

**Jiří Masopust
Aleš Urban
Martin Vališ et al.**

NEUROPSYCHIATRICKÉ PŘÍPADY





Jiří Masopust
Aleš Urban
Martin Vališ et al.

NEUROPSYCHIATRICKÉ PŘÍPADY



Hlavní autoři a pořadatelé

MUDr. Jiří Masopust, Ph.D.

Psychiatrická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

MUDr. Ing. Aleš Urban, Ph.D.

Psychiatrická ambulance, Praha

MUDr. Martin Vališ, Ph.D.

Oddělení urgentní medicíny FN, Hradec Králové;

Neurologická ambulance, Choceň

Recenzenti

doc. MUDr. Jakub Hort, Ph.D.

Neurologická klinika 2. LF UK a FNM, Praha

doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Jiří Masopust, Aleš Urban, Martin Vališ et al.

NEUROPSYCHIATRICKÉ PŘÍPADY

První vydání v elektronické verzi

Vydalo nakladatelství Galén, Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5

Editor PhDr. Lubomír Houdek

Šéfredaktorka PhDr. Soňa Dernerová

Redakční spolupráce MUDr. Jana Plíšková

Sazba Milena Honců, Galén

Určeno odborné veřejnosti

G 311010



Práce byla podpořena výzkumným záměrem MSM 0021620816.

Všechna práva vyhrazena.

Tato publikace ani žádná její část nesmějí být reprodukovány, uchovávány v rešeršním systému nebo přenášeny jakýmkoli způsobem (včetně mechanického, elektronického, fotografického či jiného záznamu) bez písemného souhlasu nakladatelství.

Pořadatelé, autoři i nakladatel vynaložili značné úsilí, aby informace o léčivech odpovídaly stavu znalostí v době zpracování díla. Nakladatel za ně nenese odpovědnost a doporučuje řídit se údaji o doporučeném dávkování a kontraindikacích uvedených výrobcí v příbalovém letáku příslušného léčivého přípravku. Týká se to především přípravků vzácněji používaných nebo nově uváděných na trh. V textu jsou používány ochranné obchodní známky léků a dalších produktů. Absence symbolů ochranných známek (®, ™ ap.) neznámá, že jde o nechráněné názvy a značky.

© Galén, 2012

ISBN 978-80-7262-865-0 (PDF)

ISBN 978-80-7262-866-7 (PDF pro čecky)

Autorský kolektiv

Hlavní autoři

MUDr. Jiří Masopust, Ph.D.

Psychiatrická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

MUDr. Ing. Aleš Urban, Ph.D.

Psychiatrická ambulance, Praha

MUDr. Martin Vališ, Ph.D.

*Oddělení urgentní medicíny FN, Hradec Králové;
Neurologická ambulance, Choceň*

Autoři

doc. MUDr. Herbert Hanuš, CSc.

Psychiatrická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

prof. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D.

Psychiatrická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

prof. MUDr. Jan Libiger, CSc.

Psychiatrická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

MUDr. Dita Protopopová–Kalnická

Psychiatrická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Mgr. Zuzana Říhová

Neurologická klinika LF UK a FN, Hradec Králové

MUDr. Oldřich Vyšata

Centrum neurologické péče, Rychnov nad Kněžnou

Obsah

AUTORSKÝ KOLEKTIV	V
PŘEDMLUVA.....	XIII
1. SETKÁVÁNÍ A ROZCHODY NEUROLOGIE A PSYCHIATRIE	
<i>Jan Libiger</i>	
1.1. Vztahy neurologie a psychiatrie z historického pohledu.....	1
1.2. Co neurologii a psychiatrii dělí?.....	4
1.3. Kam s psychiatrickými pacienty?	6
1.4. Co neurologii s psychiatrií spojuje?	8
1.5. Spojit, či odloučit?	10
2. VYŠETŘENÍ PACIENTA S NEUROPSYCHIATRICKÝM ONEMOCNĚNÍM	
<i>Dita Protopopová–Kalnická, Jiří Masopust, Aleš Urban, Martin Vališ, Zuzana Řihová</i>	
2.1. Úvod	15
2.2. Anamnéza	17
2.3. Nynější onemocnění	17
2.4. Somatické vyšetření	18
2.5. Neurologické vyšetření	18
2.6. Psychiatrické vyšetření.....	27
2.7. Neuropsychologické vyšetření.....	33
2.8. Diferenciálně diagnostická rozvaha	33
3. PARKINSONOVA NEMOC	
<i>Jiří Masopust, Martin Vališ, Aleš Urban, Dita Protopopová–Kalnická</i>	
3.1. Úvod	43
3.2. Teorie.....	44
3.3. Kazuistiky.....	60
3.3.1. Strašidelný rej	60
3.3.2. Klozapinový parkinsonoid?	60

3.3.3. Sběratel nežádoucích účinků.....	61
3.3.4. Úplně jiný člověk.....	65
3.4. Diskuse	65
3.5. Souhrn.....	72
4. MULTISYSTÉMOVÁ ATROFIE	
<i>Aleš Urban, Jiří Masopust, Martin Vališ</i>	
4.1. Úvod	79
4.2. Teorie.....	80
4.3. Kazuistika.....	84
4.4. Diskuse	86
4.5. Souhrn.....	87
5. PROGRESIVNÍ SUPRANUKLEÁRNÍ PARALÝZA	
<i>Martin Vališ, Jiří Masopust, Aleš Urban</i>	
5.1. Úvod	89
5.2. Teorie.....	90
5.3. Kazuistika.....	95
5.4. Diskuse	97
5.5. Souhrn.....	98
6. HUNTINGTONOVA CHOROBA	
<i>Aleš Urban, Herbert Hanuš, Jiří Masopust</i>	
6.1. Úvod	101
6.2. Teorie.....	102
6.3. Kazuistiky.....	111
6.3.1. »Tu Huntingtonovu nemoc měl otec a strýc«	111
6.3.2. Špatná pověst alkoholičky.....	113
6.3.3. Zlom v kariéře	114
6.3.4. Nepečuje o děti.....	114
6.3.5. Začal být nešikovný v práci.....	115
6.3.6. Mluvila z cesty	115
6.3.7. Pokus o skok z okna.....	116
6.3.8. Ateroskleróza	117
6.3.9. Společná sebevražda	118
6.3.10. Larvovaná deprese	119
6.4. Diskuse	120
6.5. Souhrn.....	121
7. SPINOCEREBERÁLNÍ ATAXIE	
<i>Jiří Masopust, Aleš Urban, Martin Vališ, Zuzana Říhová</i>	
7.1. Úvod	123
7.2. Teorie.....	124

7.3. Kazuistiky	141
7.3.1. Rodinné prokletí	141
7.3.2. Zakopávám o špičku	146
7.4. Diskuse	149
7.5. Souhrn	153
8. WILSONOVA NEMOC	
<i>Martin Vališ, Jiří Masopust, Aleš Urban</i>	
8.1. Úvod	159
8.2. Teorie	160
8.3. Kazuistika	164
8.4. Diskuse	166
8.5. Souhrn	167
9. ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA MOZKOMÍŠNÍ	
<i>Martin Vališ, Jiří Masopust, Aleš Urban, Dita Protopopová–Kalnická</i>	
9.1. Úvod	171
9.2. Teorie	171
9.3. Kazuistiky	183
9.3.1. Léky jsou hrob	183
9.3.2. »Psychogenní« roztroušená skleróza	184
9.4. Diskuse	186
9.5. Souhrn	186
10. PEDUNKULÁRNÍ HALUCINÓZA	
<i>Aleš Urban, Jiří Masopust, Oldřich Vyšata</i>	
10.1. Úvod	191
10.2. Teorie	191
10.3. Kazuistiky	194
10.3.1. Mluvící postavy	194
10.3.2. Zvířata s dlouhýma rukama	196
10.4. Diskuse	197
10.5. Souhrn	197
11. ZHOUBNÉ NÁDORY MOZKU	
<i>Jiří Masopust, Aleš Urban, Martin Vališ</i>	
11.1. Úvod	199
11.2. Teorie	200
11.3. Kazuistiky	207
11.3.1. »Docela jo... docela jo...«	207
11.3.2. Deprese s jednostrannou hemiparézou	211
11.4. Diskuse	212
11.5. Souhrn	215

12. AMNESTICKÝ SYNDROM*Jiří Masopust, Aleš Urban, Martin Vališ*

12.1. Úvod	219
12.2. Teorie	220
12.3. Kazuistiky	223
12.3.1. Vánoce v dubnu	223
12.3.2. Porouchaný pacemaker	225
12.4. Diskuse	228
12.5. Souhrn	233

13. NORMOTENZNÍ HYDROCEFALUS*Jiří Masopust, Ladislav Hosák, Martin Vališ*

13.1. Úvod	237
13.2. Teorie	238
13.3. Kazuistiky	242
13.3.1. Muž s dělohou	242
13.3.2. Plyn v domě	245
13.4. Diskuse	247
13.5. Souhrn	250

14. SYNDROM CHARLESE BONNETA*Oldřich Vyšata, Jiří Masopust, Aleš Urban*

14.1. Úvod	253
14.2. Teorie	254
14.3. Kazuistiky	257
14.3.1. Ryba s velkým jazykem	257
14.3.2. Obličej v prostoru	259
14.4. Diskuse	260
14.5. Souhrn	261

15. MEZI NEBEM A ZEMÍ*Aleš Urban, Jiří Masopust, Martin Vališ*

15.1. Úvod	263
15.2. Kazuistika	263
15.3. Diskuse	268

ZKRATKY	273
----------------------	------------

O AUTORECH.....	277
MUDr. Jiří Masopust, Ph.D.....	277
MUDr. Ing. Aleš Urban, Ph.D.	278
MUDr. Martin Vališ, Ph.D.	279
REJSTŘÍK VĚCNÝ	281
REJSTŘÍK JMENNÝ	289

Předmluva

Předkládáme čtenářům případy nemocných, které nás zaujaly, byly komplikované nebo byly naopak jako vystřižené z učebnice. Při jejich řešení jsme se dostali do rozpaků, museli jsme o nich přemýšlet, radit se, prohledávat literaturu a někdy se i přít s kolegy z našeho či jiného oboru, abychom zjistili, o jaký problém se vlastně jedná a jaký bude další léčebný postup. Všechny případy jsou z pomezí neurologie a psychiatrie. Jsou dokladem, že mozek je pouze jeden a kompetence neurovědních oborů jsou do jisté míry uměle vytvořeny a zahaleny řadou předsudků. Nad tím se více zamýšlí profesor Libiger v úvodní kapitole.

Zařadili jsme jen případy, se kterými jsme se sami setkali. Kniha proto obsahuje pouze některá onemocnění a není učebnicí pokrývající celé »neuropsychiatrické« pole. Kapitoly jsou také různě obsáhlé. Pacienty s některými onemocněními jsme viděli jednou nebo několikrát, v případě jiných poruch se jednalo o náš dlouhodobý klinický či výzkumný zájem a nemocných bylo větší množství. Například docent Hanuš řadu let pečoval o nemocné s Huntingtonovou chorobou. Dr. Vališ pracoval s parkinsoniky v poradně pro extrapyramidová onemocnění a na Psychiatrické klinice v Hradci Králové jsme v rámci výzkumného projektu sledovali kognitivní a emoční změny u neurodegenerativního onemocnění mozečku – spinocerebelární ataxie. Získané zkušenosti i teoretické znalosti z těchto oblastí vám tedy nabízíme ve větším rozsahu.

Těžiště knihy je v kazuistikách. Kapitoly členěné dle jednotlivých onemocnění dále obsahují historické souvislosti včetně osobností medicíny, které se danou problematikou zabývaly a jejichž jméno se objevuje v odborné terminologii. Snažili jsme se nepodcenit ani teoretickou část a shrnout současné znalosti o etiologii, patogenezi, klinických příznacích, diagnostice a léčbě jednotlivých neuropsychiatrických poruch.

Kniha je určena psychiatrům, neurologům a psychologům, ale mohou z ní těžit i praktičtí lékaři, neurochirurgové, internisté či studenti medicíny.

V poslední kapitole 15 (»Mezi nebem a zemí«) předkládáme jeden z našich nejzajímavějších a nekomplikovanějších případů. Přes řadu provedených vyšetření na různých psychiatrických a neurologických pracovištích si nejsme ani po několika letech jisti diagnózou. Proto bychom o této kazuistice rádi diskutovali s vámi, vzdělanými a zkušenými odborníky. Pro možnost lepšího posouzení obtížů nabízíme

me videosekvence nemocného, umístěné na internetu. Zájemci se mohou zúčastnit virtuální webové diskuse. Těšíme se na vaše názory...

Kniha vznikala několik let. Texty jsme psali a diskutovali o nich na našich pracovištích, doma i při pracovních cestách.

Věříme, že vás *Neuropsychiatrické případy* zaujmou a přinesou užitek i dalším nemocným s podobnými problémy.

Poděkování patří MUDr. Pavlu Ryškovi, Ph.D., z Radiologické kliniky FN Hradec Králové za pomoc při zpracování a popisu zobrazení mozku v některých kapitolách knihy.

Děkujeme našim blízkým a spolupracovníkům za to, že nám umožnili se těmto případům věnovat a napsat o nich knihu.

Jiří Masopust, Aleš Urban, Martin Vališ

1. Setkávání a rozchody neurologie a psychiatrie

Jan Libiger

1.1. Vztahy neurologie a psychiatrie z historického pohledu

Od doby, kdy se psychiatrie a neurologie vydělily z lékařství vnitřních chorob jako samostatné disciplíny, hledaly, ztrácely a znovu nalézaly cestu k sobě navzájem. Někdy bylo možno předmět jejich zájmu rozlišit jen obtížně, jindy se zdálo, že každá se zabývá diagnostikou a léčbou zcela rozdílných chorob. Pojem neurologie zřejmě použil poprvé oxfordský profesor přírodní filozofie, anatom, fyziolog a lékař Thomas Willis (1621–1675) ve svém díle *Cerebri Anatome* z roku 1664, respektive v jeho anglické verzi, která vyšla po jeho smrti, v roce 1681. Willis byl blízkým přítelem filozofa Johna Locka nebo architekta Christophera Wrena a patřil mezi velké intelektuály své doby. Nemoci jako hysterie, melancholie a hypochondrie chápal jako poruchy nervového vedení – choroby mozku. Pojmu psychiatrie poprvé použil Johann Christian Reil (1759–1813) v roce 1808 pro lékařství, které se zabývá chorobami duše. Reil bývá počítán mezi romantické »psychiky«, kteří na rozdíl od »somatiků« vycházeli ze svébytnosti duševních procesů a vztahu léčby duševních poruch k morálce a učení. Nicméně věřil, že »duše nemá žádnou energii než tu, která je odvozena z mozku, jenž ji musí vyrábět«. Psychiatrii, chápanou jako využití psychologických prostředků k ovlivnění nemoci, pokládal spolu s postupy chirurgickými a medicínsko-farmakologickými za jeden ze základních pilířů léčby všech onemocnění. Vyhraněné stanovisko k propojení mezi duševní nemocí a mozkiem bývá od poloviny 19. stol. shrnováno do prohlášení »Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten« (duševní nemoci jsou nemoci mozku), které je obecně (i když nepřesně) připisováno Wilhelmu Griesingerovi (1817–1868), zakladateli berlínské psychiatrické kliniky Charité. Griesinger byl velkým obhájcem medicínského charakteru psychiatrie a ukotvení péče o duševně nemocné v medicíně.

Psychiatrie a neurologie se přes příbuzné kořeny a podobné zájmy občas střetávaly při stanovení hranic oblastem, které pokládaly za legitimní předmět své odbornosti a zájmu. Na dvou známých velkých postavách těchto oborů lze dobře ukázat, jak byly tyto obory u kořenů srostlé a jak se ovlivňovaly. Jean-Martin

Charcot (1825–1893), francouzský neurolog, učinil z nemocnice v Salpêtrière středisko studia hysterie a získal pozornost veřejnosti demonstracemi, které ukazovaly na propojení psychologického působení (hypnózy) a onemocnění »nervů« (hysterie). Neurologové i psychiatři znají z učebnic obraz francouzského malíře Andrého Brouilleta *Klinická přednáška v Salpêtrière* (obr. 1.1.), na kterém Charcot předvádí před shromážděním významných neurologů a psychiatrů své doby hysterické příznaky na své oblíbené pacientce Blanche Wittmanové. Obraz byl vystaven v pařížském Salonu v roce 1887. Kromě neurologů až v pozdějších dobách proslavených, Josepha Julese Babinskiho (stojí za pacientkou) a Georgese Gillese de la Tourette (sedí na kraji první řady), jsou na něm i pozdější významní francouzští psychiatři. Není na něm ale vyobrazen druhý významný reprezentant vzájemného ovlivňování neurologie a psychiatrie, Sigmund Freud, který v tu dobu u Charcota pobýval na stáži. Původně experimentální neurolog a neurofarmakolog, Sigmund Freud (1856–1939), se stal významnou postavou psychiatrie a kulturním emblémem první poloviny 20. století. Vypracoval komplexní teorii psychologicky srozumitelné geneze psychopatologie a terapeutický postup u duševních poruch – psychoanalýzu, které psychiatrii výrazně ovlivnily. V počátcích své cesty k psychoanalytickému učení chtěl Freud poskytnout psychologii oporu v neurologii a vytvořit jakousi obdobu dnešní neuropsychologie, či lépe neurověd. Freudovy časně práce shrnuté do sborníku *Project for Scientific Psychology* ukazují na jeho původní aspiraci. Psychoanalýza



Obr. 1.1. Obraz francouzského malíře A. Brouilleta *Klinická přednáška v Salpêtrière*, zachycující Charcota a další významné neurology a psychiatry

sama se však výrazně podílela na tom, že se oba obory od sebe vzdálily. Personální propojení obou oborů se ale netýká jen postav, jejichž význam překročil hranice medicíny. Významných neurologů a zároveň psychiatrů je v 19. a 20. století dlouhá řada. Jsou mezi nimi jména jako například Gustav Meynert, Alois Alzheimer, Gilles de la Tourette, Pierre Janet, Hermann Oppenheim, v Čechách Arnold Pick, Ladislav Heveroch a Otakar Janota. Nepřekvapí to, vezmeme-li v úvahu, že řada poruch nervového systému, kterými se neurologie nebo psychiatrie zabývají, se překrývá. Pro dělbu práce mezi neurologem a psychiatrem je obtížné najít jasná obecná kritéria. Do druhé poloviny dvacátého století se psychiatri z velké části a u většiny »velkých duševních poruch« opírali o patologickou anatomii mozku. Tradičně se zabývali a zabývají progresivní paralýzou a taboparalýzou, epilepsií, chronickými nemocemi obvykle vyžadujícími dlouhodobou ústavní péči, tedy neurodegenerativními a vaskulárně zapříčiněnými demencemi. Řada neurologů za samozřejmou oblast zájmu pokládala a dodnes pokládá neurotické příznaky, dříve považované za reverzibilní a »funkční« (od neurastenie v minulosti po panickou poruchu dnes).

Vztahy mezi neurovědními obory v naší zemi dobře ilustruje historie jejich spolkového života. Purkyňova společnost pro studium duše a nervstva, společná pro neurologii i psychiatrii, vznikla v roce 1919 a přetrvala do roku 1951. Diskuse o jejím rozdělení na nezávislé oborové společnosti pro psychiatrii a neurologii probíhaly již od doby po skončení druhé světové války. Návrh na rozdělení sice členstvo v tu dobu neschválilo, ale schůze společnosti probíhaly odděleně pro psychiatrii a neurologii. V roce 1951 vstoupila Purkyňova společnost pro studium duše a nervstva do nově vzniklé jednotné České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP). Tomu však předcházela intenzivní schůzovní činnost se střídajícími se návrhy, aby společnost vstoupila jako dvě nezávislé odborné sekce (návrh prof. Kamila Hennera) nebo aby se stala členem ČLS JEP jako jediná sekce (návrh dr. Ferdinanda Knoblocha). Nakonec zvítězil návrh přestoupit do České lékařské společnosti jako společnost dvouoborová; k definitivnímu rozdělení neurologie a psychiatrie do dvou nezávislých sekcí ČLS JEP došlo o dva roky později, v roce 1953. Rozdělení společného časopisu na samostatnou Československou neurologii a Československou psychiatrii v roce 1956 pak formální rozdělení odborné společnosti dokončilo.

Vznik samostatných odborných časopisů završil historii společného časopisu, poznamenanou četnými změnami názvu. Revue pro neurologii, psychiatrii, fyzikální a dietetické léčení začala vycházet v roce 1904. Redaktorem i nakladatelem nového odborného periodika byl prof. Ladislav Haškovec (1866–1944), první řádný profesor neurologie v Československu. V letech 1926–1938 se název ustálil na Revue v neurologii a psychiatrii, po okupaci pohraničí se neurologie a psychiatrie sdílené periodikum krátce nazývalo Neurologie a psychiatrie česko-slovenská a během válečných let pak jenom Neurologie a psychiatrie česká. Po válce se vrátil název Neurologie a psychiatrie československá.

1.2. Co neurologii a psychiatrii dělí?

Vztah obou oborů a jeho zápletky výrazně ovlivňovalo a stále ovlivňuje několik faktorů, z nichž některé neurologii a psychiatrii k sobě přibližují, některé je navzájem oddalují. Dva rozdělující vlivy mají zřejmě výjimečné postavení. Jedním je historický rozdíl v metodě vyšetřování pacientů, způsobu interpretace nálezů a roli psychologie při diagnostice a terapii. Je to vliv, který je v současnosti vývojem psychiatrie a neurovizuálních metod do značné míry překonán. Druhým, prakticky závažnějším faktorem, je stigma duševně nemocného pacienta a jeho důsledky pro psychiatrii.

Neurologická diagnóza vycházela a vychází především z fyzikálního vyšetření pacienta, které se opírá o smyslová data získaná inspekcí, auskultací, palpací a manipulací pacienta. Opírá se o příznaky smyslům dobře přístupné, které jsou bezprostředně zjištělné, kvantifikovatelné a málo závislé na interpersonálních a sociálních okolnostech. Jednoduchými podněty neurolog vybavuje známky onemocnění, které usnadňují lokalizaci obvykle neuropatologicky identifikovatelné léze nebo lézí. Neurologie si brzy osvojila pomocné metody, které měly pro identifikaci takových lézí velký význam, a tak se formovala neuroradiologie, klinická elektrofyziologie a likvorologie. Psychiatrie naproti tomu, vedle fyzikálního vyšetření pacienta, pěstovala a zdokonalila vyšetření opírající se o pozorování chování a popis prožívání v první osobě, interpretované s využitím empatie a introspekce. Výsledky takového vyšetření je obtížné spolehlivě kvantifikovat, ale dnes to hodnotící škály v rukou odborníka umožňují. Obecná psychopatologie a operacionalizovaná diagnostika usilují o pragmatickou klasifikaci psychiatrických chorobných příznaků a duševních chorob. Domnělá vysoká míra subjektivní spojovaná s psychiatrickým vyšetřením bývá považována za metodickou slabost oboru, protože se opírá o komunikaci pod volní kontrolou pacienta a podléhá řadě okolností a vlivů, které vyšetřující lékař nedokáže přesně interpretovat. Empatie a analýza sociálního kontextu se pro diagnostiku zdály příliš »měkkými« a málo specifickými zdroji dat. Dnes jsou známy argumenty svědčící pro adaptivní roli empatie a její přítomnost i u experimentálních zvířat a pro její pravděpodobné spojení se »zrcadlovými neurony«. Získávání vybraných důležitých údajů z interpersonálního a sociálního prostředí je pro organismus a jeho rozhodování významem srovnatelné se získáváním smyslových dat o vybraných charakteristikách fyzikálního a chemického prostředí. Také role sociální hierarchie a komunikace u zvířat v experimentu i ve volné přírodě svědčí pro skutečnost, že subjektivní interpretace interpersonálních a sociálních dat je neurobiologický proces, který je pro organismus podobně citlivým zdrojem významných informací jako data ze smyslových orgánů. Psychiatrovo hodnocení chování a empatické porozumění zkušenosti pacienta, sdělované v první osobě, je zdrojem obdobně relevantních informací jako fyzikální vyšetření spoléhající se pouze na naše smysly.

K vzájemnému nedorozumění přispělo i rozdělení duševních chorob v akademické i praktické psychiatrii na funkční a organicky podmíněné. Promítá se do něj

vliv dualistického dělení celku lidské existence na nezávislé duševní a tělesné bytí či »světy«. Funkční onemocnění v psychiatrii neznamena onemocnění psychogenní; označuje, podobně jako pojem »endogenní«, onemocnění, jehož organická příčina není známa.¹ Jak pojem funkční poruchy, tak pojem endogenní psychózy psychiatrie opustila, i když se s nimi loučí jen pomalu. Opustila je proto, že vývoj psychofarmakologie, genetiky, neurochemie a technologický vývoj elektrofyziologie a zobrazovacích metod vedl k velkému množství argumentů svědčících pro neurobiologický podklad chorobných duševních stavů. Důkazy svědčí o tom, že schizofrenie, která byla ještě po polovině dvacátého století mnohdy považována za výsledek selhání komunikace v rodině, důsledek výchovného nebo sociálního protiventství, je složitá choroba, u které stejně jako u jiných složitých onemocnění známe argumenty pro genetickou podmíněnost a morfologické, biochemické i fyziologické odchylky s nemocí spojené. Další komponentou tohoto faktoru, který přispěl k vzájemnému oddálení oborů psychiatrie a neurologie, byl vliv psychoanalýzy, která se zejména kolem poloviny dvacátého století stala na mnoha místech dominantním přístupem k duševním onemocněním. Psychologizace vzdělala psychiatrii medicíně, která ve stejné době prožívala expanzi laboratorní a přístrojové diagnostiky a odrazovala lékaře ostatních oborů včetně neurologie svým specifickým slovníkem, spekulativním charakterem interpretace nálezů i nároky, které kladla na výcvik a čas.

Pod tlakem přibývání nových, ale stále ne dostatečně a srozumitelně provázaných poznatků o neurobiologii řady psychiatrických onemocnění vzniká potřeba vrátit se k jejich klasifikaci a přepsat tradiční nozografii založenou na starých klinických přístupech k diagnostice. Protože většinu neurobiologických vyšetřovacích postupů sdílí dnes psychiatrie s neurologií a zájem oboru se do značné míry přesouvá od psychologie osobnosti a příběhu pacienta k hodnocení neurokognitivních funkcí, zdá se, že doba pro sblížení neurologie a psychiatrie je opět příznivější.

Druhým významným podnětem k oddělení neurologie a psychiatrie je stigma s psychiatrií spojené. Stigma je obecným problémem, který nastává ve chvíli, kdy diagnostické označení převáží svým významem ve společnosti nad ostatními informacemi o konkrétní osobě a stane se hlavním východiskem pro stereotypní a často diskriminující posuzování nemocného jednotlivce. Není problémem čistě psychiatrickým a vede k tomu, že se z medicínské diagnózy stává metafora, která svou silou začne ovlivňovat život člověka a postoj společnosti k němu. Omezuje nemocnému prostor pro souboj s onemocněním. Stigma duševně nemocných je složitý fenomén. Diskriminuje pacienty s duševní chorobou, zhoršuje jejich šanci

¹ Oba dva pojmy pocházejí z prostředí německé psychiatrie, oba zformulovaly osobnosti, které jsou významné pro historii obou oborů a jsou považovány za neurology i psychiatry zároveň. Pojem funkční psychózy zmiňuje zřejmě poprvé berlínský psychiatr Emanuel S. Mendel (1839–1907). Pojem endogenní a exogenní zavedl do psychiatrie významný zastávce sloučení neurologie s psychiatrií, lipský docent Paul J. Möbius (1853–1907), známý svými patografiami významných německých intelektuálů.

najít práci a brání sociální readaptaci. Je také spojeno s horší prognózou. Pro společnost jako celek však může stigma mít signální a obrannou funkci, která ve složitě sehraném společenském mechanismu brání vzniku problémů v důsledku sehlání s chorobou spojeného. Iracionální stigma je třeba odstraňovat a bránit jeho důsledkům. Sociální rehabilitace psychiatrických pacientů má být zaměřena také na zmapování a maximální rozšíření jejich kompetence ve společenském a pracovním životě, podobně jako fyzioterapie pomáhá vymezit kompetence související s tělesným handicapem.

1.3. Kam s psychiatrickými pacienty?

Se stigmatem psychiatrie souvisela snaha duševně nemocné od ostatních lidí segregovat v ústavech, které umožňovaly jednak jejich dlouhodobou léčbu, jednak izolaci, která byla pokládána za prospěšnou jim i ostatním. Souhra důvodů společenských (separace neusedlých osamělých podivínů a »bláznů« v centralizovaných útulcích spravovaných městem nebo státem), hospodářských (levná půda, potřeba dostupnosti péče mimo velká města) i medicínských (léčebná bezradnost, obavy z duševně nemocných) vedla k tomu, že se péče o duševně nemocné po dlouhé období uskutečňovala odděleně od nemocniční péče o ostatní pacienty. Dlouhodobá institucionální péče byla často spojena s chronifikací a hospitalismem, které souvisely jednak s monotónní jednotvárností podnětů, jednak s jejich malou dostupností. Překonávání těchto obtíží ale vedlo k péči o duševně nemocné, při které se uplatňovaly postupy medicínské, psychologické i edukační, a znamenalo pro ošetřovatelství a terapii v medicíně nové podněty. Přesto separace duševně nemocných napomáhala stigmatizujícímu stereotypu výjimečnosti, nebezpečnosti a nevléčitelnosti. Snaha vrátit duševně nemocné blíže medicínskému prostředí především znamenala zřídit pro ně, na rozdíl od uzavřené léčebny, otevřené nemocniční oddělení. U nás proběhla na toto téma pozoruhodná diskuse v roce 1944 na stránkách Neurologie a psychiatrie české. Primář Psychiatrické léčebny v Kroměříži, MUDr. František Segeta, sepsal zasvěcený článek požadující podporu pro zřízení neuropsychiatrických oddělení při okrskových nemocnicích. V tu dobu již existovala neurologicko-psychiatrická oddělení v Praze v nemocnici na Bulovce s 60 lůžky a v Plzni, kde bylo k dispozici 43 lůžek. Tato svého druhu průkopnická zařízení zřídili v roce 1931 v Praze prof. Otakar Janota a v Plzni o pět let později MUDr. Eugen Vencovský, pozdější profesor a přednosta plzeňské psychiatrické kliniky. Primář Segeta argumentoval především tím, že v nemocnici lze lépe poznat okolnosti pacientova onemocnění a více se dozvědět o prostředí, ze kterého pochází. Pacienta lze podle Segety na nemocničním oddělení »*snáze a bez ohlašování úřadům přijmout i propustit*«. U duševně nemocného sice mohou v nemocnici vzniknout důvody k omezení jeho volnosti, má ale velký prospěch ze soužití s duševně zdravými. »*Obtíže a omezení*« vznikající při péči o duševně ne-

mocné spolu s neurologickými pacienty Segeťa připouštěl, ale argumentoval, že zatěžující a depresivně působící může být i soužití s těžkými neurologickými pacienty. V nemocnici navrhoval zřídit společná oddělení, *»kde by jistá omezení ... byla dána v nemocničním řádu«*. Nemocní by je přijali výměnou za lepší podmínky pobytu, než jaké jsou v léčebném ústavu. Na oddělení by se pamatovalo na izolační místnost pro *»horečnatá a postkomoční deliria, mráкотné epileptické stavy a akutní alkoholické stavy«*. Domníval se, že s výjimkou *»čistě maniakálních stavů«* a odvykáací léčby narkomanů a alkoholiků může podobné oddělení sloužit všem psychiatrickým pacientům. Zatímco věta *»Schizofrenní se drží do pevného stanovení diagnózy a po neúčinné léčbě šokové přeloží se do uzavřeného ústavu«* byla před necelými 70 lety pochopitelná a asi nezbytná, dnes bychom podobný výrok použili opatrně. Velkou výhodou pro duševně nemocné i pro neurologické pacienty bude v nemocnici dostupnost mezioborových konzilií. Segeťa podrobně popsal vybavení a technické detaily zařízení neurologicko-psychiatrického oddělení a zmínil se i o řešení závažného psychiatrického neklidu: *»Věc omezování je pro duševně chorého věcí nutnosti. Je-li nebezpečí ohrožení sebe, jest i ochranná kazajka, omezující pohyb rukou, část terapeutického zákroku, jako je obdobně fixační obvaz v chirurgické praxi. Proto i omezení na odděleních, kde jsou duševně chorí, nespadá pod právnícký pojem osobního omezování.«*

Tento článek vedl k rychlé a rozhodné reakci prof. Kamila Hennera, dlouholetého přednosta pražské neurologické kliniky. *»Kdyby došlo k realizaci oddělení podle návrhu prim. Segeti, nemocní neurologičtí by utrpěli při svém ošetřování zřejmou újmu,«* píše. A dále: *»Protože neurologičtí nemocní nejsou přijímáni do ústavů, nýbrž do nemocnic, nemají ze společného oddělení žádný prospěch a zapotřebí je především zřizování neurologických oddělení a snad i oddělených otevřených oddělení psychiatrických. Neurologičtí pacienti by byli hospitalizací na psychiatrii zbytečně traumatizováni, zbytečně deprimováni a iritováni a jejich osobní svoboda omezena bez jejich přičinění. Nutno protestovat proti tomu, aby prostředím psychotiků se vychovával u neurologických nemocných komplex méněcennosti.«* Henner *»slyší námitky unitaristů, tzv. neuropsychiatrů«*, že jde o choroby téhož systému. Dle jeho přesvědčení se ale *»o choroby v dutině břišní také nepečuje na odděleních chirurgicko-gynekologických«*. Specializace je důsledkem pracovní ekonomie, která by byla společným oddělením narušena. Přitom ale *»je samozřejmé, že neurolog musí být i též psychologem. Stejně jako psychiatr má dnes zájem i na somatu a humorální patologii ... vztah pracovní mezi odděleními neurologickým a psychiatrickým musí být co nejtěsnější, nezbytno, aby neurolog dovedl oceňovat psychické příznaky svých pacientů a aby je podrobně psychicky vyšetřoval tam, kde je toho třeba. ... jsou i psychické příznaky, které samy o sobě určují topickou diagnózu (unciformní krize, moria, dreamy states aj.)«*. Ale shrnuto krátce – neurologové a neurologická oddělení jsou zapotřebí více, mají více pacientů, mohou se o ně postarat dobře sami a nedají se strhávat zpět a nebudou ztrácet pacienty v důsledku spojení s psychiatrickou péčí. Diskuse na stránkách společného periodika pokračovala s nemenším zápallem. Prof. Otakar Janota, přednosta neurologicko-psychiatrického oddělení na

Bulovce, napsal na Hennerův článek odpověď, v níž se vyrovnává s většinou jeho argumentů. Myšlenku neurologicko-psychiatrického oddělení a společné péče neurologů a psychiatrů o nemocné rozdělené na neurologické a psychiatrické výmluvně brání. Nevěří, že existují »čistá« neurologická a »čistá« psychiatrická oddělení.

»Přijde těžký komoční stav: několik dní je nemocný delirantní, tudíž ›psychiatrický‹, dále pak ›neurologický‹. Hemiplegie s psychomotorickým neklidem potřebuje neurologa jako psychiatra. Perniciózní anemie s poruchami nervovými i psychickým depresivně-paranoidním syndromem. Kam s ní? Roztroušená sklerosa s výraznou depresí, mozkový nádor s psychickými poruchami. Korsakovův syndrom. Tabes s incipientní paralýzou, epilepsie s psychickými poruchami. Akutní otravy ... onemocnění takřka výhradně neurologická. Jenže z největší části jde o suicidální pokusy z lehké nebo vážnější duševní poruchy. Psychoneurastenikové s hysterickými reakcemi, s obsesemi, fobiemi a s různými neurotickými příznaky při vyjádřených i skrytých depresích potřebují nesporně psychiatrické péče, ale právě oni by chodili šmahem především na oddělení neurologické, nikoliv na psychiatrické. Neurologie si nechce nechat bráti právo na tyto nemocné, protože mívají současně poruchy v oblasti vegetativního nervstva.« Janota věří, že »nestačí, aby neurolog byl jen dobrým psychologem, jak praví Henner, nýbrž právě o to jde, aby byl též dobrým psychiatrem«. Ohledně protivenství, které by neurologičtí nemocní trpěli na takovém smíšeném oddělení, staví svou zkušenost: *»Mluví-li se již o škodách nervových nemocných, nelze nevzpomenout, že zas někteří depresivní pacienti nesnášejí dobře těžké mozkové nádory, roztroušené sklerosy mozkomíchové apod. Arci je to nepodstatné ... naopak zase nikdo nedovede povznést náladu na pokoji s převahou vážnějších chorob nervových tak, jako deprese zlepšená elektrickými šoky. Celkem je tu v praxi mnohem méně nespokojenosti a nesnázi, než se myslí...«* Diskuse pak ještě pokračovala, aniž by při vši vzájemné zdvořilosti a úctě účastníci něco příliš slevili ze svých postojů. Hennerova autorita, ale i doba a pohodovější využití přístrojové diagnostiky v neurologii pak vedly ke skutečnému vývoji – tak jak ho Henner předvídal. Diskuse ukazuje, že stigma psychiatrických pacientů a převládající metody péče vstupovaly i do racionálně vedených debat odborníků. Je z ní možno vyčíst, že některé odvážné vize 40. let 20. století jsou zásluhou pokroku psychiatrické péče a medicíny dnes v mnohém skutkem. Jádro diskuse a řada argumentů ale zůstávají aktuálními.

1.4. Co neurologii s psychiatrií spojuje?

Neurologické i psychiatrické choroby mají příznaky tradičně považované za doménu druhého oboru a neurologie i psychiatrie dnes také sdílejí a někdy odděleně kultivují vyšetřování a terapii takových projevů nemocí, které jsou považovány za předmět odbornosti druhé specializace.

Nemoci doprovázené psychopatologií, jako je Parkinsonova nemoc, Huntingtonova chorea, Wilsonova hepatolentikulární degenerace a další onemocnění s psychotickým fenotypem, jsou poruchy, u kterých by spojení znalostí a dovedností neurologie a psychiatrie přineslo nemocným prospěch v rychlosti i přesnosti diagnostiky. Vzácnější nemoci, jako je třeba Niemannovo-Pickovo onemocnění typu C, delirium při sarkoidóze nebo některé formy katatonie, nemusí být samotným psychiatrem nebo neurologem rozpoznány. U řady poruch může být často dílem náhody, který specialista je uvidí první. Příkladem takových chorob mohou být některé mozkové tumory.

Profesor Karel Popěk z Kliniky chorob duševních a nervových Masarykovy univerzity v Brně v článku *Syndrom nádorů spánkových laloků*, který vyšel v *Neurologii a psychiatrii československé* v roce 1938, píše mimo jiné: *»Příznaky nádorů temporálních laloků náleží zčásti do oblasti duševna a jejich studium přispělo značně k řešení mnohých problémů psychiatrických, zvláště pokud se týká lokalizace některých psychických symptomů. Je jistě paradoxní, že to byl vlastně rozvoj neurochirurgie, který oplodnil a utužil dávný svazek obou sesterských disciplín, psychiatrie a neurologie.«*

Prolínání příznaků onemocnění, které jsou předmětem péče jednotlivých oborů, prakticky působí jako obory sblížující síla. U roztroušené sklerózy mozkomíšňní je celoživotní prevalence poruch nálady odhadována na 40–50 %. Mohou se vyskytnout i kognitivní změny a psychotické epizody, pravděpodobně ve spojení s léčbou. Epilepsie může být provázena interiktálními a postiktálními psychotickými stavy, epileptickými interiktálními rozladami a změnami kognice i osobnosti. Také samotné komplexní fokální záchvaty se mohou manifestovat psychiatrickou symptomatikou, která se lépe posuzuje na pozadí zkušenosti společné mezioborové výchovy nebo mezioborového týmu. Růžička zmiňuje, že výskyt halucinací a deprese byly u parkinsoniků popisovány již koncem 19. století. Ve svém přehledném článku udává výskyt deprese u více než 50 % nemocných. Vyskytuje se však i hypománie. Dilley s Flemingem uvádějí ve svém přehledu psychiatrických komplikací neurologických onemocnění zhruba 20% frekvenci především vizuálních pseudohalucinací a halucinací, a v některých přehledech až 30% frekvenci paranoidních bludů. Vyskytuje se často chorobná úzkost a především u starších pacientů také kognitivní a motivační úpadek. Po prodělané cerebrovaskulární příhodě se odhaduje průměrná prevalence deprese na 25 %, stejně jako prevalence úzkostných poruch. Pětina pacientů je apatických, aniž vykazuje jiné příznaky deprese, čtvrtina nemocných má kognitivní změny. Zřídka se vyskytne i mánie a psychóza. Psychiatrické příznaky jsou spojeny i s traumaty mozku. Finská retrospektivní katamnestická studie šedesáti pacientů s traumatickým poškozením mozku zjistila po třiceti letech nové onemocnění závažnou depresí u 27 % pacientů, deset pacientů (16,6 %) trpělo úzkostnou poruchou (panickou poruchou nebo specifickou fobií) a čtyři pacienti (6,7 %) onemocněli psychózou. U více než poloviny pacientů z tohoto souboru byla nově diagnostikována porucha osobnosti – jednalo se o diagnózy emočně nestabilní poruchy osobnosti hraničního typu,

obsedantně-kompulzivní, paranoidní, úzkostné nebo antisociální poruchy osobnosti. U dalších 13 % byla zjištěna závislost na návykových látkách.

Neurologie a psychiatrie se již o řadu poruch starají společně. Stále více a úměrně pokroku v objasňování jejich patofyziologie i rostoucí naději na preventivní nebo včasný terapeutický zásah se neurologie zajímá o neurodegenerativní demence a kognitivní poruchy obecně, ač byly donedávna předmětem zájmu a péče psychiatrů a především gerontopsychiatrů. Diferenciální diagnóza katatonického syndromu je bez spolupráce neurologa a psychiatra obtížně představitelná. Společným zájmem obou oborů jsou také kvalitativní poruchy vědomí, především deliria. Zatímco psychiatrie se obvykle starají o alkoholická odvykací deliria, neurologové mají rostoucí zájem o deliria spojená s naléhavou péčí o interní a chirurgické pacienty. Také pacienti s poruchami spánku, s nespavostí, ale například i s narkolepsií provázenou hypnagogickými halucinacemi, spánkovou obrnou nebo kataplexií tvoří společnou klientelu obou oborů. Společný předmět zájmu pro neurology a psychiatry může přesahovat úroveň popisu a klinického uvažování. Příkladem je závažné onemocnění hybnosti – Parkinsonova choroba a závažné onemocnění zpracování a integrace informací – schizofrenie, které se vyznačují dysfunkcí dopaminergního neuropřenosu. Dopaminergní neurotransmise je významná v různých systémech a procesech, které zkoumají experimentální neurovědy. Při sdílení erudice a klinické zkušenosti obou oborů lépe porozumíme, jakým způsobem spolu souvisí.

Neurologové a psychiatři sdílejí také řadu farmakoterapeutických postupů. Neurologové stále častěji indikují antidepresiva a získávají také větší zkušenost s indikací antipsychotik u organických psychotických poruch i u poruch chování při demenci a deliriu. Sdílejí s psychiatry indikace kognitiv. Psychiatři indikují některá antiepileptika jako účinná thymoprofylatika. Díky spolupráci s neurology a neurochirurgy získávají zkušenosti s použitím hluboké mozkové stimulace k léčbě těžkých rezistentních depresí a obsedantně kompulzivních poruch. Úspěšná stimulace v předním cingulu (BA 25) provedená v Torontu skupinou Maybergové, Lozana a Kennedyho u léta trvajících suicidálních depresí svědčí pro možnost cílených chirurgických zákroků, tolerovaných lépe než leukotomie, vykoupené změnami osobnosti. Mezi změny příznivé pro sblížení obou oborů lze počítat také rozvoj neuropsychologie a psychiatrické i neurologické rehabilitace. Ty se stále více zaměřují nejen na rehabilitaci pohybovou, ale také kognitivní a funkční.

1.5. Spojit, či odloučit?

V roce 2001 vyšel v rubrice Reviews renomovaného periodika *British Medical Journal* »osobní pohled« Mary Bakerové, prezidentky Evropské asociace Parkinsonovy nemoci, a Matthewa Menkena, reprezentanta World Federation of Neurology. Text měl výzývavý název *Time to abandon the term mental illness* (Je čas

opustit pojem duševní nemoci). Podle autorů miliony lidí poškozují tvrzení, že některá onemocnění mozku nepatří mezi onemocnění tělesná. Takové tvrzení pokládají za nevědecké a zavádějící. Lékařství podle nich zastupuje klinickou medicínu a veřejné zdraví, zatímco filozofický koncept duše spadá do oblastí ontologie, filozofické psychologie a epistemologie, a diskuse o něm patří filozofům a teologům. Neurologie a psychiatrie, říkají autoři, musí skončit se schismatem, které je ve dvacátém století rozdělilo. Má to ovšem háček. Pokud by onu (větší) část psychiatrie, která je spojena s nemocemi mozku, převzala neurologie, medicína by přišla o dovednosti a znalosti, které jsou přínosem psychiatrie. Mezi ty patří zkušenost, jak na pacienta působí vlivy sociální a interpersonální, a porozumění vztahu mezi prožíváním a chováním nemocného a mozkovou dysfunkcí. Důležitá je také zkušenost, jak účinně ovlivňovat chování a prožívání pacienta a tím i průběh onemocnění psychologickými prostředky, psychoterapií.

Sjednocující tendenci klinických neurovědních oborů lze chápat jako logický důsledek širokého přijetí monistického přístupu k problému myslí a těla. Takový přístup zahrnuje i překonání rozdílu mezi vahou subjektivních zkušeností, respektive prožitkem sdílitelným v první osobě, a objektivním popisem. Současné neurovědy poskytují stále zřetelnější argumenty pro těsné propojení myslí a mozku. Zobrazovací metody, monitorující regionální funkční aktivitu mozkového kortexu, umožňují zachytit stav myslí pacientů při různých kognitivních úkolech či v emočně angažovaných situacích, dokonce i v »minimálně vědomém stavu«. »Radostná fyzická aktivita« podporuje neuroneogenezi v hipokampálních buňkách. Mozek je plastický orgán a poznatky o neuroneogenezi u experimentálních zvířat přinášejí argumenty pro spojení mozkových morfologických změn s aktivitami, které přinejmenším hypoteticky odrážejí stav myslí. Monistický pohled na vzájemný vztah myslí a mozku neznamena zredukování duševních dějů na děje molekulární, chemické nebo fyziologické. Znamená akceptování skutečnosti, že mnohovrstevná a vzájemně se ovlivňující děje provázející subjektivní prožívání lze popsat na různých popisných úrovních a z různé perspektivy – od popisu v první osobě po mapování genové exprese. Hierarchie těchto dějů není známa. Pro jejich popis není vhodný model lineárního kauzálního vztahu, ale složitá a měnící se síť vzájemně propojených vlivů. Zastánci nezávislosti a zásadního oddělení mozku a myslí, dualisté, jsou mezi neurovědci v menšině.²

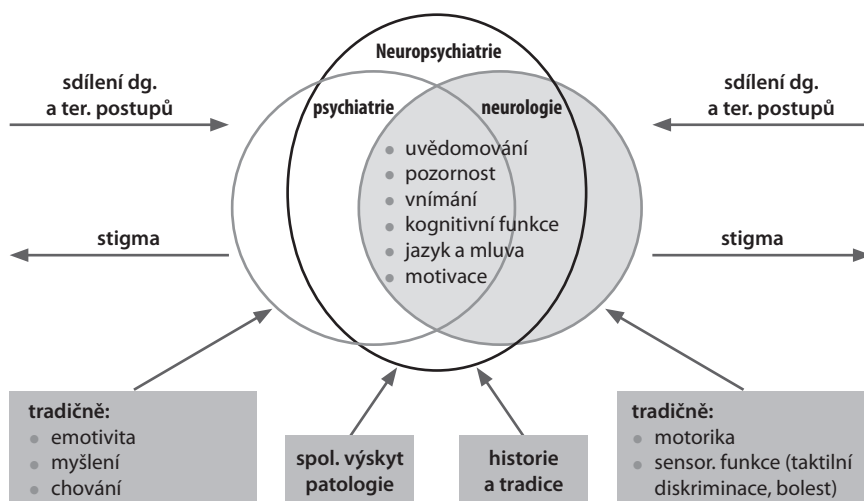
Argumentům ve prospěch těsného propojení mozku a myslí je věnováno mnoho knih a není posláním této kapitoly je shrnout.

Vztahy mezi neurologií, psychiatrií a neuropsychiatrií se značí zachytit obrázek 1.2.

² Je vhodné zmínit například vyhraněnou interakcionistickou představu australsko-britského neurofyziologa Johna Ecclese (1903–1997). Eccles, který byl nositelem Nobelovy ceny za práce o přenosu vzruchu na synapsi a v nervovém vláknu, pokládá vědomí za důsledek interakce mezi nehmotnou duší a funkčními kortikálními moduly v levé hemisféře. Dualismus, dovedený v praxi do důsledků, podporu pro samostatnou existenci psychiatrie jako součásti přírodovědně založené medicíny neposkytuje.

Zjednodušeně lze poruchy, které jsou více v centru pozornosti neurologů, charakterizovat jako poruchy hybnosti a čítí. Naopak poruchy, kterým se věnují psychiatři a psychopatologie, zahrnují oblast myšlení, emotivity a chování. Oba obory se při vyšetřování »svých« nemocných nevyhnou posuzování jejich bdělosti, pozornosti, vnímání, motivace, kognitivních funkcí a řeči. Ty oblasti neurologie a psychiatrie, které diagram nezahrnuje do společné množiny neuropsychiatrických poruch, představují styčné území s jinými odbornostmi nebo profesemi. V neurologii se jedná například o periferní neuropatie a parézy. V psychiatrii spadá do této části grafu nejspíše většina adaptačních reakcí i reakce na závažný stres, pro které je psychologické poradenství někdy přiměřenějším zásahem než lékařská intervence. Také emancipace návykových nemocí jako samostatného oboru zatím neoddělila poruchy s nimi spojené od psychiatrické praxe. Jádrem neuropsychiatrické disciplíny zůstává porucha funkcí, která vyplývá z chorobně narušené aktivity mozku, ať už byly takové poruchy považovány za doménu neurologie, nebo psychiatrie.

Koncept neuropsychiatrie, nebo v analogii k pojmu neurověda někdy prosazovaný pojem klinická neurověda, je diskutován a více či méně klinicky přítomen v medicíně souběžně s tendencí k větší specializaci a zmnožení klinických medicínských oborů. Je-li stigma psychiatrie jedním z hlavních argumentů k rozdělení oborů, které se zabývají nemocemi mozku, pak společné příznaky neurologických a psychiatrických onemocnění a společné diagnostické a terapeutické postupy vracejí oba obory zpět k sobě. Společné kořeny obou oborů dokládá jejich personální propojení v devatenáctém a v první polovině dvacátého století. Ke společným základům patří i prolínání příznaků neurologických a psychiatrických. Sdílení diagnostických neurozobrazovacích, ale i likvorologických technik na jedné straně



Obr. 1.2. Vztahy mezi neurologií, psychiatrií a neuropsychiatrií

a sdílení léčebných psychotherapeutických a psychoedukačních dovedností a postupů na straně druhé je v zájmu obou oborů. Jejich oddělené pěstování ubírá na jejich významu pro pacienta i pro medicínu. Sbližování oborů především v oblasti narůstajícího podílu společné specializační přípravy a společných oddělení může oběma oborům prospět.

Kazuistiky jsou zajímavé v těch oblastech lidského poznání, které nelze shrnout do matematických formulí. Dobré kazuistiky vždy provázely a ilustrovaly učebnice lékařství i psychiatrie, protože umožňovaly sledovat souvislosti, které lze na základě jednorázového vyšetření obtížně předvídat. Psychiatrie je do velké míry stále závislá na analýze a interpretaci prožívání a chování. Psychopatologické příznaky přitom často nejsou pro diagnózu duševních poruch specifické. Zato příběh nemocného je prostorem, ve kterém lze sledovat a porozumět významu příznaků, jejich sdružování, závislosti na okolnostech a proměnlivosti v čase. Kazuistiky jsou svým způsobem do příběhu převedený experiment, prověřující diagnostické a terapeutické hypotézy lékaře.

Kazuistiky, které popisují příběh diagnózy a terapie nemocí na pomezí neurologie a psychiatrie, využívají zkušenost, metodické postupy a technologii obou příbuzných oborů. Neurologům takové kazuistiky poskytnou příležitost seznámit se s pacienty majícími potíže a příznaky nemoci za hranicemi jejich oboru a porozumět významu někdy neobvyklé terminologie. Psychiatrům ukazují, že využití citlivých postupů vyšetření mozku může vést k přesnějším diagnózám. Psychotické příznaky, afektivní poruchy i poruchy osobnosti mohou provázet neurologické nebo celosystémové tělesné poruchy a často jenom jejich kontext určuje, zda budou primárně předmětem péče psychiatrů, nebo jiných specializací. Jsou spojeny s dysfunkcí mozku, která může mít různou etiologii a může být předmětem péče neurologa nebo psychiatra, často v závislosti na náhodných okolnostech.

Kazuistiky v této knize jsou příspěvkem k tomu, aby se cesty neurologie a psychiatrie častěji setkávaly a sblížovaly, než rozcházely.

Autor děkuje zesnulému prim. MUDr. Pavlu Baudišovi, CSc., za ochotu a vydatnou pomoc při hledání pramenů k diskusi o zřizování společných neuropsychiatrických oddělení a vděčně na něj vzpomíná.

Literatura

- Baker M, Menken M. Time to abandon the term mental illness. *BMJ* 2001; 322: 937.
- Bilder RM, LeFever FF. Neuroscience of the mind in the centennial of Freud's project for a scientific psychology. New York: The New York Academy of Sciences, 1998.
- Brewerton TD. The phenomenology of psychosis associated with complex partial seizure disorder. *Ann Clin Psychiatry* 1997; 9: 31–51.
- Černý K. Dějiny České psychiatrické společnosti a jejích předchůdkyň (1919–1979). *Čes a slov psychiat* 2003; 99: 27–44.
- Dilley M, Fleminger S. Advances in neuropsychiatry: clinical implications. *Advances in psychiatric treatment*. 2006; 12: 23–34.

- Faltus F, Baudiš P. 100 let časopisu Česká a slovenská psychiatrie. Čes a slov psychiatri 2004; 100: 5–6.
- Freud S. Project for a scientific psychology (Entwurf der Psychologie). In: Jones E. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press, 1966; 1: 295–397.
- Henner K. Nikoliv návrh na neurologicko-psychiatrické oddělení při okrskové atd. nemocnici, nýbrž návrhy na samostatné oddělení neurologické a samostatné oddělení psychiatrické. Neurologie a psychiatrie česká 1944; 7: 217–226.
- Hoff P, Hippus H. Wilhelm Griesinger (1817–1868): his knowledge of psychiatric treatment and European perspective. Nervenarzt 2001; 72: 885–892.
- Janota O. Neurologicko-psychiatrické či samostatné neurologické a samostatné psychiatrické oddělení v okrskových nemocnicích? Neurologie a psychiatrie česká 1944; 7: 249–258.
- Kendler K. Toward a philosophical structure for psychiatry. Am J Psychiatry 2005; 163: 433–440.
- Koponen S, Taiminen T, Portin R, Himanen L, Isoniemi H, Heinonen H, Hinkka S, Tenovu O. Axis I and II psychiatric disorders after traumatic brain injury: a 30-year follow-up study. Am J Psychiatry 2002; 159: 1315–1321.
- Langford DJ, Crager SE, Shehrad Z, Smith SB, Sotocinal SG, Levenstadt JS, Chad ML, Levitin DJ, Mogil JS. Social modulation of pain as evidence for empathy in mice. Science 2006; 312: 1967–1970.
- Marx OM. German romantic psychiatry in Gach J Wallace ER. History of Psychiatry and Medical Psychology: with an epilogue on Psychiatry. New York, Springer 2008: 313–335.
- Mayberg HS, Lozano AM, Voon V, McNeely HE, Seminowicz D, Harmani C, Schwalb JM, Kennedy SH. Deep brain stimulation for treatment resistant depression. Neuron 2005; 45: 651–660.
- Pearce JMS. Neuralgia, Neurology, Neuro-. European Journal of Neurology 2006; 55: 59.
- Pichot P. A century of psychiatry. Paris: Edition Roche, Roger Dacosta 1983.
- Popek K. Syndrom nádorů spánkových laloků. Neurologie a psychiatrie československá 1938; 2: 53–62.
- Sapolsky RM. The influence of social hierarchy on primate health. Science 2005; 308: 648–52.
- Segeřa F. Návrh na neurologické a psychiatrické oddělení při okrskové, okresní nebo závodní nemocnici. Neurologie a psychiatrie česká 1944; 7: 206–216.
- Siegert RJ, Abernethy DA. Depression in multiple sclerosis: a review. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 2005; 76: 469–475.

2. Vyšetření pacienta s neuropsychiatrickým onemocněním

Dita Protopopová–Kalnická, Jiří Masopust, Aleš Urban, Martin Vališ, Zuzana Říhová

»Lékař poznává bohatost přírody skrze studium zdraví a nemoci, skrze nekončící množství způsobů lidské adaptace, kterými se lidské bytosti přizpůsobují a obnovují sami sebe, tváří v tvář výzám a proměnlivosti života.« (Oliver Sacks, 1995)

2.1. Úvod

Neuropsychiatrické vyšetření ve srovnání s běžným vyšetřením psychiatrickým klade větší důraz na kognitivní funkce, na vyšetření neurologické a na použití zobrazovacích metod (tab. 2.1.). Po provedení těchto vyšetření následuje úvaha, které neuroanatomické, neurofyziologické a neurochemické změny jsou na pozadí změn psychických.

Přístup k pacientovi s podezřením na neuropsychiatrické onemocnění se podobá skládání kamínků do mozaiky. Začíná se pečlivým odebráním anamnézy s důrazem na příznaky onemocnění a klinický obraz, historii a průběh onemocnění

Tab. 2.1. Struktura neuropsychiatrického vyšetření

Anamnéza a vyšetření	<ul style="list-style-type: none"> ● rozhovor (navázání kontaktu a získání anamnestických dat) ● somatické vyšetření ● neurologické vyšetření ● psychiatrické vyšetření ● vyšetření kognitivních funkcí (případně podrobné neuropsychologické vyšetření)
Pomocné metody	<ul style="list-style-type: none"> ● laboratorní vyšetření (včetně protilátek proti syfilis, HIV, koncentrace vitamínu B₁₂, kyseliny listové, hormonů štítné žlázy) ● toxikologické vyšetření ● EKG ● RTG plic ● EEG ● zobrazení mozku (CT, MR, popř. SPECT) – vyšetření mozkomíšního moku
Diagnóza	<ul style="list-style-type: none"> ● syndromy, hypotézy



Obr. 2.1. Joseph Francois Felix Babinski, francouzský lékař (1857–1932). Jeho bibliografie je rozsáhlá. Začíná pojednáním o tyfové horečce (1882) a končí studií hysterie (1930). Babinski pracoval s velikány francouzské neurologie Charcotem, Brissaudem, Pिरerrem Marie či Déjerinem. V roce 1903 popsal příznak vějíře prstů dolní končetiny. Publikoval také texty o cerebrospinální syfilidě, mozečkových příznacích a symptomech jako je asynergie, adiodochokineze, adipozogenitální dystrofie nebo unilaterální bulbární léze

v čase. Somatické, neurologické a psychiatrické vyšetření může pomoci k určení pravděpodobné diagnózy. Nedílnou součástí je i orientační vyšetření neuropsychologické. K potvrzení nebo vyvrácení pracovní diagnózy používáme doplňková vyšetření včetně objektivní anamnézy, podrobného vyšetření klinickým psychologem a zobrazovacích metod. V případě diagnostických nejasností může být přínosné pacienta pozorovat v průběhu krátké hospitalizace.

Na základě anamnézy a provedených vyšetření vytváříme hypotézy o příčinách obtíží. V úvahu je nutné vzít společné působení lokálních mozkových dysfunkcí, psychologického vývoje, sociokulturních faktorů, vliv prostředí a také konstituční a osobnostní charakteristiky každého jedince.

Uvedené postupy vedou ke složení mozaiky s obrazem onemocnění. Vzhledem k množství různých druhů onemocnění, překrývání příznaků a jedinečnosti každého člověka nemusí být výsledný obraz vždy úplně ostrý a jasný.

K současnému poznání klinických projevů neuropsychiatrických onemocnění jsme dospěli díky předchozím generacím neurologů a psychiatrů. Tito skvělí odborníci neměli možnost využívat dnešní moderní diagnostické postupy včetně zobrazovacích metod, a možná i proto byli dobrými kliniky, kladli důraz na anamnézu a vyšetření nemocného. Jedním z nich byl i Joseph Babinski (obr. 2.1.),



Obr. 2.2A, B.
Babinskiho příznak