
ÚVODNÍK

Ekonomická krize a psychofarmaka

Vinař O.

Na letošním únorovém semináři psychofarmakologické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP jsme jednali o tom, jak dlouho má trvat léčba kognitivu. Když jsme toto téma volili, připadala mi odpověď jednoznačná a jednoduchá. Inhibitory acetylcholinesterázy donepezil a galantamin jsou u nás registrovány pro léčbu Alzheimerovy nemoci, rivastigmin kromě toho také pro léčbu demence u pacientů s idiopatickou Parkinsonovou chorobou. Širší indikace by mohl mít memantin ovlivňující neurotransmisí excitačních aminokyselin. Je totiž charakterizován jako „léčivo proti demenci“.

Alzheimerova nemoc je nevléčitelná, nemocný s ní umírá. Zdálo by se tedy, že léčba kognitivu by nikdy neměla končit. Jedna věc jsou schválené indikace, druhá věc je možnost hradit léčbu z prostředků zdravotních pojišťoven. Pojišťovny kognitiva hradí nemocným, kde k demenci dochází v důsledku Alzheimerovy nemoci (a nikoli tedy z jiných důvodů) a progresi onemocnění pokročila tak, že skóre stupnice MMSE (Mini Mental State Examination) kleslo nejméně na 20, nesmí však být nižší než 13 u inhibitorů acetylcholinesterázy nebo 6 u memantinu. Je-li demence hlubší, pojišťovny léky nehradí.

Psychiatr, neurolog nebo gerontolog tedy rozhodují o něčem, co se dá nazvat eutanázií duše. Zodpovědnost za toto rozhodnutí si může rozdělit s příbuznými nemocného, když jim nabídne, že bude kognitiva předepisovat dál, jestliže za ně v lékárně zaplatí. Obrátil jsem se na 25 českých psychiatrů s dotazem na jejich zkušenosti při tomto rozhodování. Několik psychiatrů pracujících v lůžkových zařízeních odpovědělo, že ztrácejí s pacientem kontakt po jeho propuštění. Dvě odpovědi jsem dostal od kolegů pracujících s ambulantními pacienty. Jedna viděla po vysazení kognitivu urychlenou deterioraci psychiky a úmrtí. Druhá nemá problémy s vysazením, poněvadž příbuzní bývají vyčerpáni náročnou péčí o nemocného a s jistotou úlevou se smiřují s fatální progresí nemoci. Závažnější problém vidí v tom, že pojišťovny nehradí kognitiva u nemocných, kde z klinického obrazu je jasné, že o počínající Alzheimerovu nemoc jde, jejich výkon v MMSE je však lepší než při skóre 20. Mé zkušenosti se opírají o 7 nemocných, kteří se dočkali meze, kdy pojišťovny přestávají za kognitiva platit, čtyři pokračují v léčbě, za kognitiva platí příbuzní. U dvou ze tří, kteří přestali kognitiva brát, došlo k rychlé deterioraci a exitu, třetí se v průběhu 4

měsíců podle sdělení manželky zlepšil (!). Zlepšení vidí v tom, že se stal empatictější a podrobnější: snaží se spolupracovat při oblékání, nebrání se sprchování a mytí, snad následkem urychlení horšení kognitivního výkonu. Pacient byl zvyklý hrát v rodině roli autoritativního diktátora a kognitiva tyto povahové rysy mohla udržovat.

I u somatických nevléčitelných nemocných dochází k vysazení kauzální léčby a přecházejí do paliativní péče. Diskriminaci duševně nemocných však lze vidět v tom, že u těchto nemocných nejsou pravidla pro skončení léčby stanovena tak neúprosně a kvantitativně definovaně. Somatické zdraví je stále pro organizátory zdravotní péče něčím dražším než zdraví duševní. Pokud jde o délku života po vysazení léčby, nebude pravděpodobně velký rozdíl mezi vysazením kognitivu a vysazením léčby u somatické nevléčitelné nemoci. Zhroucení centrálně nervových regulací při rychlé deterioraci psychiky **zřejmě** zkracuje život. Chtěl jsem nahradit ono „zřejmě“ konkrétními informacemi od našich psychiatrů. Uspěl jsem však nepatrně.

Závažnou diskriminaci duševně nemocných vidím i v oddalování počátku léčby kognitivu. Kognitiva zpočátku psychický stav podle zkušeností českých autorů pozoruhodně zlepší [3, 5]. Toto zlepšení však nebývá trvalé. Ukazuje se však, že se třeba i na několik let daří udržet stav nemocného na úrovni, která je blízká stavu, kdy se s léčbou začalo. Čím dříve s léčbou začneme, tím je větší pravděpodobnost, že pacient bude po dlouhou dobu schopen vykonávat jednodušší pracovní činnosti a bude soběstačný. Se započatím léčby bychom tedy neměli čekat, až skóre MMSE klesne na dvacet.

Léčba nemusí být zbytečná, i když nejde o Alzheimerovu nemoc. Také minimální kognitivní deficit (MCI - Minimal Cognitive Impairment) zmírní donepezil [1]. MCI ještě není nemoc definovaná číslem v MKN 10. Všichni lidé trpící MCI neonemocní později Alzheimerovou nemocí. Kognitiva však mohou působit preventivně. Není MCI něčím podobným jako krevní tlak 130/90 u člověka, který se cítí zdravý a internista mu přesto ordinuje antihypertenzivum, ačkoliv tato hodnota krevního tlaku neznámá, že vyšetřený onemocní ischemickou chorobou srdce nebo utrpí malou mozkovou cévní příhodou?

Donepezil zlepšuje konsolidaci paměťových stop i u zdravých seniorů [2]. Pochybuji, že se psychiatrům podaří tutlat jakési ještě nezcela veřejné

tajemství, že kognitiva zlepšují výkon mozku zdravých lidí. Studenti před zkouškami, lékaři a jiní profesionálové během rozhovorů při konkurzních řízeních, advokáti při náročných soudních jednáních nebo šachisté na turnajích jsou jen namátkou vybranými cílovými skupinami lidí, kterým takový doping může pomoci k nezaslouženému úspěchu. Měli bychom mít připraven scénář, jak tento problém řešit, až to mediálně „praskne“. Zatím je míč zahrán do autu. Jako „chytré drogy“ se prezentují stimulantia. Na špatnou stopu se potenciální zájemci svádějí i tím, že se jako kognitivum označí metylfenidát, směs amfetaminů nebo modafinil. Za zajímavou slepou uličku lze pokládat, že se o tom píše pod titulem „Kosmetická neurologie“, aby z názvu vypadlo ošidné „psycho“ [4].

Se stimulantii má psychiatrie i laická veřejnost zkušenosti. Ví se o hrozbě závislosti a umíme ji léčit. Ve sportu jsou stimulantia zakázána. Kognitiva jsou kvalitativně něco jiného. Do obrazu závislosti sotva zapadnou už proto, že zvyšování dávek nebude příjemné. I na to bychom se ostatně měli připravit a vědět, co udělá za kontrolovaných podmínek lůžkového zařízení u zdravých dobrovolníků postupné zvyšování dávek a jak daleko lze jít bez ohrožení životních funkcí.

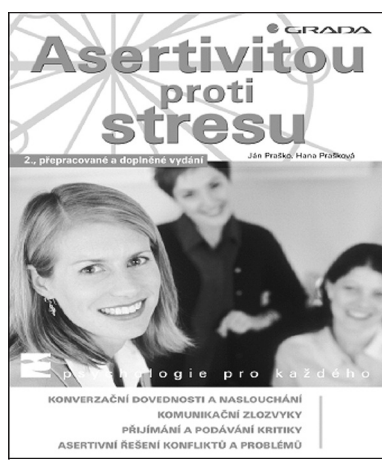
Nadějně mohlo být úsilí o uvolnění pevného sevření skóry MMSE, ve kterém jsou kognitiva hrazena, když reforma zdravotní péče vytvářela pojišťovněm finanční rezervy, které se začaly využívat pro léčbu závažných nemocí. Současné legislativní okleštění poplatků povede ke snížení příjmů pojišťoven nejméně o tři miliardy v tomto roce. Světová

ekonomická krize vede k růstu počtu nezaměstnaných. Asi poroste počet lidí, kteří se budou obracet o pomoc na psychiatra. Porostou nároky na uznání praceneschopnosti. Antidepresiva typu SSRI jsou užitečná při prevenci následků závažného stresu [6]. Budou na to mít pojišťovny dost peněz? Nebudou jim chybět ty tři miliardy, o které teď přicházejí?

LITERATURA

1. **Doody, R. S., Ferrit, S. GH., Salloway, S., Sun, Y., Goldman, R., Watkins, W. E., Xu, Y., Murthy, A. K.:** Donepezil treatment of patients with MCI. A 48-week randomized, placebo controlled trial. *Neurology*, 2009, Jan. 28 /Epub ahead of print/.
2. **Horniny, O. P., Regen, F., Dorn, H., Angheliescu, I., Kathmann, N., Schredl, M., Danker-Hopfe, H., Heuser, I.:** The effects of donepezil on postlearning sleep EEG of healthy older adults. *Pharmacopsychiatry*, 42, 2009, 2, pp. 9-13.
3. **Jiráček, R., Souček, R.:** Hodnocení účinků memantinu u pacientů trpících demencí. Otevřené klinické sledování. *Psychiatrie (Praha)*, 10, 2006, s. 74-80.
4. **Komárek, M.:** Kosmetická neurologie. *Respekt*, 20, 2009, 7, s. 68-69..
5. **Konrád, J.:** Třicetidvoutýdenní otevřené sledování účinnosti a bezpečnosti memantinu u nemocných demencí u Alzheimerovy nemoci. *Psychiatrie (Praha)*, 12, 2008, s. 130-133.
6. **Vinař, O.:** An attempt to prevent the sequelae of the posttraumatic stress disorder. Experience from the 1997 flood in Moravia. *Homeostasis*, 1998.

Doc. MUDr. Oldřich Vinař, DrSc.



ASERTIVITOU PROTI STRESU 2. přepracované a doplněné vydání

Ján Praško, Hana Prašková

Publikace je druhým přepracovaným a doplněným vydáním velmi úspěšné a vyhledávané praktické příručky, která je vhodná pro každého, kdo chce zlepšit svoje komunikační dovednosti. Zvláště může pomoci lidem, kteří trpívají nepohodou, nebo napětím v mezilidských vztazích.

V první části krok za krokem pomáhá pochopit, jakým způsobem člověk v sociálních situacích přemýšlí, jak se cítí a chová. Zabývá se komunikačními zlozvyky, kterých se lidé často dopouštějí.

Ve druhé části nabízí asertivní alternativy komunikace v typických problémových situacích.

Vydalo nakladatelství Grada Publishing, a.s. v roce 2007, formát A5, šitá vazba, 280 stran, cena 249 Kč, 396 Sk, ISBN 978-80-247-1697-8, kat. číslo 2649

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

Na objednávce laskavě uveďte i jméno časopisu, v němž jste se o knize dozvěděli.