitní remise. Kognitivně behaviorální terapie (KBT) prokázala účinnost u dětí i dospělých s OCD, avšak neléčená ADHD může snižovat efektivitu KBT, protože zhoršuje pozornost a schopnost osvojit si a udržet potřebné strategie v situacích, kdy dochází k opakovanému výskytu obsedantních myšlenek (16).

Atomoxetin představuje validní alternativu, kterou lze v určitých případech rovněž zvažovat. Přestože jeho účinnost na jádrové symptomy ADHD může být ve srovnání se stimulancii nižší, u některých pacientů vede k současnému zlepšení ADHD i OCD symptomatiky. Navíc může být výhodnou volbou u pacientů, u nichž existuje riziko zneužívání stimulancií, nebo tam, kde stimulancia nejsou tolerována. Ojediněle však může atomoxetin vést ke zhoršení obsedantních příznaků, proto je nezbytné průběžné klinické sledování odpovědi na léčbu (20).

Přítomnost komorbidní ADHD je spojena s vyšším rizikem relapsu OCD a s nižší efektivitou jak farmakologické léčby, tak KBT. U pacientů s rezistentní OCD a současně přetrvávající ADHD je proto vhodné zvážit cílenou léčbu ADHD, a to buď pomocí stimulancií, nebo atomoxetinu v závislosti na klinickém profilu, toleranci a komorbiditách (21).

Automutilace a suicidální myšlenky a jednání

Automutilace

Automutilace je úmyslné poškození vlastní tělesné struktury bez sebevražedného úmyslu. Je nutné ho odlišit od společensky akceptovaných forem poškozování (např. piercing), od opakujících se forem přítomných například u pacientů s pervazivními vývojovými poruchami a od sebepoškozování pod vlivem intoxikace psychoaktivními látkami (22). Automutilace se může vyskytnout v jakémkoliv věku, ale nejvíce však u dospívajících. Patří mezi dominantní příčiny akutních hospitalizací adolescentů (23). Častěji se vyskytuje u žen, u jedinců s nižší úrovní vzdělání a při výskytu traumat v dětství (CAN syndrom – Child Abuse and Neglect). Rizikový faktor je rovněž přítomnost duševních poruch (depresivní porucha, úzkostné poruchy, poruchy příjmu potravy, závislost na psychoaktivních látkách, poruchy osobnosti a ADHD) (24). U jedinců s ADHD je prevalence sebepoškozování mnohem vyšší než v běžné populaci a větší závažnost ADHD symptomů je spojena s vyšší mírou sebepoškozování (24). Automutilace může být první projev ADHD (25). Prevalence sebepoškozování v adolescenci se liší v závislosti na definici a metodologii jednotlivých studií, ale většina z nich uvádí výskyt v rozmezí 16–22 % (26).

Suicidální myšlenky a jednání

Sebevražedné myšlenky a jednání jsou u jedinců s ADHD mnohem častější než v běžné populaci. Vyšší míra impulzivity představuje významný rizikový faktor pro suicidální jednání (27). Riziko suicidality je dále umocněno přítomností komorbidních psychiatrických poruch, zejména depresivní poruchy a poruch souvisejících se zneužíváním psychoaktivních látek, které samy o sobě představují nezávislé rizikové faktory pro suicidální chování.

ADHD je spojeno s vyšším rizikem suicidálních pokusů (zejména u žen) a dokonaných sebevražd (zejména u mužů) (27). Samotná diagnóza ADHD zvyšuje riziko suicidálního chování přibližně 1,5×, avšak přítomnost alespoň jedné komorbidní poruchy v kombinaci s ADHD může riziko suicidálního pokusu zvýšit až 4–12× (28). Závažnost ADHD symptomatiky navíc koreluje s vyšším rizikem sebevražedných úvah i jednání.

Přítomnost ADHD symptomatiky u pacientů s depresivní poruchou zvyšuje riziko sebevražedných úvah, sebevražedného jednání a vyšší potřeby lékařské péče po sebevražedném pokusu. Při přítomnosti CAN syndromu je riziko sebevražedného jednání značně vyšší (29). V případě současné přítomnosti ADHD a závislosti na psychoaktivních látkách je riziko sebepoškozování i sebevražedných úvah a jednání mnohem vyšší než u závislých na psychoaktivních látkách bez přítomnosti ADHD (27). Pacienti s BAP a ADHD mají vyšší četnost suicidálních pokusů oproti pacientům s BAP bez přítomnosti ADHD. Podobně jedinci se schizofrenií a komorbidním ADHD mají vyšší počet sebevražedných pokusů než pacienti se schizofrenií bez ADHD. Míra úmrtí v důsledku sebevražedného pokusu je u dospělých, kterým bylo v dětství diagnostikováno ADHD, výrazně vyšší než u jedinců bez přítomnosti ADHD (27).

Léčba

Stimulancia vykazují protektivní vliv na výskyt automutilačního a suicidálního chování u pacientů s ADHD. Populační analýzy ukázaly, že měsíce, během nichž byla užívána medikace na ADHD, byly spojeny s 31% nižším rizikem sebevražedného pokusu ve srovnání s měsíci bez farmakoterapie. Podobné výsledky byly zjištěny i v rámci intraindividuálních srovnání, kde bylo riziko sebevražedných pokusů u pacientů s ADHD během období medikace o 39 % nižší než v obdobích bez léčby. Ke snížení rizika dochází i u pacientů s jinými komorbiditami (např. depresivní porucha či závislost na psychoaktivních látkách). U nestimulujících psychofarmak nebyla zjištěna statisticky signifikantní souvislost se změnami v riziku suicidality (30).

Spánkové poruchy

Spánkové poruchy, zejména insomnie, jsou u jedinců s ADHD velmi frekventované. Až 70 % dospělých s tímto onemocněním má spánkové poruchy (1). Tyto poruchy představují rizikový faktor pro rozvoj somatických onemocnění, jako je obezita, diabetes mellitus či kardiovaskulární choroby (31). Dospělí s ADHD mají často obtíže s usínáním, udržením spánku a s ranním probouzením. Charakteristickými rysy jsou prodloužená latence nástupu spánku, častější noční probouzení, nižší kvalita spánku a vyšší denní ospalost ve srovnání s jedinci bez ADHD (32).

Jedinci s ADHD mají nezdravé spánkové návyky, které negativně ovlivňují iniciaci spánku. Poruchy spánku dále zhoršují ADHD symptomy, a to zejména ED a poruchy pozornosti a zároveň zvyšují riziko rozvoje depresivních poruch (33). Pacienti s ADHD a insomnií mají opožděné

uvolňování melatoninu, což vede k potížím se spánkem. Suplementace melatoninu snižuje latenci nástupu spánku a prodlužuje celkovou délku spánku u této populace (33).

Syndrom obstrukční spánkové apnoe

Syndrom obstrukční spánkové apnoe (OSA) je charakterizován částečnou nebo úplnou obstrukcí horních cest dýchacích, která vede k narušenému spánku. OSA způsobuje symptomy, jako je nepozornost, neklid a potíže s plánováním, které mohou napodobovat příznaky ADHD. Léčba OSA vede ke zmírnění těchto obtíží. U pacientů s ADHD a současně přítomnou OSA dochází k prohloubení poruch pozornosti, hyperaktivity a častějšímu výskytu úzkostných a depresivních symptomů (33). Je proto nezbytné nejprve léčit OSA, aby se předešlo chybné diagnóze ADHD.

Syndrom neklidných nohou

Klinická korelace mezi ADHD a syndromem neklidných nohou (RLS) je komplikována částečným překryvem symptomů – motorický neklid typický pro hyperaktivní formu ADHD může imitovat projevy RLS, zejména u dospělých pacientů. Studie sice udávají, že až 44 % jedinců s ADHD vykazuje příznaky RLS a naopak 26 % pacientů s RLS splňuje kritéria ADHD, avšak diferenciálně diagnostické rozlišení je klíčové (34). Genetické studie prokázaly, že ADHD zvyšuje riziko rozvoje RLS (OR = 1,2), zatímco reverzní vztah potvrzen nebyl (35). Společným patofyziologickým jmenovatelem obou poruch je dysfunkce dopaminergního systému v nigrostriatální oblasti, která může souviset s nedostatkem železa. Železo jako kofaktor tyrosinhydroxylázy ovlivňuje syntézu dopaminu, přičemž nízké hladiny feritinu byly pozorovány u obou diagnóz. Důležité je však zdůraznit, že samotná korekce železa u pacientů s ADHD a komorbidní RLS nevede k úpravě základních symptomů ADHD, jak ukazují klinické zkušenosti (36).

V praxi je proto nezbytné prioritně ověřit, zda pacient splňuje diagnostická kritéria ADHD. Pokud ano, měla by být zahájena cílená terapie ADHD, která může současně zmírnit i motorický neklid interpretovaný jako RLS. Naopak u pacientů s jasně diagnostikovaným RLS a komorbidní ADHD může léčba dopaminergními agonisty nebo korekce železa přispět ke zlepšení kvality spánku, což následně redukuje sekundární exacerbaci ADHD symptomů.

Narkolepsie

Narkolepsie je neurodegenerativní porucha spánku charakterizovaná nadměrnou denní spavostí, záchvaty spánku, kataplexií, spánkovou obrnou, hypnagogickými a hypnopompickými halucinacemi. Často se vyskytuje ve spojení s dalšími spánkovými poruchami, zejména OSA, jejíž výskyt je u dospělých s narkolepsií častější, mimo jiné i v důsledku vyšší míry obezity v této populaci. U pacientů se často vyskytují také úzkostné a depresivní poruchy a více než čtvrtina má současně ADHD (37). Diagnostika může být obtížná vzhledem k překryvu symptomů, jako jsou poruchy pozornosti, neklid a emoční labilita, které se vyskytují u obou onemocnění. Další komplikací je obdobná odpověď narkolepsie a ADHD na stimulancia. Přítomnost OSA může navíc zhoršovat příznaky připomínající ADHD nebo potencovat již existující ADHD symptomatiku.

Léčba

Stimulancia mohou u některých pacientů ovlivnit spánek, zejména při nevhodném dávkování nebo načasování, avšak při opatrné titraci a individuálním nastavení doby podání obvykle nedochází k významnému zhoršení spánku. Naopak řada pacientů zaznamenává po zahájení léčby ADHD zlepšení spánkové architektury, což je dáno redukcí denního neklidu a impulzivity. U některých pacientů může krátkodobě působící methylfenidát podaný v nízké dávce večer paradoxně působit zklidňujícím účinkem (38). Atomoxetin je obecně spojován spíše s únavou nebo denní somnolencí než s insomnií a u části pacientů vykazuje příznivý efekt na usínání a kontinuitu spánku. Klíčem k optimalizaci léčby ADHD je nastavení farmakoterapie tak, aby podporovala denní výkon bez významného narušení spánku.

Při přetrvávajících poruchách spánku je často nutné k cílené medikaci ADHD přidat adjuvantní farmakoterapii, například trazodon, chlorprotixen, kvetiapin nebo volně dostupný melatonin. Nedílnou součástí komplexní intervence by však měla být i režimová a behaviorální opatření. Doporučuje se udržovat pravidelný spánkový režim se stálou dobou uléhání a vstávání, omezit expozici obrazovce a modrému světlu alespoň hodinu před spánkem, vyvarovat se večerním stimulačním podnětům, jako je kofein či intenzivní fyzická aktivita, a vytvořit si klidnou předspánkovou rutinu s relaxačními aktivitami a utlumeným osvětlením. Důležitým faktorem je také zajištění vhodného spánkového prostředí – tichého, zatemněného a s nižší teplotou.

Závislost na psychoaktivních látkách a behaviorální závislosti

ADHD je považováno za významný rizikový faktor pro vznik závislosti na psychoaktivních látkách. Prevalence ADHD mezi pacienty, kteří zneužívají psychoaktivní látky, je mnohem vyšší než v běžné populaci. Až 30 % pacientů závislých na psychoaktivních látkách má ADHD, zatímco 15 % dospělých s ADHD je závislých na psychoaktivních látkách (39). Charakteristiky spojené s ADHD, jako je nízké sebevědomí, zvýšená impulzivita, nedostatečný úsudek, sociální neobratnost, potřeba rychlé zpětné vazby, touha po okamžité odměně a sklon k rizikovému chování, přispívají k vyššímu riziku rozvoje závislosti. Současné zneužívání psychoaktivních látek zhoršuje závažnost příznaků ADHD, zatímco samotné užívání těchto látek může vyvolávat projevy, které napodobují ADHD, jako jsou poruchy pozornosti, chování a impulzivita (4). Riziko vzniku závislosti se dále zvyšuje v případě přítomnosti komorbidních poruch, zejména úzkostných a afektivních poruch (40).

Kouření

Longitudinální kohortová studie zahrnující 13 572 mladých jedinců z USA, která zkoumala souvislost mezi ADHD a užíváním tabákových produktů, prokázala, že pravděpodobnost iniciace užívání e-cigaret, kouření cigaret či jiných tabákových výrobků se zvyšuje úměrně se závažností symptomatiky ADHD. Mezi možné faktory přispívající ke zvýšenému riziku užívání tabákových produktů u jedinců s ADHD patří hypotéza samoléčby, kdy mladí lidé se závažnější symptomatikou mohou využívat nikotin k tlumení projevů ADHD. Bylo prokázáno, že nikotin obecně zlepšuje kognitivní funkce a specificky redukuje některé symptomy ADHD (41).

Jiné psychoaktivní látky

Zneužívání psychoaktivních látek zhoršuje závažnost symptomů ADHD. A naopak užívání

psychoaktivních látek se může projevovat poruchami pozornosti, chování a impulzivity, které napodobují ADHD. Pacienti s ADHD a závislostí na psychoaktivních látkách mají obvykle další komorbidní poruchy, a to častěji než pacienti s ADHD bez závislosti na psychoaktivních látkách (42). U pacientů s ADHD je přítomna vyšší míra závažnosti závislosti na psychoaktivních látkách ve srovnání s pacienty bez ADHD. Je u nich přítomna vyšší míra sebevražedných myšlenek, antisociálního chování a chronicity. Rovněž je zvýšená potřeba hospitalizace a vyskytuje se vyšší riziko komplikovaného průběhu (42).

Behaviorální závislosti

Závislost se však nemusí omezovat pouze na psychoaktivní látky. Behaviorální závislosti jako je závislost na internetu, sociálních médií, hraní her, on-line nakupování či na mobilních telefonech spadají do širšího konceptu závislosti na technologiích. Více než 80 % jedinců s behaviorální závislostí vykazuje zároveň komorbidní ADHD (43). Jedinci s ADHD mají vyšší sklony k rizikovému chování a je u nich vyšší riziko vzniku těchto závislostí. U dospívajících s ADHD je například vyšší pravděpodobnost závislosti na sociálních sítích, což dále zvyšuje jejich impulzivitu a poruchy pozornosti. Lidé s ADHD jsou náchylní k zahlcení informacemi při procházení sociálních sítí, YouTube a podobných médií, přičemž si méně uvědomují potenciální důsledky svého chování. Problémoví uživatelé sociálních sítí často vykazují obtíže v regulaci emocí. U osob s ADHD se závislostní chování může rozvíjet jako prostředek ke zvládání negativních emocí či zmírnění úzkosti. Užívání digitálních médií může dočasně zmírnit depresivní nálady a pomoci překonat problémy běžného života (44). Nicméně nadměrné užívání digitálních technologií většinou vede ke zhoršení symptomů ADHD, výraznějšímu deficitu exekutivních funkcí, snížené schopnosti udržet pozornost, zvýšené impulzivitě a poklesu motivace k učení (45).

Léčba

Přítomnost ADHD negativně ovlivňuje účinnost léčby závislosti, zvyšuje riziko relapsů a frekvenci hospitalizací (46). Impulzivní chování charakteristické pro jedince s ADHD často vede k předčasnému ukončení léčby závislostí. Nezřídka jsou tito jedinci s nerozpoznaným ADHD vnímáni lékaři, terapeuty nebo ostatními pacienty jako „obtížní" či „rezistentní vůči léčbě". Tento postoj může snižovat míru empatie vůči nim a zvyšovat pravděpodobnost předčasného ukončení léčby (47).

Užívání stimulancií na léčbu ADHD nevede k rozvoji závislosti. Naopak efektivní léčba příznaků ADHD snižuje riziko zneužívání psychoaktivních látek a alkoholu (48). Terapie ADHD může rovněž zmírnit craving, a tím i riziko relapsu. Ve většině případů lze léčit ADHD i závislost současně (47). U behaviorálních závislostí by však měla být prioritně řešena ADHD, která významně přispívá k jejich rozvoji.

Přestože stimulancia jsou účinná u pacientů s ADHD, léčba pacientů s ADHD a komorbidní závislostí na psychoaktivních látkách účinná být nemusí. U pacientů se závislostí na návykových látkách mohou být potřebné vyšší dávky stimulancií. Podávání methylfenidátu v dávce 180 mg denně u jedinců závislých na amfetaminu bylo spojeno s nižším rizikem relapsu a lepší adherencí k léčbě (39). Randomizované kontrolované studie, které využívaly vyšší dávky amfetaminu nebo methylfenidátu v kombinaci s KBT, vykazovaly lepší výsledky v léčbě ADHD i závislosti na psychoaktivních látkách ve srovnání se studiemi používajícími nižší dávky (49). Klíčovým předpokladem účinnosti léčby je však dosažení úplné abstinence od psychoaktivních látek, aby nedošlo k ovlivnění účinku methylfenidátu intoxikací nebo abstinenčními příznaky.

Preferovanými přípravky jsou dlouhodobě působící formy methylfenidátu a lisdexamfetamin, které mají nižší riziko rebound fenoménu a parenterálního zneužívání (49). Alternativní možností je atomoxetin, ačkoliv dosavadní studie neprokázaly jeho dostatečnou účinnost na symptomy ADHD u pacientů se závislostí na psychoaktivních látkách (42). Rovněž je možné zvážit použití bupropionu.

Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (PPP) a ADHD jsou propojeny komplexním multifaktoriálním vztahem, založeným na sdílených neurobiologických základech a překrývajících se behaviorálních rysech. Jedinci s ADHD mají zvýšené riziko rozvoje různých forem PPP, zejména mentální bulimie, záchvatovitého přejídání a purgativních forem PPP. Ženy s ADHD mají 3,6× vyšší riziko vzniku PPP než ženy bez této diagnózy (50).

Prevalence PPP u jedinců s ADHD dosahuje až 12 % (51). Jedním z klíčových rysů ADHD je impulzivita, která může přispívat ke ztrátě kontroly nad příjmem potravy, zejména v kontextu negativních emocí nebo stresu. Poruchy exekutivních funkcí, typické pro ADHD, zahrnují obtíže v plánování, inhibici a regulaci chování, což může vést k neplánovanému přejídání nebo k selhávání v dodržování dietních pravidel. Konzumace stravy představuje maladaptivní způsob zvládání emocí u jedinců s ED. Deficity v pozornosti mohou narušit schopnost adekvátně vnímat a reagovat na tělesné signály hladu a sytosti. To může vést k přejídání nebo naopak k ignorování potřeb organismu, což je běžné u různých forem PPP (52). Nepozornost a impulzivita jsou významnými rizikovými faktory pro rozvoj mentální bulimie (51).

Léčba

Současná léčba ADHD a PPP je nezbytná, protože ADHD může udržovat nebo zhoršovat symptomy PPP. Doporučuje se multidisciplinární přístup zahrnující psychoterapii, nutriční poradenství a farmakoterapii cílenou jak na ADHD, tak na poruchy příjmu potravy. Stimulancia a atomoxetin jsou účinné léky při léčbě mentální bulimie (51, 53). Farmakologická léčba ADHD u pacientů s mentální anorexií představuje komplexní terapeutický problém, který vyžaduje pečlivé zvážení benefitů a rizik. Navzdory obavám z anorektických účinků stimulancií výzkumy ukazují, že stimulancia mohou být úspěšně používána u pacientů s mentální anorexií a ADHD v rámci strukturovaného behaviorálního programu zaměřeného na obnovení hmotnosti (54).

Schizofrenie a jiná psychotická onemocnění

Psychotické poruchy a ADHD jsou velmi rozšířené neurovývojové poruchy, které se vzhledem ke své vysoké prevalenci vyskytují současně ve značném počtu případů. Obě diagnózy sdílejí řadu rizikových faktorů, včetně zvýšené míry užívání návykových látek. Jedinci s ADHD mají vyšší pravděpodobnost rozvoje závislostního chování již v adolescenci a diagnóza ADHD v dětství je považována za rizikový faktor pro trvalé užívání marihuany v dospělosti (55). Zneužívání psychoaktivních látek, zejména kanabinoidů, je významným klinickým faktorem u rozvoje první epizody psychózy – v anamnéze

ji udává většina pacientů s první psychotickou epizodou. U těchto jedinců je ADHD často diagnostikováno retrospektivně již v dětství. Je však třeba zdůraznit, že rozvoj psychotických poruch u osob s premorbidním ADHD není způsoben pouze abúzem kanabinoidů. Významnou roli zde hraje i společný neurovývojový základ obou onemocnění, který může predisponovat k jejich souběžnému výskytu. Zásadní je také role polygenního rizika – jedinci s vysokým polygenním skóre pro ADHD mají zvýšenou pravděpodobnost rozvoje psychózy i bez abúsu psychoaktivních látek. Tato zjištění podtrhují nutnost časné identifikace rizikových pacientů s ADHD a dlouhodobého monitorování psychotických symptomů, zejména při přítomnosti komorbidní úzkosti nebo afektivní lability (56).

ADHD a psychotická onemocnění sdílejí některé poruchy kognitivních a emočních funkcí, zejména poruchu pozornosti, deficity exekutivních funkcí, impulzivitu, sníženou frustrační toleranci a obtíže v sociálním fungování. Poruchy pozornosti mohou být časným projevem psychotického onemocnění. Celoživotní prevalence psychotických onemocnění u jedinců s ADHD přesahuje 10 % a riziko rozvoje schizofrenie je 4,3× vyšší než u běžné populace (55, 57).

Stimulancia se běžně nepředepisují pacientům se schizofrenií a komorbidní ADHD kvůli obavám, že by mohla negativně ovlivnit účinek antipsychotik a zhoršit průběh psychotického onemocnění. Obavy jsou založeny na předpokladu, že nadměrná aktivita dopaminové transmise vede ke zhoršení psychotického onemocnění.

Extracelulární koncentrace dopaminu je regulována dvěma základními režimy uvolňování – tonickou a fázickou transmisí – jejichž rovnováha je klíčová pro regulaci pozornosti, motivačních procesů, systému odměny a celkového psychického stavu. Fázická transmise vzniká při akčních potenciálech dopaminergních neuronů a vede k rychlému a přechodnému uvolnění dopaminu do synaptické štěrbiny, kde se váže na postsynaptické receptory. Signál je ukončen zpětným vychytáváním dopaminu dopaminovým transportérem. Tonická transmise zahrnuje uvolňování dopaminu bez akčních potenciálů a závisí na jeho bazální koncentraci; aktivace presynaptických receptorů pak inhibuje syntézu dopaminu a snižuje jeho fázické uvolňování (58).

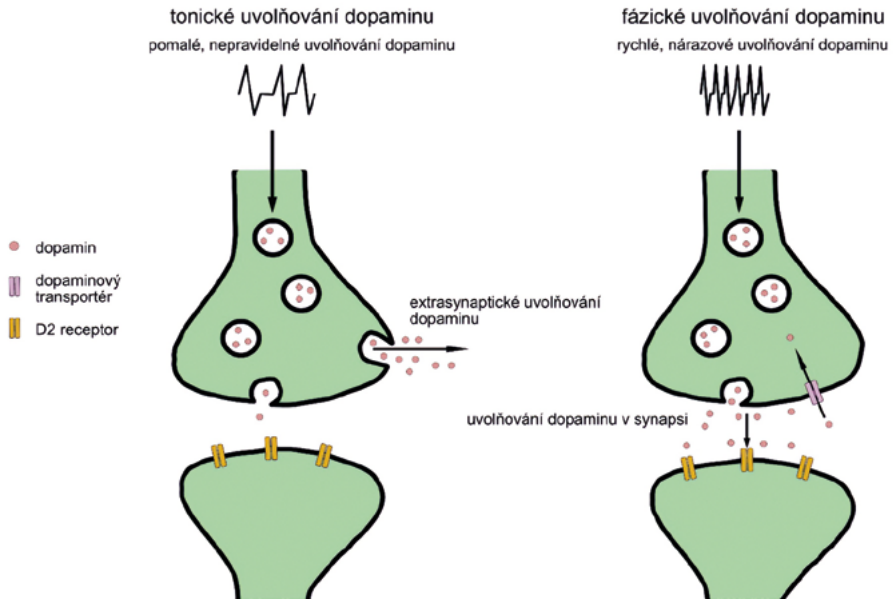
U schizofrenie je hypofunkce dopaminu v mezokortikální dráze kompenzována zvýšenou fázickou aktivitou v mezolimbické oblasti, což přispívá k pozitivním symptomům (např. bludy či halucinace) (55). U ADHD se podobně uplatňuje nízká tonická dopaminová aktivita v mezokortikální oblasti, vedoucí k poruchám pozornosti a deficitu exekutivních funkcí, zatímco zvýšená fázická aktivita v mezolimbické dráze podporuje impulzivitu a hyperaktivitu.

Terapeutické dávky stimulancií zvyšují tonickou a snižují fázickou dopaminovou transmisi, čímž snižují hyperaktivitu, impulzivitu a poruchy pozornosti, aniž by aktivovaly mesolimbický dopaminový systém. Předpokládá se, že tento mechanismus přispívá ke zmírnění psychotických symptomů a synergickému účinku při kombinaci s antipsychotiky u schizofrenie (55). Vysoké dávky stimulancií zvyšují tonickou i fázickou transmisi, což může vést k dekompenzaci schizofrenie (59). Stimulancia rovněž zmírňují negativní symptomy schizofrenie (zlepšení je v rozmezí 37–66 %) (55).

Hraniční porucha osobnosti

Hraniční porucha osobnosti (HPO) je závažná duševní porucha s typickým nástupem příznaků v období dospívání přetrvávající až do dospělosti. Způsob výchovy je jedním z možných faktorů, které přispívají k rozvoji poruch osobnosti a které se vzájemně ovlivňují s ADHD jako rizikovým faktorem. Protektivní péče a autoritativní kontrola dětí jsou rizikovým faktorem pro rozvoj poruch osobnosti klastru B (disociální, histrionská, narcistická, emočně nestabilní) (60).

Obr. 1. *Uvolňování dopaminu*



Zůstává nejasné, zda je rodičovský styl výchovy odpovědí na problematické chování dítěte s ADHD, nebo zda dysfunkční výchovné strategie pramení z přítomnosti ADHD u rodičů, případně z jejich komorbidní poruchy osobnosti.

Některé studie naznačují, že významný podíl dospělých s HPO splňuje v dětství kritéria pro ADHD. Tyto nálezy však mohou být ovlivněny diagnostickým zkreslením (61). Z klinického pohledu lze předpokládat, že výrazný symptomatický překryv, například v oblastech impulzivity a ED, může vést k odlišnému výkladu týchž behaviorálních projevů v závislosti na vývojové fázi jedince. Diagnóza ADHD v dětství zvyšuje riziko pozdějšího rozvoje HPO. U dospělých s ADHD se komorbidita s HPO pohybuje kolem 30 %, což poukazuje na významnou, avšak komplexní souvislost mezi těmito poruchami (62).

Emoční nestabilita a impulzivní chování jsou přítomny u obou poruch. Pacienti s HPO mívají problémy s kontrolou emocí souvisejících s jejich vnitřním prožíváním, zatímco afektivní a motorická hyperreaktivita jedinců s ADHD je často reakcí na vnější události (62). Při porovnání hraničních symptomů u pacientů s ADHD a s HPO pomocí BSL (the borderline symptom list) vykazují pacienti s ADHD mnohem vyšší skóre ve srovnání se zdravými kontrolami, ale nižší skóre než u pacientů s HPO. Na popisné úrovni jsou tedy příznaky HPO společné pacientům s ADHD, ale u pacientů s ADHD jsou méně závažné.

Současný výskyt ADHD a HPO je částečně způsoben společnými genetickými faktory. HPO i ADHD jsou polygenní poruchy, u nichž se pře-

krývá přibližně 60 % příslušných genetických variant. Na populační úrovni je vysoký společný výskyt ADHD a HPO, přičemž riziko výskytu HPO je 19,4× vyšší při přítomnosti diagnózy ADHD. Přítomnost ADHD v příbuzenstvu zvyšuje riziko HPO, což dokládá pravděpodobný genetický základ obou onemocnění (63).

U pacientů s HPO a komorbidní ADHD se častěji vyskytují traumatické zkušenosti v dětství. Děti s ADHD jsou zranitelnější vůči traumatizaci nejen kvůli impulzivnímu a rizikovému chování, ale také v důsledku ED, která snižuje schopnost efektivního zpracování stresu a zvyšuje pravděpodobnost rozvoje posttraumatických příznaků. Současně je třeba zohlednit i vysokou dědičnost ADHD, která zvyšuje výskyt této poruchy u rodičů; ti pak mohou svým vlastním nestabilním či impulzivním chováním přispívat k vytváření stresujícího či traumatizujícího rodinného prostředí (např. CAN syndrom). Dětské trauma je významným rizikovým faktorem pro vznik HPO v adolescenci a dospělosti a může zároveň modifikovat klinický obraz ADHD směrem k vyšší závažnosti a afektivní labilitě (63).

Léčba

V případech komorbidity ADHD a HPO může farmakologická léčba ADHD přinášet sekundární přínos i pro symptomy HPO, zejména v oblasti ED a impulzivity. U pacientů s touto komorbiditou se při léčbě methylfenidátem často pozoruje nejen zlepšení pozornosti a exekutivních funkcí, ale rovněž redukce impulzivity, agresivity a sebepoškozujícího chování. Pokud methylfenidát nelze použít, je vhodné zkusit atomoxetin nebo antidepresiva s noradrenergním či dopaminergním účinkem (např. bupropion).

Poruchy autistického spektra

ADHD se vyskytuje u 50–70 % pacientů s poruchou autistického spektra (PAS) a patří k jejím nejčastějším komorbiditám (64). Obě onemocnění sdílejí rysy neurovývojových poruch včetně sociálních obtíží a dysfunkcí exekutivních funkcí, což komplikuje diferenciální diagnostiku (65). Komorbidita ADHD a PAS je spojena s výraznějším sociálním deficitem a horší prognózou, proto je vhodné aktivně vyhodnocovat přítomnost ADHD symptomů u pacientů s PAS.

Stimulancia i atomoxetin mohou být účinné v redukci symptomů ADHD u pacientů s PAS. U stimulancií však bývá vyšší výskyt nežádoucích účinků (65). Nejčastěji se jedná o zvýšenou iritabilitu, anxietu, emoční tenzi, nespavost a somatické projevy, jako jsou bolesti hlavy nebo gastrointestinální dyskomfort. U osob s PAS je vlivem omezené schopnosti sebereflexe často narušen náhled na tyto změny, což zvyšuje riziko impulzivního nebo agresivního chování. Z těchto důvodů je doporučeno zahájit léčbu velmi nízkou dávkou a titrovat ji pomalu za pečlivého monitorování tolerance a psychického stavu.

Závěr

Nerozpoznané a neléčené ADHD významně snižuje kvalitu života mnoha jedinců. Diagnostika této poruchy je obtížná, protože její projevy často komplikují komorbidní choroby a projev ADHD může být zaměněn za příznaky jiných onemocnění. Komorbidní poruchy jako například deprese, úzkostné stavy či závislost na alkoholu se mohou rozvinout i jako důsledek neléčeného ADHD.

Účinná léčba ADHD zmírňuje projev ED, proto by všichni jedinci s neepizodickou formou emoční nestability měli být vyšetřeni pro přítomnost ADHD. V současné době bývají tito pacienti nezřídka mylně diagnostikováni jako pacienti trpící BAP, cyklothymií nebo HPO, a to i v případech, kdy se jedná o středně těžkou až těžkou formu ADHD. Léčba stimulancii i atomoxetinem zmírňuje symptomy ADHD, ale stimulancia jsou účinnější a mají výrazně rychlejší nástup účinku.

Klinické účinky medikace na zmírnění symptomů ADHD jsou srovnatelné s účinkem antidepresiv na depresivní poruchu či antipsychotik na léčbu psychózy, což podtrhuje význam cílené terapie ADHD (1). Farmakologická léčba redukuje projev nejen vlastního onemocnění ADHD, ale zmírňuje i symptomy komorbidních onemocnění a snižuje dopad onemocnění na duševní zdraví jedince.

LITERATURA

1. Asherson P, Buitelaar J, Faraone S, et al. Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues. Lancet Psychiatry. 2016;3(6):568-578.
2. Katzman M, Bilkey T, Chokka P, et al. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. BMC Psychiatry. 2017;17(1):302.
3. Powell V, Agha SS, Jones RB, et al. ADHD in adults with recurrent depression. J Affect Disord. 2021;295:1153-1160.
4. CADDRA. Canadian ADHD Practice Guidelines (4.1 Edition). Toronto ON: CADDRA; 2020.
5. Chang Z, D'Onofrio BM, Quinn PD, et al. Medication for attentiondeficit/hyperactivity disorder and risk for depression: a nationwide longitudinal cohort study. Biol Psychiatry. 2016;80(12):916-922.
6. Schiweck C, ArteagaHenriquez G, Aichholzer M, et al. Comorbidity of ADHD and adult bipolar disorder: a systematic review and metaanalysis. Neurosci Biobehav Rev. 2021;124:100-123.
7. Perugi G, Pallucchini A, Rizzato S, et al. Current and emerging pharmacotherapy for the treatment of adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Expert Opin Pharmacother. 2019;20(12):1457-1470.
8. Salvi V, Ribuoli E, Servasi M, et al. ADHD and bipolar disorder in adulthood: clinical and treatment implications. Medicina (Kaunas). 2021;57(5):466.
9. Osser DN. ADHD in patients with bipolar disorder: genetics, diagnosis, and treatment. Psychiatr Times. 2021;38(1):25.
10. Quenneville AF, Kalogeropoulou E, Nicastro R, et al. Anxiety disorders in adult ADHD: a frequent comorbidity and a risk factor for externalizing problems. Psychiatry Res. 2022;310:114423.
11. D'Agati E, Curatolo P, Mazzone L. Comorbidity between ADHD and anxiety disorders across the lifespan. Int J Psychiatry Clin Pract. 2019;23(4):238-244.
12. Brem S, Grünblatt E, Drechsler R, et al. The neurobiological link between OCD and ADHD. Atten Defic Hyperact Disord. 2014;6(3):175-202.
13. MataixCol D, Fernández de la Cruz L, Beucke J, et al. Heritability of clinically diagnosed obsessivecompulsive disorder among twins. JAMA Psychiatry. 2024;81(6):631-632.
14. Sharma E, Sharma L, Balachander S, et al. Comorbidities in obsessivecompulsive disorder across the lifespan: a systematic review and metaanalysis. Front Psychiatry. 2021;12:703701.
15. Mersin K, Dondu A, Memis C, et al. The clinical characteristics of ADHD and obsessivecompulsive disorder comorbidity. J Atten Disord. 2020;24(12):1757-1763.
16. Cabarkapa S, King J, Dowling N, et al. Comorbid obsessivecompulsive disorder and attention deficit hyperactivity disorder: neurobiological commonalities and treatment implications. Front Psychiatry. 2019;10:557.
17. Tolin D, Villavicencio A. Inattention, but not OCD, predicts the core features of hoarding disorder. Behav Res Ther. 2011;49(2):120-125.
18. Abramovitch A, Dar R, Mittelman A, et al. Comorbidity between attention deficit/hyperactivity disorder and obsessivecompulsive disorder across the lifespan: a systematic and critical review. Harv Rev Psychiatry. 2015;23(4):245-262.
19. Yücens B, Kart A, Tümkaya S. Obsessive beliefs and clinical features in patients with comorbid obsessivecompulsive disorder and attentiondeficit/hyperactivity disorder. Psychiatry Clin Psychopharmacol. 2021;31(4):408-416.
20. Araz Altay M. Atomoxetine induced obsessivecompulsive disorder. Hosp Pract Res. 2019;4(2):68-70.
21. Pallanti S, Grassi G. Pharmacologic treatment of obsessivecompulsive disorder comorbidity. Expert Opin Pharmacother. 2014;15(17):2543-2552.
22. Meszaros G, Horvath L, Balazs J. Selfinjury and externalizing pathology: a systematic literature review. BMC Psychiatry. 2017;17(1):160.
23. de Kloet L, Starling J, Hainsworth C, et al. Risk factors for selfharm in children and adolescents admitted to a mental health inpatient unit. Aust N Z J Psychiatry. 2011;45(9):749-755.
24. Bentley K, CassielloRobbins C, Vittorio L, et al. The association between nonsuicidal selfinjury and the emotional disorders: a metaanalytic review. Clin Psychol Rev. 2015;37:72-88.
25. Ward J, Curran S. Selfharm as the first presentation of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents. Child Adolesc Ment Health. 2021;26(4):303-309.
26. Farkas BF, Takacs ZK, Kollárovics N, et al. The prevalence of selfinjury in adolescence: a systematic review and metaanalysis. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2024;33(10):3439-3458.

Další literatura u autora a na www.psychiatriepropraxi.cz

Farmakokinetické aspekty dlouhodobě působících antipsychotik 2. generace

MUDr. Martin Hýža, Ph.D.[1,2], MUDr. Tomáš Skřont[1,2]
[1]Psychiatrická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava
[2]Katedra klinických neurověd, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita

Dlouhodobě působící injekční antipsychotika druhé generace postupně doplňují portfolio přípravků k léčbě schizofrenie. První preparát (risperidon mikrosféry) byl schválen FDA už v roce 2003, poslední (aripiprazol monohydrát 1× za 2 měsíce) až v loňském roce. Výhodou oproti první generaci je zejména lepší snášenlivost, ale i možnost ovlivnění afektivních a dalších příznaků. Nově pak jsou dostupné i preparáty s delším intervalem aplikací (2 nebo 3 měsíce). LAI antipsychotika 2. generace mají lépe definované farmakokinetické profily a většinou nevyžadují p. o. suplementaci, což posouvá možnosti jejich použití do časnějších fází léčby psychotických epizod. V současné době je v ČR k dispozici celkem 6 preparátů, které se vzájemně liší technologií výroby LAI formy. Článek shrnuje farmakokinetická specifika jednotlivých preparátů.

Klíčová slova: atypická antipsychotika, dlouhodobě působící injekce, farmakokinetika, schizofrenie, plazmatické hladiny.

Pharmacokinetic aspects of the second generation long acting injectable antipsychotics

Second generation long acting injectable antipsychotics supply gradually the portfolio of the agents available for the treatment of schizophrenia. The first preparation (risperidon microspheres) has been approved by FDA already in 2003, the last one (aripiprazol monohydrate once in two months) even in the last year. Compared to the first generation their great advantage is in better tolerability and the potential to improve affective symptoms among others. Recently new preparations with longer interval (2 or 3 months) have been introduced. Second generation LAI antipsychotics are characterized with more precisely defined pharmacokinetic profiles and mostly they don´t require p. o. supplementation. These properties shift the potential use towards earlier phases of treatment of psychotic episodes. Currently 6 types of atypical LAI antipsychotics are available which differ in technology of manufacturing. The presented article summarizes the characteristics of individual preparations.

Key words: atypical antipsychotics, long acting injections, pharmacokinetics, schizophrenia, plasma levels.

Úvod

Antipsychotika 2. generace, častěji nazývaná atypická z důvodu menšího výskytu (dříve běžných, „typických") motorických nežádoucích účinků, jsou první volbou při léčbě pacientů se schizofrenií, s jinými psychotickými poruchami a přídatnou léčbou v řadě dalších situací. Oproti první generaci mají několik výhod, zejména z hlediska snášenlivosti. V návaznosti na uvádění p. o. forem na trh od 90. let 20. století začal také vývoj dlouhodobě působících – LAI (long acting injectables) forem; z důvodu absence

DECLARATIONS:

Declaration of originality:
The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Conflict of interest and financial disclosures:
None.

Funding/Support:
None.

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2025;26(3):151-155
https://doi.org/10.36290/psy.2025.025
Článek přijat redakcí: 15. 3. 2025
Článek přijat k tisku: 30. 6. 2025

MUDr. Martin Hýža, Ph.D.
martin.hyza@fno.cz

hydroxylové skupiny v molekule však nebyla možná klasická technologie používaná u 1. generace, tedy esterifikace s mastnými kyselinami a mísení s rostlinnými oleji. Historicky prvním se tak stal risperidon využívající technologii mikrosfér (2003), následoval olanzapin pamoát a paliperidon palmitát (2009) a konečně aripiprazol monohydrát (2013). Další vývoj pak přinesl formy s možností aplikace 1× za 2, 3 nebo dokonce 6 měsíců.

Na rozdíl od antipsychotik 1. generace bylo v případě atypických preparátů využito několika nových technologií. Léčiva jsou aplikována jako suspenze; v závislosti na hydrolytické stabilitě jsou přímo připraveny k použití („ready-to-use") (paliperidon palmitát, risperidon mikrosféry) nebo jsou dodávány jako lyofilizovaný prášek a rozpouštědlo pro rekonstituci (aripiprazol monohydrát, olanzapin pamoát). Ve srovnání se staršími olejovými injekcemi (antipsychotika 1. generace) jsou novější vodné roztoky spojeny s méně častou a méně závažnou bolestí v místě vpichu (1).

V případě LAI antipsychotik druhé generace se více zdůrazňuje význam místa aplikace. Intramuskulární injekci lze aplikovat buďto do m. gluteus, nebo m. deltoideus. Uvolňování léčiva z místa vpichu je závislé na krevním průtoku daným svalem. Ten byl ve studii se zdravými dobrovolníky o 19 % vyšší v m. deltoideus oproti m. gluteus (2). Proto mají být první dvě aplikace paliperidon palmitátu aplikovány do m. deltoideus; olanzapin pamoát a aripiprazol monohydrát 960 mg a 720 mg výhradně do m. gluteus; v ostatních případech na místě aplikace tolik nezáleží, v jednotlivých případech ale mohou být klinicky významné (1) – tehdy je vhodné kontrolovat plazmatické hladiny.

Obecným farmakokinetickým charakteristikám LAI antipsychotik se věnuje první díl článku (33). V ČR jsou k dispozici celkem 4 atypická antipsychotika ve formě LAIs; pokud připočteme formy s délkou intervalu aplikací delší než 1 měsíc, pak máme dohromady 6 preparátů, o kterých jednotlivě pojednává následující text. Farmakokinetické parametry pak přehledně zobrazuje tabulka 1.

Upozorňujeme na zvláštnost termínu biologický poločas, který je zde odvozen od rychlosti absorpce, nikoliv eliminace; v dalším textu je tedy vždy myšlen tento tzv. zdánlivý („apparent") biologický poločas, není-li uvedeno jinak (např. v případě risperidonu mikrosféry).

Risperidon mikrosféry

První atypické antipsychotikum ve formě dlouhodobě působících injekcí (byl schválen FDA v r. 2003); vyrobeno jako vodní suspenze mikrosfér risperidonu opouzdřeného v 7525 poly-D,L-laktid-ko-glykolidu (PLGA) (3). Uvolňování risperidonu do systémové cirkulace však ve významné míře začíná až 3 týdny po aplikaci a většina je uvolněna mezi týdny 4 až 6 (4). Má být aplikován do deltoidní nebo gluteální oblasti, obě vykazují podobné hodnoty v biologické dostupnosti léčiva. Vrcholu plazmatické hladiny je dosaženo po 4 týdnech a biologický poločas je 3–6 dnů (5). Rovnovážných koncentrací je dosaženo po cca 4 aplikacích, tj. po 8 týdnech. Risperidon mikrosféry vykazuje trifázický profil uvolňování: v průběhu iniciální fáze „exploze" je uvolněno malé množství látky (< 1 % – z povrchu mikrosfér), následováno 3 týdny „zpoždění" s minimálním uvolňováním (6). Tento čas je nutný pro narušení povrchu mikrosfér. Hlavní fáze uvolňování pak začíná od 3 týdnů dále, pokračuje do 6 týdnů a klesá po 7 týdnech od i. m. aplikace (7). Uváděný biologický poločas, který reprezentuje rychlost absorpce v prvních dvou fázích (tzv. „single-shot kinetics"), má tedy jen malou klinickou využitelnost (6). Po ukončení aplikace jsou účinné plazmatické hladiny přítomny ještě 4–5 týdnů. A také vliv změny dávky nebo jejich vynechání se projeví až se zpožděním asi 4 týdnů (3). Suplementace p. o. risperidonem nebo jiným antipsychotikem je doporučena po 3 týdny od zahájení léčby. Z farmakokinetických dat ale vyplývá, že doporučená 3týdenní perioda suplementace je minimem a v praxi může být potřebné podávat v p. o. formě až po 6 týdnů od první aplikace (do dosažení rovnovážného stavu) (8). Doporučená udržovací dávka je 25 mg každé 2 týdny, s možností titrace na 37,5 nebo

Tab. 1. *Farmakokinetické charakteristiky dlouhodobě působících antipsychotik 2. generace*

	Obvyklé dávkování	Suplementace p. o.	Ekvivalent p. o. dávky	Zdánlivý biologický poločas	Doba do dosažení maximální plazmatické koncentrace	Doba do dosažení rovnovážného stavu
Risperidon mikrosféry	25–50 mg každé 2 týdny	3 týdny	25 mg jednou za 2 týdny odpovídá 4 mg denně p. o.	3–6 dnů (v praxi omezeně použitelný)	4 týdny	8 týdnů
Paliperidon palmitát 1× měsíčně	75–150 mg každé 4 týdny	Ne (schéma rychlé titrace)	75 mg jednou měsíčně odpovídá dávce paliperidonu 6 mg/d	25–49 dnů	13 dní	8–9 měsíců
Paliperidon palmitát 1× za 3 měsíce	263–525 mg každé 4 týdny	Ne (vždy převod z PP 1× měsíčně)	— (3,5násobek PP 1× měsíčně)	84–95 dnů (deltoideus), 118–139 dnů (gluteus)	30–33 dní	15 měsíců
Olanzapin pamoát	300 mg co 4 týdny až 300 mg co 2 týdny (viz dávkovací schéma)	Není nutná (vyšší dávky v prvních 8 týdnech)	20 mg/d odpovídá dávce 300 mg co 2 týdny	30 dnů	2–6 dnů	3 měsíce
Aripiprazol monohydrát 1× měsíčně	400 mg každé 4 týdny	2 týdny, nebo metoda rychlé titrace	15–20 mg denně p. o. odpovídá 400 mg 1× měsíčně	46,5 dní	4 dny (deltoideus), 5–7 dnů (gluteus)	3 měsíce
Aripiprazol monohydrát 1× za 2 měsíce	960 mg každých 8 týdnů nebo 720 mg každých 8 týdnů	2 týdny, nebo metoda rychlé titrace, nebo převod z AM 1× měsíčně	15–20 mg denně p. o. odpovídá 960 mg 1× měsíčně	28 dní	32–41 dnů	6 měsíců

Abilify Maintena® 960 mg

Více času na život



1× ZA 2 MĚSÍCE

Abilify Maintena® 960MG

aripiprazol v injekci s prodlouženým uvolňováním

ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU: Abilify Maintena 720 mg injekční suspenze s prodlouženým uvolňováním v předplněné injekční stříkačce. Abilify Maintena 960 mg injekční suspenze s prodlouženým uvolňováním v předplněné injekční stříkačce. LÉČIVÁ LÁTKA: Abilify Maintena 720 mg: Jedna předplněná injekční stříkačka obsahuje 720 mg aripiprazolu ve 2,4 ml. Abilify Maintena 960 mg: Jedna předplněná injekční stříkačka obsahuje 960 mg aripiprazolu ve 3,2 ml. INDIKACE: Přípravek Abilify Maintena je indikován k udržovací léčbě schizofrenie u dospělých pacientů stabilizovaných pomocí perorálně podávaného aripiprazolu. DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ: U pacientů, kteří nikdy neužívali aripiprazol, musí být před zahájením léčby pomocí Abilify Maintena zjištěna snášenlivost perorálně podávaného aripiprazolu. Přípravek Abilify Maintena je určen pouze k intramuskulárnímu podání a nesmí se podávat intravenózně nebo subkutánně. Počáteční režim: Při přechodu z podávání přípravku Abilify Maintena 400 mg jednou měsíčně se doporučuje podat přípravek Abilify Maintena 960 mg nejdříve za 26 dní po poslední injekci přípravku Abilify Maintena 400 mg. Přípravek Abilify Maintena 960 mg se má podávat jednou za 2 měsíce (každých 56 dní). Počáteční dávku lze podat jedním z následujících dvou režimů: Zahájení jednou injekcí: V den zahájení léčby po perorální terapii má být podána jedna injekce přípravku Abilify Maintena 960 mg a pokračuje se v léčbě perorálním aripiprazolem v dávce 10 až 20 mg denně po dobu 14 dní, aby se udržela terapeutická koncentrace aripiprazolu dosažená při zahájení léčby. Zahájení dvěma injekcemi: V den zahájení léčby po perorální terapii se do různých míst podá jedna injekce přípravku Abilify Maintena 960 mg (viz způsob podání v SmPCs) a jedna injekce přípravku Abilify Maintena 400 mg, spolu s jednou 20mg dávkou perorálně podávaného aripiprazolu. Suspenze se má aplikovat pomalu v jedné injekci do hýžďového nebo deltového svalu (dávky se nesmí dělit). Je třeba dbát na to, aby se injekce náhodně neaplikovala do cévy. Pokud má být léčba zahájena dvěma injekcemi, aplikujte je do dvou různých míst ve dvou různých svalech. Neaplikujte obě do stejného hýžďového svalu. Po zahájení injekční léčby je doporučená udržovací dávka jedna injekce přípravku Abilify Maintena 960 mg každý druhý měsíc. Přípravek Abilify Maintena 960 mg aplikujte jednou za dva měsíce formou jednorázové injekce 56 dní po předchozí injekci. Pokud se při podávání dávky přípravku Abilify Maintena 960 mg vyskytnou nežádoucí účinky, je třeba zvážit snížení dávky na přípravek Abilify Maintena 720 mg jednou za dva měsíce. Pokud je pacient pomalým metabolizátorem CYP2D6, viz SmPC. Starší osoby: Bezpečnost a účinnost u pacientů ve věku 65 let a starších nebyla stanovena. Porucha funkce ledvin: Úprava dávky se nevyžaduje. Porucha funkce jater: U pacientů s lehkou až středně těžkou poruchou funkce jater se nevyžaduje úprava dávky. 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 metabolismem CYP2D6 a úpravy dávky z důvodu interakcí se silnými inhibitory CYP2D6 a/nebo inhibitory CYP3A4 a/nebo induktory 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 na kteroukoli 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 po celou dobu tohoto období. Abilify Maintena se nesmí používat při ošetřování pacientů ve stavu akutní agitovanosti nebo těžké psychózy, kdy je okamžitě nutno dostat příznaky pod kontrolu. Výskyt sebevražedného chování byl v některých případech hlášen časně po zahájení nebo změně antipsychotické léčby, vysoce rizikoví pacienti mají být důkladně sledováni. Přípravek se má používat s opatrností u pacientů se známým kardiovaskulárním onemocněním, s cerebrovaskulárním onemocněním, se stavy, které by mohly pacienty predisponovat k hypotenzi nebo hypertenzi, s prodloužením QT intervalu v rodinné anamnéze, u pacientů, kteří mají záchvatovité onemocnění v anamnéze nebo mají stavy provázené epileptickými záchvaty. Ezofageální dysmotilita a aspirace byly pozorovány ve spojení s aripiprazolem. Aripiprazol 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 aripiprazolem byly hlášeny méně často. Pokud se u pacienta užívajícího 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 aripiprazolem hlášeny vzácné případy neuroleptického maligního syndromu (NMS). Objeví-li se u pacienta známky a příznaky příznačné pro NMS nebo nevysvětlitelná vysoká horečka bez dalších klinických projevů NMS, podávání všech antipsychotik, včetně aripiprazolu musí být přerušeno. Přípravek může způsobit somnolenci, posturální hypotenzi a motorickou a senzorickou nestabilitu, což může vést k pádům. Při léčbě rizikovějších 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 aripiprazolem byla zaznamenána hyperglykemie. Pacienti mají být sledováni kvůli známkám a příznakům hyperglykemie a pacienti s diabetem mellitem nebo s faktory rizikovými pro diabetes mellitus mají být pravidelně sledováni z hlediska možného zhoršení glukózové tolerance. U aripiprazolu se mohou objevit hypersenzitivní reakce, vyznačující se alergickými příznaky. Během postmarketingového sledování bylo u pacientů, kterým byl předepsán perorálně užívaný aripiprazol, zaznamenáno zvýšení tělesné hmotnosti. Pokud k němu dojde, je obvykle spojeno s významnými rizikovými faktory. Pacienti mohou při užívání aripiprazolu pociťovat větší nutkání, zejména k hazardnímu hraní, a neschopnost tato nutkání kontrolovat. Jiná hlášená nutkání zahrnují: zvýšená sexuální nutkání, komplulzivní nakupování, záchvatovité nebo kompulzivní 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 nutkání. Pokud se u pacienta při užívání aripiprazolu rozvinou taková nutkání, 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. Tento léčivý přípravek obsahuje méně než 1 mmol (23 mg) sodíku v jedné dávce, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku". INTERAKCE: Aripiprazol může zvyšovat účinek některých antihypertenziv. Vzhledem k primárnímu účinku aripiprazolu na centrální nervový systém (CNS) je zapotřebí věnovat zvýšenou pozornost, pokud je aripiprazol podáván v kombinaci s alkoholem nebo jinými léčivými přípravky působícími na CNS, které mají podobné nežádoucí účinky. Pokud je aripiprazol 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 induktorů CYP3A4 není vhodné, protože se snižují hladiny aripiprazolu v krvi a mohou se snížit až pod účinnou mez. U pacientů užívajících aripiprazol byly hlášeny případy serotoninového syndromu; může se objevit zejména při současném užívání s jinými serotonergními léčivými přípravky, jako jsou selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu/norepinefrinu (SSRI/SNRI), nebo s jinými léčivými přípravky, o kterých je známo, že zvyšují koncentrace aripiprazolu. FERTILITA, TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ: Přípravek Abilify Maintena má být u žen plánujících těhotenství používán, pouze pokud je to nezbytně nutné. 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. Aripiprazol/metabolity se vylučují do mateřského mléka. Pacientky, které jsou v současné době léčené nebo které byly léčené přípravkem Abilify Maintena v posledních 34 týdnech, nemají kojit. NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY: Další informace, viz úplné znění Souhrnu údajů o přípravku. Časté (≥ 1/100 až < 1/10): zvýšení tělesné hmotnosti, diabetes mellitus, snížení tělesné hmotnosti, agitovanost, úzkost, neklid, insomnie, extrapyramidová porucha, akatizie, tremor, dyskineze, sedace, somnolence, závrať, bolest hlavy, sucho v ústech, muskuloskeletální ztuhlost, erektilní dysfunkce, bolest v místě injekce, indurace v místě injekce, únava, zvýšená kreatinfosfokináza v krvi. Méně časté (≥ 1/1 000 až < 1/100): neutropenie, anemie, trombocytopenie, snížený počet neutrofilů, snížený počet leukocytů, hypersenzitivita, snížená hladina prolaktinu v krvi, hyperprolaktinemie, hyperglykemie, hypercholesterolemie, hyperinzulinemie, hyperlipidemie, hypertriglyceridemie, porucha chuti k jídlu, sebevražedná představa, psychotická porucha, halucinace, blud, hypersexualita, panická reakce, deprese, afektivní labilita, apatie, dysforie, porucha spánku, bruxismus, snížené libido, změněná nálada, dystonie, tardivní dyskineze, parkinsonismus, porucha pohybu, psychomotorická hyperaktivita, syndrom neklidných nohou, fenomén ozubeného kola, hypertonie, bradykineze, slinění, dysgeuzie, parosmie, okulogyrická krize, rozmazané vidění, bolest oka, diplopie, fotofobie, komorové extrasystoly, 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, diarea, nauzea, bolest v epigastriu, břišní diskomfort, obstipace, časté vyprazdňování střev, hypersekrece slin, abnormální funkční jaterní test, zvýšené jaterní enzymy, zvýšená alaninaminotransferáza, zvýšená gamaglutamyltransferáza, zvýšený bilirubin v krvi, zvýšená aspartátaminotransferáza, alopecie, akné, rosacea, ekzém, kožní indurace, svalová rigidita, svalové spasmy, svalové fascikulace, tuhost svalů, myalgie, bolest v končetině, artralgie, bolest zad, omezená kloubní hybnost, rigidita šíje, 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 glykosilovaný hemoglobin, zvýšený obvod pasu, snížený cholesterol v krvi, snížené triacylglyceroly v krvi. Není známo (z dostupných údajů nelze určit): leukopenie, alergická reakce (např. anafylaktická reakce, angioedém, včetně oteklého jazyka, edému jazyka, edému obličeje, pruritu nebo kopřivky), diabetické hyperosmolární koma, diabetická ketoacidóza, anorexie, snížená chuť k jídlu, hyponatremie, dokonaná sebevražda, sebevražedný pokus, patologické hráčství, impulzivní poruchy, záchvatovité přejídání se, kompulzivní nakupování, poriománie, nervozita, agresivita, neuroleptický maligní syndrom, generalizovaný tonicko-klonický záchvat, serotoninový syndrom, porucha řeči, náhlá smrt, srdeční zástava, torsades de pointes, komorová arytmie, QT prodloužení, synkopa, venózní embolizace (včetně plicní embolie a hluboké žilní trombózy), orofaryngeální spasmus, laryngospasmus, aspirační pneumonie, pankreatitida, dysfagie, selhání jater, ikterus, hepatitida, zvýšená alkalická fosfatáza, vyrážka, fotosenzitivní reakce, hyperhidróza, léková reakce s eozinofilií a systémovými příznaky (DRESS), rhabdomyolýza, močová retence, močová inkontinence, syndrom z vysazení léků u novorozenců, priapismus, porucha termoregulace (hypotermie, pyrexie), bolest na hrudi, periferní otok, kolísání hladiny glukózy v krvi. PŘEDÁVKOVÁNÍ: Specifické antidotum proti aripiprazolu neexistuje. Při léčbě předávkování je vhodné zaměřit se na podpůrnou péči a zajistit pečlivý lékařský dohled a monitorování. Zajistěte dostatečné dýchací cesty, zásobení kyslíkem a ventilaci. Monitorujte srdeční rytmus a vitální funkce. Nasaďte podpůrnou a symptomatickou léčbu. Vhodná jsou všeobecná opatření využívaná k léčbě předávkování jakýmkoli léčivým přípravkem. Při volbě léčby a formy zotavení je třeba vzít v úvahu dlouhodobé působení léčivého přípravku a dlouhý eliminační poločas aripiprazolu. Případné nežádoucí účinky prosím hlaste na: Otsuka Pharmaceuticals Europe Ltd prostřednictvím e-mailové adresy: vigilance@otsuka-europe.com. UCHOVÁVÁNÍ: Chraňte před mrazem. VELIKOST BALENÍ: Injekční suspenze s prodlouženým uvolňováním v předplněné injekční stříkačce o objemu 2,4 ml; 3,2 ml. DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI: Otsuka Pharmaceutical Netherlands B.V., Herikerbergweg 292, 1101 CT, Amsterdam, Nizozemsko REGISTRAČNÍ ČÍSLA: EU/1/13/882/009–010. DATUM REGISTRACE: 25. března 2024. DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU: 21. června 2024. DATUM POSLEDNÍ REVIZE ZKRÁCENÉ INFORMACE: květen 2025. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravky Abilify Maintena 960 mg injekční suspenze s prodlouženým uvolňováním v předplněné injekční stříkačce a Abilify Maintena 720 mg injekční suspenze s prodlouženým uvolňováním v předplněné injekční stříkačce jsou hrazeny 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

Otsuka

Lundbeck

CZ-ASMT-00041/06/2025

50 mg každé 2 týdny, ale Meyer (9) uvádí i možnou potřebu aplikovat 75 mg jednou za 2 týdny u některých pacientů. Ekvivalent risperidonu mikrosféry 25 mg co 2 týdny je 2 mg denně p. o. (9, 10), ale SmPC uvádí ekvivalent dvojnásobný – dávkám ≤ 4 mg/d odpovídá 25 mg co 2 týdny, vyšší dávky pak doporučuje převést na 37,5 mg co 2 týdny (11). Hlavní cestou metabolismu je hydroxylace pomocí CYP2D6, vzniká aktivní metabolit 9-OH-risperidon neboli paliperidon.

Paliperidon palmitát 1× měsíčně

Jedná se o dlouhodobě působící esterifikovanou formu paliperidonu. Byl schválen FDA v roce 2009. Je vyráběn jako vodní suspenze nanočástic, druhá dlouhodobě působící injekce na bázi krystalů. Paliperidon palmitát je téměř nerozpustný ve vodě; proto se jen pomalu rozpouští v místě i. m. injekce (deltoidní nebo gluteální sval) a je následně rychle hydrolyzován, přičemž se uvolňuje samotný paliperidon. Technologie umožňuje začátek uvolňování okamžitě po aplikaci. Maximálních koncentrací je dosaženo průměrně za 13 dní (12), v plazmě přetrvává asi 18 týdnů. Zdánlivý biologický poločas 25–49 dní umožňuje aplikaci 1× měsíčně. Doporučená iniciální dávka je 150 mg v den 1 a 100 mg v den 8 ± 4 dny; obě dávky mají být aplikovány do deltoidního svalu, který je lépe vaskularizován (13). Tento režim vede k současnému uvolňování léčiva ze dvou míst a tudíž k rychlejšímu nárůstu účinných plazmatických hladin bez potřeby p. o. suplementace. Při aplikaci do deltoideu byly plazmatické hladiny o 28 % vyšší, přestože v rovnovážném stavu pak nejsou významné rozdíly v obou studovaných místech aplikace (14). Rovnovážného stavu je dosaženo po 8–9 měsících od úvodní aplikace (15). Doporučená iniciální dávka pro udržovací léčbu je 75 mg, s možným rozmezím 25–150 mg. Je možná aplikace ± 7 dní okolo plánovaného termínu (tj. za 3–5 týdnů od předchozí aplikace) (13). V případě zmeškaných dávek po > 6 týdnech, ale ≤ 6 měsících mají být aplikovány dvě injekce po 1 týdnu a dále původní udržovací dávka; je-li zpoždění větší než 6 měsíců, opakuje se iniciální režim (16). Ekvivalent 6 mg paliperidonu denně p. o. je 75 mg 1× měsíčně. Tato dávka odpovídá 3 (17) nebo 4 (9) mg p. o. risperidonu denně. Převod z risperidonu mikrosfér je jednoduchý (x2), ale přesnější je použít TDM, je-li dostupné. Přitom použijeme vzorec: plazmatická hladina = 0,2566 × měsíční dávka paliperidon palmitátu (18). Poměr koncentrací c_{max}/c_{min} při aplikaci 150 mg/4 týdny je 1,8 u gluteální aplikace a 2,2 u deltoidní aplikace (7). To může být argumentem pro upřednostnění gluteální aplikace v udržovací fázi léčby.

Paliperidon je primárně vylučován ledvinami. V případě mírné dysfunkce (CrCl 50–79 ml/min) je celková clearance snížena asi o 32 %, při střední až závažné dysfunkci (CrCl < 50 ml/min) není užití paliperidonu doporučeno (19). Je doporučeno se vyhnout současnému podávání se silnými induktory CYP3A4 a/nebo P-gp. Naopak při podávání inhibitorů P-gp může být nutná redukce dávky (7).

Paliperidon palmitát 1× za 3 měsíce

Využívá stejné technologie jako preparát k aplikaci 1× měsíčně; pouze s větší velikostí částic a dvojnásobnou koncentrací. Doporučena je aplikace do deltoidního nebo gluteálního svalu (20). Větší velikost částic (tudíž menší poměr povrchu ku objemu) prodlužuje uvolňování paliperidonu, což dovoluje aplikaci jednou za 3 měsíce (21). Maximálních koncentrací je dosaženo 30–33 dnů po aplikaci (20), ale je uváděn i rozptyl 24–34 dnů při aplikaci do m. deltoideus nebo 23–31 dnů při aplikaci do m. gluteus (1). Biologický poločas se pohybuje mezi 84 a 95 dny při aplikaci do deltoideu resp. 118–139 dny při aplikaci do gluteu (20). Tříměsíční injekce může být aplikována u pacientů adekvátně léčených paliperidonem palmitát 1× měsíčně po dobu nejméně 4 měsíců (kvůli dosažení rovnovážného stavu), přičemž dvě poslední dávky byly stejné. Tříměsíční paliperidon palmitát dosahuje oproti formě aplikované 1× měsíčně nižší maximální plazmatické hladiny, ale stejné plochy pod křivkou (AUC) proporcionální k dávce (1). K rovnovážnému stavu dojde při aplikaci co 3 měsíce až po 15 měsících (od poslední změny dávky). Dávky při aplikaci 1× za 3 měsíce mají být 3,5násobkem dávek při aplikaci 1× měsíčně. Obvykle tedy aplikujeme dávky 263, 350 nebo 525 mg. Je možná variabilita v termínech aplikace ± 2 týdny, tj. 10–14 týdnů od předchozí. V případě zmeškané dávky ≤ 4 měsíců je doporučeno pokračovat v původním dávkování. Pokud je proluka delší než 4 měsíce a ≤ 9 měsíců, zahájíme iniciální dávkovací režim PP1M s dávkami odvozenými od posledního podávání PP3M. Pokud je léčba vynechána na > 9 měsíců, zahajujeme také iniciální režim PP1M a aplikujeme dále nejméně po 4 měsíce (20).

Nová léková forma paliperidonu, jež dovoluje aplikaci 1× za 6 měsíců, je v ČR registrovaná, ale zatím není dostupná.

Olanzapin pamoát

Byl schválen FDA v r. 2009. Je vytvořen ze špatně rozpustné soli kyseliny pamoové a olanzapinu, rozmíchané ve vodném roztoku pro aplikaci do gluteálního svalu (22). Jedná se o první preparát na bázi krystalů. Po aplikaci do svalu se sůl pomalu rozpouští v intramuskulární tekutině; přijde-li do kontaktu s krví (při zasažení cévy), rozpouští se rychleji v průběhu minut až hodin, což vede k supraterapeutickým koncentracím (22). Příznaky pak odpovídají předávkování olanzapinem, stav je označován jako post-injekční deliriózně-sedativní syndrom (PDSS). Objevuje se u asi 1,4 % pacientů a 0,07 % aplikovaných injekcí a začíná 0–300 minut (medián 25 minut) po aplikaci (23). Riziko PDSS vyžaduje monitoring nejméně 3 hodiny po každé aplikaci (24). Maximální plazmatické hladiny jsou dosaženy po 2–6 dnech, biologický poločas je 30 dnů. Rovnovážného stavu je dosaženo asi za 3 měsíce (7). Počáteční dávky se pohybují od 210 mg co 2 týdny nebo 405 mg každé 4 týdny (což odpovídá 10 mg denně p. o.) po 300 mg co 2 týdny (odpovídá 15–20 mg denně p. o.) (24). P. o. suplementace není nutná, přestože hladiny mohou po první dávce klesnout (25). V případě dávkování co 2 týdny jsou minimální koncentrace asi poloviční oproti maximálním; při dávkování co 4 týdny jsou nižší asi o 75 % (8). V rozhodování o intervalu aplikace může hrát roli i riziko vzniku PDSS: při aplikaci co 4 týdny lze riziko snížit o 50 % (ve srovnání s aplikací co 2 týdny). Vliv kouření a pohlaví na změny hladin (nižší hladiny u mužů/kuřáků) je méně výrazný ve srovnání s olanzapinem p. o. (22). Po 8 týdnech pokračujeme v podávání udržovací (nižší) dávky podle tabulky ekvivalence. Jednoduchá metoda přepočtu je dělení síly injekce intervalem ve dnech – např. 210 mg/14 dnů odpovídá cca 15 mg/d (8).

V metabolismu olanzapinu se uplatňuje přímá glukuronidace a oxidace zprostředkovaná CYP1A2 a 2D6 a flavin-obsahující monooxygenázový systém. Nebyla popsána snížená clearance u pacientů s deficitní funkcí CYP2D6 (7).

Aripiprazol monohydrát 1× měsíčně

Schválen byl FDA v r. 2013. Je distribuován jako lyofilizovaný prášek v dávkách 300 nebo 400 mg (v ČR je dostupná pouze síla 400 mg). Před aplikací vytvoří vodní suspenzi v připravené dvoukomorové jehle. Může být administrován do deltoidní nebo gluteální oblasti. Díky nízké rozpustnosti je pomalu absorbován do systémové cirkulace. Aktivita je primárně funkcí mateřské látky, ale svou roli hraje i aktivní metabolit, dehydro-aripiprazol. Ten tvoří asi 29 % plazmatické hladiny mateřské látky. Maximální koncentrace je dosaženo během 4 dnů po deltoidní aplikaci nebo během 5–7 dnů po gluteální aplikaci (26). Zdánlivý biologický poločas je 29,9 dne pro dávku 300 mg měsíčně a 46,5 dne pro dávku 400 mg měsíčně (26, 27). Rovnovážného stavu je pak dosaženo po čtvrté aplikaci. Doporučena je p. o. suplementace 2 týdny po první aplikaci. Doporučená dávka je 400 mg co 4 týdny, její p.o. ekvivalent je 15–20 mg denně (28). V případě zmeškaných aplikací u 2. nebo 3. injekce (zpoždění více než 1 týden) je opět nutné nasadit 14denní p. o. suplementaci, po 4. a dalších je suplementace nutná až po 2 týdnech zpoždění. Novější způsob rychlé titrace spočívá v aplikaci dvou injekcí à 400 mg do dvou různých míst a jednorázové podání 20 mg aripiprazolu p. o. Poté není nutné dále suplementovat p. o. Aripiprazol podléhá metabolismu zapojením izoenzymů 2D6 a 3A4 (26).

Aripiprazol monohydrát 1× za 2 měsíce

Zatím posledním schváleným antipsychotikem ve formě LAI je aripiprazol ve formě injekcí aplikovaných jednou za 2 měsíce. K jeho uvedení na trh došlo v roce 2024, schválen byl v síle 720 a 960 mg, a od června 2025 jsou v ČR dostupné obě zmíněné. Vykazuje lineární kinetiku, rovnovážného stavu je dosaženo po 4. dávce (29). Maximální plazmatická hladina je dosažena 2×: první vrchol nastane 7. den po aplikaci a druhý pak v rozmezí 32.–41. dne (30). Díky nízké rozpustnosti partikulí je prodloužené uvolňování a možná aplikace 1× za 2 měsíce. Injekce má být aplikována do m. gluteus. Biologický poločas je 28 dní (31).

Dvouměsíční injekce může být použita i u pacientů, kteří nebyli nikdy léčeni 1měsíčním aripiprazolem, a to při použití metody rychlé titrace – aplikace 1měsíční i 2měsíční injekce zároveň do dvou různých míst a podání 1 tablety aripiprazolu 20 mg. Alternativně aplikujeme 2měsíční injekci a 2 týdny suplementujeme aripiprazolem p. o. (10–20 mg denně) (29). Při pravidelném užívání co 8 týdnů je tolerance ± 2 týdny bez významného kolísání plazmatických hladin. Při zmeškané dávce, pokud neuplynulo od posledního podání více než 14 týdnů, aplikujeme co nejdříve a pokračujeme v obvyklém intervalu 1× za 8 týdnů. Uplynulo-li více než 14 týdnů, je nutná titrace podle schématu výše jako při iniciální dávce 2měsíční injekce (29).

Závěr

Dlouhodobě působící injekční antipsychotika snižují riziko rehospitalizací o 20–30 % ve srovnání s p. o. preparáty (1). Antipsychotika 2. generace ve formě dlouhodobě působících injekcí spojují farmakodynamické výhody novějších preparátů (v účinnosti i snášenlivosti) a farmakokinetické výhody dlouhodobě působících injekcí. Vývoj nových preparátů navíc přináší další žádoucí zjednodušení v možnosti prodloužení intervalu aplikace, který sám o sobě prodlužoval dobu do relapsu či hospitalizace (32). Ve srovnání s LAI preparáty první generace mají dobře definované farmakokinetické profily, což činí predikci plazmatických hladin (při nedostupnosti TDM) mnohem přesnější. U většiny preparátů je pak i možnost rychlé titrace bez potřeby p. o. suplementace (s rizikem non-adherence), což dále posouvá možnosti jejich použití pro včasnější fáze léčby psychotických epizod.

LITERATURA

1. Jann MW, Penzak SR. Long-Acting Injectable Second-Generation Antipsychotics: An Update and Comparison Between Agents. CNS Drugs. 2018;32(3):241-57.
2. Evans EF, Proctor JD, Fratkin MJ, et al. Blood flow in muscle groups and drug absorption. Clin Pharmacol Ther. 1975;17(1):44-7.
3. Wilson WH. A visual guide to expected blood levels of long-acting injectable risperidone in clinical practice. J Psychiatr Pract. 2004;10(6):393-401.
4. Gharabawi GM, Gearhart NC, Lasser RA, et al. Maintenance therapy with once-monthly administration of long-acting injectable risperidone in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: a pilot study of an extended dosing interval. Ann Gen Psychiatry. 2027;6(1):3. Dostupné z: https://doi.org/10.1186/1744-859X-6-3.
5. Gefvert O, Eriksson B, Persson P, et al. Pharmacokinetics and D2 receptor occupancy of long-acting injectable risperidone (Risperdal Consta) in patients with schizophrenia. Int J Neuropsychopharmacol. 2005;8(1):27-36.
6. Lee LHN, Choi C, Collier AC, et al. The Pharmacokinetics of Second-Generation Long-Acting Injectable Antipsychotics: Limitations of Monograph Values. CNS Drugs. 2015;29(12):975-83.
7. Correll CU, Kim E, Sliwa JK, et al. Pharmacokinetic Characteristics of Long-Acting Injectable Antipsychotics for Schizophrenia: An Overview. CNS Drugs. 2021;35(1):39-59. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7873121/.
8. Haddad P, Lambert T, Lauriello J, editoři. Antipsychotic Long-acting Injections. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 2016. 400 s.
9. Meyer JM. Understanding depot antipsychotics: an illustrated guide to kinetics. CNS Spectr. prosinec 2013;18 Suppl 1:58–67; quiz 68.
10. Eerdekens M, Van Hove I, Remmerie B, et al. Pharmacokinetics and tolerability of long-acting risperidone in schizophrenia. Schizophr Res. 2004;70(1):91-100.
11. Risperdal Consta, Souhrn údajů o přípravku, 2021.
12. Cleton A, Rossenu S, Crauwels H, et al. A single-dose, open-label, parallel, randomized, dose-proportionality study of paliperidone after intramuscular injections of paliperidone palmitate in the deltoid or gluteal muscle in patients with schizophrenia. J Clin Pharmacol. 2014;54(9):1048-57.
13. Rossenu S, Cleton A, Hough D, et al. Pharmacokinetic profile after multiple deltoid or gluteal intramuscular injections of paliperidone palmitate in patients with schizophrenia. Clin Pharmacol Drug Dev. 2015;4(4):270-8.
14. Hough D, Lindenmayer JP, Gopal S, et al. Safety and tolerability of deltoid and gluteal injections of paliperidone palmitate in schizophrenia. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2009;33(6):1022–31. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584609001663
15. Samtani MN, Vermeulen A, Stuyckens K. Population pharmacokinetics of intramuscular paliperidone palmitate in patients with schizophrenia: a novel once-monthly, long-acting formulation of an atypical antipsychotic. Clin Pharmacokinet. 2009;48(9):585-600.
16. Xeplion, Souhrn údajů o přípravku, 2015.
17. Citrome L. Long-acting injectable antipsychotics: what, when, and how. CNS Spectr. 2001;26(2):118–29. Available from: https://www.cambridge.org/core/journals/cns-spectrums/article/abs/longacting-injectable-antipsychotics-what-when-and-how/AF3C5EC823C1EF5938340613CD0C38FF.
18. Schoretsanitis G, Spina E, Hiemke C, et al. A systematic review and combined analysis of therapeutic drug monitoring studies for oral paliperidone. Expert Rev Clin Pharmacol. 2018;11(6):625-39.
19. Chue P, Chue J. A review of paliperidone palmitate. Expert Rev Neurother. 2012;12(12):1383–97. Available from: https://doi.org/10.1586/ern.12.137.
20. Trevicta, Souhrn údajů o přípravku, 2014.
21. Ravenstijn P, Remmerie B, Savitz A, et al. Pharmacokinetics, safety, and tolerability of paliperidone palmitate 3-month formulation in patients with schizophrenia: A phase-1, single-dose, randomized, open-label study. J Clin Pharmacol. 2016;56(3):330–9. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jcph.597.
22. Heres S, Kraemer S, Bergstrom RF, et al. Pharmacokinetics of olanzapine long-acting injection: the clinical perspective. Int Clin Psychopharmacol. 2014;29(6):299-312.
23. Bushe CJ, Falk D, Anand E, et al. Olanzapine long-acting injection: a review of first experiences of post-injection delirium/sedation syndrome in routine clinical practice. BMC Psychiatry. 2015;15(1):65. Available from: https://doi.org/10.1186/s12888-015-0450-9.

Další literatura u autora a na www.psychiatriepropraxi.cz

Fenomén sebepoškozování – jak můžeme účinně pomoci? – část 2: Nasměrovat a doprovázet své pacienty k úzdravě

MUDr. Michaela Chmelíková
Péxis – centrum psychosomatické péče, Ústí nad Labem
Soukromá psychoterapeutická praxe v Ústí nad Labem

Tato část textu je věnována zásadám dobrého přístupu k sebepoškozujícím se jedincům a možnostem jejich léčby (psychoterapie, farmakoterapie), tak jak jsou recentně doporučovány v dostupné odborné literatuře a jak se empiricky osvědčují v psychiatrické a psychoterapeutické práci. Důraz je kladen zejména na praktickou využitelnost předkládaných poznatků v běžné ambulantní psychiatrické praxi, zaměřuje se proto především na intervence či edukační zdroje, které můžeme v časově limitovaných podmínkách svým pacientům či jejich blízkým a rodinám přímo poskytnout či doporučit. Jako příklad uceleného konceptu přístupu k sebepoškozujícímu se pacientovi včetně práce s jeho blízkými osobami odkazuje na britské odborné standardy péče. Protože dosud v České republice nemáme k dispozici obdobné doporučené postupy, nabízí přehled některých aktuálních možností, inspiraci a pozvání k tvůrčímu přístupu v péči o pacienty, kteří se na nás obrací.

Klíčová slova: sebepoškozování, spouštěče, svépomocné strategie, alternativy sebepoškození, dialektická behaviorální terapie (DBT), prevence.

The phenomenon of nonsuicidal self-injury – how can we help effectively? – Part 2: Guiding and accompanying our patients towards recovery

This section of the text is dedicated to the principles of effective approaches to individuals who self-harm and to the available treatment options (psychotherapy, pharmacotherapy), as recently recommended in the professional literature and as they have proven effective in psychiatric and psychotherapeutic practice. It places particular emphasis on the practical applicability of the presented knowledge in everyday outpatient psychiatric settings. Therefore, it focuses especially on interventions or educational resources that can be directly offered or recommended to patients, their families, or close ones within time-limited conditions. As an example of a comprehensive approach to patients who self-harm, including work with their families or close persons, it refers to the British clinical guidelines. Since no comparable national recommendations currently exist in the Czech Republic, it provides an overview of selected up-to-date options, inspiration, and an invitation to adopt a creative approach in caring for patients who seek our help.

Key words: self-injury, triggers, self-help strategies, alternatives to self-injury, Dialectical Behavior Therapy (DBT), prevention.

Léčivý postoj

Zkušenosti z praxe ukazují, že postoj odborníka k pacientovi zásadně ovlivňuje kvalitu terapeutického vztahu i míru důvěry, kterou je možné navázat. Zejména u lidí, kteří přicházejí v období psychické zranitelnosti a svěřují se

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 18th 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. 2025;26(3):156-163
https://doi.org/10.36290/psy.2025.026
Článek přijat redakcí: 15. 4. 2025
Článek přijat k tisku: 6. 6. 2025

MUDr. Michaela Chmelíková
psychoterapie.chmelikova@gmail.com

se svým sebepoškozujícím chováním, je citlivý a respektující přístup klíčový. Pro uchopení sebepoškozování jakožto komplexního jevu v bio-psycho-sociálních souvislostech se osvědčuje **fenomenologický způsob nahlížení** – tedy způsob nahlížení na jev tak, jak se ukazuje v subjektivní zkušenosti daného člověka (v tomto případě pacienta). Tento přístup, inspirovaný myšlenkami filozofů, jako byli Kant, Husserl, Jaspers či Heidegger, vede k pozastavení (uzávorkování) vlastních úsudků, teorií a předchozích zkušeností odborníka. Lékař se tak může soustředit na individuální příběh konkrétního pacienta, bez předsudků a automatických závěrů, které jinak snadno vznikají na základě dřívějších zkušeností s danou problematikou nebo očekávaných vzorců chování. Takový předpojatý interpretační rámec by se jinak mohl nevědomě projevovat ve způsobu verbální či nonverbální komunikace lékaře.

Pacienti s anamnézou sebepoškozování často zmiňují stigmatizující nebo necitlivé poznámky ze strany okolí, včetně zdravotníků. Vzhledem k etiologickým faktorům přispívajícím k rozvoji sebepoškozujícího chování (1) je zřejmé, že další prožitky odmítnutí, devalvace, ponížení, tím spíše ze strany autorit, jen pomáhají dále udržovat bludný kruh sebepoškozování. Záměrné kultivování otevřeného, přijímajícího postoje tak může být samo o sobě důležitým terapeutickým nástrojem.

Překážky vyhledání pomoci

V odborných zdrojích i v praxi se ukazuje, že pouze menšina sebepoškozujících se jedinců vyhledá pomoc. Bohužel to platí nejen o pomoci odborné, ale i o neformální pomoci ze strany vrstevníků či rodiny. Jedná se o znepokojivé zjištění, protože víme, že časná intervence a preventivní programy prokazatelně redukují jak závažnost fyzického sebepoškození, tak i riziko budoucích suicidálních pokusů. Jaké jsou typické bariéry vyhledání pomoci? Strach z nedodržení mlčenlivosti, ze stigmatu, z nařčení z „vynucování pozornosti", z odsuzujících reakcí. Přesvědčení, že by svou situaci měl zvládnout vyřešit sám, spojené se studem a pocity selhání, rovněž v řadě případů brání tomu, aby se dotyčný obrátil na své blízké či na odborníky. Co naopak facilituje proces hledání pomoci, je garance důvěrnosti sděleného, respektující zacházení, přítomnost důvěryhodné osoby, a to zejména podobného věku či životních okolností (2).

Terapeutický vztah

Terapeutický vztah zahrnuje důvěru pacienta v odborníka, kvalitu jejich vztahu i spolupráce, které společně přispívají k úspěchu terapeutických intervencí. Je klíčovým prvkem psychoterapie, ale i vztahu lékař–pacient. Jde o profesionální, ale zároveň empatický a důvěrný vztah, který slouží jako základ pro efektivní terapeutický proces. Klientovi může takový vztah k odborníkovi nabídnout dříve nepoznanou bezpečnou základnu (secure base); s osobou, která je citlivá, vnímavá a poskytuje klientovi bezpečné útočiště (3). Zejména u problematiky sebepoškozování či suicidality se mohou u klientů objevovat pocity studu nebo viny, a proto by terapeuti měli uplatňovat empatický přístup a poskytnout klientovi čas na sdělení svého životního příběhu (narativu). Je důležitá vřelost terapeuta a projevování bezpodmínečného přijetí a respektu (4).

V situacích závažného sebepoškozování či suicidálních úvah u klienta, které vyvolávají u zdravotníků snahu zabránit ohrožení klientova života, je třeba počítat i s protipřenosem ze strany terapeuta. Poskytovatel péče pak může zažívat nutkání eliminovat pacientovo sebepoškozující chování v co nejkratším čase proto, že je jemu samotnému nepříjemné – odpuzuje ho, obává se ho, působí mu pocity nedostatečnosti, selhání v roli terapeuta a podobně (5). V dynamice terapeutického vztahu se tak mohou objevovat témata kontroly, moci, bezmoci, zranitelnosti, pocity zrady i osobní zodpovědnosti. Abychom zabránili takovému „boji o moc", je zcela esenciální usilovat o kolaborativní a empatickou terapeutickou alianci. Z uvedeného vyplývá, že v roli terapeuta by měl být odborník připraven klást si otázky, například co všechno ho vlastně pohání k tomu, aby se klient co nejrychleji uzdravil, a jestli je ochoten sestoupit ze své expertní pozice a utvořit se svým klientem tým se společným cílem.

Svépomocné strategie a praktická opatření

I v běžné ambulantní psychiatrické praxi můžeme svým pacientům poskytnout cennou edukaci i řadu nápomocných doporučení. Již nehodnotícím, empatickým, naslouchajícím postojem připravujeme dobré podmínky pro navázání kvalitního terapeutického vztahu a validujeme prožitky daného jedince. Je třeba mít na paměti, že proces úzdravy neprobíhá hladce, plynule. Je totiž třeba dosáhnout postupné změny dlouhodobých vzorců chování. V praxi se empiricky potvrzuje teorie o **spirálovitém charakteru úzdravy** (6) – změny k lepšímu mohou u sebepoškozujících se jedinců být zpočátku velmi diskrétní, střídají se úspěchy s návraty k nežádoucímu chování. Postupně se utváří schopnost rozpoznat spouštějící situace (triggery), zmírňovat impulzivitu, odvádět pozornost od nežádoucího chování, regulovat emoční reakci a v průběhu času nahrazovat původní autodestruktivní copingové mechanismy novými, zralejšími a méně škodlivými. Již edukací o tomto typickém průběhu úzdravy můžeme být našim pacientům a jejich rodinám velmi nápomocní. Ze strany specialisty se ukazuje jako zásadní připravit jedince na možnost epizodických návratů k nežádoucímu chování, upozornit na dlouhodobější trvání procesu léčby, oceňovat jeho úsilí a sebemenší pokrok. To vše umožňuje pacientovi postupně utvářet postoj vlídnosti a laskavosti vůči sobě a trpělivosti se sebou. Tento stav je ideálně dosažitelný soustavnou psychoterapeutickou prací (individuální, skupinovou), nicméně i vzhledem k její aktuální kapacitní nedostupnosti je třeba využít každé možnosti, jak k dosažení tohoto cíle přispět i v našich reálných podmínkách – pěstováním terapeutické aliance s našimi pacienty, poskytováním informací a doporučováním relevantních zdrojů pomoci pacientům, jejich blízkým a rodinám, v širším kontextu pak i vyučujícím, vychovatelům a celé společnosti. Samozřejmě lze využít, a mnohdy je to nezbytné, podporu farmakoterapie, případně intervence vedoucí ke snížení celkové psychosociální zátěže jedince (komunikace se vzdělávacím zařízením, doporučení individuálního vzdělávacího plánu, ev. zvážení práceneschopnosti atd.).

Jako inspiraci k možnosti práce se sebepoškozováním našich pacientů lze doporučit **pracovní list Spouštěče sebepoškozování a možnosti alternativního chování** (7) – obrázek 1. S pracovním listem může jedinec pracovat samostatně a následně může vývoj situace či zjištěná úskalí konzultovat s terapeutem či psychiatrem, samozřejmě mohou společně i slavit dosažená vítězství a pokroky. Cílem této metody je pomoci pacientovi zvědomovat své pocity

Obr. 1. *Spouštěče sebepoškozování a možnosti alternativního chování (pracovní list, odkaz na něj v QR kódu na konci článku)*



a spouštěče vedoucí obvykle k sebepoškození, zacházet s nimi konstruktivněji, a dále vytvořit si vlastní seznam alternativních způsobů, jak situaci zvládnout méně rizikově – například vyjádřit (ventilovat) zdravějším způsobem své emoce, odvést pozornost, použít techniky zklidnění, obrátit se na důvěryhodnou blízkou osobu, věnovat se oblíbené aktivitě či formulovat pozitivní tvrzení o sobě. Pokud nutkání k sebepoškozování nadále přetrvává, je pacient povzbuzován k tomu, aby seznam pročítal znovu od začátku. Jedna z nejznámějších technik je prosté doporučení „vydržet 15 minut" – odložit při nutkání sebepoškození o 15 minut, po jejich uplynutí o dalších 15 minut a tak pokračovat optimálně do odeznění urgence k sebepoškození. Konkrétní tipy na možné techniky a aktivity uvádím v podobě návrhu **seznamu alternativ pro sebepoškozujícího se jedince**, tabulka 1. Postupně pak v ideálním případě vyhasíná potřeba používat sebepoškozování jakožto zvládací strategii. Důležité je poskytování pozitivní zpětné vazby nejen v případě, kdy se podaří zcela odolat nutkání k sebepoškození, ale i když je sebepoškození „jen" oddáleno – to vše patří k procesu úzdravy a je třeba úsilí dotyčného ocenit a povzbuzovat i jeho samotného, aby se odměnil například oblíbenou aktivitou.

Návykovost sebepoškozujícího chování

Nutnost dlouhodobé terapie a svízelnost procesu úzdravy ze symptomu sebepoškozování jistě souvisí i s jeho zjištěnou návykovostí. Jedinci, kteří se sebepoškozují, často popisují silné nutkání k tomuto chování a potřebu zvyšovat jeho intenzitu nebo frekvenci, aby dosáhli stejného účinku. Tato dynamika je podobná mechanismům pozorovaným u závislostí na návykových látkách. Neurobiologické studie naznačují, že nesuicidální sebepoškozování může být spojeno s dysregulací endogenního opioidního systému. Akt sebepoškození může vést k uvolňování endorfinů, což přináší dočasnou úlevu od emočního stresu a posiluje opakování tohoto chování. Uvedená teorie je podporována pozorováním zvýšených hladin endogenních opioidů u jedinců, kteří se pravidelně sebepoškozují (8).

Genetické faktory mohou rovněž hrát roli v návykovosti tohoto chování. Nedávná studie identifikovala rozdíly v expresi genů spojených se závislostí u adolescentů s přítomným nesuicidálním sebepoškozováním, což naznačuje možnou genetickou predispozici k tomuto jednání (9).

Psychoterapeutické přístupy

Psychoterapie je hlavním pilířem léčby pacientů s nesuicidálním sebepoškozováním. Farmakologická léčba může být použita jako doplněk k psychoterapii, zejména pokud jsou přítomny komorbidity, jako jsou deprese, úzkostné poruchy či ADHD. Výběr vhodné terapeutické metody by měl být individuální a zohledňovat specifické potřeby a kontext pacienta.

Motivační rozhovory (Motivational Interviewing, MI) jsou terapeutickým přístupem zaměřeným na podporu a zvyšování vnitřní motivace klienta ke změně chování. Tato metoda je založena na respektujícím a empatickém přístupu, který pomáhá klientovi prozkoumat a řešit ambivalence k požadovaným změnám. Zároveň vkládá velkou část zodpovědnosti za

Tab. 1. *Alternativy: Co mohu udělat místo sebepoškození? (pracovní list, odkaz na něj v QR kódu na konci článku)*

▪ nosit u sebe předmět s potenciálem uklidnění, posílení (fotografie blízké osoby nebo zvířete, drobný talisman, kamínek, figurka superhrdiny, aromaterapeutický roll-on, mačkací antistresový předmět…)
▪ hra či aplikace k zaměstnání rukou a mysli (hlavolam, aplikace Nepanikař atd.)
▪ relaxační technika (např. dechové cvičení)
▪ psaní zápisků, deníku, básně…
▪ výtvarná činnost – kreslení, malování, koláže, omalovánky
▪ ruční práce – pletení, háčkování, vyšívání
▪ zavolat/napsat blízkému člověku, kterému důvěřuji a mohu se na něho obrátit
▪ ukotvení v přítomnosti přes smysly (např. pojmenuji si 5 věcí, které zrovna vidím, 5 zvuků, které slyším, dotknu se 5 různých textur/povrchů, ochutnám 5 různých potravin, přivoním si k 5 různým vůním)
▪ dotknu se ledovou kostkou míst, kde se běžně sebepoškozuji
▪ pokud je nutkání spojeno s potřebou vidět krev, použiji červený smývatelný fix na obvyklé místo sebepoškození
▪ pohyb – svižnější procházka, běh, tanec při hlasité hudbě
▪ oblíbená hudba, film, seriál, kniha, podcast…
▪ zmírnění pocitů otupělosti/zastavení disociace: mačkání ledu v dlani do jeho rozpuštění; žvýkání potraviny s výraznou chutí (zázvor, syrová cibule, skrojek citronu, kyselý bonbon)
▪ další aktivity, které mi pomáhají …

změnu chování do rukou klienta. Tento přístup se jeví být vhodným zejména z důvodu nelineárního charakteru úzdravy při léčbě sebepoškozujícího chování. Ambivalence klienta je přirozenou součástí tohoto procesu – objevuje se vědomá potřeba ukončit nežádoucí chování, zároveň nutkání související se závislostním potenciálem sebepoškozování a také s jeho sebeposilujícím efektem popsaným v cyklu sebepoškozování v první části tohoto článku (1). Zkušenost případného opakovaného relapsu pak přináší demotivaci a frustraci klientovi i terapeutovi. Přerámování představy úzdravy ze sebepoškozování jakožto lineárního procesu na jeho realistickou spirálovitou podobu umožňuje odborníkovi uchovat si empatii a napojení na trpícího jedince a jim oběma ponechává víru a naději v možné vyléčení (10).

V současnosti máme k dispozici několik ucelených psychoterapeutických přístupů, které jsou považovány za účinné v léčbě sebepoškozujících se pacientů. Z nich nejčastěji uváděná je **dialektická behaviorální terapie (DBT).** Jedná se o metodu vyvinutou americkou psycholožkou Marshou Linehan v 90. letech 20. století zejména pro pacienty s hraničním typem emočně nestabilní poruchy osobnosti, což je v desáté revizi Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) jediná diagnostická jednotka, u níž je sebepoškozování výslovně uvedeno jako jedno z diagnostických kritérií. DBT obsahuje prvky zen-buddhismu, kognitivně-behaviorálních intervencí, postupy zaměřené na řešení problému i nácvik dovedností. Klíčovým dialektickým principem je rovnováha mezi vedením klienta k sebepřijetí a současně ke změně. Prvořadým cílem je omezení sebedestruktivního chování, dále pak redukce vzorců chování bránících terapii, snižujících kvalitu pacientova života, omezení posttraumatických stresových reakcí, zvýšení sebeúcty, učení se interpersonálním dovednostem při skupinové terapii a dosahování dalších cílů formulovaných samotným pacientem (5). DBT sestává ze čtyř základních modulů: individuální psychoterapie, skupinového nácviku dovedností, telefonického koučinku a konzultačního týmu (pravidelná intervizní setkání terapeutů) (11).

Kognitivní terapie s použitím manuálu (Manual Assisted Cognitive Therapy, MACT) je krátkodobá forma kognitivně-behaviorální terapie, která využívá strukturovaný manuál k vedení terapeutického procesu. Byla vyvinuta jako časově efektivní a snadno dostupná intervence pro pacienty s opakovaným sebepoškozujícím chováním a poruchami osobnosti.

Terapie založená na mentalizaci (Mentalization-Based Therapy, MBT) je psychodynamicky orientovaný terapeutický přístup, který se zaměřuje na schopnost jedince chápat a interpretovat své vlastní duševní stavy a duševní stavy druhých lidí. Tato schopnost, nazývaná mentalizace, je klíčová pro porozumění emocím, chování a mezilidským vztahům. MBT byla původně vyvinuta pro léčbu hraniční poruchy osobnosti (BPD), ale ukázala se jako účinná i u dalších poruch, jako jsou deprese, úzkostné poruchy nebo poruchy příjmu potravy. Cílem MBT je pomoci pacientovi zlepšit jeho schopnost reflektovat vlastní myšlenky a pocity, zvládat emoce a zlepšit mezilidské vztahy.

Kognitivní terapie cílená na schémata, schematerapie (Schema-Focused Cognitive Therapy, SFCT; Schema Therapy) je integrativní terapeutický přístup zaměřující se na identifikaci, pochopení a změnu maladaptivních schémat, což jsou hluboce zakořeněné vzorce myšlení, emocí a chování, které se obvykle formují v dětství nebo rané adolescenci. Cílem schematerapie je pomoci pacientům rozpoznat tato schémata, pochopit jejich vliv na současné chování a vztahy a nabídnout alternativní způsoby myšlení a chování, které vedou k lepšímu fungování. Terapie kombinuje techniky kognitivně-behaviorální terapie, psychodynamické terapie, prvky gestalt terapie a v některých případech i techniky zaměřené na práci s emocemi.

Psychoterapie zaměřená na přenos (Transference-Focused Psychotherapy, TFP) je psychodynamický terapeutický přístup, který klade důraz na analýzu a zpracování přenosových jevů mezi klientem a terapeutem. Tyto pocity mohou být pozitivní nebo negativní a mohou odrážet nevyřešené konflikty a traumata z minulosti. Jedná se o strukturovaný přístup vyvinutý pro léčbu pacientů se závažnou formou hraniční a narcistické poruchy osobnosti. Cílem je zlepšení v oblasti regulace emocí včetně autodestruktivního chování a zlepšení v oblasti interpersonálních vztahů (12).

Mezi další terapeutické přístupy, které bývají v literatuře doporučovány pro léčbu sebepoškozujících se pacientů, jsou racionálně emoční behaviorální terapie (Rational Emotive Behavior Therapy, REBT), terapie zaměřená na řešení problému (Problem Solving Therapy, PST), interpersonální skupinová terapie (Interpersonal Group Therapy, IGT), desenzibilizační terapie využívající pohyb očí (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR), další psychodynamické terapeutické směry, arteterapeutické techniky, mindfulness a další.

Farmakologická léčba sebepoškozování a její limity

Farmakologická intervence u pacientů s nesuicidálním sebepoškozováním je obvykle považována za podpůrnou léčbu, nikoliv za základní terapeutickou metodu. Sebepoškozování bývá často spojeno s komorbidními psychickými poruchami, jako jsou depresivní porucha, úzkostné poruchy, posttraumatická stresová porucha (PTSD) nebo porucha osobnosti, zejména hraniční typ. Farmakoterapie se zaměřuje především na zvládání těchto souběžných obtíží, s cílem snížit impulzivitu, emoční dysregulaci, autoagresivitu a další symptomy, které vedou či přispívají k sebepoškozujícímu chování. Důležité je uvědomit si, že žádný lék není specificky schválen pro léčbu sebepoškozování. Případná farmakoterapie by měla být vždy součástí komplexního terapeutického plánu, zahrnujícího především psychoterapeutické intervence. Dále je nutné pravidelně hodnotit efektivitu a rizika farmakoterapie a sledovat možné nežádoucí účinky a behaviorální změny u pacienta. U jedinců s anamnézou sebepoškozování či rizikem takového chování je rovněž třeba dodržovat zásady bezpečné preskripce, volit preparáty s co nejnižší toxicitou, monitorovat případný souběžný abúzus psychoaktivních látek, předepisovat limitované množství medikamentů a využívat možnosti častějších kontrol stavu pacienta.

Antidepresiva

Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), jako je sertralin, fluoxetin nebo escitalopram, se často využívají k léčbě depresivních a úzkostných symptomů, které mohou podněcovat sebepoškozující chování. SSRI mohou také redukovat impulzivitu a emoční labilitu, čímž napomáhají stabilizovat pacientův psychický stav. Nutné je brát zřetel na možné nežádoucí účinky včetně rizika zvýšení frekvence sebevražedných myšlenek. U pacientů, kteří nereagují na

SSRI, mohou být zvažovány inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI) jako venlafaxin nebo duloxetin.

Stabilizátory nálady

U pacientů s výraznou emoční dysregulací mohou být účinné stabilizátory nálady, jako je lamotrigin, valproát nebo lithium. Lamotrigin se osvědčil zejména v indikaci zmírnění afektivní nestability a snížení frekvence impulzivních projevů. Lithium má prokázaný efekt na redukci autoagresivního chování.

Antipsychotika

Atypická antipsychotika, například aripiprazol, ziprasidon nebo olanzapin, mohou být předepsána v nízkých dávkách u pacientů s výraznou impulzivitou, agresivitou nebo disociativními stavy. Aripiprazol se v některých studiích ukázal jako účinný při snižování četnosti nesuicidálního sebepoškozování u pacientů s hraniční poruchou osobnosti (13).

Anxiolytika a sedativa

Benzodiazepiny se nedoporučují z důvodu rizika vzniku závislosti a potenciálního zesílení impulzivního chování. Je možné použít hydroxyzin nebo pregabalin, zejména pokud je potřeba rychlá úleva od akutní úzkosti.

Ostatní psychofarmaka

V případě farmakorezistentních projevů spojených se sebepoškozováním lze na základě dostupné literatury terapeuticky využít opiátové antagonisty (naltrexon), případně agonistu α2-adrenergních receptorů klonidin.

Naopak z léčiv nevhodných pro podávání u impulzivního sebepoškozování, zejména v adolescenci, je třeba zmínit paroxetin, který se dle SPC nesmí používat u dětí a dospívajících, neboť dle kontrolovaných klinických studií je jeho užívání spojeno se zvýšeným rizikem sebevražedného a nepřátelského chování (hostility). V možné souvislosti s užíváním paroxetinu bylo též dokumentováno sebepoškozování škrábáním (14). Dále je vhodné vyhnout se podání benzodiazepinů. Bylo zjištěno, že léčiva této skupiny, zejména pak alprazolam, mohou vést ke zhoršení kontroly chování s možným zvýrazněním impulzivní agresivity včetně sebepoškozování a suicidality (15).

Obecné principy přístupu k sebepoškozujícímu se klientovi

Cílem léčby sebepoškozujícího se klienta je snížení počtu epizod sebeublížení, redukce nutkání poškodit se, prevence sebevražedného jednání a zlepšení sociálního fungování a kvality života, to vše při minimu vedlejších nežádoucích účinků léčby (5).

Prvního kontaktu se sebepoškozujícím se jedincem se nezřídka účastní nikoliv psychiatr, ale personál urgentního příjmu – internista, chirurg či traumatolog. Významnou roli hrají nepochybně i interakce s personálem přednemocniční péče, se zdravotními sestrami a ošetřovatelským týmem oddělení akutního příjmu. V širším kontextu pak první reakce na zjištění probíhajícího sebepoškozování přicházejí od rodičů, učitelů či vychovatelů. Již v této fázi se formuje budoucí postoj pacienta ke zdravotnické péči. Pokud dotyčný zažije nepochopení, případně hodnotící, zlehčující, odmítavý či přímo trestající přístup, lze předpokládat, že ho tato zkušenost odradí od vyhledání odborné pomoci při případné příští závažnější epizodě sebepoškozování. Kromě toho klesá jeho naděje v podpůrné mechanismy společnosti a výsledná demotivace ho může udržovat v bludném kruhu sebepoškozování se všemi závažnými konsekvencemi včetně suicidálního rizika. Naopak empatické, nehodnotící, bezpečné, podpůrné prostředí, zahrnující důslednost i předvídatelnost, může být již samo o sobě důležitou součástí procesu léčby. Mnohdy již tento přístup představuje prvotní korektivní zkušenost pro pacienta dlouhodobě zažívajícího nepochopení a znehodnocování svým okolím i zvnitřněnou sebedevalvaci.

NICE guidelines pro péči o osoby se sebepoškozujícím chováním

Doporučené postupy britského Národního institutu pro zdraví a klinickou excelenci (NICE – National Institute for Health and Care Excellence, 2022) (16) představují ucelený zdroj pro odborníky pracující s lidmi, kteří se sebepoškozují. Již při prvním kontaktu se doporučuje poskytnout informace a podporu nejen samotnému pacientovi, ale dle potřeby také jeho rodině či pečujícím osobám. **Edukace** by se měla zaměřit na podstatu a příčiny sebepoškozování, možnosti léčby, způsoby podpory, ale také například na základní ošetření ran.

Důležitým principem je **aktivní zapojení rodiny** – i tehdy, pokud si pacient jejich účast v léčbě nepřeje, mohou její členové alespoň jednostranně poskytnout potřebné informace. Na základě úvodního kontaktu je třeba, aby zasahující zdravotník zvážil při klinickém podezření případnou nutnost zajištění bezpečnosti a ochrany pacienta (z důvodu podezření na domácí násilí, zneužívání atd.). Po zhodnocení somatického stavu a případném ošetření ran či specializované léčbě intoxikace je třeba rozhodnout o eventuální potřebě psychiatrického vyšetření. NICE doporučuje provést co nejdříve po epizodě sebepoškození **psychosociální zhodnocení stavu pacienta** zaměřené na aktuální rizika, psychický stav i širší sociální kontext. Posouzení má probíhat v bezpečném a diskrétním prostředí a jeho cílem je vytvořit plán péče odpovídající individuálním potřebám pacienta – ideálně ve spolupráci s ním a případně s jeho blízkými.

V podmínkách urgentního příjmu má zdravotník při úvodním kontaktu vyhodnotit závažnost poranění a naléhavost ošetření, emoční stav pacienta a přítomnost akutního distresu, riziko ohrožení bezpečnosti, existenci plánu péče, ochotu ke spolupráci a přijetí péče a potřebu psychiatrického vyšetření.

Prioritou by mělo být vyžádání **vyšetření specialistou v péči o duševní zdraví** (psychiatrem, pedopsychiatrem, klinickým psychologem) v situacích, kdy úroveň distresu pacienta stoupá, je vysoká nebo trvalá; zvyšuje se frekvence či intenzita sebepoškozování nebo sebevražedných úmyslů; pokud vyvstávají obavy o jeho stav nebo si pacient sám vyžádá další podporu. Totéž platí i v případě značného distresu u rodinných příslušníků nebo pečujících osob.

NICE důrazně nedoporučuje represivní či averzivní přístupy jako je zahanbování, odpírání péče či vylučování ze služeb. Tyto postupy jsou neetické a z klinického hlediska neúčinné, přestože se podle svědectví osob se zkušeností se sebepoškozováním dosud v některých případech vyskytují.

Rozhodnutí o **hospitalizaci** po epizodě sebepoškození by mělo být vždy individuálně zváženo. NICE doporučuje zvážit krátkodobé přijetí i na nepsychiatrické oddělení v případech, kdy existuje obava o bezpečí pacienta (např. v kontextu násilí či zneužívání), ale není indi-

kována psychiatrická hospitalizace; je potřeba dokončit ochranný plán (safeguarding); osoba není schopna podstoupit psychosociální posouzení (např. kvůli intoxikaci nebo silné úzkosti).

Následná péče by měla začít co nejdříve – ideálně do 48 hodin od psychosociálního posouzení. Klíčové je vypracování individuálního léčebného a **bezpečnostního plánu**, který zahrnuje:

- identifikaci spouštěčů a prostředků sebepoškozování,
- rozpoznání varovných signálů,
- návrh zvládacích strategií a řešení překážek v copingových dovednostech,
- zapojení blízkých osob a vytvoření podpůrné sítě,
- kontakty na krizové a odborné služby včetně těch dostupných mimo běžnou pracovní dobu,
- spolupráci na vytvoření bezpečnějšího prostředí (např. omezení přístupu k prostředkům použitelným k sebepoškození).

V časné fázi péče je vhodné zvážit zahájení krátkodobých psychoterapeutických intervencí, zejména na principech KBT nebo DBT, které se z dlouhodobého hlediska ukazují jako nákladově efektivní.

Otázka **hospitalizace na psychiatrickém pracovišti** po epizodě sebepoškození je v literatuře pojímána nejčastěji jako možnost vyhrazená pro stavy po závažném sebepoškození, s vysokým suicidálním rizikem, případně pokud je hospitalizace indikována pro komorbidní psychické onemocnění. Dlouhodobý pobyt v prostředí lůžkového psychiatrického zařízení není vhodný pro trénink klíčových dovedností, tedy identifikaci spouštěčů a nahrazení nežádoucího chování méně destruktivními mechanismy zvládání zátěže. Ty je třeba nacházet a posilovat v přirozeném prostředí. Případná hospitalizace by tedy měla být co nejkratší, k překlenutí akutní fáze (5).

V našich podmínkách naráží implementace těchto doporučení včetně důkladného proškolení personálu přicházejícího do kontaktu se sebepoškozujícími se jedinci a jejich následné supervize zcela jistě na kapacitní limity zdravotníků. V zájmu poskytování kvalitní péče početné populační skupině, z nichž velkou část vzhledem k věkovému rozložení problematiky sebepoškozování teprve čekají rozmanité výzvy produktivního věku se všemi společenskými a ekonomickými souvislostmi, je nicméně jistě důležité pokusit se o maximum možného. Konstruktivní diskuze na toto téma probíhá na různých úrovních, jednotná doporučení reflektující lokální specifika a možnosti v době vzniku tohoto textu v České republice zatím k dispozici nemáme.

Prevence, edukace a podpora rodiny a blízkých osob

Na specialisty v péči o duševní zdraví se nezřídka obracejí **rodiče** sebepoškozujících se mladých lidí, kteří hledají pomoc a podporu. Již zjištění, že se jejich blízká osoba sebepoškozuje, má tendenci vyvolávat silné emoce – šok, zděšení, strach, pocit selhání nebo viny, bezmoc; někoho mohou jeho obranné mechanismy vést i do popření či zlehčování situace. Často se setkáváme, a je to zcela pochopitelné, s naléhavými dotazy rodinných příslušníků, kteří si nejsou jisti, jak reagovat v situaci, kdy se jejich blízká osoba sebepoškodí, jak být nápomocni v procesu léčby, jakým reakcím se naopak vyhnout. Obecná doporučení z literatury (17) i z praxe jsou uvedena v tabulce 2.

Důležitou skupinou osob, které bývají zejména v adolescentní populaci prvními, komu se naši pacienti se sebepoškozováním svěří, jsou jejich přátelé, spolužáci, **vrstevníci**. Role důvěrníka v tak závažné situaci, často žádaného o mlčenlivost, bývá velmi náročná a zatěžující. Je třeba neklást na sebe nárok vyřešit kamarádovy potíže, nepřebírat zodpovědnost za jeho stav, ale spíše ho bez odsuzování vyslechnout a podporovat k vyhledání odborné pomoci. Absolutní mlčenlivost je lépe neslibovat a za všech okolností je důležité respektovat své vlastní meze a hranice své pomoci. Když je zátěže příliš, i pečující osoba potřebuje vyhledat podporu. Podobné náročné situace vyvolávají u dospívajících nejistotu, tíseň, bezmoc a potřebu získat pevnou půdu pod nohama, odborné vedení, možnost se svěřit důvěryhodné autoritě. I proto je zásadní **prevence**, informovanost, edukace jak v celospolečenském měřítku, tak i v rámci vzdělávacího procesu, kde vyžaduje mimo jiné speciální vzdělávání pedagogů. Během preventivních programů není doporučeno věnovat se detailním charakteristikám způsobů sebepoškozování či jeho prevalence, neboť může dojít k paradoxnímu efektu, popisovanému jako **fenomén sociální nákazy**, kdy se nežádoucí chování rozšíří nápodobou (18). Podrobně informováni o problematice potřebují být dospělí, kteří přicházejí do kontaktu se sebepoškozujícími se jedinci, aby byli schopni adekvátně vyhodnotit situaci a nasměrovat dotyčného do odborné péče. Preventivní programy i **prezentace tématiky sebepoškozování v médiích** se mají zaměřovat spíše na posilování schopnosti zvládání zátěže a negativních emocí, zvyšování odolnosti (resilience), rozvoj dovednosti rozeznat psychickou nepohodu či distres u svých vrstevníků. Veřejnost má být edukována o možnostech vyhledání pomoci na různých etážích – v rámci rodiny, školy, krizových a poradenských zařízení i ve zdravotnictví (5).

V současné době existuje celá řada vhodných nápomocných zdrojů. Vzhledem k široké-

Tab. 2. *Edukace blízkých osob sebepoškozujícího se jedince (edukační list, odkaz na něj v QR kódu na konci článku)*

Jak reagovat při zjištění, že se váš blízký sebepoškozuje, a jaké reakci se naopak vyhnout?	
▪ pokuste se zachovat klid ▪ mějte na paměti, že sebepoškozování je výrazem emočního utrpení blízké osoby ▪ nenuťte svého blízkého k okamžitému vysvětlování motivů a důvodů svého jednání ▪ snažte se nereagovat hněvivě ▪ vyhněte se křiku, odsuzování, hodnocení ▪ zajistěte péči o rány – dle jejich závažnosti případně vyhledejte lékařskou pomoc ▪ naslouchejte svému blízkému, pokud je ochoten a připraven se svěřit – nepřerušujte ho, neposuzujte, nesnažte se mu udělovat rady ▪ projevujte starost, zájem o svého blízkého ▪ akceptujte fakt, že sebepoškození je právě teď jemu nejlepší známý způsob, jak zvládat svou situaci	▪ projevujte respekt a ocenění – pro odvahu se svěřit, pro vůli přežít ▪ přistupujte ke svému blízkému s empatií a důvěrou ▪ podpořte ho ve vyhledání odborné pomoci ▪ neberte si osobně, pokud se vám váš blízký nechce svěřovat s detaily o sebepoškozování a jeho příčinách – jedná se o téma často spojené s pocitem studu a viny a bývá mnohdy jednodušší svěřit se neutrální, citově neangažované osobě ▪ vyhněte se obviňování (ze sobectví a podobně) a zahanbování ▪ neužívejte ultimáta („když s tím nepřestaneš, tak…“), mějte na paměti návykovost sebepoškozování a spirálovitý proces úzdravy ▪ pečujte o sebe, akceptujte své limity, neváhejte pro sebe v případě potřeby vyhledat pomoc

Tab. 3. *Některé aktuální edukační internetové zdroje o tématu sebepoškozování (informační list, odkaz na něj v QR kódu na konci článku)*

Název informačního zdroje a webová adresa	Popis, zaměření
Opatruj.se (https://www.opatruj.se)	▪ web odborně zaštítěný Národním ústavem duševního zdraví (NÚDZ) ▪ v položce menu Pečuj o sebe/Multimédia je tematicky organizovaná multimediální knihovna, která obsahuje mimo jiné podkapitolu Sebevraždy a sebepoškozování ▪ v položce menu Informuj se je rovněž podkapitola Sebevraždy a sebepoškozování ▪ v položce menu Pomoc jsou uvedeny např. seznamy kontaktů na krizovou pomoc a jinou odbornou pomoc včetně seznamů psychoterapeutů, kontakty na neziskové organizace a svépomocné skupiny
Nevypusť duši (https://nevypustdusi.cz)	▪ nestátní nezisková organizace zaměřená na prevenci v péči o psychiku a infografiky pro děti i dospělé ▪ organizuje např. preventivní programy pro školáky a vyučující, pro sociální pracovníky, dále podpůrné a svépomocné skupiny či e-mailovou poradnu ▪ v sekci Hledáte pomoc? je rozsáhlá databáze kontaktů na krizovou i dlouhodobější pomoc ▪ sekce Zdroje obsahuje prakticky zaměřené infografiky i videa na aktuální témata včetně sebepoškozování
Centrum LOCIKA (https://www.centrumlocika.cz)	▪ specializované centrum poskytující odbornou pomoc a podporu dětem, které zažívají násilí v rodině, a jejich blízkým ▪ poskytuje krizovou a poradenskou podporu pro děti, dospělé a odborníky, připravuje preventivní aktivity a materiály – např. infografiky, letáky, příručky, podcasty a vzdělávací aktivity např. pro pedagogy, sociální pracovníky ▪ provozuje dětské advokační centrum a poskytuje právní informace ▪ praktické infografiky i týkající se tématu sebepoškozování jsou k dispozici v sekci Infografiky
Linka bezpečí (https://www.linkabezpeci.cz); Rodičovská linka (https://www.rodicovskalinka.cz)	▪ poskytuje bezplatné poradenství dětem a mladým lidem v obtížných životních situacích i při řešení každodenních problémů ▪ současně provozuje Rodičovskou linku určenou nejen rodičům, ale všem dospělým se starostí o dítě ▪ v sekci Poradna obou webů je podkapitola Sebepoškozování, kde lze získat obsáhlé informace o problematice pro ohrožené jedince i jejich pečující osoby včetně seznamu pomoci, odkazů na videa, články či podcasty ▪ možnost chatového či e-mailového poradenství, nabízí kurzy i pro širokou veřejnost a preventivní programy
Sebevraždy.cz (https://sebevrazdy.cz)	▪ web pracovní skupiny Prevence a výzkum sebevražd v NÚDZ ▪ sekce Sebepoškozování obsahuje základní informace, přehled varovných signálů a další obsah ▪ v sekci Pomoc je kapitola Sebepoškozování se seznamem technik při nutkavé potřebě ublížit si, s kontakty na síť pomoci přehledně rozdělenými pro věkové kategorie dospělých, dětí a dospívajících i seniorů ▪ sekce Materiály obsahuje zdroje pro školy, média, inspiraci na vhodné aplikace, knihy, publikace, videa a další multimediální obsah zaměřený převážně na témata sebevraždy a sebepoškozování
Dětské krizové centrum (https://www.ditekrize.cz)	▪ nestátní nezisková organizace specializovaná na odbornou pomoc týraným, sexuálně zneužívaným či zanedbávaným dětem, ale mohou ji kontaktovat i rodiče, prarodiče či jiné pečující osoby ▪ poskytuje krizovou pomoc, nonstop Linku důvěry a další služby ▪ služby jsou bezplatné, s celorepublikovou působností ▪ v sekci Prevence je k dispozici např. brožura Sebepoškozování není rozmar
SOFA – Society for All (https://www.societyforall.cz)	▪ nezisková organizace zaměřená na podporu ohrožených dětí, wellbeing, vzdělávání v prevenci, intervenčních přístupech, zvyšování kompetencí dětí i dospělých ▪ sekce Knihovna obsahuje např. kapitoly Podpora ohrožených dětí, Rodičovské kompetence či Trauma respektující přístup s řadou prakticky využitelných materiálů
iPREV (https://www.iprev.cz)	▪ interaktivní platforma podpory duševního zdraví a prevence rizikového chování určena primárně pracovníkům v prevenci, ale i širší veřejnosti, rodičům, pečujícím osobám a dalším zájemcům ▪ v sekci Prevence a duševní zdraví je dropdown (rozbalovací) položka Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci obsahující základní informace o problematice a kontakty na zdroje pomoci
Medvik (Medicínská virtuální knihovna) (https://www.medvik.cz/medlike/sebeposkozovani/)	▪ knihovní informační systém provozovaný Národní lékařskou knihovnou ▪ pod uvedeným odkazem je k dispozici multimediální knihovna zdrojů o sebepoškozování – audiosoubory, videa, články a odkazy na další informační zdroje

Tab. 4. *Další edukační a podpůrné zdroje včetně DBT programů (informační list, odkaz na něj v QR kódu na konci článku)*

Název/kategorie informačního zdroje	Popis, zaměření
Nepanikař (bezplatná mobilní aplikace)	▪ poskytuje zdarma rychlou první psychologickou pomoc při psychických potížích ▪ obsahuje moduly: Deprese, Úzkost a panika, Chci si ublížit (sebepoškozování), Myšlenky na sebevraždu, Poruchy příjmu potravy, Mé záznamy a kontakty na odbornou pomoc
Projekt Gradient (https://projektgradient.cz; programy založené na DBT – dialektické behaviorální terapii)	▪ projekt Národního ústavu duševního zdraví zacílený na zvýšení dostupnosti a efektivity zdravotně sociálních služeb pro osoby s příznaky hraniční poruchy osobnosti – tedy nejen pro osoby s touto diagnózou, ale i s jejími projevy, jako je např. emoční nestabilita, impulzivní chování, sebepoškozování a další ▪ cílem je zavádění ambulantních DBT programů – šestiměsíční DBT program, dvanáctitýdenní nácviková skupina či pětitýdenní podpůrná skupina ▪ programy jsou pro klienty bezplatné ▪ aktuálně dostupné v Klecanech u Prahy, Plzni, Mladé Boleslavi, Berouně a Klatovech ▪ v položce menu Nabídka pomoci jsou i podkategorie Kam jinam na terapii a Pomoc v krizi ▪ prakticky užitečná je podkategorie Jak se zklidnit v krizi v sekci Co je to DBT?
Knihy a e-knihy	▪ Van Dijk S. (2023). Nemusíš si ubližovat: Rádce pro teenagery se sebepoškozujícím chováním. Portál. ▪ Platznerová A. (2009). Sebepoškozování: Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby. Galén. ▪ Kriegelová M. (2008). Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci. Grada Publishing, a.s. ▪ Sutton J. (2007). Healing the Hurt Within: Understand Self-Injury and Self-Harm, and Heal the Emotional Wounds. 3rd ed. Oxford: How To Books. (v angličtině)

mu rozmezí etiologických faktorů přispívajících ke vzniku tohoto symptomu je rozsáhlé i množství technik či informačních zdrojů, z nichž je možno vybírat pokud možno individualizované intervence vhodné právě pro našeho konkrétního pacienta s jeho jedinečným životním kontextem. Našim pacientům a jejich blízkým můžeme doporučit například interaktivní mobilní aplikaci s možností nácviku relaxačních technik, edukační zdroje, kontakty na podpůrné skupiny, na nejrůznější možnosti psychoterapie, komplexní programy a podobně. Bez nároku na úplnost jsou uvedeny některé aktuální internetové zdroje v tabulce 3. Osvědčené tipy na mobilní aplikaci, knihy o problematice sebepoškozování a informace o terapeutických programech založených na technikách DBT jsou uvedeny v tabulce 4.

Na závěr nelze opomenout ještě jedno velmi důležité doporučení, na které možná mnozí často zapomínáme. Abychom mohli s našimi pacienty a pro ně ve své profesi dobře být, nutně potřebujeme dobře pečovat i o sebe, respektovat své vlastní hranice, investovat čas do supervize, udržovat rovnováhu mezi pracovním a osobním životem a dopřát si prostor pro čerpání ze svých zdrojů.

LITERATURA

1. Chmelíková M. Fenomén sebepoškozování – jak můžeme účinně pomoci? Část 1: Porozumět sebepoškozování jako symptomu. Psychiatr. praxi. 2025;26(2):94-100.
2. Curtis S, Thorn P, McRoberts A, et al. Caring for young people who self-harm: a review of perspectives from families and young people. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2018 May 10 [cited 2025 Apr 5];15(5):950. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5981989/ doi: 10.3390/ijerph15050950.
3. Dunster-Page C, Haddock G, Wainwright L, et al. The relationship between therapeutic alliance and patient's suicidal thoughts, self-harming behaviours and suicide attempts: a systematic review. J Affect Disord [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2025 Apr 5];223:165–174. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28755624/ doi: 10.1016/j.jad.2017. 07. 040.
4. Jobes and Ballard, 2011 in Dunster-Page C, Haddock G, Wainwright L, et al. The relationship between therapeutic alliance and patient's suicidal thoughts, self-harming behaviours and suicide attempts: a systematic review. J Affect Disord [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2025 Apr 5];223:165–174. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28755624/ doi: 10.1016/j.jad.2017. 07. 040.
5. Platznerová A. Sebepoškozování [e-kniha]. Praha: Galén. 2011.
6. Meheli S, Bhola P, Murugappan NP. Reasons for recovery and readiness to change among adolescents and young adults engaging in self-injury. Ind Psychiatry J [Internet]. 2023 Jul-Dec [cited 2025 Apr 5];32(2):288–296. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10756600/ doi: 10.4103/ipj.ipj_210_22.
7. Sutton J. Healing the Hurt Within. Understand Self-Injury and Self-Harm, and Heal the Emotional Wounds. 3rd ed. Oxford: How To Books; 2007. p. 264-273.
8. Blasco-Fontecilla H, Fernández-Fernández R, Colino L, et al. The addictive model of self-harming (non-suicidal and suicidal) behavior. Front Psychiatry [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2025 Apr 5];7:8. Available from: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2016.00008/full doi: 10.3389/fpsyt.2016.00008.
9. Guo Z, Liu Y, Wang C, et al. Exploring the association of addiction-related genetic factors with non-suicidal self-injury in adolescents. Front Psychiatry [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 5];14:1126615. Available from: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2023.1126615/full doi: 10.3389/fpsyt.2023.1126615.
10. Meheli S, Bhola P, Murugappan NP. Reasons for recovery and readiness to change among adolescents and young adults engaging in self-injury. Ind Psychiatry J [Internet]. 2023 Jul-Dec [cited 2025 Apr 5];32(2):288–296. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10756600/ doi: 10.4103/ipj.ipj_210_22.
11. Theiner P, Linhartová P, Látalová A. Dialektická behaviorální terapie. Psychoterapie [Internet]. 2021 [cited 2025 Apr 5];15(1):23–39. Available from: https://journals.muni.cz/psychoterapie/article/download/14209/12016/30999.
12. Kocourková J, Koutek J, Kolouch D. Emočně nestabilní adolescenti - současná výzva dětské psychiatrie i pediatrie. Ces-slov Pediat [Internet]. 2023;78(6):298-302. [cited 2025 Apr 5]. Available from: https://cspediatrie.cz/artkey/ped-202306-0002_emotionally-unstable-adolescents-a-current-challenge-of-child-psychiatry-and-pediatrics.php doi: 10.55095/CSPediatrie2023/050.
13. Turner BJ, Austin SB, Chapman AL. Treating nonsuicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions. Can J Psychiatry [Internet]. 2014 Nov [cited 2025 Apr 5];59(11):576–85. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4244876/ doi: 10.1177/070674371405901103.
14. Weintrob A, 2001 in Platznerová A. Sebepoškozování [e-kniha]. Praha: Galén. 2011:111.
15. Cowdry RW, Gardner DL, 1988 in Platznerová A. Sebepoškozování [e-kniha]. Praha: Galén. 2011:112.
16. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Self-harm: assessment, management and preventing recurrence [Internet]. London: NICE; 2022 [cited 2025 Apr 5]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng225.
17. Sutton J. Healing the Hurt Within. Understand Self-Injury and Self-Harm, and Heal the Emotional Wounds. 3rd ed. Oxford: How To Books; 2007. p. 303-311.
18. Purington A, Whitlock J. Non-Suicidal Self-Injury in the Media [Internet]. The Prevention Researcher. 2010;17(1):11-13. [cited 2025 Feb 21]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/236686547_Non-suicidal_self-injury_in_the_media.

Pracovní listy i veškeré grafické přílohy článku vhodné k využití v práci s klienty či jejich blízkými jsou k dispozici ke stažení zde.

Transgender identita a duševní zdraví

MUDr. Daniela Kestlerová
Psychiatrická klinika, FN Plzeň, Lékařská fakulta UK v Plzni

Přehledový článek si klade za cíl poskytnout povědomí o současném stavu poznání v oblasti transgender identity a duševního zdraví, identifikovat hlavní výzvy a navrhnout směry pro budoucí výzkum a intervence. V následujících částech článku se zaměříme na analýzu literatury o duševním zdraví transgender jedinců, přičemž zvláštní pozornost bude věnována faktorům, které přispívají k duševní pohodě i tísni. Dále se budeme zabývat strategií a intervencemi, které mohou podpořit duševní zdraví této populace, s důrazem na informovaný přístup ve zdravotnictví a komunitních službách.

Klíčová slova: transgender identita, genderová dysforie, detranzice, reoperace, lítost.

Transgender identity and mental health

This review article aims to provide an overview of the current state of knowledge in the field of transgender identity and mental health, identify major challenges, and suggest directions for future research and interventions. In the following sections of the article, we will focus on analyzing the literature on the mental health of transgender individuals, paying particular attention to factors that contribute to both mental well-being and distress. Next, we will look at strategies and interventions that can support the mental health of this population, with an emphasis on an informed approach in health and community services.

Key words: transgender identity, gender dysphoria, detransition, reoperation, regret.

Úvod

Transgender jedinci často čelí značným výzvám, které mohou ovlivnit jejich duševní zdraví. V rámci pozitivních aspektů transgender identity můžeme zmínit například pocit autenticity a osobního růstu, který často přichází s přijetím okolí a vyjádřením své skutečné identity. Mezi výzvy, které se spíše pojí s negativním ovlivněním duševního zdraví, patří diskriminace, stigmatizace, sociální izolace, nedostatečný přístup ke zdravotní péči a nepochopení ze strany společnosti. Tyto faktory mohou vést ke zvýšené míře úzkosti, depresí a dalších duševních poruch, či dokonce k rozhodnutí podstoupení detranzice. Detranzice je složitý proces, který vyžaduje citlivý a individuální přístup. Jedná se o proces, při kterém se člověk, který prošel genderovou tranzicí (změnou genderové identity, například hormonální terapií nebo chirurgickým zákrokem), rozhodne vrátit zpět ke své původní genderové identitě, kterou měl před tranzicí. Detranzice může proběhnout těmito formami: ukončení hormonální terapie, změna zpět na původní jméno a společenskou roli odpovídající pohlaví přiřazenému při narození, v některých případech i pokusy o reverzní chirurgické zákroky, pokud byly během tranzice provedeny. V některých zemích je proces úřední změny pohlaví jednodušší, protože nevyžaduje chirurgické zákroky ani hormonální terapii. Tento přístup, známý jako model sebeurčení (self-ID), umožňuje jednotlivcům změnit své úřední pohlaví pouze na základě vlastního prohlášení. V Evropě tento model zavedlo několik zemí, včetně Belgie, Dánska, Irska, Islandu, Lucemburska, Malty, Norska, Portugalska, Řecka a Švýcarska. Od roku 2023 se k nim přidaly Finsko a Španělsko a od roku 2024 také Německo a Itálie (1). V České

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 18th 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. 2025;26(3):164-166
https://doi.org/10.36290/psy.2025.027
Článek přijat redakcí: 21. 12. 2024
Článek přijat k tisku: 7. 2. 2025

MUDr. Daniela Kestlerová
kestlerovad@fnplzen.cz

republice byla dosud pro úřední změnu pohlaví podmínkou podstoupení chirurgického zákroku a kastrace. Tato podmínka byla v květnu 2024 zrušena Ústavním soudem, který rozhodl, že požadavek na chirurgický zákrok a kastraci je v rozporu s lidskou důstojností, a to s platností od poloviny roku 2025. Je důležité poznamenat, že podmínky pro úřední změnu pohlaví se v jednotlivých zemích liší a mohou se v průběhu času měnit.

Motivace pro detranzici mohou být různé. Nesprávná diagnóza, nespokojenost s výsledky tranzice (2), sociální nebo psychické tlaky, jako jsou stigmatizace nebo izolace (3). Zahraniční kazuistiky také mluví o důvodech jako zhoršení duševního zdraví spojeného s tranzicí, opětovného ztotožnění se s původním pohlavím či potížemi s oddělením sexuální orientace od genderové identity (4).

Analýza dostupné literatury

Nyní se zaměříme na proces detranzice jako na komplexní fenomén v rámci duševního zdraví transgender jedinců. Lze říci, že se jedná o proces, který získává pozornost odborné i laické veřejnosti. Tranzice jako taková společně s genderovou dysforií je dlouhodobě sledována a zkoumána, detranzice stále zůstává málo prozkoumanou oblastí.

Jak ukazuje i zahraniční odborná literatura, je fenoménu detranzice v poslední době věnována stále větší pozornost. Jednou z největších studií na toto téma byla U. S. Transgender Survey z roku 2015 (5), která zjistila, že 8 % z celkového počtu 27 715 respondentů alespoň dočasně detranzici prodělalo. Hlavními důvody detranzice, zjištěné v této studii, byly tlak rodičů (36 %), obtížnost tranzice (33 %) a diskriminace (31 %). Většina těchto lidí detranzici prodělala dočasně, nikoliv trvale. Na základě dat z této studie pracoval v sekundární analýze Jack L. Turban (6) v roce 2021. Ve své práci uvádí, že 17 151 participantů někdy o tranzici uvažovalo a 2 242 uvedlo, že mají již detranzici ve své anamnéze. Z těch, kteří již detranzicí prošli/procházejí, uvedlo 82,5 % alespoň jeden externí faktor, který je k detranzici přesvědčil. Mezi nejvíce frekventované odpovědi patřil tlak od rodiny a sociální stigma. Dále 15,9 % z těchto respondentů udalo také některý z interních důvodů, zahrnující fluidnost nebo nejistotu ohledně genderové identity.

Citována je také Vandenbusschemova studie o detranzici (7) publikovaná v roce 2021, která je jednou z nejrozsáhlejších studií zaměřených na zkušenosti lidí, kteří prošli detranzicí. Studie zahrnovala 237 respondentů, z nichž většina (92 %) byla při narození přiřazena k ženskému pohlaví. Výsledky ukázaly, že 70 % respondentů uvedlo, že důvodem jejich detranzice bylo uvědomění si, že jejich genderová dysforie byla spojena s jinými problémy, například s obtížemi týkajících se duševního zdraví, a nikoliv s potřebou změnit genderovou identitu. Další důležité poznatky této studie zahrnovaly informace o tom, že 60 % respondentů litovalo své předchozí tranzice, 65 % mělo potíže s duševním zdravím včetně deprese, úzkosti nebo traumatu, které mohly být součástí jejich původní genderové dysforie. 45 % účastníků se cítilo nedostatečně informováno o důsledcích hormonální a chirurgické léčby před tranzicí. Studie také odhalila, že mnoho lidí, kteří prošli detranzicí, zažilo sociální vyloučení a obtíže při hledání podpory jak v LGBT+ komunitě (zkratka LGBT+ je složená z prvních písmen slov a souhrnně pojmenovává skupinu lidí s odlišným sexuálním zaměřením. Konkrétně zahrnuje lesby, gaye, bisexuály a transsexuály, znaménko „+" pak zahrnuje další identity a orientace, které nejsou explicitně zahrnuty v základní zkratce, obvykle: queer – širší termín zahrnující všechny, kdo se necítí být součástí tradiční heteronormativní a cisnormativní společnosti, intersex – lidé narození s pohlavními charakteristikami (chromozomy, hormony, anatomie) mimo typické definice mužského nebo ženského těla, asexuály – lidé, kteří necítí sexuální přitažlivost k ostatním, nebo aromantiky, kteří necítí romantickou přitažlivost, a pansexuály – lidé, kteří cítí přitažlivost k lidem bez ohledu na jejich pohlaví nebo genderovou identitu), tak v lékařských zařízeních, a pouze 13 % z nich uvedlo, že získali pomoc od LGBT+ organizací během detranzice.

Další studie pochází ze Španělska, kde Mario Pazos Guerra (8) a jeho tým sledovali 796 účastníků výzkumu zabývající se detranzicí z lítosti nad tranzicí. V této studii zaznamenali celkem 8 případů detranzice nebo lítosti mezi pacienty pozorovanými v letech 2008–2018 na multidisciplinární klinice genderové identity ve Valencii ve Španělsku. Mezi hlavní důvody detranzice účastníci uváděli neexistenci identity, nebinární varianty pohlaví, související komorbidity a nejistotu mezi sexuální identitou a sexuální orientací.

V další studii byla zkoumána rozhodnutí celkem 6 793 transgender pacientů během let 1972–2015 na VU Medical Center v Amsterdamu (9). Uvádí, že historicky byla lítost během probíhající tranzice považována spíše za vzácnou, u 78 % pacientů byla zahájena hormonální terapie a také 78 % z této skupiny podstoupilo gonadektomii. U nich byla míra lítosti 0,6 % u trans-žen a 0,3 % u trans-mužů s průměrnou dobou nástupu lítosti 10,8 let. Důvody lítosti byly následující: skutečná lítost (n = 7), společenská akceptace (n = 5) a pocit nebinarity (n = 2). Autoři uvádějí, že míra lítosti však může být podhodnocená vzhledem k vysoké míře (36 %) ztrát na sledování.

V další studii shromáždila Litmann L. (10) 78 jedinců mezi 18–33 lety, kteří se původně identifikovali jako transgender osoby a přestali se tak identifikovat v posledních 6 měsících. Většina (83 %) účastníků učinila již několik kroků k sociální detranzici a 68 % učinilo alespoň jeden lékařský krok. Podle retrospektivního zkoumání méně než 17 % účastníků splnilo diagnostická kritéria DSM-5 pro genderovou dysforii v dětství. Naproti tomu 53 % účastníků uvedlo, že věří, že se na ně vztahuje „genderová dysforie s rychlým nástupem" (zkratka ROGD). Účastníci také uváděli vysokou míru psychiatrických diagnóz, přičemž mnoho z nich předcházelo trans-identifikaci. Většina účastníků (n = 71, 91 %) byly natální ženy. Ženy (43 %) byly častěji než muži (0 %) výhradně homosexuální. Účastníci uvedli, že jejich psychické zdraví se dramaticky zlepšilo od detranzice, s výrazným poklesem předešlého sebepoškozování. Nejčastějším důvodem uváděným pro počáteční trans-identifikaci byly matoucí problémy v rámci duševního zdraví nebo reakce na trauma pro genderovou dysforii.

Důvody detranzice spíše odrážely vnitřní změny (např. vlastní myšlenkové procesy) než vnější tlaky (např. tlak ze strany rodiny). Výsledky této studie naznačily, že pro některé transgender jedince je detranzice prospěšné řešení.

V následující studii zkoumal Roberts (11) se svým týmem míru pokračování užívání hormonů potvrzujících pohlaví mezi transgender adolescenty a dospělými v americkém vojenském zdravotnickém systému. Vzorek studie zahrnoval 627 transgender mužů a 325 transgender žen, kteří byli manžely nebo dětmi aktivních, penzionovaných nebo zemřelých vojenských příslušníků. Tato studie zjistila, že míra pokračování

užívání hormonu potvrzujícího pohlaví po dobu 4 let byla pouze 70,2 %, z toho 81 % u skupiny transgender žen a 64 % u skupiny transgender mužů. Důležitým omezením této studie bylo, že nebyla schopna posoudit důvody, proč 30 % jejich vzorku přerušilo hormonální léčbu na více než 90 dní, tedy proč pacienti v tranzici nepokračovali. Průměrný věk respondentů v této studii byl 19,2 let. Hildebrand-Chupp (12) ve své studii zjistil, že 5 % lidí z těch, kteří podstoupili detranzici, tak učinilo pouze z důvodu, protože měli pocit, že tranzice pro ně „není to pravé".

Existuje více zahraničních studií, které sledovaly lítost nad chirurgickými změnami učiněnými během procesu tranzice a zaznamenaly výsledek cca 5 % litujících transgender osob (13–17).

Vyšetření duševního zdraví

Vyšetření duševního zdraví u transgender pacientů je klíčovým krokem k zajištění celkové pohody a adekvátní zdravotní péče. Tento proces by měl být prováděn citlivě, respektujíc genderovou identitu pacienta a s důrazem na individualizovaný přístup. V České republice je možné využít standardizovaných dotazníků, jako jsou například Dotazník škály disociativních zážitků, dotazník traumatických syndromů, dotazník somatoformní disociace, Hamiltonův dotazník deprese, Beckova škála deprese II či dotazníky hodnotící kvalitu a vnímání průběhu celé tranzice, př. Rosenbergerova škála sebehodnocení či Schwartzova škála hodnocení terapie a další (18). Během vyšetření by také měly být využívány mezinárodně uznávané standardy péče (World Professional Association for Transgender Health Standards of Care, zkráceně WPATH-SOC), které se skládají z klinických pokynů a standardizovaných kritérií hodnocení způsobilosti používaných klinickými lékaři k hodnocení a doporučení transgender osob na hormonální léčbu a operativní zákroky. Tyto standardy publikuje Světová profesionální asociace transgenderového zdraví (WPATH). Hastings et al. (19) ve své práci poznamenávají, že kritéria WPATH-SOC však odrážejí binární genderová očekávání a přispívají k tomu, že některým pacientům je odmítnuta péče z důvodu, že nejsou „dostatečně trans".

Závěr

Pochopení transgender identity a jejího vlivu na duševní zdraví je klíčové pro poskytování adekvátní podpory a zajištění práv této populace. Diskuze v oblasti duševního zdraví transgender jedinců je nezbytná pro pochopení potřeb a pro poskytování podpory. Jedním z klíčových problémů je vysoká míra duševních poruch mezi transgender jedinci. Zdravotnický systém musí být připraven nabídnout podporu nejen v oblasti fyzického zdraví, ale i v oblasti duševního zdraví. Je důležité, aby zdravotníci byli vyškoleni v problematice genderové identity a aby byla péče poskytována s respektem a porozuměním. Proces detranzice pak přináší další výzvy, které vyžadují specifický přístup. Jedinci, kteří se rozhodnou pro detranzici, často čelí stigmatizaci nejen ze strany širší společnosti, ale i uvnitř LGBT+ komunity. Je nezbytné, aby měli přístup k psychologické podpoře, a aby byli informováni o možných důsledcích svých rozhodnutí. Budoucí výzkum by měl pokračovat v mapování zkušeností transgender jedinců a hledat cesty, jak zlepšit jejich duševní zdraví a celkovou kvalitu života. Studie by měly zahrnovat jak krátkodobé, tak dlouhodobé dopady tranzice a detranzice. Celkově je důležité, aby společnost pokračovala ve snaze o větší inkluzi a pochopení transgender identity. Pouze tak můžeme zajistit, že každý jedinec bude mít možnost žít autenticky a s plnou podporou svého okolí.

Závěrem lze říci, že detranzice je komplexní a nuancovaný fenomén, který odráží spektrum zkušeností ovlivněných osobními, sociálními a systémovými faktory.

Doporučení

Transgender identita a duševní zdraví jsou úzce propojené oblasti, které vyžadují citlivý a informovaný přístup ze strany zdravotníků i širší společnosti. V praktickém shrnutí pro praxi můžeme zmínit základní body, které jsou pro péči o transgender jedince zásadní:

Zvýšení informovanosti odborníků: Zdravotníci by měli být pravidelně školeni o specifických potřebách transgender pacientů a o nejnovějších poznatcích z oblasti transgender zdravotní péče.

Inkluzivní péče: Poskytování zdravotní péče by mělo být bez diskriminace a respektovat genderovou identitu pacientů. To zahrnuje i správné používání jmen a zájmen.

Podpora duševního zdraví: Zdravotníci by měli být schopni identifikovat a adekvátně řešit duševní poruchy, které mohou být u transgender jedinců zvýšené v důsledku stresu, diskriminace a sociální izolace.

Podpora během detranzice: Poskytovat podporu také jedincům, kteří se rozhodnou pro detranzici, a to jak v oblasti zdravotní, tak psychologické péče.

LITERATURA

1. https://www.amnesty.cz/lgbti/trans-prava-v-cr/uredni-zmena-pohlavi-zahranici
2. Littman L. Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners. Arch Sex Behav. 2021 Nov;50(8):3353-3369. doi: 10.1007/s10508-021-02163-w. Epub 2021 Oct 19. PMID: 34665380; PMCID: PMC8604821.
3. Turban JL, Loo SS, Almazan AN, et al. Factors Leading to „Detransition" Among Transgender and Gender Diverse People in the United States: A Mixed-Methods Analysis. LGBT Health. 2021 May-Jun;8(4):273-280. doi: 10.1089/lgbt.2020.0437. Epub 2021 Mar 31. PMID: 33794108; PMCID: PMC8213007.
4. Guerra MP, Balaguer MG, Porras MG, et al. Transexualidad: transiciones detransiciones y arrepentimientos en España, Endocrinología, Diabetes y Nutrición. 2020; 67(9):562-567. Available from: https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020. 03. 008.
5. James SE, Herman J, Keisling M, et al. 2015 U.S. Transgender Survey (USTS). Inter-university Consortium for Political and Social Research. [2019-05-22]. doi.org/10.3886/ICPSR37229.v1.
6. Turban JL, Loo SS, Almazan AN, et al. Factors Leading to " Detransition" Among Transgender and Gender Diverse People in the United States: A Mixed-Methods Analysis. LGBT Health. 2021 Jun 1;8(4):273–280. doi: 10.1089/lgbt.2020.0437.
7. Vandenbussche E. Detransition-Related Needs and Support: A Cross-Sectional Online Survey. Journal of homosexuality. 2021;69:1-19. doi: 10.1080/00918369.2021.1919479.
8. Pazos GM, Gómez BM, Gomes PM, et al. Transsexuality: Transitions, detransitions, and regrets in Spain. Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed). 2020 Nov;67(9):562-567. English, Spanish. doi: 10.1016/j.endinu.2020. 03. 008. Epub 2020 Jun 24. PMID: 32591293.
9. Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): trends in prevalence, treatment, and regrets. J Sex Med. 2018;15(4):582-590.
10. Littman L, O'Malley S, Kerschner H, et al. Detransition and Desistance Among Previously Trans-Identified Young Adults. Arch Sex Behav. 2024 Jan; 53(1):57-76. doi: 10.1007/s10508-023-02716-1. Epub 2023 Dec 1. PMID: 38038854; PMCID: PMC10794437.
11. Roberts CM, Klein DA, Adirim TA, et al. Continuation of gender-affirming hormones among transgender adolescents and adults. J Clin Endocrinol Metab. 2022;22:dgac251.
12. Hildebrand-Chupp R. More than 'canaries in the gender coal mine': A transfeminist approach to research on detransition. The Sociological Review. 2020;68(4):800-816. doi.org/10.1177/0038026120934694.
13. Hess J, Neto RR, Panic L, et al. Satisfaction with male-to-female gender reassignment surgery. Deutsches Ärzteblatt International. 2014;111:795-801. doi.org/10.3238/arztebl.2014.0795.

Další literatura u autorky a na www.psychiatriepropraxi.cz



Znovu se probouzet do jasných dnů...

Brintellix®
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. DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ: Úvodní a doporučená dávka je 10 mg jednou denně, užitá perorálně s jídlem nebo nalačno. Starší pacienti ≥ 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 monoaminooxidázy (IMAO) nebo selektivními MAO-A inhibitory. ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ: Deprese je spojena se zvýšeným rizikem sebevražedných myšlenek, sebepoškozování 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 epilepsií, 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 vzácně 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), serotonergně působícími léčivými přípravky, s přípravky snižujícími práh pro vznik záchvatů, lithiem, tryptofanem, třezalkou tečkovanou, perorálními antikoagulancii, antiagregancii 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 imunoanalýzy ke stanovení přítomnosti metadonu v moči. TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ: Podání těhotným ženám pouze tehdy, pokud očekávaný přínos převažuje nad potenciálním rizikem pro plod. Je nutno rozhodnout, zda přerušit kojení nebo ukončit/přerušit podávání přípravku. SCHOPNOST ŘÍDIT 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, diarea, obstipace, zvracení, dyspepsie, pruritus, hyperhidróza. Méně časté: halucinace, tremor, rozmazané vidění, návaly horka, noční pocení. Vzácné: mydriáza (která může vést k akutnímu glaukomu se zúženým komorovým úhlem). Není známo: anafylaktická reakce, hyperprolaktinemie, 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, Ottiliavej 9, 2500 Valby, Dánsko. REGISTRAČNÍ ČÍSLA: tablety – EU/1/13/891/002, 010, 011, 012, 021, 030 perorální kapky, roztok – EU/1/13/891/036. DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU SPC: 1. 8. 2025. DATUM POSLEDNÍ REVIZE ZKRÁCENÉ INFORMACE: 19. 8. 2025. 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 a www.sukl.gov.cz. KONTAKT: Lundbeck Česká republika s. r. o., Bozděchova 7, 150 00 Praha 5, tel.: 225 275 600, www.lundbeck.cz

Lundbeck

CZ-BRIN-0132/08/2025

Míra nárůstu suicidálního chování u dětí v preadolescentním věku po pandemii covidu-19. Profil suicidálních dětí hospitalizovaných na dětské psychiatrii

MUDr. Katarína Jaššová, Ph.D., MUDr. Markéta Holá, MUDr. Tereza Podhorná
Oddělení dětské psychiatrie Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

Míra suicidality u dětí v posledních letech rapidně stoupá. Zatímco problematika suicidálního chování adolescentů je relativně dobře zmapovaná, suicidalita v preadolescentním věku zůstává mírně opomíjená. Kolektiv autorů zkoumal vzestup suicidálního chování jako indikace k hospitalizaci na Oddělení dětské psychiatrie FTN. Proti roku 2019 jsme v roce 2022 zaznamenali téměř 3násobný nárůst hospitalizovaných dětí pro suicidální chování a 5násobný nárůst hospitalizací pro suicidální pokusy. Nejčastějším rizikovým faktorem suicidálních dětí je premorbidní psychiatrická komorbidita a psychiatrické onemocnění některého z členů rodiny. Významným rizikovým faktorem je i neúplná rodina.

Klíčová slova: suicidální chování, preadolescentní děti, pandemie covidu-19.

The increasing rate of suicidal behavior in preadolescent children after COVID-19 pandemic. The profile of suicidal children hospitalized in department of children psychiatry

The rate of suicidality in children has been rising rapidly in recent years. While the issue of suicidal behavior in adolescents is explored relatively well, suicidality in preadolescents remains slightly underreported. The team of authors examined the increasing rate of suicidal behavior among children as an indication for hospitalization in the Department of Child Psychiatry of the FTN. Compared to 2019, in 2022 we recorded an almost 3-times growth in hospitalized children for suicidal behavior and a 5-times growth in hospitalizations for suicide attempts. The most common risk factor for suicidal children is premorbid psychiatric comorbidity and psychiatric illness of a family member. An incomplete family is also a significant risk factor.

Key words: suicidal behavior, preadolescent children, COVID-19 pandemy.

Úvod

V klinické praxi se v posledních letech potkáváme s rapidním nárůstem sebevražedného chování v dětském a adolescentním věku. Tento trend ještě výrazně urychlila epidemie covidu-19 (1). Popisem nárůstu sebevražedného chování v adolescentním věku (15–19 let) se zabývají kolegové na Dětské psychiatrické klinice Fakultní nemocnice Motol. Zatímco v letech 1995–1999 bylo na jejich oddělení přijato po sebevražedném pokusu v průměru 25 dětí ročně, v roce 2021 jich bylo 131 (2). Na Oddělení dětské psychiatrie Fakultní Thomayerovy nemocnice (FTN) se potkáváme s dětmi ve věkovém rozpětí od 3 do 14 let. Klinická zkušenost ukazuje výrazný nárůst suicidálního chování i v této věkové kategorii dětí. Proto jsme se na Oddělení dětské psychiatrie FTN rozhodli vyčíslit, o jak velký nárůst suicidál-

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 18th 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. 2025;26(3):168-171
https://doi.org/10.36290/psy.2025.028
Článek přijat redakcí: 26. 2. 2025
Článek přijat k tisku: 28. 4. 2025

MUDr. Katarína Jaššová, Ph.D.
katarinajasso@gmail.com

ních pacientů se jedná v letech před pandemií covidu-19 a v letech po pandemii. Dále nás zajímal profil hospitalizovaných pacientů a jeho prolínání se se známými rizikovými faktory, jako je psychiatrická komorbidita, psychoheredita, neúplná rodina, či somatické onemocnění.

Suicidální chování v dětském věku

Pojem suicidalita zahrnuje široké spektrum chování od neverbalizovaných a verbalizovaných myšlenek na sebevraždu, po dokonané suicidium. Zatímco dokonané suicidium zůstává v dětském a adolescentním věku naštěstí nadále poměrně vzácné (4), suicidální chování je celosvětově na výrazném vzestupu (5). Pro účely tohoto sdělení je nutné definovat, co suicidální chování znamená a zahrnuje. Dle kolektivu autorů k suicidálnímu chování patří verbalizované vážně míněné suicidální myšlenky (nezahrnujeme výroky typu „radši se zabiju/skočím z okna" vyřčené v afektu, které nevedou k suicidální akci a po zklidnění jedinec nevykazuje žádné suicidální ideace), suicidální jednání (hromadění léků, sezení v okně za úmyslem skočit, plánování suicidia, vyhledávání informací o suicidiu apod.) a neúspěšný suicidální pokus. Verbalizace suicidálních myšlenek se může objevit v různých situacích. Spontánně děti verbalizují suicidální myšlenky nejčastěji v momentu emočního rozrušení. Hloubka suicidálního uvažování je však různá. Často jde o konverzační zvrat, kterým se snaží ukončit hádku. Může však jít i o dlouhodobé suicidální ladění, které již má konkrétní obrysy a náhlé emoční vypětí vyprovokuje verbalizaci dlouho promýšleného suicidálního záměru. Suicidální myšlenky někdy děti verbalizují v důvěrném rozhovoru s přáteli, či jinými blízkými osobami. Není neobvyklé, že se svými sebevražednými úvahami podělí na sociálních sítích. Další možností verbalizace suicidálních myšlenek je během psychologického, či psychiatrického vyšetření, kdy se na jejich přítomnost vyšetřující přímo zeptá. Úkolem odborníka je pak vyhodnotit hloubku suicidálních myšlenek a suicidálního záměru.

Naše chápání suicidálního chování se shoduje s publikovanou literaturou, např. Nock et al., 2008 (6). I přesto, že u dětí a adolescentů je poměr dokonaných sebevražd k sebevražedným pokusům pouze 1 : 100 (2), jde o závažný medicínský problém a v USA je prokázáno, že ve věku mezi 10.–14. rokem je suicidium 2. nejčastější příčinou úmrtí (7).

Sebevražedné chování v dětství představuje významný rizikový faktor pro rozvoj psychiatrického onemocnění v dospělosti, a tedy je závažným markerem pro celoživotní psychickou vulnerabilitu jedince (8).

Kromě nárůstu suicidálního chování se u dětí a adolescentů potkáváme i se vzestupem sebepoškozování. Sebepoškozování je charakterizováno vědomým, záměrným, často opakovaným sebezraňováním bez vědomé suicidální motivace, v němž dochází k narušení tělesné integrity, bez závažného letálního dosahu (2). Sebepoškozování je vnímáno jako rizikový faktor rozvoje suicidálního chování (10) a v klinické praxi se často potkáváme s tím, že děti po suicidálním pokusu již mají za sebou různě dlouhou anamnézu sebepoškozování. Zdaleka však nelze říct, že sebepoškozování vede k suicidálnímu chování nebo že dítě, které se nesebepoškozuje, nemůže dospět k suicidálnímu rozhodnutí.

Z uvedeného vyplývá, že suicidalita u dětí se stává velmi závažným medicínským tématem, které vyžaduje bližší prozkoumání a hluboké porozumění, abychom mohli vyvinout nejen účinnou terapii pro již postižené jedince, ale abychom byli schopni nalézt možnosti primordiální prevence.

Rizikové faktory dětské suicidality

Dítě je nejvíce ovlivňováno prostředím, v kterém tráví nejvíce času, a tedy primárně rodinou a školou. Jako nejvýraznější rizikové faktory pro rozvoj suicidality jsou proto opakovaně pokazovány konflikty v rodině a šikana ve škole. Dalším závažným rizikovým faktorem je přítomnost psychopatologie u dítěte, která významně zvyšuje i závažnost suicidálního chování (větší riziko suicidálního pokusu, při výskytu suicidálních myšlenek). Mezi další rizikové faktory patří psychiatrické onemocnění v rodině (které působí jednak v rámci genetické zátěže, ale zároveň často vede k zvýšenému napětí v rodině, konfliktnímu prostředí a soustředí pozornost na již nemocného jedince v rodině), či přítomnost somatického onemocnění u jedince (zejména je prozkoumána souvislost s astma bronchiale). Byla prokázána i pozitivní korelace mezi množstvím času stráveného u obrazovek a vyšším výskytem suicidálního chování, s čím souvisí i větší riziko kyberšikany (9–12).

Protektivní faktory dětské suicidality

Tak jako rizikové faktory vycházejí zejména z rodinného a školního prostředí dítěte, je tomu i v případě faktorů protektivních. Jako nejdůležitější protektivní faktor je popisováno harmonické rodinné prostředí s pečujícími, avšak autoritativními rodiči, kteří vytvářejí dítěti bezpečné hranice a zároveň prostor pro osobnostní rozvoj. V rámci rodinného soužití vplývá na dítě velmi pozitivně zejména dostatek kvalitně stráveného společného času, třeba i pravidelné společné rodinné večeře. Dalším významným protektivním faktorem je přítomnost stabilního školního zázemí s dobrými vrstevnickými vztahy (10, 11, 13).

Dodržování pravidel zdravého životního stylu, předcházení dětské obezitě, přiměřené zapojení do zájmových činností, dobrá emoční inteligence, omezený čas trávený u obrazovek a na sociálních sítích, či dobré sebevědomí pak hrají také roli v snížení rizika suicidálního chování, avšak jsou základním dvěma protektivním faktorům spíše podřazené, doplňkové (10, 11).

Materiál a metody

Pro účely našeho průzkumu jsme zvolili věkovou hranici dětí 10–14 let. Věková hranice byla zvolena jednak z provozních důvodů oddělení, kde je 14 let limitem k přijetí, a zároveň jako výsledek rešeršního šetření.

Akcelerace suicidálního chování je prokazatelně vyšší právě ve věkové kategorii 10–14 let (14). Suicidální ideace zároveň nejsou před věkem 10 let časté (méně než 1 % populace) (15).

Jako inkluzivní kritéria pro zavzetí dětí do výzkumné kohorty jsme určili věk 10–14 let včetně, přítomnost suicidálních ideací, suicidálních tendencí a stav po suicidálním pokusu.

V rámci šetření, jsme pomocí nemocničního informačního systému odfiltrovali věkovou kategorii dětí 10–14 let v roce 2019 a v roce 2022. U každého z takto vyfiltrovaných dětí jsme pak na základě příjmového vyšetření prozkoumali důvody vedoucí k přijetí na oddělení. Děti jsme rozdělili do dvou skupin, dle roku hospitalizace: rok 2019 a rok 2022. U všech dětí, které splnili inkluzivní kritéria jsme zaznačili pohlaví a přítomnost suicidálního pokusu. U dětí hospitalizovaných v roce

2022 jsme dle příjmových zpráv dále zkoumali přítomnost rizikových faktorů: neúplná rodina, předchozí psychiatrické sledování, psychoheredita, prenatální/perinatální rizika a somatická komorbidita.

Výsledky

V roce 2019 bylo na Oddělení dětské psychiatrie FTN hospitalizováno 421 pacientů, z toho 28 pacientů splňovalo inkluzivní kritéria pro výzkum. Z těchto pacientů bylo 12 mužského pohlaví a 16 ženského pohlaví.

V roce 2022 bylo na Oddělení dětské psychiatrie FTN hospitalizováno 485 pacientů, z toho 79 pacientů splňovalo inkluzivní kritéria. Z těchto pacientů bylo 13 mužského pohlaví a 66 ženského pohlaví.

Suicidální pokus mezi hospitalizovanými dětmi uskutečnilo v roce 2019 sedm dětí z toho 6 děvčat a 1 chlapec, v roce 2022 třicettři pacientů, 29 děvčat a 4 chlapci (Tab. 1, Graf 1).

Předchozí psychiatrickou zkušenost/psychiatrickou komorbiditu mělo 55 dětí (69,6 %), psychohereditu 53 dětí (67 %), v neúplné rodině v době suicidálních symptomů žilo 45 (57 %) dětí, u 18 (22,8 %) dětí jsme zaznamenali prenatální nebo perinatální komplikace a somatickou komorbiditou trpělo 13 (16,46 %) dětí (Tab. 2).

Diskuze

Šetření počtu hospitalizovaných dětí se suicidálním chování na Oddělení dětské psychiatrie FTN potvrdilo klinické vnímání rapidního nárůstu dětí s touto problematikou v době po pandemii covid-19. Na našem oddělení můžeme mluvit o téměř trojnásobném nárůstu suicidálních dětí a skoro pětinásobném nárůstu dětí hospitalizovaných po suicidálním pokusu (ze 7 na 33 za rok).

Tab . 1. *Porovnání počtu suicidálních dětí v letech 2019 a 2022*

Rok hospitalizace	2019	2022
celkový počet hospitalizovaných dětí	421	485
suicidálních dětí celkem	28	79
suicidálních chlapců	12	13
suicidálních dívek	16	66
suicidální pokusy	7	33

I celkový počet hospitalizovaných dětí vzrostl, avšak tento nárůst je pouze na 115 % proti roku 2019. Ze zjištěných dat vyplývá, že oproti letům před pandemií covid-19 byl na oddělení výrazně větší podíl suicidálních dětí. Pokud se na data podíváme v absolutních číslech, tak v roce 2022 bylo na oddělení hospitalizováno o 64 dětí více a pacientů se suicidální problematikou bylo o 53 více. Tedy nárůst suicidálních dětí se přímo projevil v množství hospitalizovaných dětí. Sice z těchto výsledků nelze zcela jasně uzavřít, že většinu nárůstu hospitalizací způsobily právě suicidální děti, a bylo by nutné prošetřit míru změny v ostatních psychiatrických diagnózách, korelace absolutních čísel je zajímavá.

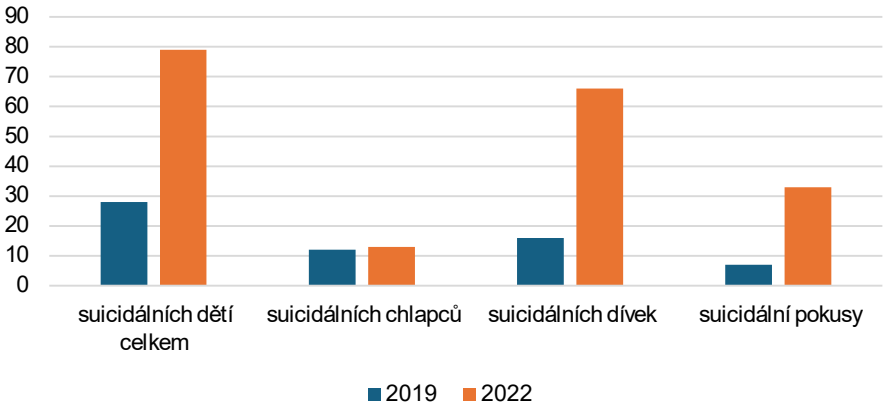
Z dat dále vyplývá, že počet chlapců se suicidálním chování zůstává přibližně konstantní, zatímco u dívek došlo k navýšení z 16 v roce 2019 na 66 v roce 2022 (tj. 4násobek). Problematika suicidálních myšlenek, tendencí a pokusů je tedy výraznější u preadolescentních dívek. V literatuře (2, 14) je tento fenomén zdokumentován, avšak další výzkum senzitivity a rizikových faktorů u dívek, a naopak protektivních faktorů u chlapců, by mohl přinést výsledky, které by šlo využít v primordiální prevenci.

Se suicidálním chováním v našem výzkumu nejvíce koreloval předchozí výskyt psychiatrických obtíží, které byly léčené ambulantní, nebo i hospitalizační formou. Jako další související faktory s nadpoloviční četností se objevují psychoheredita v rodině a vyrůstání v neúplné, konfliktní rodině. Zjištěné výsledky korelují s publikovanou zahraniční literaturou (9–13).

I přes větší množství hospitalizovaných pacientů, nedošlo na oddělení k navýšení lůžkové kapacity, či personálního zajištění. Péče o suicidální pacienty, u kterých je častou komorbiditou sebepoškozování (1) a přetrvává riziko suicidálního chování, je náročná a zvyšuje zátěž pro ošetřující personál. Z uvedeného vyplývá, že na dětském psychiatrickém oddělení stoupá náročnost péče o dětského pacienta a celková pracovní zátěž. Zároveň je vzhledem k stabilnímu počtu psychiatrických lůžek a větší potřebě hospitalizací nutno zkracovat pobyty na oddělení. Péče na akutním lůžku se tak často redukuje na diagnostickou a akutně stabilizační s nutností další intenzivní ambulantní, či semiambulantní (formou stacionáře) péče.

V posledních letech se zvýšila dostupnost stacionářů, či skupinových terapií, zejména pro adolescentní pacienty ve věku od 14–19 let. Tento druh péče však ve věkové kategorii 10–14 let výrazně chybí. Nedostupnost lůžkové, semiambulantní (stacionární) i ambulantní pedopsychiatrické péče pak zvyšuje napětí nejen u veřejnosti, ale i v odborné společnosti a podporuje riziko syndromu vyhoření. Dimitování pacientů hned po zvládnutí akutního stavu a následná nedostupnost informací o dalším vývoji nemoci zvyšuje míru frustrace ošetřujícího personálu, z důvodu chybějící satisfakce z dlouhodobého zaléčení pacienta.

Graf 1. *Porovnání počtu suicidálních dětí v letech 2019 a 2022*



Tab. 2. *Profil suicidálních dětí v roce 2022*

	počet hospitalizovaných dětí	st. p. suicidálním pokusu	psychiatrická komorbidita	psychoheredita	neúplná rodina	perinatální komplikace	somatická komorbidita
absolutní počet	79	33	55	53	45	18	13
procenta	100	41,77	69,6	67	57	22,8	16,46

Farmakoterapie suicidality je většinou velmi nespecifická. Sice známe medikaci, která výrazně snižuje suicidální chování (např. klozapin), specifický lék na léčbu sebevražedných myšlenek neexistuje. Důležitá je účinná a časná léčba nemocí, u kterých jsou suicidální myšlenky a tendence významným symptomem, jako jsou depresivní, úzkostné, ale i psychotické poruchy.

Uvědomujeme si limity našeho průzkumu. V rámci pilotní studie, jsme se zaměřili pouze na 2 roky a omezené množství rizikových faktorů. Bylo by nutné prozkoumat další časový úsek před pandemií a po ní. Také kromě pandemie na psychiku dětí a celé společnosti působí další faktory. V Evropě je to situace související s válkou na Ukrajině, celosvětově je to nadměrné trávení času v prostoru sociálních sítí, a tím přesouvání značné části života do prostoru virtuální reality. Ve společnosti přetrvává velká míra sociální izolace jedince ve smyslu navýšení práce z domova (home office), ale i možností on-line studia, či absolvování volnočasových aktivit prostřednictvím počítače či tabletu.

Přesto považujeme zjištění 3násobného vzrůstu hospitalizovaných suicidálních dětí a 5násobného vzrůstu suicidálních pokusů v preadolescentním věku za významné a je nutné se této problematice dále věnovat. Jako důležité vnímáme prozkoumat dostupnost následné péče po propuštění z nemocnice, četnost rehospitalizací, či schopnost dítěte vrátit se do svých primárních sociálních skupin (rodiny a školy). Také je důležité prozkoumat úspěšnost hospitalizační péče, míru dokonaných sebevražd po absolvování hospitalizace, či období remise.

Oddělení dětské psychiatrie FTN plánuje další výzkum dané problematiky v dané věkové kategorii dětí.

Závěr

Průzkum hospitalizací na Oddělení dětské psychiatrie FTN prokázal markantní, téměř 3násobný, nárůst suicidálního chování ve věkové kategorii dětí 10–14 let. Průzkum dokazuje tendenci ke zvyšování se suicidálních symptomů v dětské populaci a nutnost těmto dětským pacientům věnovat zvýšenou pozornost a péči. Zajímavostí je stálý počet chlapecké populace oproti výraznému navýšení incidence potíží v populaci dívek. Důsledky nárůstu suicidality v dětské populaci vyžadují další pečlivý výzkum k nalezení nejvhodnější formy péče (hospitalizace, denní stacionáře, skupinové, či individuální terapie) a prevence.

LITERATURA

1. Vázquez López P, Armero Pedreira P, Martínez-Sánchez L, et al. Self-injury and suicidal behavior in children and youth population: Learning from the pandemic. An Pediatr (Engl Ed). 2023 Mar;98(3):204-212. doi: 10.1016/j.anpede.2022. 11. 005. Epub 2023 Feb 25. PMID: 36842881.

2. Koutek J, Kocourková J. Suicidalita a sebepoškozování v dětství a adolescenci - aktuální situace. Ces-slov Pediat. 2022;77(3):131-136. doi: 10.55095/CSPediatrie2022/015.

3. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. Paediatr Drugs. 2003;5(4):243-65. doi: 10.2165/00128072-200305040-00004. PMID: 12662120.

4. Burstein B, Agostino H, Greenfield B. Suicidal Attempts and Ideation Among Children and Adolescents in US Emergency Departments, 2007-2015. JAMA Pediatr. 2019 Jun 1;173(6):598-600. doi: 10.1001/jamapediatrics.2019.0464. PMID: 30958529; PMCID: PMC6547071.

5. Plemmons G, Hall M, Doupnik S, et al. Hospitalization for Suicide Ideation or Attempt: 2008-2015. Pediatrics. 2018 Jun;141(6):e20172426. doi: 10.1542/peds.2017-2426. Epub 2018 May 16. PMID: 29769243.

6. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, et al. Suicide and suicidal behavior. Epidemiol Rev. 2008;30(1):133-54. doi: 10.1093/epirev/mxn002. Epub 2008 Jul 24. PMID: 18653727; PMCID: PMC2576496.

7. National Institute of Mental Health, Mental health infomration. Statistics. Suicide. https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide/shtml(Feb 5, 2020).

8. Copeland WE, Goldston DB, Costello EJ. Adult Associations of Childhood Suicidal Thoughts and Behaviors: A Prospective, Longitudinal Analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2017 Nov;56(11):958-965.e4. doi: 10.1016/j.jaac.2017. 08. 015. Epub 2017 Sep 15. PMID: 29096778; PMCID: PMC6501553.

9. Zelazny J, Stanley B, Porta G, et al. Risk factors for pre-adolescent onset suicidal behavior in a high-risk sample of youth. J Affect Disord. 2021 Jul 1;290:292-299. doi: 10.1016/j.jad.2021. 04. 059. Epub 2021 May 5. PMID: 34015624; PMCID: PMC8223608.

10. Janiri D, Doucet GE, Pompili M, et al. Risk and protective factors for childhood suicidality: a US population-based study. Lancet Psychiatry. 2020 Apr;7(4):317-326. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30049-3. Epub 2020 Mar 12. PMID: 32171431; PMCID: PMC7456815.

11. Dorol-Beauroy-Eustache O, Mishara BL. Systematic review of risk and protective factors for suicidal and self-harm behaviors among children and adolescents involved with cyberbullying. Prev Med. 2021 Nov;152(Pt 1):106684. doi: 10.1016/j.ypmed.2021.106684. Epub 2021 Sep 16. PMID: 34538376.

12. Wei HT, Lan WH, Hsu JW, et al. Risk of Suicide Attempt among Adolescents with Conduct Disorder: A Longitudinal Follow-up Study. J Pediatr. 2016 Oct;177:292-296. doi: 10.1016/j.jpeds.2016. 06. 057. Epub 2016 Jul 22. PMID: 27453371.

13. Ruch DA, Heck KM, Sheftall AH, et al. Characteristics and Precipitating Circumstances of Suicide Among Children Aged 5 to 11 Years in the United States, 2013-2017. JAMA Netw Open. 2021 Jul 1;4(7):e2115683. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.15683. PMID: 34313741; PMCID: PMC8317003.

14. Ruch DA, Sheftall AH, Schlagbaum P, et al. Trends in Suicide Among Youth Aged 10 to 19 Years in the United States, 1975 to 2016. JAMA Netw Open. 2019 May 3;2(5):e193886. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.3886. Erratum in: JAMA Netw Open. 2019 Jun 5;2(6):e197687. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.7687. PMID: 31099867; PMCID: PMC6537827.

15. Nock MK, Green JG, Hwang I, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. JAMA Psychiatry. 2013 Mar;70(3):300-10. doi: 10.1001/2013.jamapsychiatry.55. PMID: 23303463; PMCID: PMC3886236.

EUC přijme PSYCHIATRA

Pro kliniku v Kladně

Co pro vás máme připraveno:
- zázemí a podmínky největšího soukromého poskytovatele ambulantní zdravotní péče v ČR
- částečný i plný úvazek
- 25 dní dovolené a 5 dní osobního volna navíc
- příspěvek na dovolenou 6 000 Kč
- spoustu benefitů pro vás i rodinné příslušníky

Profesionální a lidský přístup uplatňujeme vůči klientům i našim zaměstnancům.



kamila.tepla@euc.cz | +420 799 119 980

Využití muzikoterapeutických technik jako podpory schematerapie u hospitalizovaných pacientů: Možnosti integrace napříč diagnostickými skupinami

Mgr. et Mgr. Zdeněk Maté[1,2], prof. MUDr. Ján Praško, CSc.[1-4], Mgr. Draga Čermáková[3], PhDr. Marie Ocisková, Ph.D.[1,2]

[1]Centrum duševní rehabilitace, Jessenia, Rehabilitační nemocnice Beroun Akeso Holding, MINDWALK, s. r. o., Beroun
[2]Klinika psychiatrie, Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta a Fakultní nemocnice Olomouc
[3]Katedra psychologických vied, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotnictva, Slovensko
[4]Katedra psychoterapie, IPVZ Praha

Úvod: Článek se zabývá integrací muzikoterapeutických metod jako podpory schematerapie u hospitalizovaných pacientů s různými psychiatrickými diagnózami. Cílem je prozkoumat možnosti využití hudby jako prostředku pro posílení prožitkové práce, zpracování maladaptivních schémat a aktivaci zdravých módů.
Metodologie: Autoři využívají kazuistický přístup u čtyř hospitalizovaných pacientů s depresí, bipolární poruchou, schizofrenií a sociální fobií. U každého je stručně popsána terapeutická strategie a konkrétní muzikoterapeutické intervence.
Výsledky: Integrace muzikoterapeutických technik posílila schopnost pacientů kontaktovat a verbalizovat emoce, snížila vnitřní napětí, umožnila práci s maladaptivními módy a vedla k posílení Zdravého dospělého a Laskavého rodiče. Hudba poskytla bezpečný prostor pro korektivní emoční zkušenost a neverbální vyjádření vnitřních konfliktů.
Závěr: Kombinace schematerapie a přístupu, který nabízí muzikoterapie se ukazuje jako účinný přístup, který má u hospitalizovaných pacientů potenciál zlepšit emoční regulaci, sebeuvědomění a terapeutickou alianci. Pro rozšíření klinického využití je však nutná další evaluace v rámci kontrolovaných studií a systematický výcvik terapeutů.

Klíčová slova: muzikoterapie, schematerapie, hospitalizace, emoční regulace, módy, korektivní emoční zkušenost, duševní poruchy.

Integrating music therapy into schema therapy for hospitalized patients with mental disorders: Clinical reflections and case examples

Background: This article explores the integration of music therapy techniques into schema therapy for hospitalized patients with various psychiatric diagnoses. The aim is to examine how music can support experiential work, schema processing, and the activation of healthy modes.
Methods: A case-based approach is used to present four hospitalized patients with depression, bipolar disorder, schizophrenia, and social anxiety. Each case includes short conceptualization and description of music therapy interventions within the schema therapy framework.

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 18th 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. 2025;26(3):172-180
https://doi.org/10.36290/psy.2025.029
Článek přijat redakcí: 21. 2. 2024
Článek přijat k tisku: 29. 5. 2025

Mgr. et Mgr. Zdeněk Maté
zdenek.mate@gmail.com

Results: The integration of music therapy facilitated emotional expression and awareness, reduced internal tension, enabled work with maladaptive modes, and supported the development of the Healthy Adult and Kind Parent modes. Music provided a safe space for corrective emotional experiences and nonverbal processing of internal conflict.

Conclusion: The combined approach of schema therapy and music therapy appears to be a promising method for improving emotional regulation, self-awareness, and therapeutic engagement in inpatient settings. Further research through controlled trials and structured therapist training is needed to support its broader clinical application.

Key words: music therapy, schema therapy, hospitalization, emotional regulation, modes, corrective emotional experience, mental disorders.

Úvod

Hospitalizační psychiatrická péče může být spojena s intenzivními emočními výkyvy, krizovým prožíváním a narušenou schopností regulace emocí. Pacienti přijatí na akutní či subakutní psychiatrická oddělení čelí nejen symptomatickému přetížení, ale i aktivaci hluboce zakořeněných maladaptivních vzorců chování a myšlení, které komplikují jejich spolupráci na terapii a zotavení. V tomto kontextu je nezbytné hledat terapeutické přístupy, které by kromě stabilizace příznaků umožnily hlubší práci s emocemi, vnitřními konflikty a vztahovými obtížemi.

Jedním z takových přístupů je schematerapie (ST), vyvinutá Jeffrey Youngem jako integrativní psychoterapeutický směr pro práci s pacienty s poruchami osobnosti, chronickými afektivními poruchami či psychickými obtížemi rezistentními na klasickou kognitivně-behaviorální terapii (1). Schematerapie kombinuje prvky kognitivní terapie, teorie vazby, gestalt terapie a psychodynamických přístupů a klade důraz na práci s tzv. ranými maladaptivními schématy a módy schémat.

Muzikoterapie představuje naopak neverbální, prožitkově orientovaný přístup, který využívá hudbu jako nástroj facilitace emocionálního prožitku, neverbálního vyjádření a propojení s nevědomými obsahy (2, 3). Hudba umožňuje pacientům nejen kontakt se svými emocemi, ale také symbolické ztvárnění vnitřních konfliktů, vztahových vzorců a traumatických zkušeností, a to často bez nutnosti jejich explicitního verbalizování (4). Významně se uplatňuje především u pacientů s poruchami osobnosti, depresí, OCD, psychózami či psychosomatickými obtížemi, kde bývá verbální kontakt se sebou nebo s druhými omezený či přerušený (5–8).

Propojení schematerapie a muzikoterapeutických postupů nabízí slibný model, jak podpořit hlubší emoční zpracování, zesílit korektivní emoční zkušenost a posílit funkce módu Zdravého dospělého, který je zásadním terapeutickým cílem schematerapie (9, 10). Hudba může sloužit jako most k práci s neintegrovanými částmi osobnosti (např. Zranitelným dítětem, Přísným kritikem nebo Odtažitým ochráncem) a zároveň aktivovat pozitivní afekty spojené s bezpečím, přijetím, oceněním a tvořivostí. Tato kombinace může být obzvláště účinná u hospitalizovaných pacientů, kteří kvůli intenzivním příznakům často ztrácejí přístup k introspektivnímu prožívání a pozitivním sebepojetím (23, 38).

Cílem tohoto článku je představit možnosti integrace muzikoterapie do schematerapie v prostředí akutní a subakutní hospitalizační péče. Zaměříme se na terapeutické principy, synergii obou přístupů, a především na konkrétní kazuistiky pacientů s různou diagnostikou (deprese, bipolární porucha, schizofrenie), u nichž byla tato integrace terapeuticky využita. V diskuzi poukážeme na přínosy i výzvy této integrace a navrhneme doporučení pro praxi a výzkum.

Teoretické východisko

Schematerapie u hospitalizovaných pacientů

Schematerapie se v posledních dvaceti letech etablovala jako účinný přístup při léčbě pacientů s poruchami osobnosti, afektivními poruchami a dalšími chronickými psychickými obtížemi (1, 11). Její integrativní charakter a důraz na práci s emočními stavy (tzv. módy schémat) ji činí vhodnou i pro prostředí hospitalizační péče, kde se často setkáváme s pacienty v akutním emočním rozrušení, s narušenou schopností seberegulace a s fragmentovaným vnitřním prožíváním.

V prostředí akutní a subakutní péče bývá terapeutická práce komplikována častými přechody mezi stavy krize a relativní stability, zvýšenou impulzivitou a obtížemi v budování terapeutického vztahu. Schematerapie však i v těchto podmínkách umožňuje strukturovanou práci s módy – tedy dočasně aktivovanými stavy, které reprezentují různé části pacientova já, jako například Zranitelné dítě, Přísný kritik, Hyperkompenzátor či Zdravý dospělý (1, 12).

Jednou z výhod schematerapie je její použitelnost napříč diagnostickými kategoriemi. Ačkoliv byla původně určena pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti, v praxi se osvědčuje také u depresivních poruch, bipolární afektivní poruchy, schizofrenie, úzkostných poruch a dalších stavů, které jsou často zastoupeny mezi hospitalizovanými pacienty (9, 13, 38). V těchto případech se módy mohou aktivovat v různých formách, například jako přísná sebekritika, vnitřní prázdnota, paranoidní nedůvěra či disociace. Terapeutický cíl pak spočívá v identifikaci aktivních módů, jejich zvědomění a posilování funkce Zdravého dospělého, který dokáže regulovat emocionální a behaviorální reakce.

Muzikoterapie jako prožitkový nástroj

Podle EMTC (Evropské muzikoterapeutické konfederace) můžeme o muzikoterapii v Evropě hovořit jako o nezávislé, autorizované profesi, která využívá specifické hudební intervence v souladu s evidence based poznatky získanými z klinického a praktického výzkumu k realizaci individuálních léčebných cílů v rámci terapeutické aliance s cílem podpořit klienty v jejich fyzickém, vývojovém, komunikačním, intelektuálním, mentálním či emocionálním zdraví, fungování a životní pohodě.

Podobně muzikoterapii definuje CZMTA (Muzikoterapeutická asociace České republiky, 2022): „muzikoterapie představuje obor s primárně terapeutickým dopadem. Zároveň je muzikoterapie léčebným a podpůrným postupem, v němž kvalifikovaný muzikoterapeut

prostřednictvím pomáhajícího vztahu, hudby a hudebních elementů provází klienta nebo skupinu v terapeutickém procesu, jehož cílem je relevantním způsobem rozvinout potenciál nebo obnovit funkce jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální anebo interpersonální integrace, s cílem naplnění tělesných, psychických, emocionálních a sociálních potřeb." Takový muzikoterapeut je členem České muzikoterapeutické asociace a absolventem sebezkušenostního studia Muzikoterapie na Univerzitě Palackého v Olomouci v rozsahu 300 hodin (tří let) sebezkušenosti, minimálně 100 hodin supervize a minimálně 500 hodin praxe. Pakliže muzikoterapeut nesplňuje zmíněná kritéria stanovená CZMTA není oprávněn se nazývat muzikoterapeutem a muzikoterapii vykonávat. Pracuje-li terapeut s hudbou bez zmíněného muzikoterapeutického vzdělání, hovoříme o hudební intervenci, tedy o využití hudby v psychoterapii, nikoliv však o muzikoterapii.

Respektovaná česká muzikoterapeutka Markéta Gerlichová (14) hovoří o muzikoterapii jako terapeutickém přístupu využívajícím hudby a jejích prvků (rytmus, melodie, harmonie) k dosahování nehudebních cílů, které dělí na léčebné, osobně-rozvojové a interpersonálně vztahové.

Autoři Haslbeck et al. (15) a Koelsch (16) definují muzikoterapii jako psychoterapeutický přístup, který využívá hudbu jako médium k facilitaci emočního prožitku, komunikace a zpracování psychických potíží.

O muzikoterapii lze hovořit ve významu užším, kterému pak odpovídá především definice autorů Haslbecka et al. (15) a Koelsche (16), tak významu širším integrujícím zkušenosti psychoterapeutické se zkušenostmi hudebně-terapeutickými, zahrnujícími i zkušenosti ostatních pomáhajících profesí, kterými jsou speciální pedagogika, ošetřovatelství, paliativní péče porodnictví a další, čímž došlo k rozšíření jejího využití (3, 22).

Muzikoterapii lze dělit na dva základní přístupy. Těmito přístupy jsou aktivní (např. hra na nástroje, zpěv, hudební improvizace) a receptivní (např. poslech vybrané nebo improvizované hudby). Ačkoliv je dělení muzikoterapie na zmíněné přístupy překonáno poznatky současné neurologie vzhledem k působení hudby na lidský mozek, budeme se jím i nadále řídit, vzhledem k jeho srozumitelnosti a jeho dosavadnímu využívání mezi odborníky v odborné praxi, kteří jej používají spíše pro roztřídění využívaných metod, nežli k popisu účinku hudby na lidský mozek. Tyto přístupy mohou být podle klinických potřeb vhodně kombinovány (2, 17). Oba přístupy využívají specifických terapeutických mechanismů: projekce vnitřních stavů do hudby, zrcadlení emocionálních obsahů a symbolizace nevyjádřených prožitků (16).

Hudba, jako univerzální jazyk emocí, umožňuje pacientům vyjádřit i ty pocity, které bývají obtížně dostupné vědomí nebo slovy, například hanbu, opuštěnost, smutek či hněv (3, 4). Muzikoterapie nabízí nenásilný způsob identifikace maladaptivních vzorců prožívání, které častokrát vedou ke konfliktnímu chování, obzvláště pak u pacientů trpících poruchami osobnosti. Tyto maladaptivní vzorce mohou být následně v synergii se schematerapií efektivně restrukturalizovány. Její efektivita je doložena mimo jiné u pacientů se schizofrenií, kde přispívá ke zlepšení sociální funkce, k ukotvení v „tady a teď," snížení negativních symptomů a redukci internalizovaného stigmatu (38). U depresivních pacientů pomáhá ke zlepšení nálady, zpracování emocionální bolesti a posílení schopnosti seberegulace (25).

Společné body a synergie obou přístupů

Schematerapie i muzikoterapie se opírají o práci s emočním materiálem, který přesahuje běžně verbalizovatelné obsahy. Společným rysem je důraz na prožitek, tělesné zakotvení a symbolické ztvárnění vnitřních stavů. Techniky, které nám muzikoterapie nabízí, představují v tomto kontextu silný nástroj, který umožňuje přímý kontakt s emocemi, aktivaci paměťových stop a zvědomění nevědomých obsahů prostřednictvím hudebního vyjádření (3, 18).

Propojení schematerapie a muzikoterapie tak vytváří synergii, která napomáhá nejen emoční regulaci, ale i budování pozitivního vztahu k sobě samému, zlepšení vnitřního dialogu a podporu celkové integrace osobnosti. Tato kombinace má potenciál významně obohatit terapeutickou práci v rámci multidisciplinárního týmu a rozšířit možnosti léčby hospitalizovaných pacientů v různých fázích jejich onemocnění.

Možnosti integrace muzikoterapie do schematerapie

Podpora prožitkové práce s módy

Jedním z hlavních přínosů muzikoterapie ve schematerapii je její schopnost usnadnit přístup k vnitřním částem osobnosti – tzv. módům (Tab. 1). Práce s módy je centrálním nástrojem schematerapie, přičemž jednotlivé módy představují specifické emoční, kognitivní a behaviorální vzorce, které se aktivují v náročných situacích. Mezi klíčové patří Zranitelné dítě, Přísný rodič (Kritik), Hyperkompenzátor, Odtažitý ochránce, ale i zdravé módy jako Laskavý rodič, Spokojené/Radostné dítě či Zdravý dospělý (1, 12, 19).

Hudba poskytuje pacientům nástroj k neverbálnímu ztvárnění těchto módů, a to jak v rámci aktivní, tak receptivní muzikoterapie. Tento neverbální výstup pak slouží jako podklad pro následnou reflexi a přechod k posílení adaptivních módů (2, 9).

Muzikoterapie se osvědčuje rovněž u pacientů s omezenou schopností verbalizace emocí, tedy s projevy alexithymie, nebo u pacientů s disociativními symptomy. Hudba jim může pomoci přemostit propast mezi tělesným prožitkem a emočním uvědoměním, a vytvořit tak prostor pro postupnou integraci těchto zážitků do vědomé zkušenosti (6, 20).

Podstatným stavebním kamenem muzikoterapie je pacientova svoboda a schopnost terapeuta naslouchat, tedy spoluutvářet bezpečný prostor pro terapii (6). Ačkoliv můžeme z klinické praxe i provedených studií usuzovat některé obecně platné závěry (např. durové stupnice indukují kladně vnímané prožívání, a naopak mollové negativně), nemůžeme všechny tyto závěry považovat za něco neměnné nebo snad obecně uplatnitelné.

Pacient si volí hudební nástroj/skladbu vyjadřující jeho vnímání vždy sám a jeho hudební projev je osobitým ztvárněním jeho subjektivního prožívání té které emoce, situace nebo emočního stavu. Možnost volby a svobody projevu umožňuje pacientům být autentičtí, čímž se prohlubuje terapeutický vztah a nabízí se možnost prožití korektivní zkušenosti, kdy je pacient viděn i slyšen, aniž by byl omezován, a tak posilován v maladaptivních vzorcích prožívání a v důsledku toho i chování, jako je například potlačování se na úkor sebe a ustupování druhým vzhledem k potřebě být druhými přijímán, a to i ve zcela irelevantních situacích (24).

Tab. 1. *Přehled terapeutických módů a možností jejich hudebního ztvárnění*

Mód	Charakteristika	Hudební vyjádření / Intervence
Zranitelné dítě	Emoce smutku, opuštěnosti, strachu	Melancholické melodie, prudké chaotické rytmy symbolizující volání o pomoc. Intervence: hudební dialog, kdy laskavý rodič skrze improvizovanou hudbu promlouvá ke zraněnému dítěti
Kritický rodič (Kritik)	Vnitřní kritika, stud, sebekárání	Nesourodé tonální uspořádání, buďto výrazná nebo naopak chaotická rytmika, perkusní nástroje. Intervence: konfrontace s vnitřním kritikem skrze hru na zvolené hudební nástroje
Hyperkompenzátor	Přehnané sebeprosazení, potřeba kontroly	Dominantní rytmická improvizace, bubnování, silná hlasová artikulace, květnatý hudební projev. Intervence: práce s „chybou“ v hudbě
Odtažitý ochránce	Emoční uzavřenost, disociace	Chladné, monotónní nebo zcela tiché pasáže, opakující se rytmus, bez dynamiky. Intervence: hudební relaxace
Laskavý rodič	Laskavost, péče, empatie	Hřejivá hudba, ukolébavky, melodické harmonie, společný zpěv. Intervence: reakce na ostatní módy skrze hudební projev přijetí
Zdravý dospělý	Regulace emocí, schopnost zvládat stres	Vyvážená hudební improvizace, kombinace rytmu a melodie, integrace chyb
Rozzlobené dítě	Frustrace, vztek z nenaplněných potřeb	Intenzivní hudební projev, gradace napětí, „výbojová“ improvizace. Intervence: přijetí skrze hudební vyjádření laskavého rodiče a zdravého dospělého
Spokojené dítě	Radost, spontaneita, hravost	Hravá hudba, změny rytmu, zvukové hry, experimenty

Práce s konkrétními schématy

Raně maladaptivní schémata jsou hluboce zakořeněné kognitivně-emoční vzorce, které vznikají v důsledku nenaplněných základních emočních potřeb v dětství. Schémata mají významný vliv na interpretaci mentálních reprezentací minulých, současných i budoucích autobiografických událostí. Vzhledem k tomu, že schémata ovlivňují způsob našeho uvažování, jednání i chování, stávají se tak jedním z významných zdrojů ovlivňujících vznik duševních poruch (36, 37). Mezi častá schémata patří Defektivnost/Stud, Emoční deprivace, Podřízenost, Přehnané standardy, Sociální izolace, Neláskyhodnost (1). Když se tato a další schémata aktivují a interagují se „self“ vyvolávají negativně vnímanou emoční odezvu posilující maladaptivní vzorce chování (1, 26).

Příklad: Pacient má aktivované schéma Neláskyhodnosti. V závislosti na emocích, které v souvislosti s aktivací tohoto schématu prožívá začne vyhledávat emoční podporu druhých. Druzí se mohou začít tomuto pacientovi stranit z důvodu přehlcení. Tím se „kruh uzavře“ a pacient se posílí ve svém schématu neláskyhodnosti, jelikož se mu druzí vyhýbají „v momentě, kdy je potřebuje.“

Již klasici psychoterapie, jako byli Freud a Jung tvrdili, že hudba je našim „prvním jazykem.“ Už jako plod jsme byli úzce spojeni s matkou, jejím srdečním tepem, výškou a celkovou tonalitou jejího hlasu, a proto není divu, že má hudba potenciál se dostat do hlubších vrstev nevědomí, kde se jazyk a řeč jeví být přespříliš komplexní až ohrožující (21). Hudba, jakožto médium umožňující emoční kontejnování může výrazně pomáhat regulovat emoce a sloužit jako prostředek vedoucí ke zvědomění a zpracování těchto maladaptivních schémat, ať už skrze využití receptivní nebo aktivní formy muzikoterapie. Tak či onak se autoři shodují na vyšší efektivitě hudební exprese nevyužívající slov.

Například pacient s aktivním schématem Defektivnosti může při poslechu určité hudby zaregistrovat silné emoční reakce – stud, hanbu, bolest – které jsou jinak obtížně přístupné. Tyto reakce lze dále reflektovat a propojit s konkrétními vzpomínkami, vztahy či životními tématy, která dané schéma formovala (2).

Hudební improvizace může být využita i jako projektivní technika – pacienti mohou ztvárnit „zvuk“ svého vnitřního přesvědčení o sobě („nejsem dost dobrý“, „nesmím selhat“, „musím být neustále hodný“) a skrze tento proces tyto obsahy externalizovat. Takto vytvořený zvukový obraz se pak stává základem pro další práci v rámci schematerapie, například pro konfrontaci schématu z pozice Zdravého dospělého (9).

U schématu Emoční deprivace může být velmi účinné využití hudby evokující bezpečí, útěchu a péči – pacienti mohou například vytvářet hudbu, která by vyjadřovala to, co v dětství postrádali. Další možností je využití hudebního dialogu mezi zraněným (deprivovaným) dítětem a laskavým rodičem, kdy pacienti improvizují a simultánně posilují adaptivní módy skrze již zmíněný emoční kontejnment a související korektivní zkušenost. Tento proces podporuje nejen uvědomění chybějící zkušenosti, ale i možnost ji symbolicky doplnit a integrovat do současného prožívání (10).

Facilitace korektivní emoční zkušenosti

Jedním z hlavních terapeutických cílů schematerapie je vytvoření korektivní emoční zkušenosti – tedy bezpečné situace, ve které pacient zažije emocionální naplnění základní potřeby, která mu v dětství naplněna nebyla. Hudba zde může sehrát klíčovou roli jako médium, které tuto zkušenost usnadňuje a prohlubuje.

Pacient, který například v dětství nezažil podporu a přijetí, může skrze hudbu symbolicky zakusit prožitek přijetí a ocenění. Tato zkušenost může být posílena společnou hudební improvizací, během níž ostatní členové skupiny reagují na jeho hudební projev s empatií a podporou (3, 5). Stejně tak může terapeut při individuální práci pomocí hudby reprezentovat „hlas“ Laskavého rodiče, který pacientovi poskytuje bezpečí, útěchu a pochopení.

Hudba tak napomáhá nejen emocionální aktivaci, ale i přechodu ke zklidnění, integraci a rozvoji funkce Zdravého dospělého. Proces, při němž pacient zažívá, že může prožívat své emoce bez odsouzení, a zároveň objevuje nové způsoby, jak se k sobě chovat s laskavostí, je zásadním krokem směrem k terapeutické změně (9, 24).

Kazuistiky

Jana (deprese a rané schéma Defektivnosti)

Příběh a konceptualizace

Jana je devětatřicetiletá žena hospitalizovaná pro rekurentní těžkou depresivní epizodu. Byla přijata s výraznou anhédonií, únavou, pocity beznaděje a narušenou schopností vnímat

emoce. V anamnéze uvádí emočně chladné a přísné rodiče, kteří často vyjadřovali nespokojenost a kladli důraz na výkon. Jana popisuje, že se od dětství cítí „neviditelná", „nepřijatelná" a „zbytečná".

Během počáteční konceptualizace se jako dominantní ukázalo rané maladaptivní schéma Defektivnosti/Studu, v kombinaci se schématy Emoční deprivace a Přehnaných standardů. Z módu Zraněného dítěte pronikají silné pocity studu a osamění, které jsou však okamžitě potlačeny aktivací Přísného rodiče (Kritika). Mód Laskavého rodiče není přítomen a Zdravý dospělý je oslaben, především ve schopnosti poskytovat si vnitřní podporu.

Cílem integrované muzikoterapie bylo vytvořit bezpečný prostor, kde by Jana mohla navázat kontakt se svým Zraněným dítětem a podpořit budování Laskavého rodiče, a to skrze neverbální hudební dialog. V průběhu hospitalizace se účastnila individuálních i skupinových muzikoterapeutických sezení, která byla koordinována s jejím terapeutickým plánem v rámci skupinové a individuální schematerapie.

Muzikoterapeutická práce a integrace se schematerapií

V úvodním individuálním sezení terapeut pacientku vybídl k imaginativnímu přístupu ke svému vnitřnímu světu prostřednictvím hudby:

Terapeut: „Zkuste si na chvíli představit tu část sebe, která se nejčastěji cítí smutná, osamělá nebo zahanbená. Jak by asi zněla, kdyby mohla mluvit hudbou? Můžete si vybrat jakýkoliv nástroj a nechat ji promluvit."

Jana váhavě zvolila xylofon. Začala jemně hrát několik vyšších tónů, nepravidelně a tiše. Zvuky působily roztřeseně a křehce.

Terapeut (po chvíli pozorného naslouchání): „Cítíte, jak ta hudba nese určitou zprávu? Co by asi řekla, kdyby mluvila?"

Jana (šeptem): „Že se bojí… že je to celé zbytečné."

Terapeut: „Který z módů by to mohl být?"

Jana: „To bude Zranitelné dítě. Do toho se často dostávám."

Terapeut: „Máte pravdu, tak to vypadá, jako by mluvilo Zranitelné dítě, které dlouho nebylo slyšeno. Chtěla byste, abych teď za něj promluvil někdo jiný – někdo, kdo by mu nabídl útěchu a přijetí?"

Když Jana přikývla, terapeut zvolil jemnou melodii na glockenspielu. Rytmus byl klidný, pomalý, s opakujícím se vzorem připomínajícím ukolébavku. Během hry Jana tiše plakala, což byla její první otevřená emoční reakce od přijetí.

Jana: „To zní… jako něco, co jsem nikdy neslyšela. Jako kdyby to bylo pro mě."

Terapeut: „Který mód by to mohl být?"

Jana: „Asi Laskavý rodič."

Terapeut: „Ano. Může to být hlas Laskavého rodiče. Důležité je, že vy to tak cítíte. Můžeme ho zkusit vytvořit společně? Vy budete Zranitelné dítě a já mu odpovím – a pak se možná naučíte odpovídat si sama."

V dalších sezeních probíhal střídavý hudební dialog mezi terapeutem a Janou. Pacientka hrála disonantní, nejisté tóny, zatímco terapeut odpovídal stabilními, melodickými motivy. Tím se vytvářel symbolický prostor pro kontakt mezi vnitřními částmi – Zraněným dítětem a Laskavým rodičem.

Jana (během třetího sezení): „Myslím, že se začínám učit, jak by mohl ten laskavý hlas znít. Ale zatím je to pořád spíš váš."

Terapeut: „To je v pořádku. Já vám ho jen půjčuji. Jednou si ho možná začnete říkat sama."

Pacientka později začala vytvářet vlastní melodie, které označila jako „písničky pro malou Janu". Jednu z těchto melodií si zaznamenala a spontánně ji zahrála i ve skupinové terapii. Její hra se stala podnětem pro sdílení dalších pacientů, čímž Jana zažila nejen emocionální propojení se sebou, ale i s ostatními.

Závěr kazuistiky

Hudební práce s módy umožnila Janě bezpečně navázat kontakt s hluboce potlačeným Zranitelným dítětem. Hudba zde sloužila jako „most" k emocím, které nebyly dosud vědomě prožity, a zároveň jako prostředek k aktivaci a zvnitřnění Laskavého rodiče. Skrze zvuk se objevila možnost jiného vnitřního dialogu – podpůrného, přívětivého a přijetím prostoupeného.

Tato korektivní emoční zkušenost byla následně integrována do individuální schematerapie, kde Jana začala rozvíjet schopnost psát laskavé věty své vnitřní malé Janě, pracovat s metodami imaginace a reflektovat okamžiky, kdy se aktivuje její Kritik. Kombinace muzikoterapie a schematerapie tak přispěla k posílení její emoční regulace, zvýšení sebepřijetí a postupné posilování módu Zdravého dospělého.

Michal (bipolární afektivní porucha, narušená autonomie)

Příběh a konceptualizace

Michal je sedmatřicetiletý muž, hospitalizovaný pro relaps bipolární afektivní poruchy, aktuálně v subakutní fázi po manické epizodě. Do nemocnice nastoupil po impulzivní změně zaměstnání, několika konfliktech s blízkými a výrazné nespavosti. V současnosti dominuje podrážděná nálada, zvýšená tenze, neschopnost odpočívat a vnitřní neklid.

V osobní anamnéze se opakovaně objevují témata přehnané odpovědnosti, nutkání být „nejlepší" a neustálé dokazování vlastní hodnoty. Michal pochází z prostředí s vysokými nároky na výkon a málo prostoru pro autentické vyjádření emocí. Ve verbální rovině je výřečný, ale má tendenci racionalizovat a bagatelizovat vnitřní zranitelnost. Na první pohled působí velmi sebevědomě, avšak v terapeutickém kontaktu se ukazuje silná nejistota ohledně vlastní identity a autonomie.

V rámci schéma terapeutické konceptualizace dominuje mód Hyperkompenzátora, který se aktivuje při jakémkoli náznaku ohrožení sebehodnoty. Tento mód překrývá Zranitelné dítě, které trpí pocity méněcennosti a vnitřní osamělosti. Mód Zdravého dospělého je sice přítomen, ale bývá potlačen impulzivním jednáním Impulzivního dítěte nebo Hyperkompenzátora. Terapeutickým cílem bylo umožnit Michalovi kontakt s oběma póly jeho vnitřního světa a vést jej k jejich postupné integraci.

Muzikoterapeutická práce a integrace se schematerapií

V individuálních muzikoterapeutických sezeních byl jako hlavní prostředek zvolen rytmus, konkrétně práce s bubny. Vstupní intervenci předcházela krátká schematerapeutická reflexe zaměřená na pozorování Hyperkompenzátora:

Terapeut: „Michale, když se dnes bavíme o tom, jak vás často žene pocit, že musíte pořád něco dokazovat… jak byste si ten tlak představil jako zvuk nebo rytmus?"

Michal: „Rychleji, tvrdě do toho. Jako pochod. Nebo víc, jako když valíte něco, co se nesmí zastavit."

Pacient byl vyzván, aby vybral buben a nechal tento vnitřní tlak projevit rytmicky. Po krátkém váhání začal pravidelně bubnovat velmi

intenzivním tempem – rychlé, krátké údery, s minimálními pauzami.

Terapeut: „Zkuste u toho zůstat… Všimněte si, co se ve vás děje, když tohle děláte."

Michal (zrychleně dýchá): „Je to divný. Přesně tohle dělám, když se něco podělá. Musím to zahlušit. To ticho je hrozný."

Po několika minutách terapeut nabídl přerušení rytmu:

Terapeut: „Zkuste teď nechat buben odpočívat. A zkuste se teď vžít do části sebe, která nepotřebuje všechno zvládat. Která jenom je. Zdravý dospělý. Co by ten udělal s tím rytmem?"

Michal po krátkém tichu přešel na pomalejší tempo. Údery byly měkčí, mezi jednotlivými údery začal vkládat pauzy. Poté spontánně přešel na djembe, kde vytvářel klidnější, hlubší rytmus.

Michal: „Tohle je zvláštní. Jako by to byl někdo jinej. Jako… já, ale klidnější."

Terapeut: „To může být váš Zdravý dospělý. Co by řekl tomu, kdo pořád musí být silný, nezastavitelný?"

Michal: „Asi že nemusí. Že někdy stačí jenom být."

V dalších sezeních byla tato práce rozvíjena do improvizace, kde pacient hrál za Hyperkompenzátora rychlý, sevřený rytmus a terapeut odpovídal klidným, otevřeným bubnováním. Postupně byl Michal veden k tomu, aby na obě části odpovídal sám – nejprve přechodem mezi dvěma nástroji, později i verbálně.

Michal: „Tenhle – to je ten, co na všechny řve, že makaj málo. A ten druhej? Ten říká: ‚Hele, taky máš právo se zastavit.' A víš co? Ten druhej mi připadá chytřejší."

Postupně začal pacient i ve skupinových sezeních používat rytmické nástroje jiným způsobem – hrál s ostatními, naslouchal, nechával si prostor. V individuální terapii reflektoval, že začal více vnímat rozdíl mezi tlakem Hyperkompenzátora a potřebami Zdravého dospělého:

Michal: „Vždycky jsem si myslel, že když přestanu tlačit, tak se všechno zhroutí. Ale ta hudba mi ukázala, že když zpomalím, něco pořád zní. A že to není slabost."

Závěr kazuistiky

Práce s rytmem a tělem prostřednictvím bubnů umožnila Michalovi prožít a symbolicky oddělit Hyperkompenzátora od zdravějších částí svého já. Hudba mu poskytla kanál, kterým mohl externalizovat vnitřní tlak a konfrontovat se s vlastním přetížením, aniž by ztratil kontrolu. Vytvoření symbolického dialogu mezi dvěma vnitřními módy mu umožnilo zažít korektivní zkušenost – že odpočinek, klid a soucit nejsou slabostí, ale projevem vnitřní zralosti.

Tato zkušenost se následně propsala i do slovní práce v rámci schematerapie, kde pacient začal popisovat situace, kdy místo impulzivního jednání volí vědomou reakci a dává prostor „dospělému já". Integrace muzikoterapie přispěla k hlubšímu propojení mezi tělem a prožitkem, a tím podpořila vnitřní stabilizaci v subakutní fázi bipolární poruchy.

Petra (schizofrenie a odtaženost od emocí)

Příběh a konceptualizace

Petra je osmadvacetiletá žena hospitalizovaná pro relaps paranoidní schizofrenie. V době přijetí dominují negativní symptomy – emoční oploštělost, sociální stažení, zpomalené tempo a neschopnost verbálně vyjádřit emoce. Petra má za sebou několik hospitalizací, antipsychotickou léčbu dobře toleruje, avšak opakovaně dochází k vnitřnímu rozložení, kdy „neví, kdo vlastně je" a cítí se „prázdná". V terapeutickém kontaktu působí odtažitě, bez výraznějšího emočního projevu.

V osobní anamnéze se objevuje závažné zanedbávání v dětství, období pobytu v ústavní péči a nedostatek stabilních vztahových figur. Petra vyrůstala v prostředí, kde nebylo bezpečné projevovat emoce – jakýkoli smutek, strach či radost byly zlehčovány nebo trestány. Sama popisuje: „Neumím to říct, neumím to cítit. Jsem jenom tělo."

Schéma terapeutická konceptualizace odhalila výrazně aktivní módy Odtažitého ochránce a Odevzdaného kapitulátora, které chrání hluboce zraněné Zranitelné dítě před dalším emocionálním ohrožením. Zdravý dospělý i Laskavý rodič jsou velmi oslabené, často zcela nefunkční. Terapeutická strategie se proto zaměřila na zprostředkování kontaktu s tělem a emocemi, a to způsobem, který je přístupný i pro pacienta s omezenou schopností symbolizace – skrze hudbu a zvuk.

Muzikoterapeutická práce a integrace se schematerapií

Vzhledem k Petřině odtažitosti byla zvolena forma receptivní muzikoterapie jako první krok – práce se zvukem jako mostem ke vnímání emocí. V úvodním sezení terapeut záměrně nepokládal kognitivně náročné otázky, ale spíše vytvořil prostor pro zvukový kontakt:

Terapeut: „Petro, zkusíme si teď jen poslechnout pár tónů. Nemusíte nic říkat. Jen vnímat, co dělají uvnitř těla."

Pustil jemný, pomalý smyčcový podklad s teplým zvukem violoncella. Po několika minutách následovala tichá pauza.

Terapeut: „Cítila jste někde v těle nějaký pohyb, napětí, teplo… cokoliv?"

Petra (po dlouhé odmlce): „Jakoby tady." (ukazuje na hrudník) „Nevím… možná tlak."

Následující týden terapeut donesl xylofon a nástroje s dlouhým dozvukem (kalimba, tibetská mísa). Petra byla vybídnuta, aby zkusila „najít zvuk, který odpovídá tomu tlaku":

Petra: „Nevím, jestli něco cítím. Ale zní to… jako když je to někde hluboko. Pomalu, skoro bez pohybu."

Terapeut: „Zkuste ten pocit vyjádřit tímto nástrojem. Nemusí to být pěkné, jen aby to sedělo."

Petra si vybrala kalimbu a zkoušela opakovaně jeden nízký tón. Postupně přidala další. Zvuk působil meditativně, tlumeně.

Terapeut: „Jaké to je, být s tímto zvukem?"

Petra: „Klidnější. Jako když se přestane mluvit."

Terapeut pracoval s touto reakcí jako s náznakem kontaktu s tělem – zdůraznil, že právě skrze zvuk začíná Petra něco „cítit", byť velmi jemně. V dalším sezení navázali tím, že Petra hrála několik tónů v rytmu dechu, terapeut jí přitom zlehka doprovázel na gong. Byla vybídnuta, aby každý tón byl „hlasem" nějakého pocitu – nejprve aniž by ho musela pojmenovat.

Terapeut: „Tenhle tón… kdyby byl pocit, co by to bylo?"

Petra: „Možná únava. Nebo smutek. Ale takovej, co už nic neříká."

Později začala Petra spontánně využívat nástroje i v jiných rytmech. V jednom ze sezení vyjádřila hudbou náhlý vnitřní chaos – střídání rychlého tempa a ostrých zvuků. Terapeut na to zareagoval klidnou basovou linkou, která fungovala jako symbolická kotva:

Terapeut: „Můžeme to teď nechat doznít. Váš vnitřní svět měl hodně hlasů. Ale v tom všem jste pořád tady. Dýcháte. Jste."

Petra: „Je zvláštní to slyšet. Že to jsem fakt já."

V závěrečném sezení spontánně prohlásila, že by si „to hraní" ráda nahrála. Vytvořila si krátkou melodii, která podle jejích slov „nebyla

veselá, ale byla moje". Tato hudební sekvence se stala součástí jejího „vnitřního deníku", který si zapisovala v průběhu hospitalizace.

Závěr kazuistiky

U Petry sehrála muzikoterapie klíčovou roli v navázání kontaktu s vnitřním světem, který byl dlouhodobě odpojený od vědomí a tělesného prožívání. Hudba fungovala jako neverbální médium, které pacientce umožnilo „začít cítit", aniž by musela hned rozumět či verbalizovat své emoce. Tím se otevřel prostor pro jemnou, ale zásadní změnu – přijetí toho, co se v ní odehrává, bez úniku do odpojení.

Schematerapie následně pracovala s těmito zážitky – terapeut pomáhal Petře rozlišovat, kdy se aktivuje Odtažitý ochránce a kdy přichází příležitost pro Zdravého dospělého, který „jen pozoruje, nehodnotí, a dává prostor cítit". Tato zkušenost, opřená o konkrétní zvukové obrazy, se ukázala jako klíčová v terapeutickém posunu směrem k větší stabilitě, uvědomění a emočnímu propojení.

Tomáš (sociální fobie a schéma Podřízenosti)

Příběh a konceptualizace

Tomáš je třicetiletý muž hospitalizovaný pro výraznou sociální fobii a s ní spojené úzkostné příznaky, především v situacích, kdy má být středem pozornosti. Při přijetí udával silné obavy z negativního hodnocení, potíže s navazováním vztahů a výraznou nejistotu při projevu před druhými. V sociálních situacích reaguje stažením, tichostí nebo přehnanou ochotou vyhovět druhým. Objevuje se také somatizace v podobě žaludečních potíží, třesu a sevřeného hrdla.

V dětství vyrůstal ve velmi hierarchickém a kontrolujícím prostředí – otec byl dominantní a sarkastický, matka pasivní a emočně nestabilní. Jak sám uvádí: „Radši jsem se neozýval. Když jsem něco chtěl, bylo to špatně. Když jsem řekl svůj názor, utržil jsem výsměch."

Při schéma terapeutické diagnostice se ukázalo silné schéma Podřízenosti, dále Deprivace a Defektivnosti. Z hlediska módů se často aktivuje Odevzdaný kapitulátor, který automaticky ustupuje druhým, a Zraněné dítě, které touží po přijetí, ale bojí se zranění. Mód Zdravého dospělého je slabý, pasivní, a Laskavý rodič téměř nefunkční. Cílem terapie bylo posílit Tomášovu schopnost projevit se autenticky, bezpečně říct „já" ve vztahu k druhým, a aktivovat zdravější postoje v mezilidské interakci – k čemuž byla využita skupinová muzikoterapie.

Muzikoterapeutická práce a integrace se schematerapií

Tomáš se zprvu účastnil skupinové muzikoterapie pasivně. Sedával u kraje místnosti, nástroj si vybíral jako poslední a během hry sotva slyšitelně ťukal do trianglu nebo tamburíny. Po několika sezeních vedl terapeut krátký individuální rozhovor v předsálí:

Terapeut: „Všiml jsem si, že se často držíte zpátky, skoro jako byste se nechtěl moc slyšet. Víte, že to nemusí být dokonalé, že tu nejste od toho, abyste podal výkon?"

Tomáš (tiše): „Bojím se, že to bude trapný. Že to bude znít blbě. Že mě budou vnímat jako divného."

Terapeut: „Rozumím. Ale co kdybychom udělali dohodu – že dnes zkusíte, třeba jen na chvíli, zahrát něco, co by mohlo říct to, co si obvykle necháváte pro sebe? Nemusíte to vysvětlovat. Jen to pustit ven."

Tomáš si ten den vybral handpan – nástroj s měkkým zvukem a možností intuitivního vyjadřování. Hrál nejprve opatrně, ale poté, co skupina pokračovala v improvizaci, začal hledat vlastní rytmus. Terapeut jej v jednu chvíli podpořil krátkým hudebním vstupem na basové struny a navázal oční kontakt.

Po skončení terapeut vyzval členy skupiny ke sdílení:

Terapeut: „Byl v dnešním hraní nějaký moment, kdy jste si všimli, že se něco změnilo – ve vás, v hudbě, v propojení se skupinou?"

Tomáš (překvapený, ale klidně): „Když jsem hrál… chvíli mi připadalo, že je to fakt moje. Že to není kopie. A že to zas tak nevadí, že mě slyší."

Tato zkušenost se stala základem pro další terapeutickou práci. V příštích týdnech se Tomáš postupně zapojoval do více interaktivních cvičení. V jednom ze sezení byla skupina vyzvána, aby hrála tzv. „hlas vlastního vnitřního dítěte" – a ostatní členové následně reagovali hudebně jako „Laskaví rodiče". Tomáš zahrál jemný motiv na kalimbu a poté sklopil oči.

Terapeut (v klidném tónu): „Tomáši, slyšel jsem v té hře hodně křehkosti a taky odvahu. Co by ta část ve vás teď potřebovala?"

Tomáš (tiše, téměř šeptem): „Asi… aby ji někdo nechal být. A nebyl zlej."

Terapeut: „Tak pojďme být hudbou, která neubližuje. Jen poslouchá a je tady."

Skupina reagovala jemnými, podpůrnými zvuky. Po skončení Tomáš řekl:

Tomáš: „Nikdy jsem neměl pocit, že když něco řeknu – nebo zahraju – že by někdo naslouchal bez toho, aby čekal chybu. Dneska to bylo jiný."

Závěr kazuistiky

Skupinová muzikoterapie sehrála u Tomáše zásadní roli v procesu posilování autonomie a bezpečného sebevyjádření. Hudba mu umožnila vyjádřit to, co nebyl schopen vyslovit – nejprve neverbálně, později i v reflexi. Postupně docházelo k aktivaci Zdravého dospělého, který mohl chránit Zraněné dítě a čelit kritickému vnitřnímu hlasu.

Díky opakovanému prožitku přijetí ve skupině začal Tomáš pracovat na přerámování svého schématu Podřízenosti – uvědomoval si, že nemusí být vždy tichý a že jeho hlas má ve skupině své místo. Zkušenost, že může být slyšen bez výsměchu či odmítnutí, se stala korektivní emoční zkušeností, kterou si přenesl i do běžných sociálních situací v rámci denního režimu oddělení. V rámci pokračující schematerapie pracoval s imaginacemi, kde navazoval kontakt se svým Zraněným dítětem a zkoušel vytvářet jeho ochranný prostor. Hudba v tomto procesu fungovala jako symbolické kotvení a připomínka nově získaných zdrojů.

Diskuze

Integrace muzikoterapeutických technik a celkové využití hudby do schematerapie se v rámci hospitalizační péče ukazuje jako slibný směr s potenciálem zvýšit účinnost práce napříč širokým spektrem psychiatrických diagnóz. Kazuistiky pacientů s depresí, bipolární poruchou, schizofrenií i úzkostnými poruchami naznačují, že hudba jako terapeutické médium dokáže otevřít nové možnosti pro emoční zpracování, které by při čistě verbálním přístupu zůstaly nedostupné – a to i u pacientů s výraznou alexithymií, disociací či stažeností.

Integrace napříč diagnózami

Zásadní výhodou muzikoterapie je její transdiagnostická použitelnost (7). Hudba umož-

ňuje pracovat s hlubokými vrstvami prožitků i u pacientů s výrazně odlišnými symptomy – od depresivního stažení (Petra), přes hypomanický neklid a kontrolu (Michal), až po sociální úzkost a strach z odmítnutí (Tomáš). Navzdory rozdílné symptomatologii mají tito pacienti společné jedno: narušený vztah k vlastním emocím a potíže s jejich autentickým vyjádřením. Hudba nabízí bezpečný, neverbální prostor pro jejich kontaktování, prožívání a sdílení.

Význam pro hospitalizační péči a týmovou spolupráci

Z hlediska organizace péče je integrace muzikoterapie do schematerapie obzvlášť přínosná v prostředí akutní a subakutní hospitalizace, kde je třeba reagovat na silně narušenou emoční regulaci a přetížení pacientů. Hudební intervence mohou sloužit jako „most" k následné hlubší verbální terapii. V tomto kontextu hraje důležitou roli spolupráce v multidisciplinárním týmu – zařazení kvalifikovaného muzikoterapeuta, který zná principy práce s módy, umožňuje terapeutům a psychologům navazovat na emočně zakotvené zážitky z hudebních sezení.

Společná reflexe těchto zážitků v individuální nebo skupinové schematerapii přispívá k integraci prožitků do pacientova vnitřního světa a umožňuje efektivnější změnu maladaptivních vzorců. Tento přístup tak nepůsobí pouze symptomaticky (např. zklidnění), ale i strukturálně – posiluje adaptivní módy (např. Laskavého rodiče, Zdravého dospělého) a mění vztah pacienta k sobě samému.

Výhody vs. limity integrovaného přístupu

Mezi hlavní výhody této integrace patří:

- Zvýšený přístup k emocím – i u pacientů s potížemi v symbolizaci, verbalizaci nebo s disociací.
- Snížení vnitřního napětí – skrze rytmus, hudební vybití, a hlubší tělesné ukotvení.
- Zesílení korektivních emočních zkušeností – hudba umožňuje zakotvit zkušenosti přijetí, podpory nebo vyjádření zlosti bez ztráty kontroly.
- Podpora neverbálního vyjádření identity a autonomie – např. u pacientů s úzkostnými poruchami nebo poruchami osobnosti.

Zároveň je však třeba reflektovat určité limity a výzvy:

- Potřeba specifického výcviku – efektivní facilitace emocí v muzikoterapii vyžaduje odborné vedení. Nedostatečně vedená hudební intervence může být i retraumatizující (16).
- Náročnost na vnímavost terapeuta – terapeut musí být schopen rozlišit, kdy pacient skutečně zpracovává emoci a kdy se hudbou jen „reguluje" bez kontaktu se zážitkem.
- Organizační omezení – např. dostupnost nástrojů, prostoru, nebo sladění práce více členů týmu.
- Nevyváženost struktury a spontánnosti – některé pacienty může hudební improvizace dezorganizovat, a je třeba ji pečlivě rámovat pomocí schéma terapeutických technik.

Porovnání s výzkumem

Závěry z klinické práce odpovídají aktuálním výzkumům. Například systematická review Golda, et al. (6) potvrzuje pozitivní vliv muzikoterapie u osob s vážnými psychickými poruchami, především v oblasti emoční regulace a zlepšení nálady. Novější práce Volpe, et al. (23) ukazuje, že skupinová muzikoterapie u pacientů s psychózou vede k výraznému snížení symptomů napětí a vnitřního chaosu, a zvyšuje interpersonální synchronizaci. Studie Pérez-Aguado, et al. 2024 (38) popisuje muzikoterapii jako efektivní doplněk u pacientů s afektivními poruchami, zvláště tam, kde je třeba posilovat kontakt s tělem a prožíváním.

Tyto výzkumy potvrzují, že pokud je muzikoterapie správně vedena a integruje se do širšího psychoterapeutického rámce, může významně posílit terapeutický proces nejen v oblasti symptomatické, ale i strukturální změny – včetně práce se sebepojetím, emoční regulací a vnitřním dialogem.

Doporučení pro praxi a výzkum

Na základě klinických zkušeností s integrací muzikoterapie do schematerapie u hospitalizovaných pacientů lze formulovat několik praktických doporučení a podnětů pro další výzkum. Kombinace těchto dvou přístupů přináší významný terapeutický potenciál, ale vyžaduje odpovídající organizační, personální a metodologické zázemí.

Možnosti implementace v lůžkových zařízeních

Pro zavedení této integrované formy terapie do běžného provozu psychiatrických oddělení je důležité vytvořit vhodné podmínky:

- Interdisciplinární spolupráce mezi klinickými psychology, psychoterapeuty, muzikoterapeuty a ošetřujícím personálem. Hudební prožitky získané v muzikoterapii je třeba dále reflektovat a integrovat do následné psychoterapeutické práce.
- Prostorové a technické zázemí, které zahrnuje základní hudební nástroje (např. perkusní nástroje, xylofony, kalimby, klávesy), akusticky vhodnou místnost a možnost reprodukce relaxační nebo terapeutické hudby.
- Začlenění muzikoterapie do denního režimu, např. jako pravidelná skupinová aktivita

Tab. 2. *Možnosti integrace muzikoterapie do schematerapie podle diagnóz*

Diagnóza	Typická maladaptivní schémata / módy	Hudební terapeutický cíl / přínos
Depresivní porucha	Defektivnost, Deprivace, Odevzdaný kapitulátor	Aktivace Laskavého rodiče, symbolizace bolesti a přijetí
Bipolární afektivní porucha	Impulzivita, Hyperkompenzátor, neukotvená identita	Rytmické ukotvení, vyjádření vnitřního napětí, integrace emocí
Schizofrenie	Odtažitý ochránce, zmatek, depersonalizace	Zvuková orientace v přítomném okamžiku, práce s tělem a hlasem
Sociální fobie	Podřízenost, Kritický rodič, nízká autonomie	Skupinová rezonance, posílení sebevýrazu, bezpečné sdílení přes hudbu
Hraniční porucha osobnosti	Přepínání módů, Kritický rodič, Zranitelné dítě	Symbolizace vnitřního konfliktu, zklidnění, facilitace korektivní zkušenosti
Úzkostné poruchy	Strašící rodič, přehnaná bdělost, tělesné napětí	Relaxace, dechová synchronizace, hudební imaginace

propojená s verbálním zpracováním v psychoterapeutických skupinách.

Zvláštní důraz je třeba klást na bezpečí – jak emocionální (citlivá facilitace, důsledná práce s hranicemi), tak strukturální (jasná pravidla, terapeutická kontinuita). Hudba může evokovat silné nevědomé obsahy, proto musí být součástí komplexní terapeutické koncepce.

Doporučení pro výcvik terapeutů

Aby mohla být muzikoterapie efektivně propojena se schematerapií, je nezbytné:

- Zajistit vzdělávání a supervizi pro muzikoterapeuty, které jim umožní porozumět základním konceptům schematerapie – především práci s módy, se schématy a s korektivní emoční zkušeností.
- Podporovat dialog mezi obory – např. formou společných workshopů, mezioborových seminářů a kazuistických skupin, kde se setkávají psychoterapeuti a muzikoterapeuti.
- V ideálním případě by muzikoterapeuti působící ve zdravotnických zařízeních měli absolvovat akreditované výcviky, které reflektují moderní poznatky z psychologie, psychiatrie a neurověd.

Stejně tak by i psychoterapeuti mohli být vedeni k vnímání neverbálních projevů a jejich propojení s dynamickou módů, což rozšiřuje jejich schopnost zachytit a dále terapeuticky využít hudební projevy pacientů jako významný materiál.

Potřeba randomizovaných studií pro evaluaci efektivity

Ačkoli klinické zkušenosti a kvalitativní výzkumy (6, 23) naznačují vysoký potenciál muzikoterapie u pacientů s psychickými poruchami, je potřeba tyto poznatky dále systematicky ověřovat.

Bylo by důležité:

- Realizace randomizovaných kontrolovaných studií (RCT), které porovnávají běžnou schematerapii s její rozšířenou formou o muzikoterapeutické intervence.
- Zkoumání dlouhodobých efektů této integrace – tedy nejen aktuální redukce symptomů, ale i změny ve vnitřní dynamice módů, emoční regulaci a kvalitě života.
- Zahrnutí neurobiologických měřítek – například sledování změn v mozkové aktivitě při muzikoterapii, jak naznačují práce Koelsche (16), nebo využití fyziologických markerů stresu.
- Dále doporučujeme vývoj standardizovaných protokolů pro integrovanou muzikoterapii ve schematerapii, které by mohly být sdíleny mezi klinickými pracovišti.

Závěr

Integrace muzikoterapie do schematerapie se ukazuje jako inovativní, a přitom prakticky realizovatelný přístup, který významně obohacuje terapeutickou práci s hospitalizovanými pacienty. Kombinace obou přístupů umožňuje efektivněji pracovat s emocemi, které jsou jinak obtížně dostupné nebo vědomě potlačované, a podporuje hlubší propojení pacienta s vlastním vnitřním světem.

Hudba jako neverbální jazyk nabízí bezpečný prostor pro prožitek, vyjádření i přetváření vnitřních stavů a schémat. Umožňuje pacientům kontaktovat a symbolizovat základní emocionální potřeby, přičemž usnadňuje aktivaci adaptivních módů, jako jsou Laskavý rodič nebo Zdravý dospělý. Práce se zvukem, rytmem a hudební improvizací zároveň přispívá ke zklidnění, posiluje vnímání těla a umožňuje vytvářet korektivní emoční zkušenosti v prostředí, které je chráněné a podporující.

Kazuistiky ukazují, že tento integrovaný přístup má potenciál být účinný napříč diagnózami – od pacientů s depresí, přes bipolární afektivní poruchu až po schizofrenii nebo úzkostné poruchy. Zároveň však upozorňují na potřebu specifického výcviku, mezioborové spolupráce a důkladné facilitace, aby byla zajištěna bezpečnost a terapeutická hloubka práce.

Do budoucna je klíčové rozšířit výzkum v této oblasti, zejména prostřednictvím kvalitativních studií, longitudinálních sledování a randomizovaných klinických hodnocení. Zároveň je třeba usilovat o širší začlenění muzikoterapie do klinické praxe, a to nejen jako podpůrné aktivity, ale jako plnohodnotného nástroje terapeutické změny, který ve spojení se schematerapií nabízí pacientům cestu k větší emoční integraci, sebevědomí a lidské důstojnosti.

LITERATURA

1. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York: Guilford Press; 2003.
2. Bruscia KE. Defining Music Therapy. 3rd ed. Gilsum: Barcelona Publishers; 2014.
3. Wigram T, Pedersen IN, Bonde LO. A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training. London: Jessica Kingsley Publishers; 2002.
4. Gold C, Voracek M, Wigram T. Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis. J Child Psychol Psychiatry. 2004;45(6):10541063. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00298.x.
5. De l'Etoile SK. The effectiveness of music therapy in group psychotherapy for adults with mental illness. Arts Psychother. 2002;29(2):6978. https://doi.org/10.1016/S0197-4556(02)00139-9.
6. Gold C, Solli HP, Krüger V, et al. Doseresponse relationship in music therapy for people with serious mental disorders: systematic review and metaanalysis. Clin Psychol Rev. 2009;29(3):193207. doi: 10.1016/j.cpr.2009. 01. 001.
7. Silverman MJ. Music Therapy in Mental Health for Illness Management and Recovery. 2nd ed. Oxford: Oxford; 2022. https://doi.org/10.1093/oso/9780198865285.001.0001.
8. Abdulah DM, Miho Alhakem SS, Piro RS. Effects of music as an adjunctive therapy on severity of symptoms in patients with obsessivecompulsive disorder: Randomized controlled trial. Nord J Music Ther. 2018;28(1):2740. https://doi.org/10.1080/08098131.2018.1546222.
9. Haeyen S. Strengthening the Healthy Adult Self in Art Therapy: Using Schema Therapy as a Positive Psychological Intervention for People Diagnosed With Personality Disorders. Front Psychol. 2019;10:644. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00644.
10. Grocke D, Moe T. Guided Imagery and Music (GIM) and Music Imagery Methods for Individual and Group Therapy. London: Jessica Kingsley Publishers; 2015.
11. Arntz A, van Genderen H. Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. 2021.
12. Bach B, Lockwood G, Young JE. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. Cogn Behav Ther. 2018;47(4):328349. doi: 10.1080/16506073.2017.1410566.
13. Ociskova M, Prasko J, Kantor K, et al. Schema Therapy for Patients with Bipolar Disorder: Theoretical Framework and Application. Neuropsychiatr Dis Treat. 2022;18:2946. doi: 10.2147/NDT.S344356.
14. Gerlichová M. Muzikoterapie v praxi, Příběhy muzikoterapeutických cest. Praha: Grada Publishing; 2014.
15. Haslbeck FB, Bucher HU, Bassler D, et al. Creative music therapy to promote brain structure, function, and neurobehavioral outcomes in preterm infants: a randomized controlled pilot trial protocol. Pilot Feasibility Stud. 2017;3:36. doi: 10.1186/s40814-017-0180-5.
16. Koelsch S. Musicevoked emotions: principles, brain correlates, and implications for therapy. Ann N Y Acad Sci. 2015;1337:193201. doi: 10.1111/nyas.12684.
17. Sorel S, Gardstrom S. Music Therapy Methods. In Wheeler BL, editor. Music Therapy Handbook. New York: Guilford Press; 2015.
18. Aigen K. Verticality and containment in song and improvisation: an application of schema theory to Nordoff-Robbins music therapy. J Music Ther. 2009;46(3):238267. doi: 10.1093/jmt/46. 3. 238.
19. Prasko J, Ociskova M, Burkauskas J, et al. The river of life method in a schema therapy groups. Neuro Endocrinol Lett. 2024;45(1):5568.
20. Trondalen G. Relational Music Therapy: An Intersubjective Perspective. Dallas: Barcelona Publishers; 2016.

Další literatura u autora a na www.psychiatriepropraxi.cz

Spolupráce muzikoterapie a schematerapie v hospitalizační péči o pacienty s hraniční poruchou osobnosti: klinické kazuistiky a doporučení pro praxi

Mgr. et Mgr. Zdeněk Maté[1,2], prof. MUDr. Ján Praško, CSc.[1–4], Mgr. Karolína Richtrová[1], MUDr. Jan Pasztor[1,2], Mgr. Draga Čermáková[2], Mgr. Marina Jermařová[1], PhDr. Marie Ocisková, PhD.[1,2]

[1]Centrum duševní rehabilitace, Jessenia, Rehabilitační nemocnice Beroun
[2]Klinika psychiatrie, Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta a Fakultní nemocnice Olomouc
[3]Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotnictva, Katedra psychologických vied, Slovensko
[4]Katedra psychoterapie, IPVZ Praha

Tento článek se zabývá spoluprací mezi muzikoterapií a schematerapií ve skupinové i individuální formě. Cílem je prozkoumat, jak může muzikoterapie podpořit prožitkovou práci ve schematerapii, zejména v kontextu dialogu mezi módy, zvládání Kritika, ošetření Zranitelného dítěte a rozvoje Laskavého rodiče. Článek se zaměřuje na možnosti propojení těchto dvou přístupů a nabízí praktické příklady, jak muzikoterapii začlenit do terapeutických postupů. Reflexe pacientů s hraniční poruchou osobnosti (BPD) naznačují, že kombinace těchto přístupů může zlepšit přístup k emocím a usnadnit změnu maladaptivních schémat. V diskuzi jsou uvedeny výhody a nevýhody této integrace a návrhy pro budoucí výzkum a praxi.

Klíčová slova: muzikoterapie, schematerapie, panická porucha, agorafobie, hraniční porucha osobnosti, módy, terapeutický vztah, Laskavý rodič, Zranitelné dítě.

The collaboration of music therapy and schema therapy in inpatient psychiatric care of patients with borderline personality disorder: Clinical case studies and practical recommendations

This article explores the collaboration of music therapy with schema therapy in both group and individual formats. The aim is to examine how music therapy can enhance experiential work in schema therapy, particularly in the context of mode dialogues, managing the Inner Critic, soothing the Vulnerable Child, and developing the Kind Parent. The article focuses on the potential of combining these two approaches and provides practical examples of how music therapy can be incorporated into therapeutic techniques. Reflections from patients with borderline personality disorder (BPD) suggest that this combination can improve emotional access and facilitate changes in maladaptive schemas. The discussion outlines the benefits and challenges of this integration and offers suggestions for future research and practice.

Key words: music therapy, schema therapy, panic disorder, agoraphobia, borderline personality disorder, modes, therapeutic relationship, Kind parent, Vulnerable child.

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 18th 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. 2025;26(3):E1-E9
https://doi.org/10.36290/psy.2025.034
Článek přijat redakcí: 21. 2. 2025
Článek přijat k tisku: 29. 5. 2025

Mgr. et Mgr. Zdeněk Maté
zdenek.mate@gmail.com

PLNÁ VERZE ČLÁNKU ➜ https://doi.org/10.36290/psy.2025.034
Pouze pro předplatitele Psychiatrie pro praxi

JEDNÁ SE O AKUTNÍ JATERNÍ PORFYRII (AJP)?

PODEZŘENÍ

Příznaky AJP* zahrnují[1-3]:

TĚŽKÁ, DIFÚZNÍ
BOLEST BŘICHA
+

1 NEBO VÍCE Z NÁSLEDUJÍCÍHO:

PERIFERNÍ NERVOVÝ SYSTÉM	CENTRÁLNÍ NERVOVÝ SYSTÉM	AUTONOMNÍ NERVOVÝ SYSTÉM	KOŽNÍ PŘÍZNAKY
• Slabost nebo bolest končetin	• Úzkost • Zmatenost • Deprese • Nespavost	• Nevolnost • Zvracení	• Kožní léze na místech vystavených slunci



92%
pacientů s AJP uvádí bolest břicha
(napodobuje náhlou břišní příhodu, ale bez specifické lokalizace a bez známek peritoneálního dráždění)[3,5]

32 % pacientů s AJP může mít hyponatrémii[9]
* Existují 4 podtypy AJP. Přibližně 80 % případů tvoří akutní intermitentní porfyrie (AIP), následuje hereditární koproporfyrie (HCP), variantní porfyrie (VP) a extrémně vzácná porfyrie s deficitem ALA dehydratázy (ADP)[1-4]
* Kožní příznaky se vyskytují pouze u HCP a VP[1-3]

ROZVAHA

Nespecifické příznaky mohou vést k nesprávným diagnózám

- ✗ Syndrom dráždivého tračníku
- ✗ Endometrióza
- ✗ Idiopatické střevní záněty
- ✗ Fibromyalgie
- ✗ Psychiatrické poruchy

✓ AJP

POTVRZENÍ

Potvrďte podezření pomocí jednoduchých testů moči (spot testy)[1-3]

- ✓ **PBG** (porfobilinogen)*
- ✓ **ALA** (delta-aminolevulová kyselina)*
- ✓ **Porfyriny§**
  Test moči na porfyriny je nespecifický a neměl by být použit samostatně k diagnostice AJP§

* PBG a ALA jsou prekurzory porfyrinů, které se přirozeně vyskytují v biosyntetické dráze hemu v játrech, ale u pacientů se symptomatickou AJP dosahují neurotoxických hladin.[1,2]
§Analýzy porfyrinů mohou pomoci rozlišit specifický typ AJP.[1]

MEDISON

Alnylam® PHARMACEUTICALS

Akutní jaterní porfyrie (AJP)

Zvýšené hladiny ALA a PBG mohou VYSVĚTLIT BOLEST

Rodina vzácných genetických onemocnění

AJP se vyznačuje akutními, potenciálně život ohrožujícími atakami a u některých pacientů chronickými, oslabujícími příznaky. Může způsobit roky trápení a snížení kvality života.[1-3,5]

AJP je způsobena enzymatickou poruchou v různých stupních biosyntetické dráhy hemu v játrech. Tyto poruchy vedou ke kompenzační nadprodukci ALA syntázy 1, což způsobuje neurotoxické hromadění ALA a PBG a vede k projevům onemocnění.[1,3]

Neurotoxické působení ALA a PBG

ALA a PBG jsou normální prekurzory syntézy porfyrinů, ale ve vysokých koncentracích jsou neurotoxické.[1]
ALA je považována za hlavní neurotoxin odpovědný za chronické příznaky, akutní ataky a dlouhodobé komplikace.
PBG je méně toxický, ale citlivý diagnostický marker AJP.[2,3]

ALA a PBG by měly být testovány spolu s odpady celkových porfyrinů do moči pro potvrzení diagnózy AJP. Normální hladina PBG v moči u symptomatických pacientů vylučuje 3 nejběžnější podtypy AJP jako příčinu příznaků.
Protože ALA a PBG jsou nejvíce zvýšené v době symptomů nemoci, je načasování testování zásadní.[1,2,6]

Oslabující příznaky, převážně u žen

Symptomatické onemocnění se nejčastěji vyskytuje u žen v reprodukčním věku. Hlavní příznaky jsou způsobeny účinky na nervový systém.[2,3]

Onemocnění je v projevech velmi variabilní, ale hlavním příznakem bývá těžká, difúzní bolest břicha až u 92 % pacientů. Mezi další běžné příznaky patří nevolnost a zvracení, tmavá nebo načervenalá moč, zmatenost a úzkost, bolest nebo slabost končetin.[3,5]

V kohortě pacientů s častými exacerbacemi až 65 % pacientů uvádělo chronické příznaky a 46 % každodenní příznaky nemoci.[5]

Důsledky opožděné diagnózy

AJP často uniká diagnóze, protože příznaky jsou nespecifické a překrývají se s mnoha běžnými onemocněními.[3]
Bez včasné diagnózy mohou být pacienti vyšetřováni řadou různých specialistů, být opakovaně hospitalizováni a v některých případech i zbytečně operováni. Nepoznané onemocnění přináší dlouhodobé komplikace jako například onemocnění ledvin a hypertenze.[2,3]

Pacienti s opakovanými atakami mohli být dříve diagnostikováni jako:

Virová gastroenteritida, syndrom dráždivého tračníku, cholecystitida, apendicitida, endometrióza, deprese, psychóza, stres, epilepsie, Guillain-Barrého syndrom, otrava olovem nebo abstinenční příznaky.[2,6-8]

Pokud příznaky naznačují možnost AJP, objednejte tyto testy moči[1-3]

- **PBG** (porfobilinogen)*
- **ALA** (delta-aminolevulová kyselina)*
- **Porfyriny** nespecifický test, neměl by být použit samostatně

Reference: 1. Balwani M, Wang B, Anderson KE, et al; for the Porphyrias Consortium of the Rare Diseases Clinical Research Network. Acute hepatic porphyrias: recommendations for evaluation and long-term management. Hepatology. 2017;66(4):1314-1322. **2.** Bissell DM, Anderson KE, Bonkovsky HL. Porphyria. N Engl J Med. 2017;377(9):862-872. **3.** Anderson KE, Bloomer JR, Bonkovsky HL, et al. Recommendations for the diagnosis and treatment of the acute porphyrias. Ann Intern Med. 2005;142(6):439-450. **4.** Simon A, Pompilus F, Querbes W, et al. Patient perspective on acute intermittent porphyria with frequent attacks: a disease with intermittent and chronic manifestations [published online June 19, 2018]. Pat ent. doi: 10.1007/s40271-018-0319-3. **5.** Gouya L, et al. EXPLORE: A Prospective, Multinational, Natural History Study of Patients with Acute Hepatic Porphyria with Recurrent Attacks. Hepatology. 2020; May;71(5):1546-1558. **6.** Bissell DM, Wang B. Acute hepatic porphyria. J Clin Transl Hepatol. 2015;3(1):17-26. **7.** Alfadhel M, Saleh N, Alenazi H, Baffoe-Bonnie H. Acute intermittent porphyria caused by novel mutation in HMBS gene, misdiagnosed as cholecystitis. Neuropsychiatr Dis Treat. 2014;10:2135-2137. **8.** Kondo M, Yano Y, Shirataka M, Urata G, Sassa S. Porphyrias in Japan: compilation of all cases reported through 2002. Int J Hematol. 2004;79(5):448-456. 9. Ventura P, Cappellini MD, Biolcati G, Guida CC, Rocchi E; Gruppo Italiano Porfiria (GrIP). Eur J Intern Med. 25(6):497-505.

Vyvinuto a vyrobeno společnostmi Alnylam Pharmaceuticals a Medison.
© 2020 Alnylam Pharmaceuticals Inc. Všechna práva vyhrazena. AS1-CEMEA-00159 Říjen 2020. Medison, CZ-ALN-033-08/2025.
Medison Pharma s. r. o.
Scott.Weber Workspace, Plynární 10/1617, 170 00 Praha 7
email: office.czech@medisonpharma.com

Dopad opioidů a substituční léčby na kognitivní funkce

Mgr. Aneta Votavová, Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.
Klinika adiktologie, Všeobecná fakultní nemocnice, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Tento přehledový článek se zaměřuje na vztah mezi opioidy a kognitivními funkcemi, který může vést k významným změnám od akutních účinků až po dlouhodobé deficity. Publikované studie poukazují na narušení kognitivních funkcí, přičemž některé obtíže přetrvávají i při abstinenci. Prenatální expozice opioidům je spojena s vysokými riziky pro vývoj dítěte, zdůrazňujícími důležitost prevence a podpory těhotných uživatelek. Substituční léčba sice snižuje výskyt relapsů, avšak může nadále negativně ovlivňovat stav kognice. Rozporuplné výsledky výzkumů pramení mimo jiné z rozdílných metodik, komorbidit a socioekonomických faktorů. Přesto se u části klientů ukazuje částečná obnova kognitivních schopností po delší abstinenci nebo při stabilizované substituční terapii. Optimální přístup zřejmě spočívá v propojení substituční léčby s kognitivní rehabilitací a individuálním nastavením terapeutických postupů.

Klíčová slova: opioidy, substituční léčba, kognitivní funkce, exekutivní funkce, adiktologie, kognitivní poškození.

The impact of opioids and substitution treatment on cognitive functions

This theoretical article focuses on the relationship between opiates and cognitive functions, which can lead to significant changes ranging from acute effects to long-term deficits. Published studies indicate impaired cognitive functions, with some difficulties persisting even during abstinence. Prenatal opioid exposure is associated with high risks for child development, underscoring the importance of prevention and support for pregnant users. Although substitution treatment reduces the incidence of relapse, it may continue to negatively affect cognitive status. Contradictory research findings stem from various factors, such as differing methodologies, comorbidities, and socio-economic influences. Nevertheless, a partial restoration of cognitive abilities is seen in some clients following prolonged abstinence or during stabilized substitution therapy. The optimal approach likely involves combining substitution treatment with cognitive rehabilitation and tailoring therapeutic strategies to the individual.

Key words: opioids, substitution treatment, cognitive functions, executive functions, addictology, cognitive impairment.

Úvod

Opioidy, kam patří jak přírodní látky (morfin, kodein), tak (polo)syntetické deriváty (fentanyl, oxykodon, buprenorfin), se v medicíně hojně používají pro silnou analgezii, avšak nesou vysoké riziko závislosti. Podle nových odhadů EMCDDA (1) užívá v Evropské unii opioidy nelegálně, dlouhodobě či rizikově kolem 860–950 tisíc osob (0,3–0,4 % dospělé populace) a substituční léčbu ročně podstupuje přes 500 tisíc klientů. V ČR se dle Zprávy o nelegálních drogách (2) jedná přibližně o 9–10 tisíc rizikových uživatelů, přičemž převažuje buprenorfin (4,8 tisíc osob) a heroin (3 tisíce osob). Tato čísla odhalují závažný společen-

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 18th 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:
Tento článek vznikl v rámci programu Cooperatio, vědní oblasti HEAS, grantem č. 260-758 v rámci Specifického vysokoškolského výzkumu a v rámci institucionální podpory RVO-VFN64165 (VFN).

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2025;26(3):184-188
https://doi.org/10.36290/psy.2025.030
Článek přijat redakcí: 22. 4. 2025
Článek přijat k tisku: 8. 9. 2025

Mgr. Aneta Votavová
aneta.votavova@lf1.cuni.cz

ský i zdravotní problém s výrazným dopadem na kognitivní funkce.

Dosavadní poznatky naznačují, že dlouhodobé užívání opioidů, ať už v legální nebo nelegální podobě, může ovlivnit různé oblasti kognitivního fungování. Zatímco některé studie ukazují na možnost částečné obnovy kognitivních schopností při abstinenci nebo během substituční léčby, jiné upozorňují na trvalé následky spojené s chronickou expozicí těmto látkám.

Opioidy

Opioidy lze rozdělit na tři základní skupiny podle jejich původu: přírodní, semisyntetické a syntetické. Toto členění je založeno na způsobu výroby a chemické struktuře jednotlivých látek. Opium je zaschlá šťáva z nezralých makovic (Papaver somniferum), která obsahuje směs přirozených alkaloidů, zejména morfin a kodein. Tyto přírodní látky se tradičně označují jako opiáty a tvoří základní složku opiového extraktu. Pojem opioid je širší a zahrnuje nejen tyto přírodní látky, ale i jejich polosyntetické a plně syntetické analogy, které působí na opioidní receptory v organismu. Z hlediska mechanismu účinku opioidní látky fungují na bázi ovlivňování opioidních receptorů. Tato skupina receptorů má 3 základní podtypy, a to sice μ (mu), κ (kappa) a δ (delta). Tyto receptory se nacházejí zejména v centrální nervové soustavě (mozek a mícha), ale také v srdci, cévách, trávicím traktu či plicích. Opioidní systém hraje zásadní roli v činnosti hipokampu, klíčového pro správné fungování kognitivních funkcí. Poškození hipokampu nebo narušení jeho spojení s jinými mozkovými oblastmi vede ke zhoršení kognitivních funkcí. Ačkoliv opioidy v centrální nervové soustavě nejčastěji způsobují hyperpolarizaci neurálních membrán a snižují nervovou aktivitu, jejich působení v hipokampu se liší. V této oblasti totiž opioidy spouštějí proces disinhibice – tlumí činnost inhibičních interneuronů, což má za následek zvýšení excitace. Aktivace opioidních receptorů vyvolává řadu intracelulárních procesů, jako je potlačení aktivity adenylátcyklázy, omezení otevírání kalciových kanálů, zvýšení průtoku draslíku a stimulace proteinové kinázy C (PKC). Tyto mechanismy snižují buněčnou dráždivost a omezují přenos nervových signálů. Farmakokinetické vlastnosti, způsob distribuce do tkání a vazba na specifické receptory určují rozdíly v účincích i nežádoucích efektech jednotlivých opioidů (3).

Kognitivní poškození vlivem abúzu látek

Kognitivní funkce zahrnují soubor mentálních procesů, které umožňují vnímat, uchovávat a zpracovávat informace, rozhodovat se a plánovat chování v souladu s cíli a sociálními normami. Jsou nezbytné pro každodenní fungování a adaptaci na měnící se podmínky prostředí. Užívání návykových látek, zejména opioidů, může tyto procesy významně narušovat. Povaha a rozsah kognitivního poškození závisí na druhu užívané látky, délce jejího užívání, dávkách a individuálních charakteristikách uživatele, jako jsou věk, genetické predispozice či přítomnost komorbidit (4, 5, 6).

Nejčastěji bývá narušena schopnost udržet pozornost a soustředit se na podněty nebo úkoly po delší dobu, což se projevuje snadnou rozptýlitelností a nižší kapacitou soustředění. V oblasti paměťových procesů se popisuje zhoršení jak pracovní paměti, tak schopnosti uchovávat a vybavovat si informace z dlouhodobé paměti. Významné dopady byly zaznamenány rovněž u exekutivních funkcí, zejména v plánování, rozhodování a kontrole impulzů, což může přispívat k opakovanému užívání návykových látek. Časté bývá zpomalení psychomotorického tempa a poruchy koordinace pohybů, případně na omezení sociálně-kognitivních dovedností, například v oblasti empatie nebo interpretace sociálních situací (4, 5, 6)

Chronické užívání opioidů je tedy spojeno s vyšším rizikem narušení těchto kognitivních domén, přičemž míra poškození bývá individuální. Při stabilizované léčbě či během delší abstinence se však u některých klientů může částečně obnovit alespoň část kognitivních schopností, i když plné zotavení nemusí být vždy dosažitelné (5, 6).

Vliv opioidů na kognitivní funkce

Prenatální expozice opioidům a její důsledky

Pokud je organismus v prenatálním období vystavován těmto látkám, dochází k významnému poškození centrálního nervového systému. Novorozenci žen, které během těhotenství aktivně užívaly heroin či metadon, výrazně častěji vykazují známky opožděného vývoje a poškození kognitivních funkcí. Tato poškození následně přetrvávají až do dospělosti, manifestující se typicky deficitem v oblasti paměti, pozornosti a učení. Plod žen uživatelek návykových látek je mnohonásobně více ohrožen řadou komplikací (3, 7). Nejčastěji se jedná o tzv. intrauterinní růstovou retardaci, která bývá způsobena placentární insuficiencí a malnutricí matky. Mezi nejčastější pozdější důsledky expozice opioidům v období plodu bývá znatelný růstový deficit, narušený psychomotorický vývoj a narušení kognitivních funkcí. Nejčastěji poškozené bývají pozornost, poruchy učení, poruchy chování a poruchy percepčních schopností (8). Anbalagan et al. (7) přidávají jako typicky poškozené verbální funkce, nižší souhrnné skóre IQ, narušené všechny dimenze paměti a exekutivních funkcí.

Heroin a jeho dopad na kognitivní funkce

Chronické užívání heroinu negativně ovlivňuje řadu kognitivních funkcí, včetně prostorové orientace, paměti, strategického myšlení, plánování, zpracování emočních podnětů, koncentrace, verbálních schopností, abstraktního myšlení a psychomotorického tempa (9). Deficity v exekutivních funkcích, pozornosti a rozhodování mohou přetrvávat i po dlouhodobé abstinenci, přičemž návrat k normálním hodnotám bývá obtížný. Zvláště narušení schopnosti rozhodování je spojeno s vyšším rizikem relapsu a předčasného ukončení léčby. Toto narušení se projevuje obtížemi při vyhodnocování rizik a odměn, plánování budoucích kroků a inhibici impulzivních reakcí. Tyto deficity jsou často spojeny s dysfunkcí orbitofrontální kůry, která hraje klíčovou roli v procesech rozhodování a seberegulace. Dále změny v dopaminovém systému mohou ovlivnit motivaci a schopnost učit se z předchozích zkušeností, což přispívá k problémům v rozhodovacích procesech. Tyto kognitivní deficity mohou vést k horšímu zvládání stresových situací a zvýšené náchylnosti k impulzivnímu chování, což zvyšuje riziko relapsu a předčasného ukončení léčby (9).

Opium a jeho dopad na kognitivní funkce

Vliv dlouhodobého a pravidelného užívání opia není doposud tolik zmapován jako u ostatních funkcí. Především označují pracovní paměť za nejčastěji poškozenou a rychlost zpracování informací. Zároveň nebyly zjištěny

žádné rozdíly mezi jedinci, kteří opium užívali pouze orálně, a těmi, kteří kombinovali orální užívání a inhalaci. Studie (10) opium spojuje s destruktivním vlivem na schopnosti učení, paměť, rychlost zpracování informací a exekutivní funkce. Primárně poškozené oblasti bývají ty, které souvisejí s hipokampem a frontálními laloky mozku, které jsou klíčové pro kognitivní flexibilitu, plánování a efektivní fungování. Některé studie (11, 12) ovšem uvádějí, že stabilní a dobře nastavené dávky opioidů nemusejí vést k významnému poškození kognitivních funkcí.

Opioidní léky (chronické nemedicínské užívání) a jejich dopad na kognitivní funkce

Chronické nemedicínské užívání opioidních léků (tj. užívání mimo rámec lékařského doporučení) je spojeno s deficity v kognitivních a sociálně-kognitivních funkcích. Nejčastější deficity se pohybují v oblasti pozornosti a deklarativní paměti, přičemž nejvýraznější postižení se týká kognitivní empatie, tedy schopnosti rozpoznávat a chápat emoce druhých. Tyto deficity vykazovaly vztah k dávce užívaných opioidů. Mezi užívané látky ve výzkumném souboru patřily dihydrokodein, morfium, buprenorfin, kodein, oxykodon, tramadol, metadon, farmaceutický diamorfin a smíšené opioidy, přičemž největší zastoupení měl dihydrokodein. Na rozdíl od kognitivní empatie (schopnost pochopit, co si druhý myslí nebo jak se cítí, ale bez nutnosti tyto emoce sdílet) nebyly zaznamenány výrazné rozdíly v emocionální empatii (schopnost sdílet a prožívat emoce druhého člověka, jako by byly vlastní) mezi uživateli a kontrolní skupinou. Tato zjištění zdůrazňují potřebu zaměřit terapeutické intervence na posilování sociálních dovedností, což by mohlo zlepšit léčebné výsledky a snížit riziko relapsu (13).

Silné opioidy (morfin, diamorfin, fentanyl)

Silné opioidy typu morfinu, fentanylu či diamorfinu bývají často používané u klientů ke zmírnění silných a nezvladatelných bolestí. Tyto látky prokazatelně poskytují úlevu od bolesti, nicméně mohou způsobovat vedlejší účinky včetně poškození kognitivních funkcí. Důležitým faktorem je zejména výše dávky morfinu, kterou klienti v dlouhodobém měřítku dostávají. Klienti se zvýšenou dávkou vykazují častěji poškození v oblasti psychomotorického tempa, koncentrace, pozornosti a paměti (14). Jiné výzkumné šetření (12) poukazuje, že stabilní, dobře kontrolované dávky opioidů nemusí vést k významnému poškození kognitivních schopností. Naopak přetrvávající bolest může být klíčovým faktorem přispívajícím k narušení pozornosti, paměti a exekutivních funkcí.

Obdobným způsobem píše literatura o fentanylu. Fentanyl velmi silně ovlivňuje elektronickou aktivitu mozku, což může snadno vést k útlumu dýchání ještě před ztrátou vědomí. Tyto mozkové změny mohou negativně a nekontrolovatelně poškozovat kognitivní funkce jedinců. Dlouhodobé a pravidelné užívání fentanylu způsobuje řadu molekulárních a histologických změn v cerebrální mozkové kůře, která je zodpovědná za řadu mentálních, behaviorálních a kognitivních funkcí. Z kognitivních funkcí jsou nejčastěji poškozovány paměťové a rozhodovací schopnosti (5).

Abstinence a kognitivní funkce

Studie (15) se věnovala vztahu mezi délkou abstinence a kondicí kognitivních funkcí. Zjistila, že během rané abstinence od opioidů klienti vykazují významné kognitivní deficity, zejména v oblasti pracovní paměti, exekutivních funkcí a fluidní inteligence, což studie připisuje neurobiologickým změnám spojeným s abstinenčním syndromem. Tyto deficity jsou částečně přechodné a některé zlepšení v kognitivních funkcích koreluje s počtem dnů od posledního užití opioidů. Abstinence vyvolává dysregulace v prefrontální kůře a zvýšenou aktivitu stresového systému, což může negativně ovlivnit vyšší kognitivní schopnosti. Kognitivní funkce mají tendenci se zlepšovat s delší dobou abstinence, specifické deficity, například v exekutivních funkcích, mohou přetrvávat déle.

Substituční léčba

Kontrolované podávání látek metadonu či buprenorfinu patří mezi nejrozšířenější způsoby substituční léčby závislosti na opioidech. Díky substituční léčbě dochází ke stabilizaci celkového stavu jedinců – minimalizaci výskytu abstinenčních příznaků, snižuje počet relapsů, blokuje euforické účinky nelegálních opioidů či zvyšuje sociální stabilitu. Navíc významně snižuje riziko výskytu infekčních onemocnění, jako je HIV či hepatitida typu C. Přestože dnes již víme o významných benefitech, které substituční léčba přináší, existují také negativní vedlejší důsledky této léčby, a to sice že klienti v substituční léčbě velmi často vykazují (progresivní) kognitivní poškození. Zároveň stále doposud není publikováno mnoho vědeckých studií, které by se tímto fenoménem zabývaly. Většina výzkumů se zabývá vlivem substituční léčby na retenci klientů v léčbě a snížení užívání návykových látek, méně studií zkoumá přímý vliv na kognitivní funkce (16).

Vyšší dávky především metadonu způsobují narušení epizodické paměti. Tento efekt je pravděpodobně spojen s inhibicí acetylcholinu, neurotransmiteru důležitého pro správné fungování paměti (17). Studie (18) popisuje negativní vliv substituční léčby na proces kognitivní rehabilitace. Substituční látky negativním způsobem ovlivňují zejména vnímání a orientaci

Tab. 1. *Přehled vlivu vybraných opioidních látek a forem substituční léčby na jednotlivé kognitivní domény*

Opioid	Paměť	Pozornost	Exekutivní funkce	Psychomotorika	Sociálně-kognitivní funkce
Heroin	výrazné zhoršení pracovní i dlouhodobé paměti	horší soustředění	impulzivita, problémy s plánováním	zpomalení reakcí	snížená empatie
Metadon	mírné oslabení	mírné oslabení	mírné zhoršení flexibility	mírné zpomalení	bez výrazného vlivu
Buprenorfin	méně významné změny	stabilnější pozornost	lepší profil než metadon	nepatrné zpomalení	bez výrazného vlivu
Fentanyl	pokles verbální paměti	nesoustředěnost	zhoršené rozhodování	zpomalení, útlum	nedostatečně popsáno
Morfin	mírné zhoršení	menší vliv	oslabení plánování	zpomalení	nedostatečně popsáno

Zdroj: upraveno podle (7, 9, 15), doplněno synteticky z přehledových prací citovaných v textu (5, 6, 12, 13)

jedinců. Až 60 % klientů v substituční léčbě vykazuje kognitivní poškození, a to v minimálně dvou kognitivních doménách. Jako klíčové prediktory udávají autoři polymorfní užívání návykových látek. U osob s anamnézou užívání více látek nebo s častými detoxifikacemi bylo pozorováno horší kognitivní zotavení. Nadále druh substituční látky. Buprenorfin je spojen s lepším výkonem v exekutivních funkcích ve srovnání s metadonem. Pacienti na substituční léčbě buprenorfinem vykazují rychlejší reakční časy a lepší kontrolu impulzů.

Kognitivní výkon se často odvíjí od délky substituční léčby. Studie (16) uvádí, že pravidelná, stabilní dávka substituční látky nezvyšuje riziko kognitivních deficitů. Autoři studie (19) zjistili, že u klientů s opakující se dávkou metadonu se zlepšila paměť i pozornost, ale nikoliv psychomotorické tempo či verbální plynulost. Dle studie (20) se mohou po 8–10 týdnech léčby a zejména po více než 6 měsících stabilizace zlepšit exekutivní funkce i některé verbální a vizuoprostorové schopnosti, zatímco pozornost, kognitivní flexibilita a psychomotorické tempo se zásadněji nemění.

Podle dostupných studií není u žen léčených metadonem během těhotenství prokázán vyšší výskyt vrozených vývojových vad ve srovnání s jinými opioidy. U jejich novorozenců se však častěji vyskytuje závažný neonatální abstinenční syndrom než u dětí žen užívajících heroin (8). Prenatální expozice metadonem může vést k narušení exekutivních funkcí, pozornosti a psychomotorické rychlosti, což se projevuje impulzivitou, hyperaktivitou, obtížemi při učení a horší emoční regulací. Tyto deficity mohou zesilovat socioekonomické vlivy a další rizikové faktory v těhotenství (21).

Ve studii (22) porovnávali zotavení kognitivních funkcí u uživatelů opioidů a stimulancií. Předpokládali, že psychostimulancia (např. amfetaminy, kokain) budou díky svému odlišnému působení na dopaminový systém vyvolávat výraznější poškození paměti a exekutivních funkcí, a tedy i menší zlepšení v průběhu léčby. Výsledky ukázaly, že klienti se závislostí na opioidech vykázali při léčbě výrazné zlepšení, zatímco u uživatelů psychostimulancií zaznamenáno nebylo. Psychostimulancia mají patrně větší neurotoxický potenciál, zejména v mesolimbickém systému a prefrontální kůře, což vede k závažnějším kognitivním deficitům.

Diskuze

Tento přehledový článek shrnuje dostupné poznatky o dopadech opioidů a substituční léčby na kognitivní funkce, které představují stále nedostatečně prozkoumanou oblast adiktologie a neurověd.

Některé výzkumy (5, 23) poukazují na časté poškození paměti, pozornosti, psychomotorického tempa, exekutivních funkcí a rychlosti zpracování informací, zatímco jiné (16, 17) naznačují minimální poškození nebo částečné zotavení při delší abstinenci. Tento vzájemně se posilující mechanismus spočívá v tom, že kognitivní deficit ztěžuje udržení v léčbě a zvyšuje riziko relapsů, a to jak při užívání nelegálních opioidů, tak v rámci substituční terapie. Studie (20) poukazuje na to, že substituční léčba může u některých klientů vést ke zlepšení již narušených schopností díky stabilizaci a rozvoji vyšší motivace.

Výsledky studií jsou často ovlivněny metodickými odlišnostmi a subjektivními faktory, jako je velikost výzkumných souborů nebo sebehodnocení klientů. V těhotenství se prenatální expozice metadonu pojí s vyšším rizikem kognitivních a behaviorálních deficitů u dětí, ale další aspekty, například polymorfní užívání či individuální dispozice, mohou tento efekt modifikovat (21). Dávkování, délka terapie a specifické charakteristiky klienta (psychiatrické komorbidity, socioekonomické podmínky) hrají výraznou roli při hodnocení vlivu substituce na kognitivní výkon (16, 18).

Důležitou roli v rozvoji kognitivních deficitů mohou hrát i další faktory, například silná fyzická bolest, psychické obtíže či souběžná medikace. U dlouhodobých uživatelů opioidů se navíc může vyvinout tolerance, což podle některých studií např. (17) vede ke stabilizaci kognitivních funkcí, ačkoli akutní užívání krátkodobě způsobuje deficity. Souběžné užívání jiných psychoaktivních látek, například benzodiazepinů, může tyto dopady ještě zhoršovat (24).

Celkově je vliv opioidů a substituční léčby na kognitivní funkce komplexní a závisí na řadě proměnných, včetně typu látky, délky užívání, komorbidit a sociálního kontextu. Proto je potřeba dalších longitudinálních výzkumů s důrazem na individuální variabilitu, aby se vyjasnily konkrétní mechanismy a optimalizovaly terapeutické strategie. Důkladnější porozumění těmto procesům může pomoci minimalizovat potenciální kognitivní dopady u klientů v dlouhodobé péči.

Závěr

Nelegální užívání opioidů je spojeno s výrazným narušením paměti, pozornosti a exekutivních funkcí, což zvyšuje riziko relapsu i nároky na terapeutickou intervenci. Substituční léčba (zejména metadonem a buprenorfinem) napomáhá stabilizaci klientů, avšak její vliv na kognitivní výkon zůstává nejednoznačný. Některé studie zdůrazňují zlepšení díky potlačení abstinenčních výkyvů, jiné poukazují na zhoršení paměti a psychomotoriky. Neurokognitivní impulzivita významně ovlivňuje návrat k užívání a celkovou úspěšnost léčby, proto je třeba nadále zkoumat specifické kognitivní deficity spojené s opioidy (9). Klinická praxe by mohla těžit z těsnějšího propojení substituční léčby s kognitivní rehabilitací i z individualizovaného přístupu ke každému klientovi. Budoucí výzkumy by měly systematicky porovnávat dlouhodobé dopady různých substitučních látek, hledat cílené metody rehabilitace a podporovat kognitivní zdraví spolu s udržením abstinence a snížením rizika relapsu.

LITERATURA

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European drug report 2024: Heroin and other opioids – the current situation in Europe [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2024 [cited 2025 Apr 19]. Available from: https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024/heroin-and-other-opioids_en

2. Chomynová P, Dvořáková Z, Grohmannová K, et al. Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2024 [Report on Illicit Drugs in the Czech Republic 2024]. Chomynová P, editor. Praha: Úřad vlády České republiky; 2024.

3. Šlamberová R. Cognitive functions – Opioid system and gonadal hormones. Psychiatrie. 2005;9:120-4.

4. Bartoš A. Cognitive functions, activities of daily living and cognitive syndromes. Psychiatr. praxi. 2022;23(2):91-7. doi: 10.36290/psy.2022.021.

5. Alzu'bi A, Baker WB, Al-Trad B, et al. The impact of chronic fentanyl administration on the cerebral cortex in mice: Molecular and histological effects. Brain Res Bull. 2024;209:110917. doi: 10.1016/j.brainresbull.2024.110917.

6. Sanjari Moghaddam H, Shadloo B, Shahkhah H, et al. Cognitive impairment in opium use disorder. Behav Neurol. 2021;2021:5548623. doi: 10.1155/2021/5548623.

7. Anbalagan S, Falkowitz DM, Mendez MD. Neonatal Abstinence Syndrome. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2024.

8. Stará V, Lesná P, Fencl F, et al. Abstinenční syndrom novorozence a kojence a jeho léčba. Pediatrie pro praxi.

2009;10(6):382-4.
9. Psederska E, Vassileva J. Neurocognitive impulsivity in opiate users at different lengths of abstinence. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(2):1236. doi: 10.3390/ijerph20021236.
10. Ayoobi F, Bidaki R, Shamsizadeh A, et al. Impact of opium dependency on clinical and neuropsychological indices of multiple sclerosis patients. Neurol Sci. 2019;40(12):2501-7. doi: 10.1007/s10072-019-03971-8.
11. Bhatia G, Ganesh R, Kulkarni A. Cognitive impairment in opioid use disorders: Is there a case for use of nootropics? Psychiatry Res. 2023;326:115335. doi: 10.1016/j.psychres.2023.115335.
12. Kozák J, Lejčko J, Fricová J, et al. Opioidy v léčbě chronické nenádorové bolesti: klinický souhrn [Internet]. 3. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR; 2020 [cited 2025 Apr 19]. Available from: https://kdp.uzis.cz/res/guideline/18-opioidy-v-lecbe-chronicke-nenadorove-bolesti-final.pdf.
13. Kroll SL, Nikolic E, Bieri F, et al. Cognitive and socio-cognitive functioning of chronic non-medical prescription opioid users. Psychopharmacology (Berl). 2018;235(12):3451-64. doi: 10.1007/s00213-018-5060-z.
14. Kamboj SK, Tookman A, Jones L, et al. The effects of immediate-release morphine on cognitive functioning in patients receiving chronic opioid therapy in palliative care. Pain. 2005;117(3):388-95. doi: 10.1016/j.pain.2005. 06. 022.
15. Rapeli P, Kivisaari R, Autti T, et al. Cognitive function during early abstinence from opioid dependence: A comparison to age, gender, and verbal intelligence matched controls. BMC Psychiatry. 2006;6(1):9. doi: 10.1186/1471-244X-6-9.
16. Rass O, Kleykamp BA, Vandrey RG, et al. Cognitive performance in methadone maintenance patients: Effects of time relative to dosing and maintenance dose level. Exp Clin Psychopharmacol. 2014;22(3):248-56. doi: 10.1037/a0035712.
17. Curran HV, Kleckham J, Bearn J, et al. Effects of methadone on cognition, mood and craving in detoxifying opiate addicts: A dose-response study. Psychopharmacology (Berl). 2001;154(2):153-60. doi: 10.1007/s002130000628.
18. Schulte MHJ, Cousijn J, den Uyl TE, et al. Recovery of neurocognitive functions following sustained abstinence after substance dependence and implications for treatment. Clin Psychol Rev. 2014;34(7):531-50. doi: 10.1016/j.cpr.2014. 08. 002.
19. Gruber SA, Tzilos GK, Silveri MM, et al. Methadone maintenance improves cognitive performance after two months of treatment. Exp Clin Psychopharmacol. 2006;14(2):157-64. doi: 10.1037/1064-1297. 14. 2.157.
20. Soyka M, Lieb M, Kagerer S, et al. Cognitive functioning during methadone and buprenorphine treatment. J Clin Psychopharmacol. 2008;28(6):699-703. doi: 10.1097/jcp.0b013e31818a6d38.
21. Spowart KM, Reilly K, Mactier H, et al. Executive functioning, behavioural, emotional, and cognitive difficulties in school-aged children prenatally exposed to methadone. Front Pediatr. 2023;11:1118634. doi: 10.3389/fped.2023.1118634.
22. Fjærli HH, Sømhovd MJ, Bergly TH. Difference between psychostimulant users and opioid users in recovery of cognitive impairment, measured with the Montreal Cognitive Assessment (MoCA®). J Subst Use. 2021;27(6):611-5. doi: 10.1080/14659891.2021.1967487.
23. Rezapour T, Hatami J, Farhoudian A, et al. Baseline executive functions and receiving cognitive rehabilitation can predict treatment response in people with opioid use disorder. J Subst Abuse Treat. 2021;131:108558. doi: 10.1016/j.jsat.2021.108558.
24. Jang SE, Bradshaw YS, Carr DB. Comparison of the impacts of under-treated pain and opioid pain medication on cognitive impairment. Cureus. 2022;14(4):e22037. doi: 10.7759/cureus.22037.

RECENZE

Jašík není Foucault

MUDr. Radkin Honzák

Nové myšlenky se setkávají nejprve s odporem, potom s posměchem, a nakonec s přijetím. Občan Jindřich Jašík, neagresivní navrhovatel alternativního postupu při první epizodě psychózy diagnostikované jako schizofrenie v publikaci Psychiatrické maximum, Dialogicky.cz, 2025, nemá zdaleka takové možnosti, jako měl ve své době Michel Foucault, a proto bych rád s ním seznámil alespoň odbornou veřejnost. Jašík na rozdíl od Foucaulta není vůbec antipsychiatrický, postupy psychiatrie nebourá, ale své doporučované postupy klade vedle těch oficiálních jako možnost na zkoušku.

Jindřich Jašík prodělal před léty psychotickou epizodu, byl léčen v psychiatrické nemocnici, kterou opustil, jak jen to bylo možné, vysadil lék a léčil se sám jakousi převážně racionální metodou. Tohle vše popsal v publikaci Cesta ze schizofrenie (2019), v níž poctivě a postupně popsal rozvoj psychopatologie a na základě poznání jejích vzájemných vztahů také cestu ven. Od té doby nepotřeboval ani jednu tabletu antipsychotika, šťastně se oženil, má tři děti a na trhu práce se uplatnil skvělým způsobem.

V recenzované současné publikaci Psychiatrické maximum (Dialogicky.cz, 2025) svoje navrhovaná doporučení metodicky třídí a předkládá jako návrh komplexního postupu. Ten je v souladu s konceptem soterie, nazvaným podle řecké bohyně zosobňující bezpečí a vysvobození od zla. Soteria je termín, který označuje specifický typ komunitního léčebného postupu včetně zařízení typu „recovery house" pro lidi s psychotickými krizemi. Vychází z modelu, který se odchyluje od tradičního biomedicínského přístupu a místo toho klade důraz na vytvoření podpůrného prostředí s minimálním užíváním léků. V podpoře je zdůrazněna významná úloha psychoterapeutů a klinických psychologů, kteří v současné péči o pacienty trpící schizofrenií citelně chybí.

Jašík argumentuje také tím, že v každém jiném odvětví medicíny si pacient má právo vybrat si způsob léčby, eventuálně ji odmítnout až po přání neresuscitovat, zatímco psychiatricky diagnostikovaný pacient trpící schizofrenií dostává více méně automaticky a uniformně antipsychotika. Ta mají nepříznivé účinky, z nichž některé se kryjí s negativními příznaky schizofrenie, což vytváří diagnosticky bludný kruh.

Jašík doporučuje, aby při první atace „šílenství" měl postižený člověk dostupnou psychoterapii v dostatečném množství a možnost volby, zda chce nebo nechce farmakoterapii. Vzpomíná také diagnostické nejistoty, které sice už nedosahuje hrůz pokusu Davida Rosenhana, v němž dostalo nálepku schizofrenie sedm zdravých a ten osmý v soukromém zařízení „jen" bipolární poruchy, ale upozorňuje také na možnost hluboké krize při stejně bouřlivém průběhu.

Co bude jistě problematické při realizaci doporučených postupů, je skutečnost že odklání tok peněz směrem k pacientovi a tím o ně ochuzuje instituce a farmaceutickou lobby, které se jen tak nedají, jak dokázaly během zbabrané psychiatrické reformy před pár roky. Pokud má soterie získat místo na slunci, bude se tak dít formou dobrovolných aktivit. K těm by ale osvícení psychiatři měli přispět.



Pacient pohledem vybrané trestněprávní a kriminologické problematiky

JUDr. Petr Jambor
Katedra trestního práva Právnické fakulty Univerzity Karlovy, Praha

Poskytovatelé zdravotních služeb se v souvislosti s výkonem své profese mohou setkávat s osobami, které jsou v pozici oběti a někdy i pachatelů trestné činnosti. Tento příspěvek se zabývá oprávněními a povinnostmi poskytovatelů zdravotních služeb ve vztahu k pacientovi, ať už v pozici oběti trestného činů či pachatele. Pozornost je rovněž věnována možnostem ochrany zdravotnických pracovníků před ohrožením pocházejícím ze strany pacienta. Včasné odhalení a identifikace viktimizace pacienta je nesnadným úkolem, zvláště jedná-li se o zvlášť zranitelnou oběť, oběť velmi zraňujícího (citlivého) trestného činu. V této souvislosti proto také odkazujeme na problematiku domácího násilí, syndromu CAN a uvádíme některé dostupné metodiky.

Klíčová slova: pacient, oběť trestného činu, pachatel trestného činu.

The patient from the perspective of selected criminal law and criminological issues

Healthcare providers may come into contact with people who are victims and sometimes perpetrators of crime as part of their professional activities. This article deals with the powers and duties of healthcare providers towards patients who are victims or perpetrators of crime. It also looks at how healthcare professionals can protect themselves from threats from patients. Early detection and identification of patient victimization is a difficult task, especially when the victim is particularly vulnerable, the victim of a very hurtful (sensitive) crime. In this context, we therefore also refer to the issue of domestic violence, the CAN syndrome, and present some available methods.

Key words: patient, victim of a crime, criminal offender.

Pacient – oběť

Označení oběť trestného činu bude užíváno ve smyslu kriminologickém, viktimologickém, jelikož termínu poškozený (zahrnujícího i právnické osoby) se užívá v pojetí procesním[1], tedy až po zahájení trestního řízení.

Právní definici oběti trestného činu přinesl až zákon č. 45/2013 Sb., o obětech trestných činů (ZOTČ). Podle § 2 odst. 2 ZOTČ se rozumí obětí fyzická osoba, které bylo či mělo být trestným činem ublíženo na zdraví, byla způsobena majetková újma, na jejíž úkor se pachatel trestným činem obohatil[2].

ZOTČ zavedl také kategorii obětí, pro které může viktimizace představovat vyšší intenzitu vulnerability (zranitelnosti). Zvlášť zranitelnou obětí podle § 2 odst. 4 písm. a) ZOTČ je dítě, a to v každém ohledu[3]. Stejně tak jsou podle

1 Viz § 43 zákona č. 141/1961 Sb., trestního řádu (TrŘ).

2 Podle § 2 odst. 3 ZOTČ se za oběti považují také příbuzní v pokolení přímém a další vyjmenované blízké osoby, byla-li trestným činem oběti způsobena smrt (nepřímá oběť).

3 Je nepochybné, že viktimizace má na dítě velmi nepříznivý dopad, protože může dojít k výraznému narušení jeho psychologického, sociálního vývoje. Rovněž lze některé trestné činy spáchané na dospělé oběti považovat za zvlášť zraňující, protože se oběť může s následky viktimizace potýkat ještě dlouhou dobu od spáchaného trestného činu. Srov. Čírtková, L. Viktimizace trestným činem zdaleka nekončí. Zvláště zranitelné oběti v průzkumu Bílého kruhu bezpečí. Zpravodaj BKB, roč. 29 (2020), č. 4, s. 3–5.

DECLARATIONS:

Declaration of originality:
The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Conflict of interest and financial disclosures:
None.

Funding/Support:
None.

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2025;26(3):189-196
https://doi.org/10.36290/psy.2025.031
Článek přijat redakcí: 5. 1. 2025
Článek přijat k tisku: 24. 2. 2025

JUDr. Petr Jambor
petr.lukas.jambor@gmail.com

zákonné definice zvlášť zranitelnými oběťmi oběti trestných činů obchodování s lidmi, teroristického útoku[4].

Dále se za zvlášť zranitelné oběti považují osoby vyššího věku, osoby s hendikepem (fyzickým, mentálním/psychickým), pokud tyto skutečnosti vzhledem k okolnostem případu, poměrům těchto osob, mohou bránit plnému a účelnému uplatnění práv (§ 2 odst. 4 písm. b) ZOTČ).

Zvlášť zranitelnými jsou také oběti trestných činů proti lidské důstojnosti, trestných činů zahrnujících nátlak, násilí, pohrůžku násilím, trestných činů spáchaných pro příslušnost k některému národu, rase, etnické skupině, třídě, jiné skupině osob, jakož i oběti trestných činů spáchaných ve prospěch organizované zločinecké skupiny, je-li v konkrétním případě zvýšené nebezpečí způsobení druhotné újmy, zejména s ohledem na věk, pohlaví, rasu, sexuální orientaci, náboženské vyznání, zdravotní stav, rozumovou vyspělost, schopnost vyjadřovat se, životní situaci oběti či vzhledem na vztah, závislost na osobě podezřelé ze spáchání trestného činu[5].

Poskytovatel zdravotních služeb může být prvním kontaktním místem oběti. Podle § 10 odst. 2 ZOTČ má poskytovatel zdravotních služeb povinnost poskytnout oběti i bez její žádosti informace o tom, na které subjekty zapsané v registru poskytovatelů pomoci obětem trestných činů se může obrátit s žádostí o odbornou pomoc, za jakých podmínek má právo na poskytnutí bezplatné odborné pomoci včetně předání kontaktů na tyto subjekty (§ 8 odst. 1 písm. b) ZOTČ)[6]. Informace dle § 8 odst. 1 písm. b) ZOTČ má být podána písemně a zároveň ve srozumitelné ústní podobě.

Třeba ovšem předeslat, že v případě traumatizujících trestných činů (s vysokou latencí) může být poskytovatel zdravotních služeb prvním a zároveň i jediným kontaktním místem. To znamená, že i v případě, že se jedná o latentní (skrytou) – tedy nedeklarovanou oběť, měl by poskytovatel zdravotních služeb tuto informační povinnost splnit. ZOTČ vychází totiž z tzv. presumpce statusu oběti, respektive presumpce statusu zvlášť zranitelné oběti; na každou osobu (pacienta) je třeba hledět jako na oběť, cítí-li se být obětí, a pokud nevyjde najevo opak (§ 3 odst. 1 ZOTČ). Presumpce statusu oběti se nevztahuje na zcela zjevné zneužití postavení oběti[7]. Druhá věta § 3 odst. 1 ZOTČ stanoví, že pokud existují pochybnosti o tom, zda je oběť zvlášť zranitelnou, je třeba ji za zvlášť zranitelnou považovat. Z toho vyplývá, že zdravotnický pracovník, respektive poskytovatel zdravotních služeb by měl informovat i osobu, o níž se domnívá (má podezření), že je obětí.

Vedle orgánů činných v trestním řízení (OČTŘ), jiných státních orgánů, subjektů zapsaných v registru poskytovatelů pomoci obětem trestných činů se vztahuje i na poskytovatele zdravotních služeb (zdravotnického pracovníka) zásada šetrného, zdvořilého, individuálního přístupu[8]. Významná je poslední věta ustanovení § 3 odst. 1 ZOTČ; na postavení oběti nemá vliv skutečnost, zda byl pachatel zjištěn či odsouzen. Pozice oběti trestného činu včetně práv, které jí přiznává ZOTČ, je tak nezávislá na trestním řízení[9]. Domníváme se tudíž, že práva vyplývající z postavení oběti, respektive zvlášť zranitelné oběti, mohou náležet i obětem latentním (nedeklarovaným) – v případech, kdy ani nemůže dojít k zahájení trestního řízení (natož trestního stíhání), protože se OČTŘ o trestném činu nedozvěděl či nezískal trestněprávně relevantní poznatek.

Ve vztahu k pacientovi v pozici (deklarované) oběti trestného činu může na poskytovatele zdravotních služeb dopadat speciální povinnost ohledně bezodkladného sdělení informací o propuštění či uprchnutí odsouzeného z výkonu ústavního ochranného léčení, zabezpečovací detence, jakož i o změně formy ochranného léčení z ústavní na ambulantní a změně zabezpečovací detence na ochranné léčení (§ 11 odst. 3 ZOTČ). Tato speciální oznamovací (informační) povinnost vznikne na základě žádosti oběti; v případě důvodné obavy, že oběti hrozí nebezpečí v souvislosti s pobytem odsouzeného na svobodě, má poskytovatel zdravotních služeb oznamovací povinnost vůči policejnímu orgánu ohledně uprchnutí odsouzeného či jeho propuštění z výkonu ochranného léčení, zabezpečovací detence. Policejní orgán po přijetí takového oznámení má vyrozumět oběť včetně sdělení informací o opatřeních učiněných k zajištění její bezpečnosti, byla-li přijata[10].

Pacient jako latentní oběť a pachatel

Téměř opomíjené téma představuje problematika pacienta v pozici latentní oběti. Pacient, u něhož se objevují známky viktimizace, by měl být informován o právech obětí trestných činů včetně předání kontaktů na subjekty pomáhající obětem, kam se může obrátit. V tomto případě je zcela na zdravotnickém pracovníkovi vyhodnocení indicií nasvědčujících tomu, že pacient je obětí trestného činu. Viktimizace může být zřejmá například z povahy zranění, které si pacient nemohl přivodit sám.

Má-li zdravotnický pracovník důvodné podezření, že jeho pacient je obětí trestného činu a jde přitom o trestný čin, na nějž se vztahuje speciální či obecná oznamovací povinnost, je povinen tuto povinnost splnit[11]. V tomto příspěvku však upozorňujeme na nedostatek současné

4 § 2 odst. 4 písm. c) ZOTČ.

5 § 2 odst. 4 písm. d) ZOTČ. Na to navazuje ustanovení § 2 odst. 5 ZOTČ definující druhotnou neboli sekundární viktimizaci. Sekundární viktimizaci představuje újma vzniklá v důsledku nevhodného přístupu k oběti ať už se strany státních orgánů, poskytovatelů zdravotních služeb, soudních znalců, tlumočníků, obhájců či sdělovacích prostředků. L. Čírtková uvádí, že právě strach ze sekundární viktimizace, z druhotné ztráty kontroly (k prvotní ztrátě kontroly dochází viktimizací, k druhotné ztrátě kontroly může dojít v důsledku necitlivého zacházení s obětí v trestním řízení) stojí za neochotou oznamovat trestné činy ze strany obětí. Viz Čírtková, L. Ztráta kontroly nad svým osudem – poznámky k latentním obětem v Bílém kruhu bezpečí. Zpravodaj BKB, roč. 31 (2022), č. 4, s. 3–8.

6 Zdravotnický pracovník, respektive poskytovatel zdravotních služeb, by měl učinit o splnění této povinnosti (poskytnutí informací oběti i bez žádosti, je-li prvním kontaktním místem) záznam do zdravotnické dokumentace.

7 Např. v případě falešné (předstírané) viktimizace.

8 § 3 odst. 2 ZOTČ. K (domnělé) oběti se má přistupovat s přihlédnutím k jejímu věku, zdravotnímu, psychickému stavu, rozumové vyspělosti, kulturní identitě tak, aby nedocházelo k prohlubování újmy způsobené oběti trestným činem či k druhotné újmě (sekundární viktimizaci). Zásada citlivého přístupu zakotvená v tomto ustanovení má pomoci předcházet druhotnému zraňování – sekundární viktimizaci. Výčet subjektů je demonstrativní. Durdík T, Čírtková L, Háková D, Vitoušová P. Zákon o obětech trestných činů. Komentář. Praha: Wolters Kluwer, 2018, s. 34–36.

9 To je také další ze zásadních rozdílů mezi obětí a poškozeným.

10 § 11 odst. 5 ZOTČ ve spojení s § 11 odst. 6 ZOTČ.

11 V případě pochybností ohledně oznámení trestného činu a zachování povinnosti mlčenlivosti lze zdravotnickému pracovníkovi doporučit, aby se obrátil na právní oddělení poskyto-

úpravy spočívající ve skutečnosti, že zdravotnický pracovník není oprávněn ohlašovat OČTŘ důvodné podezření ohledně některých závažných, velmi zraňujících trestných činů, jelikož se na ně nevztahuje oznamovací povinnost (nejsou ve výčtu §368 odst. 1 TrZ), a tudíž trvá povinnost zachovat uloženou mlčenlivost[12]. To se týká některých uváděných závažných trestných činů páchaných na dětech[13]– zde má zdravotnický (a sociální) pracovník pouze speciální aktivní oznamovací povinnost vůči orgánu sociálně-právní ochrany dítěte (OSPOD).

Zdravotnický pracovník, jehož pacient se jeví být latentní obětí traumatizujícího trestného činu, na nějž nedopadá obecná (a nejedná-li se o ohrožené dítě, tak ani speciální) oznamovací povinnost, se ocitá ve velmi obtížné kolizní situaci, jejíž úprava není uspokojivá. Není-li totiž splněna výjimka z povinné mlčenlivosti v podobě zproštění zdravotního pracovníka (poskytovatele zdravotních služeb) mlčenlivosti oprávněnou osobou (pacientem, zákonným zástupcem pacienta), představovalo by oznámení skutečností nasvědčujících spáchání trestného činu, na něž se nevztahuje oznamovací povinnost, hrozbu vzniku právní odpovědnosti za porušení povinné mlčenlivosti[14].

Jak již bylo zmíněno, zachování mlčenlivosti je předmětem úpravy i etických kodexů. S morálními hodnotami a lidským svědomím souvisí otázka, zda porušit mlčenlivost a nést právní následky související s porušením mlčenlivosti, aby ovšem mohlo dojít na základě oznámení (podnětu) k odhalení pachatele velmi závažného trestného činu, na nějž se však nevztahuje oznamovací povinnost[15].

Zdravotnickým pracovníkům lze doporučit šetrný a ohleduplný přístup k pacientům, kteří vykazují známky viktimizace, a informovat je v souladu s § 10 odst. 2 ZOTČ o právech obětí včetně subjektů, na něž se mohou obrátit. Pokud jde o závažné traumatizující trestné činy, na něž se nevztahuje oznamovací povinnost, je na místě, aby se zdravotník pacienta v pozici (latentní) oběti šetrně dotázal, zda trestný čin ohlásil, případně navrhl, že trestný čin (na nějž nedopadá oznamovací povinnost) může OČTŘ ohlásit, pokud jej v této věci pacient zprostí mlčenlivosti.

Lékařská praxe může přinášet mezní situace, kdy jsou pacienty vedle latentních obětí i pachatelé[16]. U oznamování trestné činnosti pacientů v pozici pachatelů dosud neohlášených trestných činů může zvyšovat neochotu oznámit trestný čin i obava z následného jednání pacienta. Zejména lékaři z oboru psychiatrie se při výkonu svých profesí setkávají s pacienty, z nichž někteří mohou představovat nebezpečí pro své okolí.

Domníváme se, že v takovýchto případech by měl převážit zájem na ochraně společnosti před trestnými činy a jejich pachateli[17] – zvláště pokud pacient vykazuje známky nebezpečného chování a hrozí do budoucna opakování či pokračování v trestné činnosti. Vondráček L, et al., se v příspěvku věnovaném poskytování zdravotní péče při kolizi právních předpisů zabývali obdobnou situací s odkazem na kazuistiku pacienta trpícího duševní poruchou projevující se v nebezpečném chování – sexuálním násilí: „Zásadní otázka ošetřující lékařky tedy logicky je, zda je za všech okolností prioritní respektovat požadavek povinné mlčenlivosti o všech skutečnostech, o kterých se ošetřující dozvěděl při poskytované zdravotní péči, s rizikem možných závažných škod způsobených pacientem, nebo s rizikem postihu pro nedodržení povinné mlčenlivosti preferovat ochranu okolí s tím, že porušení povinné mlčenlivosti je v takovém případě i v zájmu pacienta, byť proti jeho vůli." Autoři dále uvádějí, že v určitých výjimečných případech podle konkrétních okolností je prolomení povinné mlčenlivosti možné: „Právo fyzické osoby na poskytování zdravotní péče lege artis nemůže omezovat či ohrožovat právo na ochranu života a zdraví jiných fyzických osob"[18].

Je totiž třeba také uvést, že v případě správní (administrativní) odpovědnosti za přestupek (správní delikt) či kárné provinění porušení povinné mlčenlivosti je třeba vedle formálních znaků (protiprávnost, znaky skutkové podstaty, obecné znaky požadované na subjektu – pachateli) naplnit i materiální stránku přestupku, kterou je společenská škodlivost[19].

S ohledem na nedostatky současné úpravy oznamovací povinnosti (nemožnost zdravotních, sociálních pracovníků de lege lata oznamovat některé velmi závažné činy) máme za to, že by při prolomení povinnosti mlčenlivosti oznámením závažného trestného činu (na nějž se nevztahuje obecná oznamovací povinnost) pachatele v pozici pacienta nemusel být naplněn materiální znak přestupku porušení povinné mlčenlivosti. Naplnění materiálního znaku přestupku, kárného provinění porušení povinné mlčenlivosti je třeba posuzovat vždy podle okolností konkrétního případu, významu zasažených chráněných zájmů. Pokud zdravot-

vatele zdravotních služeb.

12 V takovém případě je jedinou možností, jak poskytnout trestněprávně relevantní informaci legitimním prolomením mlčenlivosti, dodržení postupu podle § 8 odst. 5 TrŘ. To je však možné jen pasivním oznámením – zdravotnický pracovník musí být vyzván OČTŘ (po předchozím souhlasu soudce), což je možné jenom v případě, že už došlo k zahájení trestního řízení. Trestní řízení je přitom ovšem nejčastěji zahájeno po obdržení trestněprávně relevantních informací (aktivním oznámením, nezíská-li OČTŘ poznatky v rámci své činnosti), na jejichž základě lze učinit důvodné podezření o tom, že trestný čin byl spáchán. V souvislosti s plněním obecné oznamovací povinnosti poskytovateli zdravotních služeb uváděl P. Zajíc: „Pro zdravotníky tak bude náročné a přitom nezbytné umět rozlišovat situace, kdy jsou vázáni povinnou mlčenlivostí a nesmí oznámit spáchání trestného činu, o kterém se dozvěděli při výkonu svého povolání, od situací, kdy povinnost zdravotníků oznámit trestný čin má přednost před uplatněním povinné mlčenlivosti." Zajíc, P. Nový trestní zákoník a jeho dopady do zdravotnictví. Urologie pro praxi. 2010;11(4):221-222.

13 Např. § 185 odst. 2 písm. b), § 187 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku (TrZ).

14 Přesto máme za to, že by u správního deliktu či kárného provinění porušení povinné mlčenlivosti stran oznámení trestného činu nedošlo ke splnění materiální stránky – společenské škodlivosti, jak bude uvedeno níže.

15 Zdravotnický pracovník může pojmout podezření o tom, že pacient je obětí trestného činu např. z projevů syndromu viktimizace, zejména potom specifických syndromů viktimizace, které se pojí s některými traumatickými trestnými činy s vysokou latencí. Oběť se může zdravotníkovi také svěřit, což ovšem bývá zejména u zvlášť zranitelných obětí spíše vzácné.

16 Např. pacient trpí duševní poruchou, projevuje zvýšenou agresivitu a lékař při vyšetření pojme podezření, že se dopustil sexuálního násilí (spáchal některý z trestných činů podle § 185 TrZ, § 186 TrZ, § 187 TrZ), přičemž není v pozici osoby, proti které se trestní řízení vede, protože se OČTŘ o trestném činu nedozvěděl.

17 Za nejdůležitější zájmy chráněné trestním zákoníkem a jinými právními předpisy zajisté patří ochrana života a zdraví. Proto se také domníváme, že ochrana těchto nejdůležitějších zájmů by měla v určitých situacích při právní kolizi převážit nad ochranou vztahu důvěrnosti a soukromí.

18 Tamtéž.

19 Kopecký, M. Správní právo. Obecná část. Praha: C. H. Beck, 2019: 252–262. Obdobně též Hendrych, D. a kol. Správní právo. Obecná část. 9. vydání. Praha: C. H. Beck, 2016, s. 303.

ník oznámí OČTŘ důvodné podezření ohledně toho, že pacient se např. opakovaně dopouštěl psychického, fyzického, sexuálního násilí, týrání osoby žijící ve společném obydlí, nelze v takovém jednání zdravotníka spatřovat naplnění materiálního znaku přestupku, protože nedochází k porušování, ohrožování zájmů společnosti[20].

Konečně lze uvést, že zdravotník (případně sociální pracovník), který se octne v morálním distresu, zda oznámit závažný trestný čin potencionálně nebezpečného pacienta (na nějž nedopadá oznamovací povinnost), může učinit oznámení formou anonymního podání[21].

Agresivní, vyhrožující pacient a možnosti obrany lékaře

Při výkonu lékařské profese, a to zejména psychiatrie, může dojít k setkání s pacientem, který jeví známky násilného, agresivního chování. V psychiatrickém pojetí lze násilné chování považovat za patologickou agresi, jejímž smyslem je záměrně někoho poškodit[22].

Agresivita se může projevovat odmítáním spolupráce se zdravotníkem, odmítáním hospitalizace, útoky verbálními i neverbálními[23]. Lékaři a zdravotničtí pracovníci mají několik možností obrany proti agresivitě, hrozícímu či trvajícímu násilí, projevům násilí ze strany pacienta. Pokud je zdravotník bezprostředně ohrožován pacientem na životě a zdraví, může odvrátit útok v rámci nutné obrany jakožto okolnosti vylučující protiprávnost. Obdobně je-li pacientem ohrožen některý ze zákonem chráněných zájmů (např. ničení vybavení zdravotnického zařízení), lze proti pacientovi zakročit v rámci krajní nouze.

Podstatný rozdíl mezi nutnou obranou a krajní nouzí spočívá v dodržení proporcionality – přiměřenosti. U nutné obrany přitom odvrácení útoku nemusí splnit podmínku přiměřenosti, exces (vybočení) by představovalo pouze jednání zcela nepřiměřené povaze útoku. Je třeba uvést, že nutná obrana se vztahuje toliko na útok hrozící ze strany člověka (nikoliv např. zvířete, nejde-li o poštvání zvířete člověkem), přičemž útočníkem může být rovněž trestně neodpovědná (nepříčetná) osoba. Útokem se rozumí protiprávní jednání bezprostředně (přímo) hrozící proti zájmu chráněnému trestním zákoníkem[24]. Útokem může být úmyslné i neúmyslné jednání, nemusí jít o trestný čin, ale jednání jako takové musí být nedovolené – v rozporu s právem[25]. Krajní nouze naproti tomu spočívá v odvrácení nebezpečí (stavu hrozícímu poruchou) zájmu chráněnému trestním zákoníkem. Zdrojem nebezpečí jsou zpravidla přírodní živly, zvířata, věci, jakož i biologické či fyziologické procesy[26]. Požadavky na dodržení krajní nouze jako okolnosti vylučující protiprávnosti jsou však přísnější než v případě nutné obrany – v případě krajní nouze je třeba splnit požadavek subsidiarity a proporcionality, což znamená, že nebezpečí nelze odvrátit jiným způsobem, osoba není povinna ho snášet a zároveň nesmí při odvrácení nebezpečí způsobit následek závažnější či stejně závažný[27].

Zakročení proti agresivnímu ohrožujícímu pacientovi za podmínek stanovených zákonem v rámci nutné obrany či krajní nouze je okolností vylučující protiprávnost a nevznikne tudíž trestní odpovědnost ani jiná forma právní odpovědnosti, nejedná-li se o exces (zjevné vybočení). Exces teorie a praxe rozlišuje na intenzivní a extenzivní; intenzivní exces představuje zcela nepřiměřené odvrácení útoku či nebezpečí z hlediska míry (např. užití hrubého násilí proti bezbranné osobě nízkého či vyššího věku), extezivní exces představuje vybočení z hlediska doby trvání útoku či nebezpečí (např. odvrácení útoku, který již skončí či ani nezačal)[28]. Zakročit může vedle osoby čelící útoku či nebezpečí také kdokoliv v její prospěch[29].

Hrozí-li lékaři nebezpečí ze strany pacienta, není povinen zachovávat povinnost mlčenlivosti, ale naopak je oprávněn jednání pacienta ihned ohlásit OČTŘ. Takovou situaci lze totiž považovat za ochranu vlastních práv; po lékaři nelze požadovat, aby v souvislosti s výkonem své profese strpěl protiprávní jednání ze strany pacienta, nemusí dojít ke spáchání trestného činu (agresivní jednání může naplnit např. skutkovou podstatu přestupku proti občanskému soužití). V případě hrozícího násilí ze strany pacienta lze proto doporučit se neprodleně obrátit na tísňovou linku, případně požádat příslušníky Policie ČR, aby setrvali ve zdravotnickém zařízení, byl-li

20 Takové oznámení je naopak učiněno v zájmu ochrany společnosti před protiprávním jednáním nebezpečného pacienta, zvláště trvá-li či hrozí opakování trestné činnosti, pokračování v trestném činu či páchání nové trestné činnosti. Máme za to, že zájem na ochraně života a zdraví by měl v těchto případech převážit nad ochranou soukromí a vztahu důvěrnosti.

21 OČTŘ je povinen zabývat se i anonymním podáním – jako kterýmkoli jiným trestněprávně relevantním podnětem. Nevýhodou anonymního podání je ovšem riziko založení, pokud nelze z takového podání učinit podezření o tom, že byl spáchán trestný čin (např. neúplnost informací), protože z povahy věci OČTŘ nemůže oznamovatele předvolat k podání vysvětlení či vyzvat k doplnění podání (chybí identifikační údaje oznamovatele). Při plnění oznamovací povinnosti je naopak anonymní podání (podnět) nežádoucí z důvodu nemožnosti prokázání (či s velkými obtížemi) splnění oznamovací povinnosti.

22 Harsa P, Kertészová D, Macák M, et al. Současné projevy agrese. Psychiatrie pro praxi, roč. 13 (2012), č. 1, s. 15. Autoři rozdělují násilné chování na predátorní, instrumentální (k násilnému chování dochází plánovitě, bez podstatné emoční investice) a impulzivní – zpravidla bez hmotného zisku a bez plánování.

23 Tamtéž., s. 15. Pojmy agrese, agresivita bývají užívány synonymicky, nicméně lze se setkat i s odlišováním agrese jakožto krátkodobé akutní reakce od agresivity pojímané jako dlouhodobé agresivní reakce. V nejširším smyslu lze agresivitu chápat jako dispozici, tendenci jedince k agresivnímu chování. J. Pekara pojímá násilí ze strany pacienta jako „vystupňované agresivní chování vznikající na podkladě neovladatelné negativní emoce a dalších přidružených faktorů s prvky takové verbální či fyzické agrese, kterou nelze již považovat za akceptovatelnou, protože přímo ohrožuje zájmy, důstojnost bytosti, na kterou je namířena." PEKARA, J. Komunikace jako sebeobrana zdravotníka. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015, s. 19.

24 Šámal P, Novotný O, Gřivna T, et al. Trestní právo hmotné. 8. vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2016, s. 219. Autoři uvádějí, že nutná obrana je speciálním (privilegovaným) případem krajní nouze. K útoku srov. usnesení Nejvyššího soudu ze dne 31. 5. 2023. sp. zn. 8 Tdo 434/2023: „Útok je jednání člověka, a to zpravidla konání, které je úmyslné, protiprávní (nedovolené) a nebezpečné určitou měrou pro společnost (nikoli zcela nepatrnou). Přiměřenost obrany se posuzuje především z hlediska intenzity obou akcí, což vyjadřuje pojem způsobu útoku. Z povahy věci vyplývá, že obrana musí být tak intenzivní, aby útok jistě a bez rizika pro napadeného odvrátila, tj. musí být silnější než útok, avšak nesmí být zcela zjevně přehnaná."

25 Tamtéž, s. 219.

26 Tamtéž., s. 212.

27 Rozhodnutí Nejvyššího soudu ze dne 16. 8. 1971, sp. zn. 3 TZ 54/71: „Při posuzování krajní nouze není na rozdíl od nutné obrany rozhodující přiměřenost či nepřiměřenost způsobu odvrácení hrozícího nebezpečí. Rozhodující pro hodnocení vybočení z mezí krajní nouze je, bylo-li toto nebezpečí možno odvrátit jinak, nebo zda způsobený následek je zřejmě stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který hrozil. Při hodnocení, zda nebezpečí bylo možno odvrátit jinak, je třeba brát v úvahu jen ty možnosti obviněného, kterými bylo možno odvrátit nebezpečí včas, tj. ještě před porušením zájmu chráněného trestním zákonem, kterému nebezpečí hrozilo."

28 Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 31. 5. 2023. sp. zn. 8 Tdo 434/2023.

29 Tamtéž.: „K činu v krajní nouzi je oprávněn zásadně každý, tedy nejen ten, jehož zájmy jsou ohroženy, ale i ten, jehož zájmy ohroženy v konkrétním případě nejsou. Podstatné je, že existuje nebezpečí pro zájem chráněný zákoníkem."

pacient přiveden policisty[30]. Zdravotničtí pracovníci mohou u agresivního pacienta za podmínek stanovených zákonem[31] užít opatření k omezení volného pohybu pacienta, omezujících prostředků. Protiprávní jednání pacienta, projevy násilí – agrese, agresivity – by měl lékař zaznamenat do zdravotnické dokumentace.

Vyhrožuje-li pacient lékaři usmrcením, těžkou újmou na zdraví, jinou těžkou újmou způsobem vzbuzujícím důvodné obavy, může takové jednání naplnit kvalifikovanou skutkovou podstatu přečinu nebezpečného vyhrožování § 353 odst. 2 písm. e) TrZ. Lékař je oprávněn vyhrožování ze strany pacienta, jež v něm vyvolává důvodnou obavu, oznámit OČTŘ, přestože na přečin nebezpečného vyhrožování se nevztahuje obecná oznamovací povinnost. Může přitom nastat situace, kdy pacient není trestně odpovědný z důvodu nepříčetnosti, absentuje-li složka vědění (rozpoznání protiprávnosti) či volní (ovládání svého jednání). OČTŘ je ovšem povinen oznámení lékaře přijmout a případně učinit nezbytná opatření k ochraně bezpečí[32].

Přijetím zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, došlo k rozšíření kvalifikovaných skutkových podstat některých závažných trestných činů proti životu a zdraví o případy, kdy je trestný čin spáchán na zdravotnickém pracovníkovi při výkonu zdravotnického zaměstnání, povolání směřujícího k záchraně života, ochraně zdraví. To se vztahuje rovněž na jiné osoby plnící své obdobné povinnosti při ochraně života, zdraví, majetku vyplývajících z jejich zaměstnání, povolání, postavení, funkce či uložené zákonem[33].

Lékař jako svědek, výslech osoby s uloženou mlčenlivostí, zákaz výslechu

Svědkem je fyzická osoba, která svými smysly vnímala trestněprávně relevantní skutečnost. V pozici svědka se mohou v souvislosti s výkonem své profese octnout rovněž osoby vázané povinnou mlčenlivostí. Lékař je zdravotnickým pracovníkem, zdravotničtí pracovníci jsou poskytovateli zdravotní péče[34] a dopadá na ně povinnost mlčenlivosti (profesní tajemství) vyplývající z ustanovení § 51 odst. 1 ZZS; poskytovatel zdravotních služeb je povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Podle ustanovení § 51 odst. 2 písm. d) není porušením povinné mlčenlivosti sdělování údajů, jiných skutečností pro potřeby trestního řízení způsobem stanoveným právními předpisy upravujícími trestní řízení a za porušení povinné mlčenlivosti se rovněž nepovažuje sdělování údajů, jiných skutečností při plnění zákonem uložené povinnosti překazit či oznámit spáchání trestného činu.

Na svědka se ovšem vztahuje povinnost svědčit, kterou ukládá § 97 TrŘ; každý je povinen se na předvolání dostavit a vypovídat jako svědek o tom, co je mu známo o trestném činu, o pachateli, okolnostech důležitých pro trestní řízení. Zajištění přítomnosti svědka lze vynucovat předvedením či uložením pořádkové pokuty. Tato opatření lze užít v případě, že se svědek nedostaví bez řádné omluvy, ačkoli byl řádně předvolán, na následek nedostavení se musí být v předvolání upozorněn. V případě, že se po řádném předvolání nedostaví příslušník ozbrojených sil, ozbrojeného sboru, aby podal svědeckou výpověď, je třeba požádat jeho velitele, náčelníka, aby sdělil důvod nedostavení se předvolaného, a popřípadě jej nechat předvést.

Ve vztahu k osobám vázaným povinnou mlčenlivostí je zásadní ustanovení § 99 TrŘ upravující zákaz výslechu[35]. Svědek nesmí být vyslechnut o okolnostech týkajících se utajovaných informací chráněných zvláštním předpisem – zákonem o ochraně utajovaných informací, ledaže by došlo ke zproštění této povinnosti příslušným orgánem, přičemž zproštění lze odepřít jen tehdy, pokud by státu vznikla vážná škoda[36]. Zákaz výslechu se rovněž vztahuje na svědeckou výpověď, kterou by došlo k porušení státem uložené či uznané mlčenlivosti, tedy zejména k porušení mlčenlivosti poskytovatele zdravotních služeb. To neplatí, pokud byla osoba vázaná povinnou mlčenlivostí v pozici svědka mlčenlivosti zproštěna příslušným orgánem či tím, v jehož zájmu je povinnost uložena (např. pacientem).

Stěžejní je ovšem ustanovení § 99 odst. 3 TrŘ, podle něhož se nelze odvolávat na zákaz výpovědi a povinnou mlčenlivost v případě trestného činu, stran kterého má svědek obecnou oznamovací povinnost (§ 368 TrZ).

V oprávnění odepřít svědeckou výpověď se projevuje také ústavní zásada nemo tenetur se ipsum accusare (zákaz nucení k sebeobviňování). Předně však třeba zdůraznit, že tohoto práva se nelze dovolávat v případě trestného činu, na nějž se vztahuje obecná oznamovací povinnost (§ 368 TrZ). Odepřít výpověď lze pouze za podmínek stanovených v § 100 odst. 1 a 2 TrŘ. Mezi oběma odstavci tohoto ustanovení je určitý rozdíl; v režimu § 100 odst. 1 TrŘ lze odepřít výpověď vcelku z důvodu existence příbuzenského poměru k obviněnému, u § 100 odst. 2 TrŘ se právo odepřít výpověď vztahuje toliko k nebezpečí trestního stíhání – nebezpečí by hrozilo samotnému svědkovi v souvislosti s jeho výpovědí či osobě v příbuzenském poměru[37]. Odepření výpovědi je právem a nikoli povinností.

Lze tedy uzavřít, že lékaři jako osoby vázané povinnou mlčenlivostí (lékařské tajemství, mlčenlivost poskytovatele zdravotních služeb) mají svědeckou povinnost u trestných činů, na něž se vztahuje obecná oznamovací povinnost (§ 368 TrZ) – v tomto případě se nelze odvolávat na zákaz výslechu ani na právo odepřít výpověď[38]. V případě, že se svědectví týká okolností, na

30 Mach J. Jak reagovat na agresivitu. Tempus medicorum. 2014;23(9)28.

31 § 39 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (ZZS).

32 Mach J. v této souvislosti odkazoval na případ lékaře – psychiatra, jemuž pacient opakovaně vyhrožoval smrtí či ublížením na zdraví. Přestože lékař nebezpečné vyhrožování ohlásil OČTŘ, nedošlo k trestnímu stíhání pacienta ani k přijetí opatření na zajištění bezpečnosti. Pacient na lékaře zaútočil mačetou a způsobil mu těžké ublížení na zdraví. Op. cit. s. 29

33 Např. trestný čin vraždy podle § 140 odst. 3 písm. f) TrZ, těžkého ublížení na zdraví podle § 145 odst. 2 písm. e) TrZ, ublížení na zdraví podle § 146 odst. 2 písm. d) TrZ. Předchozí zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, tyto kvalifikované skutkové podstaty neobsahoval.

34 Těšinová R, Ždárek R, Policar R. Medicinské právo. 2. vydání. Praha: C. H. Beck, 2019, s. 309.

35 Jak uvádí F. Púry, zákaz výslechu se vedle svědecké výpovědi vztahuje i na procesní úkony, které jsou zvláštními případy výslechu, jako jsou např. konfrontace (§ 104a TrŘ), rekognice (§ 104 b TrŘ), vyšetřovací pokus (§ 104c TrŘ), rekonstrukce (§ 104d TrŘ). Viz PÚRY, F. In: Šámal P, et al. Trestní řád I. § 1 až 156. Komentář. 7. vydání. Praha: C. H. Beck, 2013, s. 1451.

36 § 99 odst. 1 TrŘ.

37 Púry F. In: Šámal P, et al. Trestní řád I. § 1 až 156. Komentář. 7. vydání. Praha: C. H. Beck, 2013, s. 1476–1477.

38 V této souvislosti lze odkázat na usnesení Nejvyššího soudu ze dne 3. 10. 2012, sp. zn. 7 Tdo 1116/2012. „Z toho, že mezi osobami vyňatými z oznamovací povinnosti podle § 368 odst. 1 TrZ není uveden lékař ani jiný zdravotnický pracovník, jasně vyplývá, že tyto osoby mají oznamovací povinnost podle § 368 odst. 1 TrZ a že jejich povinnost mlčenlivosti je prolomena

něž se vztahuje povinnost mlčenlivosti, musí se osoba přesto dostavit na předvolání a po poučení ze strany OČTŘ, které se činí zásadně před zahájením výslechu[39], odmítne vypovídat s odkazem na zákaz výslechu. Obdobně se postupuje i v případě odepření výpovědi dle § 100 odst. 1, 2 TrŘ. Bezdůvodné odpírání výpovědi může být vynucováno pořádkovou pokutou; pokud taková sankce nepostačí, může dojít až ke vzniku trestní odpovědnosti za přečin pohrdání soudem[40].

Pacient jako oběť domácího násilí

Domácí násilí představuje širší označení pro patologický způsob chování v rodinných a partnerských vztazích; některé projevy domácího násilí mohou naplňovat skutkovou podstatu trestného činu týrání osoby žijící ve společném obydlí a týrání svěřené osoby. V současné právní úpravě není domácí násilí právně definováno, přestože se pojem domácí násilí objevuje v některých právních předpisech. Lze jej definovat jako: „Fyzické, psychické anebo sexuální násilí mezi blízkými osobami, ke kterému dochází opakovaně ve společně obývaném bytě nebo domě, a tím skrytě mimo kontrolu veřejnosti, a které se zpravidla vyznačuje stupňováním intenzity násilných incidentů."[41] L. Čírtková[42] upozorňuje, že domácí násilí nelze definovat pomocí jednotného obrazu, uvádí tři základní vzorce, mezi které patří:

- intimní partnerské terorizování, nátlakové kontrolující jednání,
- násilný odpor,
- konfliktní domácí násilí.

Trestní právo postihuje ty nejzávažnější projevy domácího násilí, které naplní skutkovou podstatu trestného činu[43]. Právě trestné činy spojené s domácím násilím patří mezi vysoce latentní, protože oběť trestný čin neohlásí, násilí se odehrává „za zavřenými dveřmi". Odhalení domácího násilí tak bývá velmi problematické. Vodítkem pro sociální okolí oběti mohou být nápadné změny chování a prožívání (specifické syndromy viktimizace – syndrom týrané ženy, týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte).

Poskytovatel zdravotních služeb, respektive zdravotnický pracovník (v některých případech i sociální pracovník, zejména psycholog), může být jednou z mála osob, která v souvislosti s výkonem své profese získá poznatky nasvědčující tomu, že je pacient obětí domácího násilí. Na mnoho trestných činů a protiprávních jednání spojených s projevy domácího násilí se však nevztahuje výjimka z povinné mlčenlivosti, jelikož poskytovatel zdravotních služeb (zdravotnický pracovník) je povinen oznamovat jenom ty trestné činy, na něž se vztahuje obecná (§ 368 odst. 1 TrZ) či speciální (§ 10 odst. 4 ZSPOD)[44] oznamovací povinnost. V případě týraných dospělých osob se to týká jenom zlomku trestných činů[45].

Domníváme se, že současná úprava neumožňuje dostatečně účinně čelit vysoké latenci domácího násilí, získá-li poznatek o trestném činu spojeném s domácím násilím osoba vázaná povinnou mlčenlivostí v souvislosti s výkonem její profese. Poskytovatelům zdravotních (a sociálních) služeb brání v oznamování takových skutečností uložená povinnost mlčenlivosti, respektive absence obecné či speciální oznamovací povinnosti v souvislosti s domácím násilím. V této souvislosti uvádí Koliba P, že se jedná o složitý komplex právních, psychologických, etických, zdravotnických problémů: „Lékaři, zdravotníci, ale také pedagogové se často ocitají v situaci, v níž musí řešit otázku, jak na podobné případy reagovat a jak postupovat. Zde se setkávají dva mnohdy protichůdné aspekty: etika versus právní normy. Na jedné straně stojí povinnost zdravotnického pracovníka (nejenom lékaře) zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dozvěděl při výkonu svého povolání. Ta je chápána jako povinnost právní i etická. Na druhé straně stojí § 367 nepřekažení trestného činu a § 368 neoznámení trestného činu bez odkladu státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu, jak ukládá TrZ. Trestný čin podle § 368 – neoznámení trestného činu se vztahuje na trestný čin vraždy (§ 140), těžkého ublížení na zdraví (§ 145), mučení a jiného nelidského a krutého zacházení (§ 149), zbavení osobní svobody (§ 170), zneužití dítěte k výrobě pornografie (§ 193) a týrání svěřené osoby (§ 198). To znamená, že ani znásilnění, ani pohlavní zneužívání zde uvedeno není, proto se na tyto činy oznamovací povinnost nevztahuje a právní předpis vyšší právní síly zavazuje k mlčenlivosti."[46]

Na širší okruh trestných činů spojených s domácím násilím se vztahuje obecná povinnost překazit trestný čin – např. každý je povinen překazit trestný čin znásilnění (§ 185 TrZ), pohlavního zneužití (§ 187 TrZ), vydírání (jenom u kvalifikované skutkové podstaty § 175 odst. 3, 4 TrZ). Přestože povinnost překazit trestný čin zavazuje zdaleka nejširší okruh osob vázaných povinnou mlčenlivostí – povinnosti mlčenlivosti se totiž nelze dovolávat v souvislosti s překažením trestného činu – může být v některých situacích nejed-

oznamovací povinností podle citovaného ustanovení. Pokud se na zdravotnické pracovníky záchranné služby v dané věci vztahovala oznamovací povinnost ohledně činu, který byl kladen za vinu obviněné, pak z toho logicky vyplývá, že ohledně okolností tohoto činu, byť se o nich dověděli při výkonu svého povolání, mohli být vyslýcháni a mohli vypovídat jako svědkové bez jakýchkoli dalších podmínek."

39 § 101 odst. 1 TrŘ.

40 Rozsudek Vrchního soudu v Praze ze dne 17. 5. 1994, sp. zn. 8 To 5/94: „Svědka, který odpírá vypovídat bez důvodů uvedených v ustanoveních § 99 odst. 1, 2 a § 100 odst. 1, 2 TrŘ, lze nutit vypovídat uložením pořádkové pokuty podle § 66 TrŘ. Takové opakované odepření vypovídat může být, pokud je vyjádřením nedůvěry svědka ve spravedlivé rozhodnutí soudu, urážlivým chováním vůči soudu ve smyslu znaků skutkové podstaty trestného činu pohrdání soudem."

41 Čírtková L, Vitoušová P. Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů. Praha: Grada, 2007, s. 108.

42 Čírtková L. Domácí násilí. Nebezpečné rodinné vztahy ve 21. století. Plzeň: Aleš Čeněk, 2020, s. 61–65.

43 Např. týrání osoby žijící ve společném obydlí podle § 199 TrZ, týrání svěřené osoby podle § 199 TrZ, nebezpečné pronásledování podle § 354 TrZ, nebezpečné vyhrožování podle § 353 TrZ.

44 Viz ohrožené dítě, syndrom CAN a Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví – Postup praktických lékařů pro děti a dorost při podezření na týrané, zneužívané a zanedbávané dítě.

45 Oznamovací povinnost se vztahuje např. na trestný čin těžkého ublížení na zdraví podle § 145 TrZ, zbavení osobní svobody podle § 170 TrZ, týrání svěřené osoby podle § 198 TrZ. Existence obecné či speciální oznamovací povinnosti představuje výjimku z povinné mlčenlivosti, kdy se v souvislosti s plněním oznamovací povinnosti nelze na profesní tajemství odvolávat.

46 Koliba P. Jak správně postupovat při podezření na znásilnění nebo pohlavní zneužívání. Praktická gynekologie, roč. 19 (2015), č. 3 s. 185. Ke stanovisku připouštějícímu převážení zájmu na ochraně života, zdraví nad postupem lege artis (povinností zachovávat mlčenlivost) viz Vondráček L, Dvořáková V, Vondráček J. Jak poskytovat zdravotní péči při kolizi právních předpisů. Zdravotnictví a právo. 2010;14:7-8;14-14.

noznačné, zda povinnost překazit trestný čin vznikla či nikoliv[47].

Zásadní obtíž představuje skutečnost, že na mnoho trestných činů spojených s projevy domácího násilí se nevztahuje ani oznamovací povinnost, ani povinnost je překazit, jedná se např. o trestné činy: ublížení na zdraví (§ 146 TrZ), omezování osobní svobody (§ 171 TrZ), útisk (§ 177 TrZ), týrání osoby žijící ve společném obydlí (§ 199 TrZ), nebezpečné vyhrožování (§ 353 TrZ), nebezpečné pronásledování (§ 353 TrZ)[48].

Přes kontroverze současného stavu úpravy – kdy zdravotník či sociální pracovník nemůže podezření ohledně trestného činu související s domácím či sexuálním násilím, na nějž se nevztahuje oznamovací povinnost, ohlásit OČTŘ – lze poskytovatelům zdravotních či sociálních služeb doporučit, aby u pacienta (klienta), u něhož mají podezření, že je obětí takového trestného činu, zachovali citlivý přístup a informovali jej ohledně organizací poskytujících pomoc obětem trestných činů (Bílý kruh bezpečí), psychologických poraden či krizových center, fondů ohrožených dětí a eventuálně také o právech vyplývajících z pozice zvlášť zranitelné oběti (právo oběti na peněžitou pomoc)[49].

Doporučení ohledně přístupu k pacientovi v pozici oběti traumatizujícího trestného činu

Při poskytování zdravotních služeb může být velmi nesnadné rozeznat oběť traumatizujícího trestného činu. Vycházíme totiž z toho, že zvlášť zraňující trestné činy se vyznačují vysokou latencí – to znamená, že jsou oznamovány vzácně a OČTŘ se dozví jenom o zlomku skutků. Spojitost s vysokou latencí lze spatřovat také v nelineárním průběhu viktimizace u obětí násilných trestných činů (násilí fyzické, psychické, sexuální), z něhož vyplývají také některé viktimologické paradoxy, jako je neochota oznámit trestný čin. Viktimizace traumatizujícím trestným činem zpravidla nesleduje model dynamiky viktimizace (fáze šoku, hojení, zhojení)[50], vyrovnávání se s následky trestného činu je obtížné a individuální[51]. může probíhat velmi dlouho, u obětí násilné trestné činnosti, zvlášť zranitelných obětí je riziko vzniku posttraumatické stresové poruchy.

Přestože má poskytovatel zdravotních služeb informační povinnost vůči pacientovi v pozici oběti trestného činu, pokud neidentifikuje pacienta v pozici oběti, nemůže z povahy věci splnit ani oznamovací povinnost. Proto je na místě, aby se zdravotník (poskytovatel zdravotních služeb) při podezření na viktimizaci šetrně pacienta dotázal, zda mu zranění bylo způsobeno cizím zaviněním, a informoval jej i bez jeho žádosti o právech obětí (a zvlášť zranitelných obětí) trestných činů, jakož i o subjektech pomáhajících obětem trestných činů.

U zvlášť zranitelných obětí, obětí traumatizujících trestných činů musí zdravotník dbát na velmi šetrný přístup, aby nedošlo k sekundární viktimizaci. Oběť zvlášť zraňujících trestných činů očekává důvěru, pochopení, porozumění, informace, pomoc a ochranu – zejména je třeba brát ohled na pocit bezpečí, který byl viktimizací narušen[52]. Citlivý přístup k pacientovi v pozici zvlášť zranitelné oběti je obzvláště důležitý, pokud je poskytovatel zdravotních služeb prvním kontaktním místem. Kontakt s obětí, zvláště když je první, má stěžejní dopad na schopnost vypořádat se s trestným činem. Právě první kontakt má zásadní dopad také na to, zda se oběť rozhodne trestný čin oznámit[53].

Lze se setkat s pacienty v pozici oběti, kteří se zdravotníkem kooperují a mají lehké příznaky traumatizace, jakož i s kooperujícími pacienty s těžkými příznaky viktimizace (např. posttraumatickou stresovou poruchou, jinými závažnými psychickými následky). Naproti tomu by měl být zdravotník připraven i na pacienty jako oběti nekooperující – rozrušené, s příznaky akutního stresu či mlčenlivé, pasivní, s nimiž se obtížně navazuje kontakt. Zdravotníkům se doporučuje ve vztahu pacientům v pozicích obětí traumatizovaných trestným činem empatický přístup s ohledem na posílení pocitu bezpečí, důvěry[54].

Závěr

Na zdravotnické pracovníky dopadá poměrně složitý komplex právních vztahů. Vedle požadavků na výkon profese lege artis, dodržování právních předpisů (zejména z oblasti zdravotnického práva) i interních předpisů, dopadají na poskytovatele zdravotních služeb i předpisy trestní. Problematika pacienta v pozici oběti trestného činu je úzce spojena také s kriminologii, respektive viktimologii a soudní psychologii, případně též soudní psychiatrii. V souvislosti s pacientem v pozici oběti trestného činu může rovněž vzniknout zdravotním pracovníkům povinnost oznámit trestný čin, případně jej překazit, je-li páchán[55]. K tomu má ještě poskytovatel zdravotních služeb určitá práva a povinnosti vyplývající ze ZOTČ. Zřejmě největší úskalí pro odhalení a identifikaci pacienta v pozici oběti představují traumatizující trestné činy. S velmi zraňujícími trestnými činy je totiž spojena vysoká latence, tudíž je vysoká pravděpodobnost, že se OČTŘ o trestném činu dosud nedozvěděl a jedná se o latentní oběť. Má-li lékař podezření, že pacient je obětí trestného činu, měl by pacienta informovat o institucích pomáhajících obětem trestných

47 Zejména u pacienta v pozici (domnělé) oběti může být velmi obtížné posouzení, zda je trestný čin nadále páchán – a bude třeba splnit povinnost jej překazit, či již byl spáchán a bude na něj případně dopadat oznamovací povinnost.

48 A to ani v případě naplnění kvalifikované skutkové podstaty podle § 146 odst. 2, 3, 4 TrZ, § 171 odst. 2, 3, 4 TrZ, § 199 odst. 2, 3 TrZ. § 353 odst. 2 TrZ, § 353 odst. 2 TrZ.

49 Koliba P. Jak správně postupovat při podezření na znásilnění nebo pohlavní zneužívání. Praktická gynekologie, 2015;19(3):187.

50 Čírtková L, Vitoušová P, et al. Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů. Příručka pro pomáhající profese. Praha: Grada, 2007, s. 27-31. V rámci dynamiky prožívané újmy se uvádí také fáze percepce, deklarace a ochoty svědčit, spolupracovat s OČTŘ, viz Válková H, Kuchta J, a kol. Základy kriminologie a trestní politiky. 2. vydání. Praha: C. H. Beck, 2012, s. 199-200.

51 Čírtková L. považuje za důležité znaky vyrovnávání se s viktimizací faktory na straně oběti (protektivní mechanismy oběti), okolnosti trestného činu a reakce okolí (nevhodné reakce typicky zapříčiňují druhotné zraňování). Čírtková L. Forenzní psychologie. 3. vydání. Plzeň: Aleš Čeněk, 2013, s. 110.

52 Čírtková L, Vitoušová M. Pomoc oběti trestného činu znásilnění. Informace pro zdravotnický personál. Diagnóza v ošetřovatelství. 2010;6(4):32.

53 Tamtéž, s. 33.

54 Tamtéž., s. 34.

55 Viz obecné povinnosti oznámit a překazit trestný čin vyplývající z § 367, § 368 TrZ. Hodnověrný poznatek o skutečnosti nasvědčující tomu, že byl spáchán trestný čin, může zdravotnický pracovník získat přímo od pacienta, v případě zraňujících trestných činů to však bude spíše vzácné a podezření ohledně spáchání trestného činu vznikne vyvolá např. povaha zranění pacienta, chování a reakce pacienta, doprovodné osoby aj. Nelze opomenout zmínění speciální oznamovací povinnosti o ohroženém dítěti, která je rovněž výjimkou z povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků (§ 10 odst. 4 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí).

činů a případně může se souhlasem pacienta (zproštění mlčenlivosti) trestný čin ohlásit, pokud trestný čin nepodléhá oznamovací povinnosti (v takovém případě jej ohlásit musí bez ohledu na stanovisko pacienta).

Seznam zkratek

CAN – Child abuse neglect, syndrom týraného, zanedbávaného, zneužívaného dítěte
ČR – Česká republika
OČTŘ – Orgán činný v trestním řízení, orgány činné v trestním řízení
PLDD – Praktický lékař pro děti a dorost
TrŘ, trestní řád – Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním
TrZ, trestní zákoník – Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník
ZZS, zákon o zdravotních službách – Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
ZOTČ, zákon o obětech trestných činů – Zákon č. 45/2013, o obětech trestných činů a o změně některých zákonů
ZSPOD, zákon o sociálně-právní ochraně dětí – Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí

LITERATURA

1. Čírtková L. Domácí násilí. Nebezpečné rodinné vztahy ve 21. století. Plzeň: Aleš Čeněk, 2020, 307 s.
2. Čírtková l. Forenzní psychologie. 3. vydání. Plzeň: Aleš Čeněk, 2013, 446 s.
3. Čírtková L. Viktimizace trestným činem zdaleka nekončí. Zvláště zranitelné oběti v průzkumu Bílého kruhu bezpečí. Zpravodaj BKB. 2020;29(4).
4. Čírtková L. Ztráta kontroly nad svým osudem – poznámky k latentním obětem v Bílém kruhu bezpečí. Zpravodaj BKB. 2022;3(4).
5. Čírtková L, Vitoušová P, et. al. Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů. Praha: Grada, 2007, 191 s.
6. Čírtková L, Vitoušová M. Pomoc oběti trestného činu znásilnění. Informace pro zdravotnický personál. Diagnóza v ošetřovatelství. 2010;6(4).
7. Durdík T, Čírtková L, Háková D, et al. Zákon o obětech trestných činů. Komentář. Praha: Wolters Kluwer, 2018: 456 s.
8. Harsa P, Kertészová D, Macák M, et al. Současné projevy agrese. Psychiatr. praxi 2012; 13(1):15–18.
9. Koliba P. Jak správně postupovat při podezření na znásilnění nebo pohlavní zneužívání. Praktická gynekologie. 2015;19(3).
10. Kopecký M. Správní právo. Obecná část. Praha: C. H. Beck, 2019, 536 s.
11. Mach J. Jak reagovat na agresivitu. Tempus medicorum. 2014;23(9).
12. Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví ČR Postup praktických lékařů pro děti a dorost při podezření na týrané, zneužívané a zanedbávané dítě (syndrom CAN) ze září 2022. [online]. [cit. 2024-05-04]. Available from: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/09/Metodicke-opatreni-sy-CAN.pdf
13. Šámal P, et al. Trestní řád I. § 1 až 156. Komentář. 7. vydání. Praha: C. H. Beck, 2013, 1898 s.
14. Šámal P, Novotný O, Gřivna T, et al. Trestní právo hmotné. 8. vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2016, 1050 s.
15. Válková H, Kuchta J, et al. Základy kriminologie a trestní politiky. 2. vydání. Praha: C. H. Beck; 2012.
16. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 6, roč. 2008. [online]. [cit. 2024-06-02]. Available from: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/2146/6399/ZDRAVOTNICTVI-tisk%2006-08.indd.pdf
17. Vondráček L, Dvořáková V, Vondráček J. Jak poskytovat zdravotní péči při kolizi právních předpisů. Zdravotnictví a právo. 2010;14(7–8).
18. Zajíc P. Nový trestní zákoník a jeho dopady do zdravotnictví. Urol. praxi. 2010;11(4):221-222.
19. Zákon č. 45/2013, o obětech trestných činů a o změně některých zákonů.
20. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník
21. Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním.
22. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
23. Rozhodnutí Nejvyššího soudu ze dne 16. 8. 1971, sp. zn. 3 TZ 54/71.
24. Rozsudek Vrchního soudu v Praze ze dne 17. 5. 1994, sp. zn. 8 To 5/94.
25. Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 3. 10. 2012, sp. zn. 7 Tdo 1116/2012.
26. Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 31. 5. 2023. sp. zn. 8 Tdo 434/2023.

Druhé oznámení o sympoziu pořádaném Společností pro biologickou psychiatrii, Sekcí biologické psychiatrie Psychiatrické společnosti ČLS JEP a Kuffnerovým nadačním fondem ve dnech 10.–11. dubna 2026 v Psychiatrické nemocnici Jihlava s názvem Nové výzvy v biologické psychiatrii

Na sympoziu budou prezentovány pouze vyžádané přednášky. Sympozium má edukační charakter, je zaměřeno na klinické psychiatry z ambulancí a lůžkových zařízení, sdělení budou prezentována srozumitelnou formou.

Základní tématické okruhy:

- Léčba rezistentních psychotických poruch
- Kognitivní poruchy a jejich léčba
- Nové poznatky z farmakoterapie v psychiatrii a pedopsychiatrii
- Resilience a způsoby jejího posilování
- Vývoj psychofarmakoterapie
- Neurostimulační metody v léčbě duševních poruch
- Rozdíly mezi MKN-10 a MKN-11



K pasivní účasti na sympoziu se mohou zájemci hlásit **do 20. března 2026 prostřednictvím e-mailu:** mayerova.michaela@fnbrno.cz.
Do přihlášky, prosím, uveďte jméno, příjmení, pracoviště, e-mail a své případné členství ve Společnosti pro biologickou psychiatrii.

Emoční poruchy v dospívání II – z pohledu klinického psychologa

PhDr. Veronika Buchtová
Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš

V psychiatrické praxi se poměrně často diagnostikuje u dospívajících dívek smíšená porucha chování a emocí.
Představíme diferenciální diagnostiku poruch chování a emocí v pubertě u disharmonicky se vyvíjející pacientky a návrhy opatření (při posouzení osobnostních, sociálních a výchovných prekurzorů potíží).

Klíčová slova: porucha chování a emocí, duševní zdraví adolescentů, vývojové trauma, attachmentové chování, psychoanalytické poradenství, covid-19 posttraumatická společnost.

Emotional disorders in adolescence II – from the perspective of a clinical psychologist

In psychiatric practice behavioral and emotional disorders are relatively often diagnosed in adolescent girls.
We present the differential diagnosis of behavioral and emotional disorders in early adolescence in disharmoniously developing patient and treatment plan (based on consideration of personality, social, and up-bringing precursors of difficulties).

Key words: behavioral and emotional disorders, adolescent mental health, developmental trauma symptoms, attachment behaviour, psychoanalytic counseling, post-traumatic COVID society.

Úvod

V klinickém obraze dospívajících pacientek psychiatrické péče zjišťujeme emoční poruchu (nízkou schopnost rozlišovat a měnit vlastní emoční reakce, překonávat vnitřní negativní emoční stavy s projevy emoční dysregulace a okamžitého odreagovávání napětí), úzkostně-depresivní symptomy (často spojené s deprivačními vlivy), sociální potíže (hypersenzitivitu na sociální kritiku, sníženou dovednost získávat si prosociální zájem související zřejmě s potížemi v raném attachmentu), nezralé exekutivní funkce, situační zátěže (konflikty ve škole nebo v rodině).

Středně dlouhá hospitalizace klade nároky na adaptační kapacity pacientek (aby zvládly dodržovat režim a pravidla oddělení). Testuje nepřímo i sociálně-komunikační dovednosti (jak se jim zadaří být s ostatními pacientkami), a zvláště funkčnost vztahu s autoritou (zdali obstojí vyhovět nárokům personálu).

U pacientek s klinickým obrazem smíšené poruchy tyto zátěže (stres) zpočátku zvýší projevy destabilizace. V chování se znovu aktualizuje dysfunkční vazbové chování, (u disharmonicky se vyvíjejících adolescentek) emocionální nepřístupnost, stresové projevy (okamžité odreagování vnitřního napětí). V chování zaznamenáváme funkční potíže, vnitřně nestabilní suverenitu, regres (vyžadování si zvýšené péče) a vztahovou asymetrii (výlučné chování motivované vlastním zájmem), impulzivní a nekontrolované chování.

Při klinicko-psychologické diagnostice uvažujeme, nakolik tyto dysfunkce lze považovat vzhledem k věku jako adaptační přechodnou odchylku a/nebo chroničtější bizarnost s rizikem

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 18th 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. 2025;26(3):197-201
https://doi.org/10.36290/psy.2025.032
Článek přijat redakcí: 20. 8. 2025
Článek přijat k tisku: 15. 9. 2025

PhDr. Veronika Buchtová
poradenstvi-buchtova@seznam.cz

dlouhodobých funkčních potíží zvláště u dospívajících bez náhledu na sociálně-nežádoucí styly chování u opakovaných pobytů.

Modelová kazuistika

Lucie je 12letá slečna, dostala se do potíží, jelikož ve škole učitelce pohrozila skokem pod vlak. Učitelka zaznamenala u Lucie větší emoční výkyvy v posledním školním roce – bývala v napětí, škrábala se do krve.

Jednalo se o dívku z dlouhodobě nestabilní rodiny. Později se prokázalo, že slečna se vyrovnává s několika traumatickými událostmi (sdílela nahé fotografie na internetu, a proto byla vyslýchána, dále byla svědkem u podezření na sexuální obtěžování spolužáků asistentkou pedagoga, dále její kamarád protiprávně držel marihuanu). Prochází novým nárokem otce (který si ji žádá soudně po osmi letech do péče).

Matka odmítala připustit, že emoční otřes dcery (popisovaný učitelkou) je zatížen rodinnými nebo výchovnými faktory ve vedení dcery, proto se školou spolupracovala ojediněle. Učitelka si opakovaně vyžádala konzultaci s OSPOD.

Ve vývojové anamnéze se jednalo o fyzicky a psychomotoricky zdravou dívku, bystrou, osobností živou, výřečnou, spíše bez zábran, vynucující si pozornost na autoritě.

Vyrůstala v rodině, kde se rodiče hádali od jejího útlého dětství, otec po rozvodu odešel z domácnosti v jejích 4 letech. Od té doby se stýkala s otcem velmi raritně. Lucie si vytvořila silné pouto k matce, jednala vzhledem k věku nepřiměřeně samostatně, matka chodila do práce a Lucii zřejmě chybělo vedení.

Od první třídy základní školy Lucie opakovaně usiluje o vztahy, a to jakoukoliv formou, včetně rušivé (zlobení, vyrušování, provokování). Někdy se jí krátkodobě zadaří mít vztah, ale lidem všeobecně nedůvěřuje. K dospělým je od mladšího školního věku drzá. Školní docházku plní. Nemá pracovní návyky, na písemky se připravuje nahodile.

Otec v důsledku traumatických situací Lucie za toto obvinil matku a zahájil právní kroky změny úpravy styku, do kterých byla Lucie nedobrovolně zahrnuta. Lucie reagovala prvotně zvýšenou nejistotou, a na vrub toho zřejmě i suicidální výhružkou ve škole, později hněvem a odmítavým postojem k oběma rodičům, a nakonec loajalitou k matce.

Protože v tom čase odmítala příklon obou rodičů a jediné východisko viděla v suicidální výhružce (vysvětluji si jako psychickou obranu v zátěži ve strategii „vyhýbání se" a v té téměř nejkrajnější formě v suicidální fantazii), musela být na návrh předběžného opatření OSPODu umístěna do Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP).

Zde se pořezala na radu kamarádky, bývalé pacientky psychiatrického zařízení (vysvětluji si jako regulační mechanismus frustrace). Takto se dostala na Dětskou psychiatrii – nedobrovolně. Zde bylo cíleno na stabilizaci akutní krize pacientky a vyloučena psychiatrická porucha.

Během pobytu na psychiatrickém oddělení se akcentovaly symptomy poruchového chování. Lucie byla drzá k personálu, nedbala pravidel oddělení až natolik, že lékaři indikovali následnou léčbu v Dětské psychiatrické nemocnici Velká Bíteš.

Při příjmu negovala suicidální motivy. Byla zvýšeně kritická, vyžadovala si vlastní autonomii, omlouvala neposlušnost srovnáváním se s dospělými, zlehčovala své drzé chování „srandou", chovala se individualisticky, chaoticky, byla naštvaná, obviňovala druhé, nedokázala se citově angažovat ve vztazích, nedbala společenských pravidel, vyhledávala jakékoliv chování, při kterém byla centrem zájmu, i negativního a převážně tohoto. Inscenovala nemoc, stěžovala si na bolesti hlavy, útočila verbálně i fyzicky, odreagovávala agresi.

Klinicko-psychologická diferenciální diagnostika

Klinicky (v individuálním settingu) se chovala Lucie suverénně, bez zábran, bez trémy. Byla hovorná, hyperkinetická, stále ve střehu. Testům vyhověla formálně, povrchně.

Vůči personálu byla výrazně vzdorovitá, udržovala kontrolu okolí neustálými dramatickými inscenacemi (porušováním konvencí, předváděním, kolizemi).

Přitom emočně byla nejistá – lehce emočně dráždivá, snadno rozladěná.

Testově (vážené skóry a indexy v textu neuvádím, pouze interpretuji s ohledem na citlivost dat)

1. Wechslerovy škály

Celkové intelektové nadání dívky bylo naměřeno v pásmu průměru. Ovšem některé dílčí výkony dosahovaly až horního pásma průměru.

Klinicky významně snížené skóre v indexu zpracování informací ukazuje na pozornostní potíže – konkrétně na potíže v soustředění.

V rámci diferenciální diagnostiky jsme zvažovali nutnost rozlišit charakter potíží se soustředěním (zdali se jedná o ADHD nebo např. o snadnou únavnost, a /nebo vliv úzkosti). Potíže jí činil vstup do testu a snadnější položky. Uměla se koncentrovat na složitější úkoly vyžadující vytrvalost.

Její percepční vnímání je povrchní, nahodilé.

2. Rorschachova metoda

Lucie dala patnáct odpovědí (při opakované instrukci pro malý počet odpovědí). Šokové reakce (selhání) zaznamenány na tabuli 4 a 9.

Testu vyhověla formálně. Byla vyloučena porucha testování reality a závažné poruchy nálady. Potvrzena interpersonální expanzivita (7 : 1). Asociační proces myšlení preferující instinktivní odpovědi, převážně zvířecí.

Na emoční tabule modifikovaná perseverace – **emoční reaktivita málo diferencovaná** (vyjadřování emocí obdobné na různé podněty, reakce snadno ovlivněny úzkostí). Šokový fenomén lze interpretovat jako **obtížné překonávání negativních emočních stavů, i jako silný strach z autorit, který nezvládá překonat** (a zřejmě **proto odreagovává emoce výbojně a nadřazeně**).

Snížené potlačování vnitřního agresivního napětí (koresponduje s nedostatečnou dovedností emoce regulovat).

3. Hand test

Reakce Lucie na tabule jsou normální bez psychopatologických známek. Má klinicky významně zvýšenou potřebu sociální orientace (INT 9) a je vůči sociální interakci otevřená. Své reakce (touhu po zisku sociální odpovědi) však málo moduluje.

4. Dotazník rodičovského jednání a postojů pro adolescenty

Strukturovaný rozhovor (jsou vyjmuty informace týkající se sociálních rolí a sebeprezentace hodnocené pacientkou k doplnění dotazníku):

otec: dominantní – urážející, vulgární při popisu vzhledu;

matka: infantilizující, **podporující závislou roli** pacientky (omezuje samostatnost při odlišném názoru).

Sebeprezentace pacientky: autentická, bez snahy o sociální přijetí.

Vyhodnocení dotazníku:

Matka: Lucii neodmítá ani ji výrazně nepreferuje. Neinklinuje ani k autoritářství, ani k liberální

výchově – nestabilně, **výchovný postoj matky je nevyvážený, nečitelný.**

Otec: vykazuje nízkou míru emoční otevřenosti, odmítá dceru. Mezi ním a dcerou je porušená vazba. Výchovný přístup má nekonzistentní. Vztah otce k dceři je matoucí.

5. Osobnostní dotazník pro mládež

Potvrzuje klinicky významně zvýšený faktor druhého řádu **vysoké úzkostnosti** v osobnosti pacientky, tzn. vysokou náchylnost v nejistotě a senzitivitu k narušitelnosti vnitřní integrace v úzkosti vyžadující zvýšenou potřebnost podpory.

Dále klinicky **významně zvýšené skóre vzpurnosti**. Lucie jedná individualisticky, má velmi nízkou potřebu podřizovat se autoritám, zpochybňuje je, jedná se o **osobnost vůdčí, má potíže s respektem autorit** a podřízení se, pokud je to po ní vyžadováno, je potenciálně vysoce pravděpodobně konfliktní.

Resumé

Dívka vykazuje v rámci zvýšených nároků na přizpůsobení (funkčnost) emoční poruchu a problémové chování.

Vztahové chování Lucie má specifický vzorec (stereotypně opakující se chování) potíží, etiologicky uvažujeme o vlivu deprivačních faktorů na tomto vzorci.

Lucie neměla v předškolním a školním věku dostatečnou příležitost navázat hlubokou emoční vazbu s otcem. Matka byla pracovně vytížená a taktéž méně attachmentově dostupná. Tyto deprivační faktory zřejmě způsobily, že se Lucie chová dezinhibovaně ve vztazích (nevědomě provokuje zájem, není schopná odložit potřebu a udržet si sociální odstup a zároveň navazuje impulsivně riskantní vrstevnické vazby). Neví, jak si přímo říct o pomoc, vědomou negativní pozorností se zřejmě snaží vyhnout ignoraci a/nebo odmítnutí.

Je velmi snadno emočně přetížená požadavky autority, které nemůže důvěřovat. To, že je vůči personálu opoziční a výbojná, si vysvětlujeme jejím zpracováním rané zkušenosti s rodiči. Nezvládá emočně zpracovat frustraci (zlost na ně), nemůže ji přímo odreagovat, a proto je vůči jiným autoritám výbojná a vůči slabším dětem zlostná (dislokuje agresi).

Chování Lucie je okamžité – povětšinou jedná bez kontroly a zároveň hyperreaktivně na sociální podněty. Kolize s okolím jsou s cílem sociálního zájmu, hand test **vyloučil agresivní motiv chování**, přestože je pacientka opoziční, vyvolávající i přímé fyzické konflikty.

Osobitost Lucie je predisponována nízkou podřídivostí – apel na vyžadování respektu provokuje u Lucie vysoké riziko potenciálu konfliktnosti. Predispozice úzkostnosti velmi snadnou nejistotu a dezorganizaci (i v chování).

Emoční schéma lze definovat jako nízký práh frustrace, hypersenzitivní reaktivitu, při nárocích na zpracování emocí emoční dysregulaci, snadné emoční přetížení.

Aktuálně vykazuje známky strachu, hněvu, smutku. Pečující personál používá jako „odkladiště" na negativní emoce, které se jí nedaří zpracovat, a které ji chaotizují.

Vývoj osobnosti pacientky je disharmonický i vzhledem k méně funkčním výchovným rolím rodičů. Sebepojetí dívky je nevyvážené (reakce a chování musí odpovídat matce, aby obdržela Lucie emoční přijetí, a to v období, kdy má dívka usilovat o rozvoj vlastního sebeobrazu).

Nejlépe její potíže vystihuje **diagnóza F 43. 24**. V adaptaci na zátěže posledních asi šesti měsíců je znejistěná, zmatená, emočně přetížená (přidruženě s poruchou chování a emocí) a to zřejmě proto, že odreagovává frustrace a vnitřní konflikty obrannými mechanismy, bojovně, vztekem, projekcí hostility.

Změna chování pacientky je obtížná pro dispozice v povaze i méně funkčnímu rodinnému zázemí. Riziko rozvoje akcentované osobnosti v dospělosti je zvýšené.

Nároky na ošetřující personál

Výše popsaný modelový klinický profil ukazuje na vysoké nároky na zvládání negativního stresu a ovládání emocí zvláště u ošetřujícího personálu, který s takovými pacientkami tráví nejvíce času.

Ochota akceptace, odložení konfrontace, unesení zpochybňování je nedílnou součástí nároků na dobrou spolupráci ze strany zdravotníků.

Běžněji se setkáváme u pacientek s řečněním o navržených postupech, prosazováním si určení délky hospitalizace, vlastních zájmů skrze jiné autority (vč. rodičů a policie) bez ohledu na širší kontext, s obcházením režimu a doporučení (přestupky, lhaní).

Většinou čím poruchovější chování pacientky vykazují, tím více (a dlouhodoběji působící) deprivační faktory v anamnéze mají (faktory uvádí tabulka 2).

Zdravotníci rozhodují o vhodném individualizovaném léčebném postupu. Zdali nabízet psychofarmaka k zmírnění symptomů (i se znalostí rodinného a sociálního kontextu).

Lege artis je cílení na změnu vzorců emocí a chování, naučení se komplexním dovednostem (komunikačním, emocionálním, ryze praktickým – porozuměním si, nácvik kontroly a předvídání vlastního chování).

Personál nemocnice je (nechtěně) cvičným modelem pro dospívající i jejich rodiče v tom, jak s nimi komunikují a nastavují své přijatelné mezilidské hranice. Z praxe známe, že není možné se vyhnout naší účasti v komplikovaných vztazích rodiny pacientek. To vyžaduje dostatečný trénink

Tab. 1. *Důležitost interpersonálních vztahů v rodině na funkčnost self v rané adolescenci*

Protektivní faktory zdravého vývoje self u dívek
Matka: emočně angažovaná a vstřícná, citově otevřená (vyjadřující pozitivní zájem, vč. zájmu o emoce dcery – stabilně) předvídatelně výchovně kontrolující (Macek, Širůček, 2005).
Výchovný styl obou rodičů: dávají rady až na vyžádání adolescenta, umožní sebeprosazení názoru (autentickou reakci), odloží příliš autonomní reakci do pozdní adolescence, uklidní konflikt.
Rodiče: věří a vidí adolescenta „v pozitivním světle".

Tab. 2. *Rizikové faktory poruchového chování v rané adolescenci*

Rodinné vlivy: ▪ Sporné a dlouhotrvající rozvody (přítomnost alespoň jednoho z rodičů s odchylnými vlastnostmi osobnosti) ▪ Výchovné dysfunkce: rozporné nároky, ne-výchova, akceptace extrémů (hyperprotekce/úzkostný rodič, vše umožňující) sociálně-nonkonformní výchova bez formování identity, přílišná kontrola zvl. v rané adolescenci, tlak např. deprimovaného rodiče (parentifikace, Minuchin, 1967; Boszorményi-Nagy I.), problémy v rodinné dynamice (symetrické vztahy s rodičem)
Společenské vlivy: Na autonomii a pokrok orientovaná společnost (bez vztahových hranic a autoritativních rolí, reciprocity vztahů), fragmentovaná a posttraumatizovaná společnost (pandemií covidem-19)
Osobnostní vlivy, raně-attachmentové vlivy: Dětská hypersenzitivita, potíže s ranou důvěrou, nekvalitní separačně-individuační proces a druhý proces individuace (Mahlerová M., Blos P., 1979), tlumená iniciativa dítěte (důsledek v potížích rozvoje identity)

Tab. 3. *Psychoterapeutická doporučení pro rodiče*

Obecná doporučení pro rodiče dospívající dívky
▪ Nechte dospívající prožívat – neřiďte každý její krok ani si ji neidealizujte. Dovolte jí smutek. A poznání vlastních limitů. Nechte ji snít (někdy „hysterčit“). ▪ Na projevy hostility nereagujte destruktivně – neponižujte, neznevažujte, vynechte antitezi. ▪ Umožněte prosazení, nechte projít drobnou lež. ▪ Věřte v „ideální já“ vašeho dítěte. ▪ Akceptujte emoční podrážděnost. ▪ Uvěřte, že dospívající přechodně zažívá pocity nudy a existenciální krize (táže se „proč a zdali má život smysl“) – diskutujte, dejte alternativní výklad reality. ▪ Buďte emočně otevření – nabízejte vztah. ▪ Poskytujte vlastní sebereflexi – buďte „dostatečně dobrým“ modelem rodiče – přiznejte selhání, své limity. ▪ Pokud si nevíte rady, zajděte ke konzultaci s odborníkem, ale převezměte za dítě zodpovědnost.

zvládání a komunikace a znalost problematiky, kterou nejlépe ovládá cvičený psychoterapeut.

Ochota zdravotníka připustit, že hostilní pacientka je emočně strádající, bez náhledu na to, že bývá hostilní a někdy nevědomě a někdy vědomě (ale bezradně) způsobuje škodu okolí, ochota ji takovou akceptovat, a poskytovat vhodnější vzor chování, vyžaduje vysokou profesionalitu. Protektivní jsou vřelé a kolegiální vztahy na pracovišti.

Schéma diferenciálně diagnostických rozvah u raně dospívajících pacientek

Rozlišit diagnosticky jednotlivé stavy je nelehký úkol pro diagnostika.

Pubertální vývoj sám o sobě akceleruje u dospívajících následující projevy – univerzálně testují hranice dospělých (kritizují nás, pravidla), přechodně lžou, používají konstruktivní agresi k vymezení se. Věří, že ideální je dosažitelné. Podléhají emočním rozladám, jsou vnitřně nejistí. Ty není nutné odesílat do ambulancí psychiatrů ani psychoterapeutů.

Někteří dospívající (zvl. děti s obtížnou temperamentovou výbavou) v pubertě vykazují adaptační potíže (krizi puberty). Jsou přetížení nároky puberty, vykazují úzkostné symptomy (somatizace, žádají úlevy), mají vztahové potíže, poruchy nálady, začínají se sebepoškozováním, jsou pasivní, bez zájmů. Takoví jsou indikováni do ambulantní psychoterapie.

Ostatní dospívající s výraznějšími a déletrvajícími odchylkami v emocích a chování – s prudšími emočními výkyvy často s dlouhodobějším vzorcem auto- nebo hetero-agrese (zastrašování rodičů sebevraždami, rozbíjení věcí v afektu, užívající verbálních nadávek, neoblomná neposlušnost a přebírání moci s konzumováním výhod) nebo projevy poruch příjmu potravy, známky akcentace egocentrismu a oslabení morálního vývoje vzhledem k věku, stále trvající iritabilita, časté dezintegrace, vývojová traumatická porucha v anamnéze spadají už do péče psychiatrů.

Pokud se dospívající dívka vyvíjí s komplexní vývojovou traumatickou poruchou (Van der Kolk, 2015, 2017), je zvýšeně riziková k rozvoji smíšené poruchy. Může být psychicky přetížená např. narušenými citovými (objektovými) vazbami s rodiči a nemít adaptační kapacity na přechodné situační zátěže puberty (hypervigilance, úzkostnost, impulzivita, kolizní vztahy, školní neúspěchy/nesoustředěnost).

Psychoterapeutická léčba

Domníváme se, že **práce s rodinou (a výchovné poradenství, rozvoj sebereflexe rodičů) má prioritu**. Účinnost konzultační a poradenské psychoterapie rodičům má své výhody. Dítě vracíme do rodiny a efekt poradenské činnosti má přímý pozitivní dopad na dospívající pacientku.

Účinnost individuální psychoterapie (indikované k léčbě smíšené poruchy chování a emocí)

V psychoterapii se cílí na rozvoj sebepoznání a stability já. Vhodné jsou směry DBT (Linehan MM), self-psychoterapie (Kohut H, 1971).

U dospívajících terapeut modifikuje techniku. Bývá direktivnější, aktivnější, komunikuje konkrétněji. Frekventovaně kontejnuje (Wilfred Bion, Learning from Experience, 1962), respektive vnitřně rozpoznává emoční stavy dospívající a „očištěnou“ emoci od hněvu nebo např. závisti pacientce vrací (projekční identifikace, Klein M.). Zprostředkovává pacientce zkušenost s prožíváním (skrze vlastní funkční emoce. Spíše nepoužívá konfrontaci („Toužíš zřejmě po naší pozornosti nebo abys byla litována.“).

Pacientka bývá v rámci hospitalizace obyčejně nedobrovolně přivedena. Terapeut si musí získat důvěru, kterou ztěžuje konflikt loajality dospívající k rodiči. Terapeut rozumí agování emocí, zvyšuje kapacitu introspekce pacientky. Vhodné je nezaměřovat se pouze na patologii, ale hledat pozitivní (své motivy, fantazie).

Souhrn

Dospívající děti se smíšenou poruchou chování a emocí a jejich rodiny jsou frekventovanou klientelou dětských psychiatrických pracovišť.

Pozorujeme četnost vývojových traumat u dětí současné generace a snížené adaptační kapacity na zvládání přerodu identity v dospívaní.

Rozlišit patologii chování a emocí v dospívání je nelehký úkol pro diagnostika, který diferencuje příznaky normálního pubertálního vývoje od adaptačních poruch a trvalejších a závažnějších odchylek chování.

Léčba je komplexní – přechodně psychofarmakologická, poskytujeme psychoterapeutické a konzultační vedení rodiny a pacientky s cílem prevence rozvoje do chroničtějších poruch směřujících do dospělosti.

Úspěšnost stabilizace dospívající pacientky je závislá od kolegiální a emočně přívětivé týmové léčby zvláště proto, že je personál nemocnice testován každodenními psychickými nároky pacientek – včetně ventilace hostility, úzkosti a testování hranic autorit.

LITERATURA

1. Altman Z. Test apercepce ruky v psychodiagnostické praxi. Nové možnosti vyhodnocování. Praha: Testcentrum. Hogrefe; 2016.
2. Barnhill, WJ. Psychické poruchy – kazuistiky. Bratislava: Vydavatelstvo - F. 2015.
3. Cattel RB, Balcar K. Osobnostní dotazník pro mládež. 2. přepracované vydání. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy; 1986.
4. Polák A, Obuch I. Komprehenzivní systém J.E. Exnera, Jr. Standardizovaný přístup k vyhodnocování Rorschachovy metody. Praha: Hogrefe-Testcentrum; 2011.
5. Farková M. Dospělost a její variabilita. Praha: Grada Publishing; 2009.
6. Glajchová A. Zranitelnost lékařské profese jako důsledek rostoucí autonomie pacientů. Plzeň: FF Západočeská univerzita, Lidé města. Urban People. 2016.
7. Jochmannová L. Trauma u dětí. Kategorie, projevy a specifika odborné péče. Praha: Grada; 2021.
8. Kohut H. The analysis of the Self. Chicago: The university of Chicago; 2009.
9. Kopřivová M, Růžičková I, Šebek M, et al. Dospívání v zr-

cadle současnosti i minulosti. Revue pro psychoanalytickou psychoterapii a psychoanalýzu. XXVI. Zima 2. 2024.
10. Kreisman JJ, Straus H. Nenávidím tě, neopouštěj mě. Zvládání hraniční poruchy osobnosti. Praha: Portál; 2017.
11. Krejčířová D, Boschek P, Dan J. Wechslerova inteligenční škála pro děti, III. revize. Praha: Testcentrum; 2002.
12. Macek P. Adolescence. Praha: Portál; 2003.
13. Macek P, Lacinová L. Vztahy v dospívání. Brno: FSS MU, Institut výzkumu dětí, mládeže a rodiny, Nakladatelství Barrister Principal, spol. s.r.o.; 2006.
14. Matějček Z, Říčan P. Dotazník rodičovského jednání a postojů pro adolescenty. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy; 1983.



ČASOPIS
Psychiatrie pro praxi
OBJEDNÁVEJTE:
www.psychiatriepropraxi.cz
predplatne@solen.cz

CENA PŘEDPLATNÉHO
(20% SLEVA) NA ROK 2026
Pouze při objednání do 15. 12. 2025
~~900 Kč~~
720 Kč
* platí pro kongresy uvedené v seznamu

Expozice a terapie pobídkami při léčbě závislostí – diskuze nad výhradami

MUDr. Milan Beniš[1,2], MUDr. Jiří Podlipný, Ph.D.[1,2,3]
[1]Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Plzeň, Plzeň
[2]Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Plzni, Plzeň
[3]Psychiatrická ordinace Duševní zdraví, s. r. o., Planá

Techniky využívající expozic v léčbě psychických poruch jsou rozšířené, dobře známé a mají zpravidla dobře podloženou účinnost. Principu expozice při léčbě závislostí využívá především přístup terapie pobídkami (cue-exposure therapy = CET). Mezi terapeuty a odborníky, kteří se léčbě závislosti věnují, však budí expoziční léčba výhrady. Tyto výhrady mají charakter etických rozvah, principiálních rozporů a pochybností. Tyto výhrady nejčastěji zaznívají v diskuzích a mají charakter expertního stanoviska. Dále platí, že výhrady nelze dohledat v publikované formě, případně nelze dohledat, jakými důkazy jsou podloženy. Nabízí se tyto výhrady zúžit právě na přehled důkazů, včetně důkazů o účinnosti jednotlivých intervencí a terapeutických přístupů. Tímto článkem však nechceme debatu na toto téma ochuzovat.

Klíčová slova: léčba závislosti, expoziční léčba, cue-exposure therapy, kognitivně-behaviorální terapie.

Exposure and cue-exposure therapy in addiction treatment – discussion of reservations

Techniques using exposure in the treatment of mental disorders are widespread, well-known and usually have well-founded effectiveness. In the treatment of addiction, cue-exposure therapy (CET) based on the principle of exposure is mainly used. However, some therapists and experts from the community of people treating substance dependence criticize the use of exposure treatments. Their reservations have the character of ethical considerations, principled contradictions and doubts. These reservations are most often heard in discussions and have the character of an expert opinion. It is also true that reservations cannot be found in publications, or it is impossible to find what evidence they are supported by. We can suggest narrowing these reservations to an overview of the evidence, including evidence of the effectiveness of individual interventions and therapeutic approaches. However, we do not want to limit the debate on this topic with this article.

Key words: addiction treatment, exposure treatment, cue-exposure therapy, cognitive behavioral therapy.

Úvod

Techniky využívající expozic v léčbě psychických poruch jsou rozšířené, dobře známé a mají zpravidla dobře podloženou účinnost (1–3). V léčbě úzkostných poruch představují v rámci kognitivně-behaviorální terapie (KBT), případně behaviorální terapie (BT) metodu nezastupitelnou. Behaviorální i kognitivně behaviorální techniky a přístupy bývají častým cílem kritiky odborníků a terapeutů dynamického zaměření a není tomu jinak ani v případě léčby návykových nemocí. V případě léčby úzkostných

DECLARATIONS:

Declaration of originality:
The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Conflict of interest and financial disclosures:
None.

Funding/Support:
None.

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2025;26(3):202-205
https://doi.org/10.36290/psy.2025.033
Článek přijat redakcí: 20. 5. 2024
Článek přijat k tisku: 6. 1. 2025

MUDr. Milan Beniš
benism@fnplzen.cz

poruch je diskuze na KBT přístupy zúžena na diskuzi o účinnosti této terapeutické intervence a důkazy jsou jednoznačné (4). Pro využití expoziční léčby v léčbě návykových nemocí jednak důkazy natolik jednoznačné nejsou a navíc nemají ani stejnou kvalitu (5, 6). Zúžení diskuze na důkaz účinnosti v případě léčby závislosti by také mohlo vést k ochuzení diskuze, prohloubení neporozumění a opomenutí některých důležitých argumentů. Zde se proto chceme věnovat výhradám našich dynamicky orientovaných kolegů, diskutovat tyto výhrady v podobě, v jaké je slýcháme. Chceme nabídnout zamyšlení nad zdrojem těchto výhrad.

Terminologie

Behaviorální teoretický podklad expoziční léčby je dobře znám. Pacient je vystaven podnětu, který vyvolává reakci, která vede k následkům. U úzkostných poruch – nejlépe lze ukázat na příkladu specifických fobií – je reakcí úzkost a únik, který poskytne úlevu (negativní zpevnění reakce). U návykových nemocí je zde však důležitý rozdíl: vyvine se návykové chování (bažení a užití) a následkem je pak přímá odměna (pozitivní zpevnění reakce). Návykové nemoci nejsou udržovány vyhýbavým, ale vyhledávacím chováním, popřípadě mixem vyhledávacího a vyhýbavého chování. Podoba expoziční terapie pak obvykle sestává z vystavení podnětu vyvolávajícím bažení (obvykle vedoucím k užití) a zabránění užití, přičemž exponovaná osoba setrvává v kontaktu s podnětem, dokud bažení neklesne. Opakováním tohoto postupu reakce na podnět postupně vyhasíná.

Expoziční léčba je jádrem cue-exposure therapy (CET), kde představuje hlavní nebo jedinou terapeutickou techniku. Jedinou terapeutickou technikou je v případě konvenční CET, pokud je CET rozšířena o trénink dovedností ve zvládání bažení, pak již hovoříme o CET rozšířené, v literatuře (7) označované např. CET + USCS (urge specific coping skills). Jako podnět bývá užíván kontakt s návykovou látkou, parafernáliemi (předměty používanými k přípravě či aplikaci), zobrazení návykové látky nebo specifické sociální situace. Expoziční léčba může být zařazena do jiného uceleného terapeutického programu (8). KBT programy v léčbě závislosti mohou, ale také nemusejí obsahovat stejný postup jako v CET. Určitou podobu expoziční terapie v širším slova smyslu nalezneme pravděpodobně ve všech léčebných programech zaměřených na návykové nemoci.

Zdroje výhrad

Striktní dělicí čára mezi kognitivně-behaviorální terapií a skupinou psychodynamických intervencí je spíše uměle vytvořeným akademickým schématem, které především akcentuje různý pojmový aparát, přičemž se většinou zabývá analogickou problematikou, podobnými cíli, a dokonce používá v mnohém podobné metody (9). Přesto právě dichotomie mezi behaviorálními a dynamickými přístupy se jeví být hlavním zdrojem výhrad vůči expoziční léčbě. Někteří terapeuti dynamického zaměření chápou srozumitelnost a jednoduchou ověřitelnost účinnosti behaviorálních technik jako nedostatek těchto technik. Ve vyjádřeních těchto odborníků často slýcháme, že behaviorální přístupy redukují pacienta na sadu příznaků, nebo že behaviorální přístupy samy o sobě neumožňují terapii individualizovat. Behaviorální přístup rozhodně není jediný správný a stejně jako jiné přístupy má být podrobován kritice. Pozitivní přínos takové kritiky bývá často spatřován ve zvýšení důrazu na terapeutický vztah u behaviorálně orientovaných terapií. Nedostatek důrazu na vztah bývá v literatuře i v diskuzích vytýkán často a nezřídka odráží částečně zkreslené představy o behaviorální terapii. Mladá a Kalina připomínají, že bez vztahového ukotvení může být účinnost behaviorálních technik omezená (10). Na konkrétní kazuistice dokládají roli rozhovorů a přípravy scénáře pro aplikaci behaviorální techniky společně s pacientkou jako nosného prvku pro terapeutický vztah, přičemž rozhovor a společná příprava scénáře jsou prvky, bez kterých se BT a KBT taktéž neobejde.

Behaviorální techniky mají někdy špatnou pověst. A to i částečně zaslouženě – příkladem budiž dnes již překonaná averzivní terapie apomorfinem (11–13). Síť pravidel, sankčních a bodovacích systémů, kterou nalézáme takřka ve všech léčebných přístupech, bývá řazena k behaviorálním složkám léčby (10). Tyto sítě pravidel, sankčních a bodovacích systémů však často dle našeho názoru nemají povahu behaviorálních intervencí, například převahou trestajících prvků či prvků kolektivní viny. Soudíme, že léčebné programy byly v minulosti zcela jistě sestavovány se znalostí behaviorálních teorií, ovšem pochybujeme, že je tehdy sestavil behaviorální terapeut. Tím méně pravděpodobné se nám zdá, že by je takto sestavil kognitivně-behaviorální terapeut dnes.

Některé kritické postoje zcela jistě měly své opodstatnění v minulosti a z dnešního pohledu již nedávají smysl. Jiné kritické postoje mohou mířit na originální aplikace behaviorálních teorií, které by možná behaviorální terapeut nepoužil.

Expoziční léčba je jako behaviorální technika cílem výše uvedených kritických postojů. Dle našeho názoru se ale ani v dynamicky orientovaných léčebných programech nelze vyhnout situacím, které jsou expoziční léčbě blízké, případně s ní totožné. Jak v léčbě, tak paralelně s ní, dochází k tomu, že je pacient vystavován podnětům vedoucím k návykovému chování či bažení, popřípadě se s takovými podněty prostě setká (konzumace alkoholu na veřejně přístupných místech, pohozená injekční stříkačka v parku, setkání se známým, který je pod vlivem psychoaktivní látky atp.). Příprava čaje bývá běžným úkolem klientů terapeutických komunit, přičemž nejeden injekční uživatel drog prožívá bažení v kontaktu s čajovou lžičkou. Tyto procesy mohou být různě terapeuticky uchopeny, v různé míře a různým způsobem uvědomovány, ale také mohou být pouze různě pojmenovány. Blízko expoziční léčbě jsou nácvik odmítání či nácvik zvládání bažení v imaginaci. Z nepříliš běžných technik je expoziční léčbě blízká Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), která také nachází uplatnění při léčbě závislosti (14).

Konkrétní výhrady

V této části chceme přinést přehled výhrad k užití expoziční terapie v léčbě závislosti tak, jak se s nimi setkáváme v diskuzích s našimi kolegy. Ke každé z nich pak následuje náš komentář.

Výhrada prokázané škodlivosti: „Již přece dávno bylo prokázáno, že tento způsob léčby pacientům škodí."

Rešerší v databázi PubMed k 31. 10. 2024 při zadání klíčových slov „cue-exposure & harmful & efficacy" jsme nalezli 0 článků, při zadání klíčových slov „cue-exposure & harmful & addiction" 3 články a při zadání klíčových slov „cue-exposure & dependence & relapse" 117 článků. Z nich ani jeden neuváděl data, která by prokazovala negativní efekt terapie závislostí metodou cue-exposure na výstupy léčby (zvýšení konzumace psychoaktivních látek, zkrácení

doby do relapsu, snížení sebeúčinnosti po léčbě, zhoršení náhledu na onemocnění a další).

Výhrada k náročnosti: „Expoziční léčba je nepřiměřeně náročná pro pacienty ve srovnání s jejím přínosem."

Expoziční léčbu v podobě, jakou je v CET, můžeme označit za metodu náročnou pro pacienta. Je oprávněné takové zátěži pacienty vystavovat? Nelze cíle dosáhnout jinými, méně náročnými prostředky? A jak moc je vlastně expoziční léčba v podobě CET pro pacienty náročná (srovnejme například náročnost zpracování přenosových mechanismů, interpretace, kognitivní restrukturalizace)? Tyto otázky považujeme za skutečně důležité a potřebné.

Takto formulovaná výhrada nás vede k ověřování účinnosti, což je správné, ale zároveň je to redukce celé diskuze. Stejným otázkám bychom mohli dle našeho názoru podrobit každou součást léčebného programu a každou použitou terapeutickou techniku. Léčba závislosti je pro pacienty často náročná. Nejzávažnějším důsledkem přílišné náročnosti terapeutického programu je vypadnutí pacienta z léčby. Kalina k tomu uvádí, že vypadnutí pacienta z léčby je skutečně častěji důsledkem nedostatku na straně léčebného zařízení, tedy na straně léčby. Zároveň však uvádí, že stoprocentní retence pacientů by vypovídala spíše o rezignaci na konzistenci, integritu a poctivost léčby (15). Soudíme, že správnou míru retence pacientů v léčebném programu stanovit nelze, tím méně pak ve vztahu ke každé jednotlivé konkrétní technice. Náročnost expoziční léčby, stejně jako jakékoliv jiné součásti léčby návykových nemocí, potom dle našeho názoru nemůže být sama o sobě argumentem. Vhodnou otázkou spíše je, zdali je hypotetická náročnost expoziční léčby vyvážena přínosy, např. v podobě abstinence. Izolované zhodnocení účinnosti konkrétní součásti léčby je metodologicky náročné – přesné posouzení dodatečného přínosu expoziční léčby do již existujícího programu je možné jen v těch případech, kde doposud taková technika v žádné podobě použita nebyla.

Výhrada cíle: „Pacienty učíme se alkoholu vyhýbat, expoziční léčba jde proti tomuto principu."

Co se vlastně mají pacienti naučit? Chceme, aby se pacienti naučili být v blízkém kontaktu s alkoholickým nápojem, drogou či jinak rizikovými a nebezpečnými situacemi? Dává expozice smysl? Není to vlastně zcela kontraproduktivní?

Tyto otázky vyznívají zásadně a zároveň naléhavě. V behaviorálně orientované terapii musí být cíl dopředu zcela zřejmý, zároveň musí být formulován v kontextu jak behaviorální, tak funkční analýzy pacientova problému. Nemůže být obecný, neurčitý a ani paušální. Byť lze předpokládat, že většina pacientů ocení snížení úrovně bažení, expoziční léčba má vždy vést ke zvládnutí nějaké konkrétní situace. Navíc může terapeut stát před otázkou, zdali je cíl formulovaný pacientem akceptovatelný z pohledu bezpečnosti. Pacient se například může chtít naučit trávit každý páteční a sobotní večer až do ranních hodin v pohostinském zařízení s alkohol konzumujícími kamarády. Srozumitelným konkrétním a přitom obecně aplikovatelným cílem může být snížení intenzity a frekvence impulzivního bažení při kontaktu s konkrétní rizikovou situací. Získané dovednosti pak může pacient užít i v situacích jiných.

Expoziční léčba je vhodným prostředkem k dosažení toho, co pacient skutečně potřebuje – např. viz výše příklad se lžičkami. Na druhou stranu nutnost individualizace je nesporným limitem expoziční léčby v kolektivně pojatých léčebných programech. Zatímco u nácviku relaxačních technik, asertivní komunikace či plánování aktivit můžeme předpokládat, že si je každý pacient s přiměřenou dopomocí terapeuta dovede propojit se svým problémem a svými cíli, expoziční léčbu je mnohem důležitější vázat na konkrétní cíl. Kromě složitější aplikace ve skupinovém programu to zároveň přináší komplikace při výzkumu.

Výhrada rizika úspěchu: „Pacient získá dojem, že zvládá kontakt s rizikovými situacemi a spouštěči, což ve výsledku povede k jejich vyhledávání a selhání v budoucnosti."

Teoreticky takový efekt nelze vyloučit, možnost takového dopadu je zmiňována i v literatuře (10). Podobně jako u předcházející výhrady je důležité připomenout, že expoziční léčba má sloužit dopředu známému, konkrétnímu a potřebnému cíli, který navíc nepředstavuje sám o sobě neopodstatněné riziko.

Obecně vzato selhání v abstinenci vyplývá z podcenění rizik, a to i u pacientů, kteří expoziční léčbu jako takovou nepodstoupili. Velká část pacientů v ústavní léčbě neprožívá craving (bažení) a část z nich, soudě podle našich zkušeností, si toto vykládá jako úspěch, někdy až jako vyléčení a v důsledku toho nepovažuje za potřebné vyhýbat se rizikovým situacím. Někdy i úspěch v jiné technice vede k nevhodným závěrům – jedna z našich pacientek ukončila předčasně léčbu po úspěšném nácviku asertivní komunikace s přesvědčením, že tímto vyřeší problém svého manželství a že nic více nepotřebuje. Patrně jakoukoliv událost v terapii, ať již úspěch či neúspěch, si může pacient vyložit nevhodným způsobem. Je nutné soustavně pracovat s motivací a v případě expoziční léčby ji navíc smysluplně individuálně indikovat. Byla-li by výhrada rizika úspěchu platná, pak by expoziční léčba snižovala účinnost léčebného programu jako celku. Takové závěry však v současné literatuře nenacházíme.

Výhrada rizika selhání: „Expoziční léčba povede k selhání v abstinenci v důsledku vyvolaného bažení, které pacient nezpracuje."

I tuto výhradu je třeba brát vážně. Je třeba hledat bezpečný rámec pro takto náročnou terapii. Bezpečí by mělo vyplývat jak z dostatku naučených dovedností, tak i z prostředí, času a kontextu, ve kterém je expoziční léčba prováděna. Opět, byla-li by tato výhrada platná, znamenalo by to, že expoziční léčba snižuje účinnost léčebného programu jako celku.

Výhrada pravidel: „Samotná expoziční léčba porušuje jiná pravidla léčby: Alkohol na oddělení nepatří. Pacienty nikdy neexponujeme látce."

Takto formulované výhrady spíše odrážejí míru možného vzájemného neporozumění. Byť je možné provádět expozici přítomnosti reálné látky, zpravidla jde častěji o expozici jejímu zobrazení či představě, eventuálně za použití technik virtuální reality. Nemusí tedy vůbec dojít k narušení prostředí léčebného oddělení přítomností psychoaktivní látky. Jde o psychologickou přítomnost látky a jako taková již v léčbě přítomná je. Už vůbec nejde o expozici účinku látky, ta konzumována při expoziční terapii není.

Rozvaha nad důkazy účinnosti

Schulte ve svém přehledu uvádí, že CET není doporučena k léčbě drogových závislostí (SUD, substance use disorders), neboť je méně účinná ve srovnání s jinými přístupy (16). CET v léčbě SUD tedy není označována jako neúčinná nebo dokonce škodlivá, ale není dostatečně účinná, a proto v této indikaci užívána není.

Mellentin et al. toto potvrzují s tím, že pro léčbu závislosti na alkoholu (AUD, alcohol use disorders) je CET metodou srovnatelnou s jinými (7). Jejich

metaanalytický přehled zahrnuje 6 studií léčby AUD srovnávajících CET s jinými terapeutickými přístupy včetně KBT. Sledovanými parametry byly intenzita a frekvence konzumace alkoholu po 3, 6 a 12 měsících. Ve výsledcích autoři nalezli rozdíl v obou sledovaných parametrech po 3 měsících ve prospěch CET, malé rozdíly v intenzitě konzumace po 6 měsících ve prospěch CET a malé rozdíly v obou parametrech po 12 měsících ve prospěch CET. Uzavírají, že nízký počet studií zahrnutých do jejich přehledu a jejich různá kvalita neopravňují činit definitivní závěry. Účinnost CET byla ovlivněna užitou metodou (CET+USCS byla účinnější nežli konvenční CET) a typem kontroly (CET byla nejméně účinná ve srovnání s KBT).

Nakolik expoziční léčba může přinést dodatečný pozitivní efekt do jiného léčeného programu, bude ještě předmětem dalších výzkumů. V další práci Mellentin et al. publikovali výsledky studie CET zařazené do doléčovací fáze (17), Srovnávali CET + USCS, CET pomocí mobilní aplikace a obvyklé doléčování, a nezjistil žádný přídatný efekt CET. K této studii samotné máme za potřebné podotknout, že základní léčbou zde byla KBT, oproti které je CET nejméně účinná (7). Zároveň soudíme, že aplikace CET v doléčovací fázi, která obecně poskytuje méně bezpečí, nemusela být dobrou volbou.

Kiyak et al. do své metaanalýzy zahrnuli 11 studií (n = 1271 celkem) (18). Sledovanými parametry byly frekvence a intenzita konzumace alkoholu a relaps. Dle jejich závěrů má CET malý až střední efekt na intenzitu konzumace alkoholu, frekvenci konzumace alkoholu a dobu do relapsu. Vyzývají k dalším a rozsáhlejším výzkumům, včetně využití moderních technologií, jako je virtuální realita.

Co z těchto údajů můžeme vyvodit? Předně pokud bychom chápali CET jako jedinou léčebnou metodu, pak by její provádění bez minimálně tréninku zvládání bažení nejspíše představovalo neoprávněné použití méně efektivního postupu – konvenční CET je méně efektivní nežli CET + USCS. Je ale pozoruhodné, že i konvenční CET je metodou účinnou, tedy i prostá aplikace behaviorální techniky má efekt.

Závěr

Konvenční ani rozšířená CET není vhodnou metodou léčby pro drogové závislosti (SUD).

Pro alkoholovou závislost (AUD) platí, že konvenční CET je metodou příliš náročnou ve srovnání s výsledky, jaké poskytuje. V případě CET + USCS je situace lepší, přesto nemáme jasné důkazy, že použitím této techniky zlepšíme výsledky jiného uceleného léčebného programu. Rovněž žádný z výzkumů nedochází k závěru, že zařazení CET + USCS k jinému léčebnému programu jeho výsledky zhoršuje. Výhrady rizika cíle, rizika úspěchu a rizika selhání (tak, jak jsou formulovány výše) v tuto chvíli nemůžeme považovat za podložené.

Bezpečnost a účinnost expoziční léčby v léčbě AUD může být vyšší tam, kde sleduje zřejmý konkrétní a smysluplný cíl, což vyžaduje její pečlivou individuální indikaci. Potřeba individualizace může naproti tomu znesnadňovat použití expoziční léčby jak v rámci strukturovaného skupinového léčebného programu, tak i v rámci kvantitativního výzkumu.

LITERATURA

1. McLean CP, Levy HC, Miller ML, et al. Exposure therapy for PTSD in military populations: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. J Anxiety Disord. 2022;90:102607. doi:10.1016/j.janxdis.2022.102607.
2. Horigome T, Kurokawa S, Sawada K, et al. Virtual reality exposure therapy for social anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis. Psychol Med. 2020;50(15):2487-2497. doi:10.1017/S0033291720003785.
3. Praško J, Možný P, Šlepecký M. Kognitivně Behaviorální Terapie Psychických Poruch. Triton; 2007.
4. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, et al. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. Clin Psychol Rev. 2006;26(1):17-31. doi:10.1016/j.cpr.2005. 07. 003.
5. Conklin CA, Tiffany ST. Applying extinction research and theory to cue-exposure addiction treatments. Addict Abingdon Engl. 2002;97(2):155-167. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00014.x.
6. Martin T, La Rowe S, Malcolm R. Progress in Cue Exposure Therapy for the Treatment of Addictive Disorders: A Review Update. Open Addict J. 2010;3. doi:10.2174/1874941001003020092.
7. Mellentin AI, Skøt L, Nielsen B, et al. Cue exposure therapy for the treatment of alcohol use disorders: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 2017;57:195-207. doi:10.1016/j.cpr.2017. 07. 006.
8. Záleský R. KBT závislosti. In: Kognitivně Behaviorální Terapie Psychických Poruch. Triton; 2007:855-885.
9. Jeřábek P. Integrativní přístup v léčebném kontinuu. In: Klinická adiktologie. Grada Publishing a.s.; 2015:247-257.
10. Kalina K, Mladá K. Behaviorální terapie. In: Klinická adiktologie. Grada Publishing a.s.; 2015:395-407.
11. Ginter E. Apomorfín v terapii alkoholismu – teória mechanizmu účinku. Protialkoholický Obz. 1977;12(6):321-331.
12. Howard MO, Jenson JM. Chemical Aversion Treatment of Alcohol Dependence. I. Validity of Current Criticisms. Int J Addict. 1990;25(10):1227-1262. doi:10.3109/10826089009058882.
13. Howard MO, Jenson JM. Chemical Aversion Treatment of Alcohol Dependence. II. Future Research Directions for the '90 s. Int J Addict. 1990;25(12):1403-1414. doi:10.3109/10826089009056227.
14. Qurishi R, Markus W, Habra MMJ, et al. EMDR Therapy Reduces Intense Treatment-Resistant Cravings in a Case of Gamma-Hydroxybutyric Acid Addiction. J EMDR Pract Res. 2017;11(1):30-42. doi:10.1891/1933-3196. 11. 1. 30.
15. Kalina K. Faktory významné pro léčbu, změnu a úzdravu. In: Klinická adiktologie. Grada; 2015:607-622.
16. Schulte B. Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Úřad vlády České republiky; 2010.
17. Mellentin AI, Nielsen B, Nielsen AS, et al. A Mobile Phone App Featuring Cue Exposure Therapy As Aftercare for Alcohol Use Disorders: An Investigator-Blinded Randomized Controlled Trial. JMIR MHealth UHealth. 2019;7(8):e13793. doi:10.2196/13793.
18. Kiyak C, Simonetti ME, Norton S, et al. The efficacy of cue exposure therapy on alcohol use disorders: A quantitative meta-analysis and systematic review. Addict Behav. 2023;139:107578. doi:10.1016/j.addbeh.2022.107578.

Hypomagnezemie jako nejčastější nediagnostikovaná iontová nerovnováha v klinické praxi a jak ji řešit

MUDr. Jiří Havel, MSc.
Healthcare Consulting

Hořčík je druhým nejčastějším intracelulárním a čtvrtým nejčastějším extracelulárním kationtem v lidském těle a plní řadu důležitých funkcí (Pham et al., 2014). Také je klíčovým kofaktorem pro syntézu DNA a proteinů, oxidativní fosforylaci, neuromuskulární excitabilitu a buněčnou propustnost, enzymatickou aktivitu a regulaci sekrece parathormonu (PTH).

Zastoupení hořčíku v organismu je odhadováno na 0,043 %, což představuje 535–730 mmol (22–30 g) (Wilhelm, 2007). Přibližně 99 % celkového tělesného hořčíku je intracelulární a je uloženo převážně v kostech (85 %), svalech a měkkých tkáních, přičemž pouze 1 % je v extracelulárním prostoru. Nízká koncentrace hořčíku v séru obecně ukazuje na celkovou depleci hořčíku v těle, ale je třeba uvést, že koncentrace hořčíku v séru může být normální za přítomnosti celkové deplece hořčíku v těle (Ayuk et Gittoes, 2011), což v klinické praxi stěžuje diagnostiku nedostatku hořčíku v organismu. Klinická symptomatologie hořčíkové deplece je velmi široká od těžko specifikovatelných minimálních obtíží až po život ohrožující srdeční arytmie (Zadák, Tichá et Hyšpler, 2018). **Hypomagnezemie je tak v klinické praxi nejčastější nediagnostikovanou iontovou nerovnováhou (Johnson, 2001)**.

Hypomagnezemie

Za hypomagnezemii (deficit hořčíku) označujeme stav, kdy je sérová koncentrace Mg^{2+} v těle ≤ 0,75 mmol/l (18 mg/l). Koncentrace Mg^{2+} ≤ 0,75 mmol/l lze považovat za preklinickou hypomagnezemii (https://www.nzip.cz/clanek/1148-horcik), neboť fyziologické referenční rozmezí pro Mg^{2+} v séru je 0,76–1,15 mmol/l.

Prevalence hypomagnezemie v běžné populaci se uvádí 2,5 % až 15 %. U hospitalizovaných pacientů se pohybuje v rozmezí od 12 % do 20 % (Gragossian et al., 2023). Některé zdroje uvádějí prevalenci hypomagnezemie v běžné západní populaci dokonce až 33 % (Zadák, Tichá et Hyšpler, 2018).

Prevalence hypomagnezemie je ještě vyšší u kriticky nemocných, v těchto případech je odhadovaná prevalence až 65 % (Gragossian et al., 2023).

Hlavními klinickými příznaky hypomagnezemie jsou svalové křeče, závažné srdeční komorové arytmie, hypokalemie rezistentní na přívod draslíku, psychické deprese, neurologické příznaky (zejména parestezie), zvracení, zmatenost až kóma (https://www.solen.cz/pdfs/lek/2018/89/05.pdf).

Doporučená denní dávka hořčíku

Stanovení doporučené denní dávky příjmu hořčíku pro dospělého člověka není v literatuře sjednocené, různé odborné zdroje uvádějí odlišná množství doporučené denní dávky (DDD).

Podle české legislativy (Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 450/2004 Sb., o označování výživové hodnoty potravin) (https://mze.gov.cz/public/portal/mze/legislativa/vap58266-1324) je DDD stanovena v hodnotě **375 mg**.

Vzhledem k tomu, že potřeba hořčíku závisí na pohlaví a věku, rozlišuje např. NIH (National Institute of Health) hodnotu DDD hořčíku podle věku a pohlaví, pro **ženy starší 30 let** je to 320 mg, pro **muže starší 30 let 420 mg** (https://ods.od.nih.gov/factsheets/Magnesium-HealthProfessional/).

Panel EFSA pro dietetické produkty, výživu a alergie (NDA) zase obdobně stanovil DDD pro příjem hořčíku u zdravé populace odlišně pro muže na 350 mg a pro ženy na 300 mg (https://www.efsa.europa.eu/en/press/news/150728).

K uvedeným údajům je nutno zdůraznit ještě jeden důležitý fakt, a to že **denní potřeba hořčíku se dále zvyšuje**, zejména při fyzické zátěži, zvýšeném stresu a u žen v těhotenství.

Vstřebávání hořčíku

Míra vstřebávání hořčíku ze střeva závisí na typu chemické sloučeniny, ve které je obsažen a také na dalších faktorech. Mezi ty patří zejména složení současně konzumované stravy, kdy střevní resorpci významně snižuje například vyšší konzumace lipidů a sacharidů, ale také fosfáty, zinek s vápníkem a nedostatek některých vitaminů (thiamin, riboflavin, pyridoxin) (Johnson, 2001; Suter, 2002).

NIH uvádí, že přibližně 30 % až 40 % perorálně přijatého hořčíku je absorbováno do organismu (https://ods.od.nih.gov/factsheets/Magnesium-HealthProfessional/).

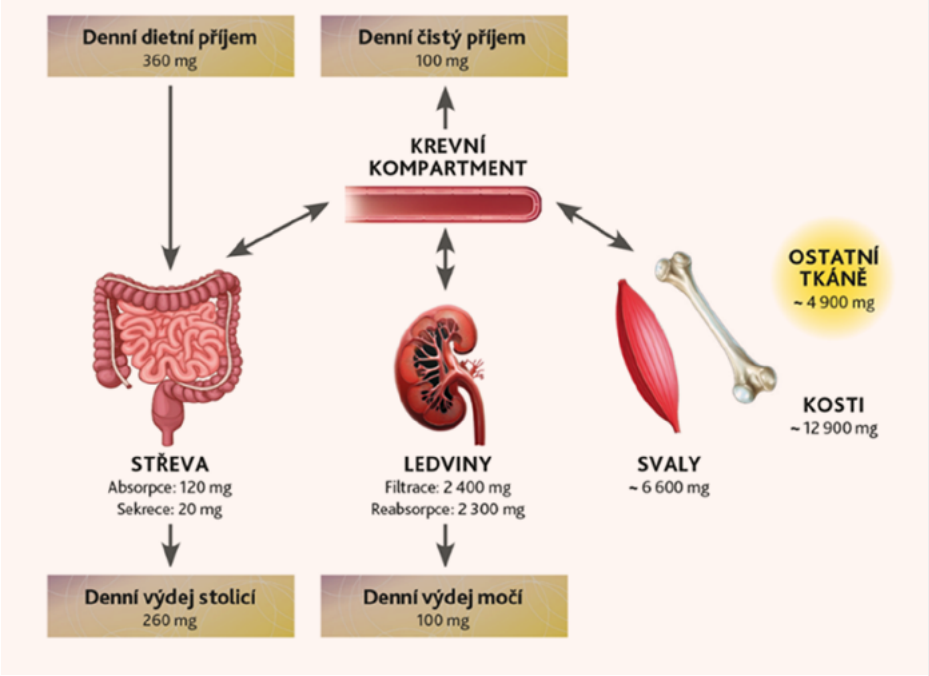
Homeostáza hořčíku je udržována střevem, kostmi a ledvinami. Hořčík, stejně jako vápník, se vstřebává ve střevě a ukládá se do kostí. Přebytek hořčíku je vylučován ledvinami a stolicí (Obr. 1).

Hořčík se vstřebává převážně v tenkém střevě, i když část je vychytávána také tlustým střevem (Jahnen-Dechent et Ketteler, 2012). Absorpce hořčíku z gastrointestinálního traktu má primárně pasivní charakter paracelulárního mechanismu pomocí koncentračního spádu (https://www.solen.cz/pdfs/lek/2018/89/05.pdf).

Z celkového spotřebovaného hořčíku v potravě se pouze asi 24–76 % vstřebá ve střevě a zbytek se vyloučí stolicí. Střevní absorpce není přímo úměrná příjmu hořčíku, ale závisí především na hladině hořčíku v organismu. Čím nižší je hladina hořčíku, tím více tohoto prvku se ve střevě vstřebá, takže relativní absorpce hořčíku je vysoká při nízkém příjmu a naopak (Jahnen-Dechent et Ketteler, 2012). Pravidlo, **čím vyšší podaná dávka hořčíku, tím nižší procento resorpce ze střeva**, ukazuje tabulka 1.

Pro homeostázu hořčíku jsou klíčové ledviny, protože koncentrace hořčíku v séru je primárně řízena jeho vylučováním močí. Vylučování hořčíku se řídí cirkadiánním rytmem, k maximálnímu vylučování dochází v noci. Za fyziologických podmínek je přibližně 2 400 mg hořčíku v plazmě filtrováno glomeruly. Z filtrované náplně je přibližně 95 % okamžitě reabsorbováno a pouze 3–5 % je vyloučeno močí, tj. přibližně 100 mg. Je pozoruhodné, že transport hořčíku se liší od transportu většiny ostatních iontů, protože hlavním reabsorpčním místem není proximální tubulus, ale tlusté vzestupné rameno Henleovy kličky. Tam se reabsorbuje 60–70 % hořčíku a dalších přibližně 10 % se vstřebá v distálních tubulech. Ledviny mohou značně snížit nebo zvýšit vylučování a reabsorpci hořčíku, renální vylučování filtrované zátěže se může lišit od 0,5 % do 70 %. Na jedné straně jsou ledviny schopny šetřit hořčík v těle během nedostatku hořčíku snížením jeho vylučování; na druhé straně může být hořčík také rychle vylučován v případě jeho nadměrného příjmu. Zatímco reabsorpce závisí hlavně na hladinách hořčíku v plazmě, hormony (např. parathormon, antidiuretický hormon, glukagon, kalcitonin) ovlivňují homeostázu hořčíku v ledvinách jen málo, výjimkou je estrogen (Jahnen-Dechent et Ketteler, 2012).

Obr. 1. *Metabolismus hořčíku (Jahnen-Dechent et Ketteler, 2012)*



Tab. 1. *Závislost mezi výší přijaté dávky Mg^{2+}, procentem resorpce a typem transportu ve střevě (Wilhelm, 2007)*

Přijatá dávka Mg^{2+} per os	% resorbce ze střeva	Resorbovaný Mg^{2+} v mg	% transportu transcelulárního	% transportu paracelulárního
100 mg	80	80	75	25
300 mg	38	114	90	10
1 000 mg	20	200	97	3

Aktuální možnosti suplementace hořčíku v České republice

Doporučená denní dávka (DDD) hořčíku se podle různých mezinárodních autorit pohybuje mezi 300–400 mg. Je třeba mít na paměti, že pokrýt deficit hořčíku pouze ze stravy bohaté na hořčík nebo pitím minerálních vod s vyšším obsahem hořčíku není jednoduše dlouhodobě pro pacienty dosažitelné – pro dostatečnou DDD hořčíku by museli například denně vypít 3 l minerální vody Magnesia, zkonzumovat 0,7 kg sušených meruněk nebo 1,5 kg brokolice či 1 kg banánů (Gragossian et al., 2023).

Jaké jsou tedy možnosti suplementace hořčíku v České republice? Lehce dostupnou variantou jsou potravinové doplňky, kterých je v současné době na trhu, a to nejen v lékárnách, ale i v drogeriích, tzv. zdravých výživách, benzinových stanicích, supermarketech, e-shopech a dalších prodejních místech, obrovské množství. Jaká úskalí jsou skryta v této nabídce? **Doplňky stravy jsou definovány jako potraviny**, které se od potravin pro běžnou spotřebu odlišují vysokým obsahem vitaminů, minerálních látek nebo jiných látek s nutričním nebo fyziologickým účinkem a které byly vyrobeny za účelem doplnění běžné stravy spotřebitele. **Nejsou tedy určeny k léčbě či prevenci onemocnění**. Co se týče legislativního rámce upravujícího tuto problematiku, pak doplňky stravy v ČR posuzuje a schvaluje Ministerstvo zemědělství ČR. Před uvedením těchto výrobků na trh se posuzuje **pouze jejich zdravotní nezávadnost, nikoli jejich účinnost**, to znamená, že neexistují například důkazy o absorpci hořčíku do organismu u jednotlivých přípravků a další důležité informace. Tyto produkty jsou různé kvality a někdy mohou být svým složením a informacemi uvedenými na obalu pro pacienty matoucí a jejich nesprávné užívání může mít v některých případech i negativní dopad na zdraví pacienta (Krajčová, 2019). Z minulosti jsou známy i případy stažení těchto výrobků z prodeje, neboť se zjistilo, že neobsahují deklarované množství látek anebo obsahovaly nadlimitní množství nebezpečných látek. Připomeňme nedávný případ, kdy Státní zemědělská a potravinářská inspekce (SZPI) v rámci kontrol internetového prodeje zjistila nevyhovující doplněk stravy a neprodleně zakázala prodej. Laboratorní analýza u odebraného vzorku doplňku stravy potvrdila přítomnost těžkého kovu rtuť, a to v 6× vyšším množství, než je povolený limit (https://www.szpi.gov.cz/clanek/potravinarska-inspekce-naridila-stazeni-doplnku-stravy-s-6x-prekrocenym-limitem-pro-rtut.aspx).

Existují také, dokonce až soudně řešené, případy, kdy doplňky stravy obsahovaly závažná klamavá sdělení o léčebných účincích přípravku. Podle zákona o regulaci reklamy nesmí reklama na potraviny uvádět v omyl zejména přisuzováním vlastností prevence potravině, ošetřování, léčby nebo vyléčení lidských onemocnění nebo takové vlastnosti naznačovat (https://www.nssoud.cz/stazeni-dokumentu?filepath=SOUDNI_VYKON/2013/0034_8As__1300038_20141024103609_prevedeno.pdf).

Vhodnější formou suplementace pacientů s hypomagnezemií jsou **registrované léčivé přípravky**, v případě suplementace hořčíku

Tab. 2. *Přehled registrovaných léčivých přípravků pro suplementaci hořčíkem dostupných na českém trhu (ATC skupina A12CC – HOŘČÍK) (https://prehledy.sukl.cz/prehled_leciv.html#/.)*

Název LP	Úhrada	Léková forma	Složení	Dávkování	Způsob podání
Magne B_6 470 mg/5 mg obalené tablety	nehrazené	obalená tableta	dihydrát magnesium-laktátu 470 mg (odpovídá 48 mg hořčíku), pyridoxin-hydrochlorid (vitamin B_6) 5 mg v 1 tabletě	dospělí: 6 tablet **3× denně** určeno pro dospělé, dospívající a děti od 6 let	užívat ráno, v poledne a večer, nejlépe během jídla; zapít velkou sklenicí vody léčba má být přerušena, jakmile se sérové hladiny hořčíku vrátí do normálu
Magnerot 500 mg tablety	nehrazené	tablety o průměru 13 mm	magnesium-orotát 500 mg (**odpovídá 32,8 mg hořčíku**), sodík méně než 1 mmol (23 mg) v 1 tabletě	dospělí: **počáteční dávka je 3× denně 2 tablety** po dobu jednoho týdne, poté 1 až 2 denně 1 až 2× tablety přípravek je určen pro dospělé, dospívající a děti od 6 let	užívání přípravku musí trvat minimálně 6 týdnů
MAGNESII LACTICI 0,5 tbl. **Medicamenta** tablety	nehrazené	tableta o průměru asi 13 mm	dihydrát magnesium-laktátu 0,5 g (**odpovídá 32,8 mg hořčíku**), sodík (množství neuvedeno) v 1 tabletě	dospělí: v indikaci léčby hypomagnezemie 6 tablet denně přípravek mohou užívat dospělí, děti od 6 let věku, dospívající	denní dávku je vhodné rozdělit do 2 až 3 dávek; dospělí polykají tablety celé, nerozdělené a zapíjejí dostatečným množstvím tekutin
Magnesium lactate Biomedica 500 mg tablety	nehrazené	tableta	dihydrát magnesium-laktátu 0,5 g (**odpovídá 51 mg hořčíku**), 2,6 mg sodíku v 1 tabletě	dospělí: při léčbě hypomagnezemie **6 tablet denně** přípravek mohou užívat dospělí, děti od 6 let, dospívající	denní dávku je vhodné rozdělit do 2–3 dávek (ráno, v poledne, večer) a zapíjet dostatečným množstvím tekutiny; tablety se polykají celé, nerozdrcené; obvyklá délka podávání je 3 až 4 týdny
Magnesium/vitamin C Pharmavit 250 mg/ 150 mg šumivé tablety	nehrazené	šumivá tableta	těžký oxid hořečnatý 420 mg (odpovídá 250 mg hořčíku), kyselina askorbová 150 mg, 198,7 sodíku v 1 šumivé tabletě	dospělí: **2–3× denně 1 šumivou tabletu** přípravek není určen pro děti a dospívající do 18 let	šumivá tableta se před užitím rozpustí ve sklenici vody
Magnosolv 365 mg granule pro perorální roztok v sáčku	léčivý přípravek je hrazen v terapii onemocnění s prokázanou či suspektní hypomagnezemií; specializace předepisujícího lékaře: endokrinologie, geriatrie, gynekologie a porodnictví, dětská gynekologie, vnitřní lékařství, neurologie, dětská neurologie, klinická onkologie, dětská onkologie a hematologie, radiační onkologie a onkogynekologie, psychiatrie, dětská a dorostová psychiatrie, gerontopsychiatrie	granule pro perorální roztok v sáčku	celkový obsah hořčíku je 365 mg v 1 sáčku ve složení: 670 mg lehkého zásaditého uhličitanu hořečnatého (**odpovídá 169 mg hořčíku**), 342 mg lehkého oxidu hořečnatého (**odpovídá 196 mg hořčíku**), 147,5 mg sodíku, 212,85 mg draslíku	dospělí: **1 sáček** rozpuštěný ve 200 ml vody 1× denně. doporučovaná střední denní dávka činí 4,5 mg hořčíku (0,185 mmol) na kg tělesné hmotnosti děti do 6 let mohou užívat Magnosolv s přihlédnutím k jejich tělesné hmotnosti, vztažené na obsah hořčíku v přípravku	obsah sáčku se rozpustí v 200 ml vody; pije se v době mezi jídly užití před jídlem zlepšuje vstřebávání v případě chronického nedostatku hořčíku je nezbytná denní aplikace po dobu minimálně čtyř týdnů

uvedené v rámci farmakoterapeutické skupiny ATC kód: A12CC: minerální doplňky, hořčík (kombinace různých solí).

Na rozdíl od doplňků stravy procházejí léčivé přípravky před svým uvedením na trh **registračním řízením, v jehož rámci je hodnocena kvalita, bezpečnost a účinnost přípravku v konkrétních indikacích. Toto hodnocení musí být podloženo výsledky provedených klinických studií (Krajčová, 2019)**. Na rozdíl od potravinových doplňků s hořčíkem je u léčivých přípravků indikovaných pro suplementaci pacientů s hypomagnezemií v rámci klinických studií **také prokázána absorpce hořčíku do organismu**. Co se týče **bezpečnosti léčivých přípravků**, tato je **pravidelně sledována a vyhodnocována po celou dobu** přítomnosti léčivého přípravku na trhu, a to jak ze strany držitele rozhodnutí o registraci, tak ze strany SÚKL (Krajčová, 2019).

I mezi léčivými přípravky pro suplementaci deficitu hořčíku lze najít rozdíly, a to zejména v lékové formě, která úzce souvisí s dávkováním. Co se týče lékových forem léčivých přípravků pro léčbu hypomagnezemie, je na trhu dostupné rozpětí forem od tablet, přes šumivé tablety až po granule pro perorální roztok.

Léčivé přípravky ve formě tablet je třeba užívat **v dávce 6 tablet denně rozdělených do 3 dávek během jídla** (SPC Magne B_6, SPC

MAGNOSOLV®
Mg2+

absorpce 30-70% bez cukru rozpustný bez laktózy
Mg

K LÉČBĚ STAVŮ PROVÁZENÝCH NEDOSTATKEM HOŘČÍKU






Název přípravku: Magnosolv 365 mg granule pro perorální roztok v sáčku. **Složení:** jeden sáček o hmotnosti 5,6 g obsahuje: 670 mg lehkého zásaditého uhličitanu hořečnatého (= 169 mg hořčíku), 342 mg lehkého oxidu hořečnatého (= 196 mg hořčíku). Celkový obsah hořčíku je 365 mg, což odpovídá 15 mmol hořečnatých iontů. Indikace: léčba stavů provázených nedostatkem hořčíku, které nevyžadují parenterální substituci, podpůrná léčba u onemocnění koronárních tepen. **Dávkování:** dávkování se řídí mírou nedostatku hořčíku. Doporučovaná střední denní dávka činí 4,5 mg hořčíku (0,185 mmol) na kg tělesné hmotnosti. *Dospělí a dospívající od 14 let:* dospělí a dospívající od 14 let užívají 1 sáček rozpuštěný ve 200 ml vody 1x nebo 2x denně. *Pediatrická populace:* děti ve věku od 10 do 12 let a dospívající ve věku od 12 do 14 let užívají 100 ml až 200 ml roztoku vzniklého po rozpuštění 1 sáčku ve 200 ml vody, a to 1x denně. Děti ve věku od 6 do 9 let užívají 100 ml roztoku vzniklého po rozpuštění 1 sáčku ve 200 ml vody, toto množství může být rozdělené do 2 dávek. Děti do 6 let mohou užívat Magnosolv s přihlédnutím k jejich tělesné hmotnosti, vztažené na obsah hořčíku v přípravku. *Způsob podání:* Obsah sáčku se rozpustí v 200 ml vody. Výše popsané množství roztoku, které vznikne rozpuštěním obsahu 1 sáčku, se pije v době mezi jídly. Užití před jídlem zlepšuje vstřebávání. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivou látku, na kteroukoli pomocnou látku, akutní renální insuficience v anurické fázi, terminální oligurická fáze chronické renální insuficience, dehydratace, hypermagnezemie. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** u pacientů s těžkou poruchou funkce ledvin je nutné provádět pravidelné kontroly sérové hladiny hořčíku v krvi kvůli riziku otravy hořčíkem a může být zapotřebí snížit dávku. V případě rozvoje průjmu je nutno snížit dávku přípravku nebo přípravek dočasně vysadit. Tento přípravek obsahuje 212,85 mg draslíku v jednom sáčku. Je nutno vzít v úvahu u pacientů se sníženou funkcí ledvin a u pacientů na dietě s nízkým obsahem draslíku. **Interakce:** V důsledku tvorby solí, popř. komplexních sloučenin, může dojít ke snížení resorpce železa, tetracyklinů, chlorpromazinu, digoxinu a fluoridu sodného. Tyto látky se proto mají užívat 3 až 4 hodiny před nebo po užití přípravku s obsahem magnezia. Při současné aplikaci kalium šetřících diuretik je třeba zohlednit množství draslíku v přípravku. V tomto případě je vhodné dodržovat dietu s nízkým obsahem draslíku. **Fertilita, těhotenství a kojení:** tento léčivý přípravek má však být používán během těhotenství pouze tehdy, pokud potenciální přínosy pro matku převažují nad potenciálními riziky, včetně rizik pro plod. Vzhledem k nedostatku údajů o léčbě v období kojení je však u kojící ženy třeba vždy zvážit nutnost podávání. **Nežádoucí účinky:** řídká stolice nebo průjem, únava po vysokých dávkách nebo dlouhodobém užívání. **Uchovávání:** uchovávejte při teplotě do 25 °C. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Dostupné lékové formy a velikosti balení:** 30 sáčků. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Viatris Healthcare Limited, Damastown Industrial Park, Mulhuddart, Dublin 15, Dublin, Irsko **Registrační číslo:** 39/895/92-C. **Datum revize textu:** 17. 7. 2024.
Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis a léčivý přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léčivého přípravku si přečtete úplnou verzi SPC.
Distributor v ČR: MagnaPharm CZ, s.r.o., Karla Engliše 6/3201, 150 00 Praha 5, Česká republika. MAG_25_13_CZ. Datum přípravy: 13.5.2025.

Magnerot 500 mg tablety), což **může významně snižovat compliance a adherenci pacienta k léčbě, zejména pokud léčba probíhá dlouhodoběji**. Klinická data porovnávající jednotlivé režimy dávkování uvádějí, že režimy 1× denně a 2× denně byly spojeny s významně lepší compliance (73 %, resp. 70 %) než režimy 3× denně (52 %) a 4× denně (42 %). Při tom bylo zjištěno, že dodržování dávkování nesouvisí s výší příjmu, sociální vrstvou, povoláním nebo vzděláním pacientů. Je třeba mít také na zřeteli, že neúmyslné chyby v užívání léků dělá obecně 50 % až 90 % pacientů (Greenberg, 1984).

Zejména **z důvodu lepší adherence pacientů k léčbě** je výhodnější volit léčivé přípravky **s režimem dávkování 1× denně**. Tomu odpovídá léčivý přípravek Magnosolv 365 mg granule pro perorální roztok v sáčku, který je také jako jediný z na trhu dostupných léčivých přípravků u indikovaných pacientů hrazený z prostředků veřejného zdravotního pojištění (SPC léčivého přípravku Magnosolv 365 granule pro perorální roztok v sáčku).

Jeden sáček tohoto léčivého přípravku obsahuje 670 mg lehkého zásaditého uhličitanu hořečnatého (= 169 mg hořčíku), 342 mg lehkého oxidu hořečnatého (= 196 mg hořčíku).

Celkový obsah hořčíku je 365 mg, což odpovídá 15 mmol hořečnatých iontů (SPC Magnosolv 365 mg granule pro perorální roztok v sáčku) a DDD podle české legislativy i mezinárodních odborných standardů. Pro pacienty je forma granulátu rozpuštěného v 200 ml vody komfortním způsobem podání léčivého přípravku. Podání tohoto léčivého přípravku před jídlem ještě zlepšuje vstřebávání hořčíku. Přehled registrovaných léčivých přípravků pro suplementaci hořčíkem dostupných na českém trhu uvádí tabulka 2.

Závěr

Hořčík je vysoce důležitý prvek pro lidské tělo a jeho deficit způsobuje řadu nepříjemných až závažných symptomů, a to jak akutních, tak i chronických. Z klinické praxe známe i prokázanou souvislost hypomagnezemie s některými závažnými onemocněními (např. maligní arytmií), nedostatek hořčíku může také přispívat k rozvoji řady civilizačních chorob, jako jsou chronická žilní onemocnění (CVD), diabetes typu 2, nádorová onemocnění, deprese a jiné.

V současné době je pro lékaře i pacienty snadné suplementovat hladinu hořčíku do požadovaných hladin doporučené denní dávky, protože na českém trhu existuje široká nabídka přípravků. Obtížné pak může být dobře se v této nabídce zorientovat, neboť jednotlivé produkty se významně liší obsahem magnezia, mírou absorpce, dávkováním, cenou, typem produktu (potravina vs. léčivý přípravek) a dalšími aspekty. V případě léčby hypomagnezemie je vhodné volit přípravek s vysokým obsahem hořčíku, prokázanou absorpcí, jednoduchým dávkováním a přijatelnou cenou pro pacienta, protože dostatečná compliance pacienta je v suplementaci hořčíku s ohledem na dlouhodobé používání léčiva základním předpokladem úspěšného řešení hypomagnezemie.

LITERATURA

1. Ayuk J, Gittoes NJL. How should hypomagnesaemia be investigated and treated? *Clinical Endocrinology*. 2011;75:743-746. doi: 10.1111/j.1365-2265.2011.04092.x. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2265.2011.04092.x#b6.
2. Gragossian A, Bashir K, Bhutta BS, et al. Hypomagnesemia. [Updated 2023 Nov 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500003/.
3. Greenberg RN. Overview of patient compliance with medication dosing: a literature review. *Clin Ther.* 1984;6(5):592-9. PMID: 6383611.
4. Ministerstvo zemědělství. Available from: https://mze.gov.cz/public/portal/mze/legislativa/vap58266-1324.
5. https://ods.od.nih.gov/factsheets/Magnesium-HealthProfessional/.
6. https://www.efsa.europa.eu/en/press/news/150728.
7. https://www.nzip.cz/clanek/1148-horcik.
8. https://prehledy.sukl.cz/prehled_leciv.html#/.
9. https://www.szpi.gov.cz/clanek/potravinarska-inspekce-naridila-stazeni-doplnku-stravy-s-6x-prekrocenym-limitem-pro-rtut.aspx.
10. https://www.nssoud.cz/stazeni=-dokumentu?filepath-SOUDNI_VYKON/2013/0034_8As__1300038_20141024103609_prevedeno.pdf.
11. Jahnen-Dechent W, Ketteler M. Magnesium basics. *Clin Kidney J.* 2012 Feb;5(Suppl 1):i3-i14. doi: 10.1093/ndtplus/sfr163. PMID: 26069819; PMCID: PMC4455825.
12. Johnson S. The multifaceted and widespread pathology of magnesium deficiency. *Medical Hypotheses*. 2001;56:163-170.
13. Krajčová V. Registrovaný léčivý přípravek a doplněk stravy – rozdíly a dopady na zdraví pacienta. *Remedia*. 2019;29:52-55.
14. Pham PC, Pham PA, Pham SV, et al. Hypomagnesemia: a clinical perspective. *Int J Nephrol Renovasc Dis*. 2014;7:219-30. doi: 10.2147/IJNRD.S42054. PMID: 24966690; PMCID: PMC4062555.
15. SPC léčivého přípravku Magne B_6 470 mg/5 mg obalené tablety. Available from: https://prehledy.sukl.cz/prehled_leciv.html#/.
16. SPC léčivého přípravku Magnosolv 365 mg granule pro perorální roztok v sáčku. Available from: https://prehledy.sukl.cz/prehled_leciv.html#/.
17. SPC Magnerot 500 mg tablety. Available from: https://prehledy.sukl.cz/prehled_leciv.html#/.
18. Suter PM. Checkliste Ernährung, Georg Thieme Verlag, Stuttgart. 2002:434 s.
19. Wilhelm Z. Co je dobré vědět o hořčíku. Klinická Fyziologie. *Prakt. Lékáren.* 2007;3:132-138. Available form: https://www.solen.cz/pdfs/lek/2007/03/09.pdf.
20. Zadák Z, Tichá A, Hyšpler R. Suplementace hořčíku – farmakologické mechanismy, metody podání a pasti. *Praktické lékárenství.* 2018;14:e3-e8. Available from: https://farmacie-propraxi.cz/pdfs/lek/2018/89/01.pdf.



22. konference Psychiatrie pro praxi

27.–28. 11. 2025
OLOMOUC

MÍSTO KONÁNÍ

- **Clarion Congress Hotel Olomouc**,
  Jeremenkova 36, 779 00 Olomouc

ODBORNÁ GARANTKA

- **prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.**
  přednostka Kliniky psychiatrie
  Fakultní nemocnice Olomouc

- Akce bude akreditována v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK a ohodnocena 12 kredity pro lékaře.

REGISTRAČNÍ POPLATEK

- při registraci od 1. 10. 2025: **2 300 Kč**
- od 24. 11. 2025: **2 500 Kč**
- **40% sleva** z registračního poplatku pro účastníky do 35 let
- **20% sleva** pro předplatitele časopisů vydavatelství Solen pro rok 2025

POŘADATEL A KONTAKT

- Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci s Psychiatrickou klinikou FN Olomouc
- Ing. Dominika Reková
  rekova@solen.cz, +420 770 158 643

PLATINOVÝ PARTNER

Angelini Pharma

ZLATÍ PARTNEŘI

Lundbeck teva

STŘÍBRNÝ PARTNER

Johnson & Johnson

Možnosti přihlášení a další informace na:
www.kongrespsychiatrie.cz

SOLEN MEDICAL EDUCATION

ODBORNÝ PROGRAM

ČTVRTEK 27. LISTOPADU 2025

9.00 Zahájení konference

Budoucnost biologické psychiatrie

odborná garantka prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

- **Biomarkery deprese** – Vrbová K.
- **Změna paradadigmatu role nízkého zánětu při vzniku psychických poruch** – Látalová K.
- **Agonisté GLP-1v léčbě duševních poruch** – Mohr P.

WORKSHOP

Čtvrtek 27. 11. 2025
14.00–15.30 hod.
Přepis transgeneračního traumatu u pacientů s hraniční poruchou osobnosti?
prof. MUDr. Ján Praško, CSc.
Kapacita omezena.
Registrace na místě.

Satelitní sympozium společnosti Angelini Pharma Česká republika s.r.o.

A ještě dvakrát k trazodonu

- **Využití trazodonu u onkologicky nemocných pacientů** – Koranda M.
- **Pomalovlnný spánek pod drobnohledem** – Bundárová L.

Akutní stavy v psychiatrii

odborný garant doc. MUDr. Petr Šilhán, Ph.D.

- **Model akutní psychiatrické ambulance, model spolupráce zdravotníků a policistů u agitovaných pacientů** – Šilhán P.
- **Emočně nestabilní suicidální pacient v psychiatrické ambulanci** – Almássy G.
- **Role medikace v prevenci suicidia** – Skřont T.
- **Klinický pohled na nové psychoaktivní látky** – Hýža M.

Pedopsychiatrie

odborná garantka doc. MUDr. Iva Dudová, Ph.D.

- **Čtvrt století diagnostického programu pro poruchy autistického spektra** – Dudová I.
- **Terapie mentální anorexie v dětství** – Mohaplová M.
- **Lurasidon v léčbě adolescentní schizofrenie** – Šolcová J.
- **Stacionární péče pro dětské psychiatrické pacienty** – Machová N.

Satelitní sympozium společnosti Lundbeck Česká republika s. r. o.

- **Optimalizace léčby deprese v ambulantní praxi** – Hejzlar M.

Satelitní sympozium Johnson & Johnson

- **Kroky k uzdravení pacienta s rezistentní depresí. Léčíme všechny, kteří to potřebují?** – Hoskovcová L.

Ambulantní psychiatrie

odborný garant MUDr. Jan Knopp

- **Novinky v dispenzární péči, úhradové vyhlášce a v sazebníku výkonů pro rok 2026** – Knopp J.
- **Novinky v legislativě: Zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel a držení zbraní v psychiatrické praxi** – Vaněk D.
- **Transgender problematika v psychiatrii: nová legislativa a její dopady na praxi** – Hollý M.
- **Poradenská vs. lékařská psychoterapie: nové legislativní změny a jejich dopady na psychiatrickou praxi** – Rektor J.

18.30 Předpokládaný závěr prvního dne konference

PÁTEK 28. LISTOPADU 2025

9.00 Začátek odborného programu

Právo v psychiatrii

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

Změny v sebepojetí po absolvované psychoterapii

odborní garanti MUDr. Bc. Aleš Grambal, Ph.D., a MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

- **Změny sebepojetí po absolvované psychoterapii** – Orel M.
- **Možnosti rychlého zhodnocení stavu v praxi – standardizovaná diagnostika sebepojetí, depresivity, úzkostnosti, impulzivity, rizikového chování apod.** – Dolejš M.
- **Nové možnosti a přístupy v psychiatrické a psychoterapeutické praxi** – Grambal A.
- **Tělo a duše v jednotě aneb nervus vagus a jeho uplatnění** – Grambal A.

Satelitní sympozia

- **Magnezium – známe jeho roli dostatečně?** – Havel J.
- **Paliperidon – prototyp dlouhodobě působícího antipsychotika** – Anders M.
- **Jak pomoci adolescentům a dospělým s ADHD** – Uhlíř J., Vohlídka P.

Psychiatrie v on-line světě

odborný garant MUDr. Jakub Vaněk, Ph.D., FEBP

- **Efektivnost on-line KBT v léčbě úzkostných a depresivních poruch** – Praško J.
- **Telemedicínské intervence v léčbě úzkostných poruch: účinnost, limity a perspektivy** – Ijisesan Perryová R. T.
- **Umělá inteligence v psychiatrii a terapii: možnosti a úskalí** – Žlebková J.

Psychické poruchy u vybraných tělesných diagnóz

odborná garantka doc. MUDr. Dana Končelíková, Ph.D.

- **Závislostní potenciál léků užívaných v léčbě somatických onemocnění** – Echtai D.
- **Alibisticky podávaná medikace u duševně nemocných** – Procházková E.
- **Farmakogenní duševní poruchy** – Macík J.
- **Somatické příznaky související s duševními poruchami** – Končelíková D.

16.00 Předpokládaný závěr konference

ATOMINEX®
atomoxetin

Nestimulační léčba ADHD pro děti i dospělé[1]



Dávkování jen 1x denně[1]

Nezpůsobuje závislost[1]

Kompletní škála balení a sil pro přesnější dávkování[2]



10 mg	18 mg	25 mg	40 mg	60 mg	80 mg	100 mg
Balení 7 a 28 tablet	Balení 7 a 28 tablet	Balení 7 a 28 tablet	Balení 7 a 28 tablet	Balení 28 tablet	Balení 28 tablet	Balení 28 tablet

Zkrácená informace o přípravku ATOMINEX
Léčivá látka: atomoxetinum 10, 18, 25, 40, 60, 80 nebo 100 mg v 1 tvrdé tobolce. **Indikace:** léčba hyperkinetické poruchy (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) u dětí od 6 let a starších, u dospívajících a u dospělých, jako součást komplexního léčebného programu. Léčba musí být zahájena odborníkem na léčbu ADHD, jako je pediatr, psychiatr se specializací na děti a dospívající nebo psychiatr. Diagnóza má být stanovena podle současných kritérií DSM nebo vodítek v ICD. **Dávkování:** 1 denní dávka ráno, pokud se nedosáhne uspokojivé klinické odpovědi, může být přínosné užívání 2x denně v rovnoměrně rozdělených dávkách ráno a pozdě odpoledne nebo časně navečer. *Dávkování u pediatrické populace do 70 kg tělesné hmotnosti:* zahajovací celková denní dávka přibližně 0,5 mg/kg, udržovat minimálně 7 dní před vzestupnou titrací, a to podle klinické odpovědi a snášenlivosti. Doporučená udržovací dávka je přibližně 1,2 mg/kg/den. *Dávkování u pediatrické populace nad 70 kg tělesné hmotnosti a u dospělých:* zahajovací celková denní dávka 40 mg, udržovat minimálně 7 dní před vzestupnou titrací, a to podle klinické odpovědi a snášenlivosti. Doporučená udržovací dávka je 80 mg (u dospělých až 100 mg). Maximální doporučená celková denní dávka je 100 mg. *Screeningové vyšetření před zahájením léčby:* je nezbytné odebrat anamnézu a vyhodnotit kardiovaskulární stav pacienta včetně krevního tlaku a srdeční frekvence. Kardiovaskulární stav pacienta má být monitorován po každé úpravě dávky a následně nejméně každých 6 měsíců měřen a zaznamenáván krevní tlak a pulz. U středně těžké jaterní insuficience úvodní a cílové dávky snížit na 50 %, u těžké insuficience na 25 % obvyklé dávky. V terminálním stadiu onemocnění ledvin nebo s nižším stupněm insuficience ledvin může být podáván v normálním dávkovacím režimu. V terminálním stadiu onemocnění ledvin může atomoxetin exacerbovat hypertenzi. U známého genotypu pomalých metabolizátorů CYP2D6 má být zvážena nižší zahajovací dávka a její pomalejší zvyšování. Nemá se používat u dětí do 6 let. *Způsob podání:* perorální, nezávisle na jídle. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Kombinace s inhibitory monoaminoxidázy (IMAO) (minimálně 2 týdny po vysazení léčby IMAO). IMAO nesmí být nasazeny v době kratší než 2 týdny po vysazení atomoxetinu. Glaukom s úzkým úhlem (zvýšený výskyt mydriázy). Závažné kardiovaskulární (těžká hypertenze, srdeční selhání, arteriální okluzivní choroba, angina pectoris, hemodynamicky významná vrozená srdeční porucha, kardiomyopatie, infarkt myokardu, potenciálně život ohrožující arytmie a poruchy způsobené dysfunkcí iontových kanálů) nebo cerebrovaskulární poruchy (cerebrální aneurysma nebo cévní mozková příhoda). Feochromocytom nebo anamnéza feochromocytomu. **Zvláštní upozornění:** u léčených má být pečlivě sledován nový výskyt nebo zhoršení sebevražedného chování. Atomoxetin má být používán u pacientů se známými závažnými srdečními strukturálními abnormalitami pouze se zvýšenou opatrností a po konzultaci s kardiologem. Může ovlivnit srdeční tep a krevní tlak. Má být používán se zvýšenou opatrností u pacientů s vrozeným nebo získaným prodloužením QT intervalu nebo prodloužením QT intervalu v rodinné anamnéze. Pacienty s dalšími rizikovými faktory pro rozvoj cerebrovaskulárních stavů nutno při každé návštěvě zkontrolovat kvůli možným neurologickým známkám a příznakům. Léčba atomoxetinem se u pacientů se žloutenkou nebo laboratorně prokázaným poškozením jater musí ukončit a nesmí již být znovu zahájena. Atomoxetin v běžných dávkách může u pacientů bez předchozí anamnézy psychotického onemocnění nebo mánie vyvolat rozvoj psychotických nebo manických symptomů, jako jsou halucinace, bludy, mánie nebo agitovanost. U pacientů má být pečlivě sledován nový výskyt nebo zhoršení agresivního chování, hostility nebo emoční lability. I když méně často, byly u pacientů užívajících atomoxetin zaznamenány alergické reakce, včetně anafylaktické reakce, vyrážky, angioneurotického edému a kopřivky. Při podávání atomoxetinu jsou potenciálním rizikem epileptické záchvaty. Atomoxetin má být podáván se zvýšenou opatrností u pacientů se záchvaty v anamnéze. Během léčby atomoxetinem má být u dětí a dospívajících sledován tělesný růst a celkový vývoj. U pacientů, kteří jsou léčeni atomoxetinem pro ADHD, má být sledován výskyt nebo zhoršení příznaků úzkosti, depresivní nálady a deprese nebo tiků. **Interakce:** nesmí se používat společně s IMAO. Inhibitory CYP2D6 (SSRI (např. fluoxetin, paroxetin), chinidin, terbinafin: expozice atomoxetinu může být zvýšena 6 až 8krát a může být nutná pomalejší titrace a nižší konečná dávka. Vzhledem k neznámému riziku klinicky významného zvýšení expozice atomoxetinu in vivo je doporučena zvýšená opatrnost u pomalých metabolizátorů CYP2D6, pokud je atomoxetin kombinován se silnými inhibitory enzymů cytochromu P450 jinými než CYP2D6. Nutné podávat s opatrností pacientům léčeným vysokou dávkou salbutamolu (nebo jiných beta2 agonistů) podávanou pomocí nebulizace nebo systémově, protože může být potencován účinek salbutamolu na kardiovaskulární systém. Zvýšené riziko prodloužení QT intervalu při současném podávání s jinými přípravky prodlužujícími QT interval (jako jsou neuroleptika, antiarytmika třídy IA a III, moxifloxacin, erythromycin, methadon, meflochin, tricyklická antidepresiva, lithium nebo cisaprid), přípravky způsobujícími nerovnováhu elektrolytů (jako jsou thiazidová diuretika) a přípravky inhibujícími CYP2D6. Při podávání atomoxetinu je potenciální riziko epileptických záchvatů, zvýšená opatrnost při současném podávání přípravků snižujících křečový práh (tricyklická antidepresiva nebo SSRI, neuroleptika, fenothiaziny nebo butyrofenon, meflochin, chlorochin, bupropion nebo tramadol). Zvýšená pozornost při ukončování konkomitantní terapie benzodiazepiny z důvodu možných abstinenčních záchvatů při vysazení. Opatrnost při současném podání s antihypertenzivy, vasopresivy a přípravky zvyšujícími krevní tlak nebo s přípravky ovlivňujícími noradrenalin (např. antidepresiva imipramin, venlafaxin a mirtazapin nebo dekongescenční látky pseudoefedrin nebo fenylefrin). **Těhotenství a kojení:** nemá se užívat v těhotenství, pokud možný přínos nepřeváží případná rizika pro plod, a nemá se podávat v průběhu kojení. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** má malý vliv. Je třeba opatrnosti. **Nežádoucí účinky:** *pediatrická populace: nejčastější:* bolest hlavy, bolest břicha, snížená chuť k jídlu, nauzea, zvracení, somnolence, zvýšení srdečné frekvence, zvýšení krevního tlaku. *Dospělí: nejčastější:* snížení chuti k jídlu, insomnie, bolest hlavy, sucho v ústech, nauzea, zvýšení krevního tlaku, zvýšení tepové frekvence. **Velikost balení**: 7 nebo 28 tobolek. **Podmínky uchovávání:** v původním obalu, chránit před vlhkostí. **Registrační čísla:** Atominex 10 mg: 06/191/18-C; Atominex 18 mg: 06/192/18-C; Atominex 25 mg: 06/193/18-C; Atominex 40 mg: 06/194/18-C; Atominex 60 mg: 06/195/18-C; Atominex 80 mg: 06/196/18-C; Atominex 100 mg: 06/197/18-C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Zentiva, k.s., U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, Česká republika. **Datum poslední revize textu:** 9. 5. 2024. **Výdej**: přípravek je vázán na lékařský předpis a je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním nebo výdejem přípravku se seznamte s úplnou informací o přípravku, kterou obdržíte na adrese: Zentiva, k. s., U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, Česká republika.

Reference: 1. SPC přípravku Atominex, datum revize textu: 9. 5. 2024. **2.** Ceník Zentiva, k.s. platný od 1. 11. 2024.

ID 0007010884/11/2024

Určeno pro odbornou veřejnost.

Zentiva, k.s., marketingové oddělení
U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, tel.: (+420) 267 241 111, www.zentiva.cz

ZENTIVA