

NĚKOLIK POZNÁMEK K PSYCHIATRICKÉ EPIDEMIOLOGII

MUDr. Hedvika Ersten

Pontianakstraat, Holland

Amsterdam, a zvláště velká část jeho části Východ, je výjimečná příležitost k seznámení se s tematikou rozdílných etnik. V následujícím článku nabízím praktické zkušenosti ze svého působení jako lékař-asistent na oddělení ambulanti psychiatrie. Tentokrát předkládám několik úvah o transkulturních aspektech psychiatrie a souvislosti etnicity a výskytu psychotických poruch.

Psychiatr. prax; 2008; 9 (3): 145–146

Že se psychotické poruchy schizofrenního okruhu obecně vyskytují častěji u imigrantů, bylo známo již dříve. Pokusím se tedy následně popsat, jaké vlivy se uplatňují při rozvoji těchto poruch u jiných etnik.

Klientela sociální psychiatrie ve výše zmíněné městské části se skládá ze tří významně zastoupených menšin: marocké (severoafričtí Berberři), turecké (obyvatelé pocházející převážně z východu Turecka a Anatólie), surinamské (obyvatelé karibských oblastí holandského království, z největší části kreolové).

Maročané a schizofrenie

Podle výsledků psychiatrických studií provedených před dvěma lety ve velkoměstských populacích se vyskytují poruchy schizofrenního okruhu u Maročanů žijících rozptýleně mezi holandskými obyvateli zhruba čtyřikrát častěji, než je tomu u Holanďanů. Surinamci a Turci mají cca dvakrát vyšší výskyt diagnostikované schizofrenie než místní holandská populace (4).

Jedná se o první i o druhou generaci migrantů (dětí migrantů, narozené a vychované v Holandsku).

Už příslušnost k etnické menšině jako taková bývá často spojena s více či méně subjektivními prožitky diskriminace, které jsou dalším významnějším rizikovým faktorem pro rozvoj psychózy (1).

Muslimská etnika mají obecně přirozenou snahu vytvářet diaspory. Dosud provedené epidemiologické výzkumy naznačují, že výskyt psychóz koreluje s mírou, do jaké je toto etnikum vystaveno kontaktu s původní populací, což by vysvětlovalo mnohonásobně vyšší výskyt u Maročanů žijících rozptýleně mezi holandskou většinou. Pozornost přitahuje zvláště druhá generace. Tyto děti migrantů, pokud jeví vyšší úsilí přizpůsobit se většině a adaptovat se na jiný životní styl, jsou konfrontováni s vyšší mírou stresu, který s sebou akulturace do jiné země obnáší.

U mladých Holanďanů z marockého etnika se výskyt psychóz zaznamenává čtyřikrát až jedenáctkrát častěji než u jejich vrstevníků z původní nizozemské populace (4).

Zároveň ze všech silně zastoupených menšin mají Maročané pravděpodobně nejvyšší zátěž. Týká se to jazykové rozdílnosti, výrazného rozdílu v psané podobě jazyka, životního stylu a systému hierarchie hodnot, který se drasticky liší od hodnot místní původní populace. Roli hrají také dřívější izolovaný životní styl jejich rodičů, původních Berberů z hor, stále ještě nezastupitelná přítomnost islámu ve všech aspektech života, důraz na autoritu a postavení rodiny v rámci společenstva i rozdílné rozdělení rolí uvnitř rodiny, které je daleko méně flexibilní. Toto vše je v nejostřejším kontrastu, jaký si je možno představit, s postmoderní holandskou západní společností, tu charakterizují rysy právě opačné: silný individualismus, odklon od náboženství a důraz na materiální hodnoty a osobní svobody.

Migrace jako taková je stresovým faktorem při snaze o zachování nukleární rodiny vůbec, takže se stává ještě častěji, že se původní rodina pod tímto náporom rozpadne a děti jsou vystaveny dalšímu stresu, protože jejich rodiče už nemohou využít navykých schémat při výchově dětí, které si přinesli ze své původní země. A tak je mladá generace zvláště marockých adolescentů vystavena jakémusi vakuu, neboť pro syny imigrantů je velmi těžké se v tomto kontrastu životních stylů a rolí dobře zorientovat. S kulturním dědictvím od rodičů nevystačí, a pokud se jim podaří pochopit a přijmout totálně jiný systém hodnot, bývá to za cenu už tak křehké duševní rovnováhy.

Není tomu tak, že by severoafrické etnikum jako takové mělo geneticky danou větší náchylnost k rozvoji psychotické poruchy, ta je v podstatě stejná, jako je tomu u jiných národů světa. Prozatím to vypadá, že jsou to adaptační problémy a socioekonomický status, které zapříčiňují vyšší nemocnost psychózou (zvýšení incidence jiných psychiatrických onemocnění z okruhu úzkostných poruch a poruch nálady nebylo zjištěno) (2).

Je známo, že u osob s potenciálně vyšším rizikem rozvoje psychózy působí dobře strukturované a stabilní prostředí jako ochranný faktor. Příklad marockých adolescentů ilustruje situaci, kdy tento ochranný faktor chybí.

Kazuistika

Pan S. (1987) je Maročan, narozený v Holandsku, druhé dítě z rodiny se čtyřmi dětmi. Celá rodina má holandské občanství, ale oba rodiče, ač žijí v Amsterdamu snad dvě desetiletí, mluví pouze marocky, takže ve vnějším kontaktu mimo vlastní komunitu jsou odkázáni na své děti. V jaké podobě proběhlo a jak dlouho trvalo prodromální stadium před viditelnou manifestací psychózy u našeho pacienta, není známo. Pan S. je žák středního odborného učiliště, dosud průměrně dobrý student a celkem bezproblémový syn. K bouřlivé dekompenzaci, která přitáhla pozornost rodiny a následně pohotovostní psychiatrické služby, došlo krátce před maturitou. Do situace musela zasáhnout i policie, neboť náš klient skákal na rušné křižovatce před jedoucím autem. Po tomto incidentu odešel na dvě noci bez zjevného důvodu z domu a bloudil po ulici, i když toto nikdy nepatřilo k jeho zvykům. Ačkoliv klientovi rodiče zaznamenali výrazné změny v synově chování a jeho nečekaný školní debakl, byl otec ochoten pouze zprostředkovat několik pohovorů s immamem (islámský duchovní, v tomto případě řešící posedlost zlem), které na situaci nic nezměnily. Byla to klientova o rok starší sestra, farmaceutická laborantka, která odhadla situaci, kontaktovala rodinného lékaře a telefonicky požádala o pomoc pohotovostní psychiatrickou službu.

Pro agitovanost a výrazné poruchy chování nemělo smysl nutit klienta k návštěvě lékaře, a tak po dodání parere rodinným lékařem bylo domluveno několik akutních návštěv doma. Při vyšetření bylo nápadně dezorganizované chování i řeč, která místy přecházela v slovní salát, naprosto rozvolněné asociace, zmatené inkoherenční myšlení, nebyly zjištěny žádné strukturované bludy či jasné halucinace, byla přítomna nekonstatní difúzní paranoidita, pseudofilozofování smíšené s úvahami o smyslu života, náboženské bizarní obsahy myšlenek, mírně elevovaná nálada. Pracovní závěr vyšetření zněl: psychotická epizoda, velmi pravděpodobně schizofrenní, dle DSM zařaditelné jako dezorganizovaný typ.

Vzhledem k anamnéze a současnému obrazu psychózy by český psychiatr neváhal takového

pacienta hospitalizovat, pravděpodobně bez toho, že by se zabýval pacientovým osobním souhlasem, ale protože v Amsterdamu platí odlišná praxe, byl klient ponechán doma s tím, že byla dohodnuta pravidelná návštěvní služba psychiatra z pohotovosti (obden). Sám klient nejevil zájem o hospitalizaci a v okamžiku vyšetření byla jeho nebezpečnost pouze relativní. Nadto jeho dobře spolupracující rodina měla za to, že synova hospitalizace nijak nepřispěje k jejímu dobrému jménu (v této islámské komunitě otázka obrovského významu), a byla připravena udělat cokoli pro to, aby mohl být klient léčen doma.

Výběr medikace se poněkud zúžil poté, co pacient projevil přání užívat léčivo pouze tekuté, takže byl zvolen risperidon v kapkách, který za dohledu své sestry poctivě začal užívat. Dalo se uvažovat o klientově zařazení do programu první psychotická epizoda, ale ten je postaven tak, že má větší význam spíše za hospitalizace. V tomto případě se tedy terapeutický přístup k našemu pacientovi nijak zvláště neliší od ostatních pacientů. Terapie risperidonom byla úspěšná a v krátké době došlo k ústupu agitovanosti a dezorganizace v chování. Byla proto diskutována i možnost stacionáře, ale ke zlepšení stavu došlo dříve, než by se uvolnilo místo v pořadníku. Také psychodiagnostika, u nás častá jako doplňující diagnostický instrument při první atace psychózy, nebyla použita, není zde standardem. Po několika týdnech čekání (pořadník) byl klient předán k péči oddělení pro ambulantní dlouhodobou léčbu psychóz. Poté, co byl předán do systematické péče, do-

sáhla psychiatrická sociální pracovnice i vstřícného kroku ze strany školy, takže ho minulo vyloučení bez maturity. Bylo ovšem zapotřebí intenzivního vyjednávání a vysvětlení, že se skutečně jedná o nepříznivý zdravotní stav a nikoli o případ nepřízpůsobivého chování mladíka z etnické menšiny.

Z dalšího dvaapůlletého prospektivního výzkumu u odlišných etnik ve velkoměstech vyplynulo, že především turečtí muži z první generace a také Surinamci mají zhruba dvojnásobně zvýšené riziko vývoje psychotických poruch schizofrenního okruhu. Metodika výzkumu byla jiným etnikům přizpůsobena, takže brala v úvahu i možné zkreslení jazykovou a sociální bariérou, abúzem drog a kulturně podmíněnými jevy jako například woodoo a winti (karibská nauka o magii, nejedná se o psychiatrické symptomy). Také u těchto etnik se vývoj psychózy dává do souvislosti se stresem z migrace a následného pokusu o asimilaci (3).

Že je tato incidence menší než u Maročanů, je možno přičíst jiným okolnostem, ve kterých se každé z těchto etnik nachází. Surinamci patří sice do odlišné kultury, ale mají usnadněnou adaptaci v tom, že holandština je jejich mateřským jazykem a vzhledem k tomu, že byli až donedávna po několik století součástí území holandské koruny, není konfrontace s Nizozemci pro ně ničím novým. Navíc je kreolská kultura poměrně volná a relativně tolerantní, s menším počtem rigidních sociálních pravidel.

Pokud vyjdeme z této akulturační teorie, dala by se incidence psychóz u turecké menšiny, která je

poněkud nižší než u Severoařičanů, vysvětlit tím, že je původní turecká společnost přece jen více a také déle orientovaná na Evropu než ta severoařická. I když se jedná o převážně muslimské společenství, jsou jejich hodnoty a životní styl v menším kontrastu s holandskou většinou, než je tomu u Severoařičanů marockého původu.

Jak se incidence výskytu psychóz u výše popsaných etnik bude vyvíjet do budoucna, ukáže čas. Přesnější patogeneze ani biologická stránka tohoto procesu dosud známa není. Je však velmi pravděpodobné, že co se týká rizikových faktorů rozvoje psychózy a její aktivace vnějšími faktory u osob k ní náchylných, mohl by tento model být aplikovatelný na více případů v transkulturní psychiatrii.

MUDr. Hedvika Ernsten
Pontianakstraat 13
1335 He Almere, Holland
e-mail: hedvikab@volny.cz

Literatura

1. Gaag van der M. Prevence psychózy, prezentace výsledků výzkumu pro Parnassia a Svobodnou Universitu (VU) Amsterdam, 2008, diaprezentace dostupná na www.hartzaak.eu/pix/gaagstudiedagypsilon.ppt.
2. Selten JP. Epidemiologie schizofrenie při migraci v Nizozemí, Časopis pro psychiatrii 44(2002) 20: 665–675.
3. Veen N. Proefschrift. Incidence and Follow-up of Schizophrenia; Results from a Dutch Epidemiological Study, Universita Utrecht, 2004.
4. Veling W. Prezentace výsledků výzkumu pro Parnassia Bavo Den Haag, 2008, převzato z internetu, www.parnassiabavog-roep.nl.

Karel Šonka
SYNDROM NEKLIDNÝCH NOHOU
2. rozšířené vydání

O syndromu neklidných nohou (SNN) většina z nás nic neví. Odborníci přitom odhadují, že některé z jeho příznaků na sobě v ČR pocítilo zhruba 10 % lidí. Ví se, že jde o neurologické onemocnění objevující se především při usínání, které se projevuje nepříjemnými, ničím objektivně nevyvolanými pocity, např. pálením či svrběním nohou. Tyto vjemy většina nemocných potlačuje pohybováním dolními končetinami, třením jedné nohy o druhou, a to jim pak brání v usnutí. Více se o tomto syndromu dozvíme ve druhém vydání knihy, které přehledně uvádí všechna důležitá fakta o příčinách a projevech tohoto onemocnění i o současných možnostech jeho léčby.

Maxdorf 2008, *Edice Farmakoterapie pro praxi/Sv. 30*, ISBN: 978-80-7345-149-3, 88 s.

Objednávejte – písemně: Maxdorf, Na Šejdru 247, 142 00 Praha 4, telefonicky: 004202 4101 1681
alebo e-mailom: knihy @maxdorf.cz.

www.maxdorf.cz

