

---

## REFERÁTY Z PÍSEMNICTVÍ

---

Martin J. B.: **The Integration of Neurology, Psychiatry and Neuroscience in the 21st Century**  
(Integrace neurologie, psychiatrie a neurovědy 21. století)  
Am. J. Psychiatry, 159, 2002, č. 5, s. 695–704.

Tento článek zkoumá historické kořeny rozchodu neurologie a psychiatrie během 20. století a diskutuje vyhlídky na navázání přátelských vztahů a možného sloučení těchto dvou oborů v 21. století.

Autor, děkan Lékařské fakulty v Bostonu (Massachusetts, USA), podává krátký historický přehled vývoje v neurologii a psychiatrii z konce 19. století. Jsou porovnány historie výzkumu a převládajícího vědeckého názoru na dvě neuropsychiatrické nemoci – Alzheimerovu chorobu a Tourettův syndrom – k vysvětlení smyslu chápání chorobného procesu z neurologického (organického) a psychiatrického (funkčního) hlediska.

Výzkum Alzheimerovy choroby se rychle posunul od dávného patologického důkazu ke zjištění přidružených synaptických abnormalit a genetických změn. U Tourettova syndromu nepřítomnost prokazatelné patologie mozku vedla k váhání mezi organickým a funkčním výkladem a k trvalému sporu o podstatu této choroby.

Neurologie a psychiatrie byly ve 20. století odděleny umělou bariérou vytvořenou neshodou jejich filozofických postojů a vědeckých a léčebných metod. Vědecké pokroky v nedávných desetiletích ujasnily, že tato separace byla svévolná a kontraproduktivní. Neurologický a psychiatrický výzkum se navzájem sblížují v nástrojích, které používají, v otázkách, na které se ptají, a v teoretických systémech, se kterými pracují. Zájmy

neurologie a psychiatrie se sbíhají v rámci moderní neurovědy. Další pokrok v porozumění chorobám mozku a chování vyžaduje ještě větší spolupráci a integraci těchto oborů. Vůdčí osobnosti akademické medicíny a vědy musejí pracovat na odstranění překážek mezi těmito disciplínami.

V použité literatuře (43 citace) autor uvádí šest historicky unikátních prací z konce 19. a počátku 20. století světově proslulých autorů (S. Ramon y Cajal, C. Golgi, J. Parkinson, G. Gilles de la Tourette, G. Huntington a A. Alzheimer).

*Poznámka překladatele: Tento příspěvek vznikl jako reakce na Úvodník „Psychiatrii obchází strašidlo...“ [1], kde autor varuje před možností rozdělení české psychiatrie s omezením její autonomie. Ve světě naopak sílí tendence ke sblížování psychiatrie a neurologie. V péči o seniory se např. počítá s modelovou spoluprací neurologů a psychiatrů [2].*

### LITERATURA

1. **Vaněk, J.:** Psychiatrii obchází strašidlo... (Úvodník). Čes. a slov. Psychiat., 100, 2004, 5, s. 273.
2. **Filley, C. M., Arciniegas, D. B., Wood, G. V. et al.:** Geriatric treatment center: A contemporary model for collaboration between psychiatry and neurology. J. Neuropsychiatr. Clin. Neurosc., 14, 2002, 3, p. 344.

Marzanski M., Jainer A. K., Avery C.: **What have you been Told about your Illness? Information about Diagnosis among Psychiatric Inpatients**

(Vztah psychiatrických ústavních pacientů k informaci o diagnóze)  
Int. J. Psych. Clin. Pract., 6, 2002, s. 103–106.

V běžné psychiatrické praxi mají lékaři tendenci podílet se na poskytování informací pacientům ohledně jejich nemoci. Málo se ale ví o tom, co by pacienti rádi skutečně věděli o své diagnóze a prognóze.

Autoři z britského Coventry provedli průřezový dotazníkový přehled mezi ústavními psychiatrickými pacienty. Z 53 přítomných bylo schopno, resp. ochotno, zúčastnit se akce 35 pacientů (66 %). Jednalo se o 18 mužů a 17 žen věkového rozmezí 17–66 let (průměr 43 roky). Dg. spectrum zahrnovalo schizofrenii a jiné psychózy (včetně polékové), afektivní poruchy, poruchu osobnosti, generalizovanou úzkostnou poruchu a jiné nepsychotické poruchy. Byla snaha zkoumat, co si pacienti myslí o svých potížích, co jim bylo řečeno a kým a co si přejí vědět o svých nemocech.

Výsledky této studie ukázaly, že 80 % pacientů (28 z 35) obdrželo některé informace o jejich nemocech (26krát od lékařů, 17krát od sester, 3krát od ergoterapeuta, ojediněle od sociálního pracovníka nebo přátel, ale

nikdy od členů rodiny). Někteří pacienti byli informováni „více zdroje“ (dg., příznaky, léčba, pouze 3krát prognóza). Ojediněle si někteří pacienti přáli obdržet informaci od vedení nemocnice, zdravotní komise nebo od své rodiny. Jen 37 % účastníků (13 z 35) mělo dostatečný přehled pokud jde o jejich duševní problémy. Autoři to odůvodňují sníženou kapacitou chápavosti některých pacientů. Nicméně jen 46 % účastníků (16 z 35) prohlásilo, že si přejí vědět, jaké byly jejich problémy (vedoucí k hospitalizaci).

Autoři závěrem konstatují, že ačkoliv mnoho pacientů by rádo znalo pravdu, měla by být také respektována práva těch, kteří si ji nepřejí znát. Proto by neměla být diagnóza duševní poruchy rutinně sdělována, ale pracovníci psychiatrických zařízení by měli brát v úvahu priority svých pacientů a jednat přiměřeně podle jejich výběru.

*(Pozn. překl.: Bylo by možná zajímavé porovnat vztah britských a českých psychiatrických ústavních pacientů k podávání informací o diagnóze).*

*Autor referátů MUDr. Jaroslav Veselý*

Hajak G.: **U depresivních nemocných často dochází i k somatickým poruchám**  
(Depressive entwickeln oft Somatisierungsstörungen)  
MMW-Fortschr. Med., 146, 2004, č. 35/36, s. 57.

Většina pacientů s major depresí má přidatné somatické potíže, nejčastěji jde o bolesti hlavy a zad, po nich následuje dýchání a gastrointestinální poruchy. Tyto příznaky také hlásí pacienti v první řadě při návštěvě u lékaře. Zdá se, že v tomto případě existuje i určitá vzájemná mezihra, protože např. depresivní pacienti často vykazují zvýšenou kardiální mortalitu a naopak pacienti s vyšším počtem somatických příznaků mají zase vyšší riziko deprese.

Terapeuticky se u depresí se současnými somatickými poruchami osvědčily léky s tzv. duálním mechanismem účinku. Do této skupiny patří ze skupiny SNRI

léků venlafloxin (Efectin), který inhibuje jak serotonin tak i noradrenalin, oba tyto neurotransmitery hrají při zpracování bolesti důležitou roli.

U depresivních pacientů s tělesnými příznaky má tento lék lepší účinek než léky ze skupiny SSRI. O tom přesvědčila metaanalýza 31 randomizovaných a dvojitých slepých studií; po osmi týdnech léčby činila remise tělesných příznaků po venlafloxinu 38 % a byla signifikantně vyšší než 25 % remisí u léků ze skupiny SSRI.

Haag G., Lücking M., Gendolla A.: **Migréna: příčiny suboptimální terapie**  
(Migräne: Ursache suboptimale Therapie)  
Dtsch. med. Wschr., 129, 2004, č. 37, s. 3–4 der Beil.

Všechny negativní účinky na různé životní oblasti takto nemocných jedinců se nejčastěji vyvíjejí jako následek nedostatečné terapie. Každý migrenik, který má spolehlivý lék buď doma v nějaké přihrádce nebo v kabelce očekává opakovaný záchvat migrény daleko uvolněněji. Toto medikamentózní předzásobení také vede k enormnímu snížení psychického tlaku. Lékaře pro různé potíže spojené ev. s bolestmi vyhledává v Německu asi 80 % žen, jen asi polovina však se dostane během vyšetření na téma migréna, jen asi 10 % žen dostane triptany, 62 % jich zůstává u volně dostupných analgetik. Na podkladě závažnosti migrenózních atak by však triptany potřebovala nejméně třetina těchto žen, 41 % se jich domnívá, že

lékař sotva chápe, jak tíživá je migrenózní ataka bolesti.

Volně dostupná analgetika dostačují u lehkých forem záchvatů, jinak jsou metodou volby jen triptany, moderní léčba účinkuje rychleji a má trvalejší efekt, a to jak ve srovnání s NSAR, tak i s ergotaminy. Dosavadní zkušenosti s triptany mluví pro jejich co nejčasnější užití, velké studie v tomto ohledu ukázaly, že pacientky s triptany jsou zpravidla do dvou hodin po užití tohoto léku prosty potíží, u řady žen dojde k odeznění bolesti i podstatně dříve. Na světě je dnes k dispozici sedm různých triptanů, největší efekt vykázal Maxalt; tato terapie s dávkou 10 mg léku byla efektivnější než 100 mg sumatriptanu (Imigran).

Haag H.: **Migréna atakuje všechny oblasti života**  
(Migräne wirkt auf alle Lebensbereiche aus)  
Dtsch. med. Wschr., 129, 2004, č. 34/35, s. 1832.

Triptany otevřely novou dimenzi lékové účinnosti u tohoto onemocnění a umožnily u takto léčených jedinců enormní nárůst jejich životních kvalit. Přesto však nová multicentrická studie v řadě evropských zemích ukázala, že triptany např. dostává jen 10 % německých migreniček, což je méně, než činí evropský průměr. Více než 30 % žen ze sledovaných evropských zemí označilo svoje bolestivé migrenózní ataky jako těžké a 50 % jako středně těžké, nejméně 30 % těchto žen už potřebuje triptany, pro 50 % jsou tyto léky i nadále terapií první volby.

Běžná analgetika jako ASS a Ibuprofen jsou dostačující terapií jen pro malý počet pacientek, ale ve skutečnosti dostává tyto léky stále ještě asi 60 % migreniček.

Proto neudivuje, že migréna silně ovlivňuje řadu životních oblastí žen, plné životní kvality jsou ale pro ně nepřístupné. Asi 90 % dotázaných německých migreniček zastává názor, že by měly bez migrény lepší život, 54 % jich má strach z každé další migrenózní ataky, to se však netýká těch žen, které mají v těchto situacích k dispozici triptan. Migréna výrazně redukuje soukromé aktivity těchto žen, dovede jim zkrátit plán na dovolenou, nemoc také limituje manželské vztahy, ovlivňuje je i sexuální život těchto pacientek. Ne všichni muži jim v tomto ohledu věří a chápou jejich postoje, nejhůře se přitom podle zkušeností autora chovají řeční muži, kteří považují jejich ženami udávanou migrénu za výmluvu.

*Autor referátů MUDr. Břetislav Fuchs, CSc.*