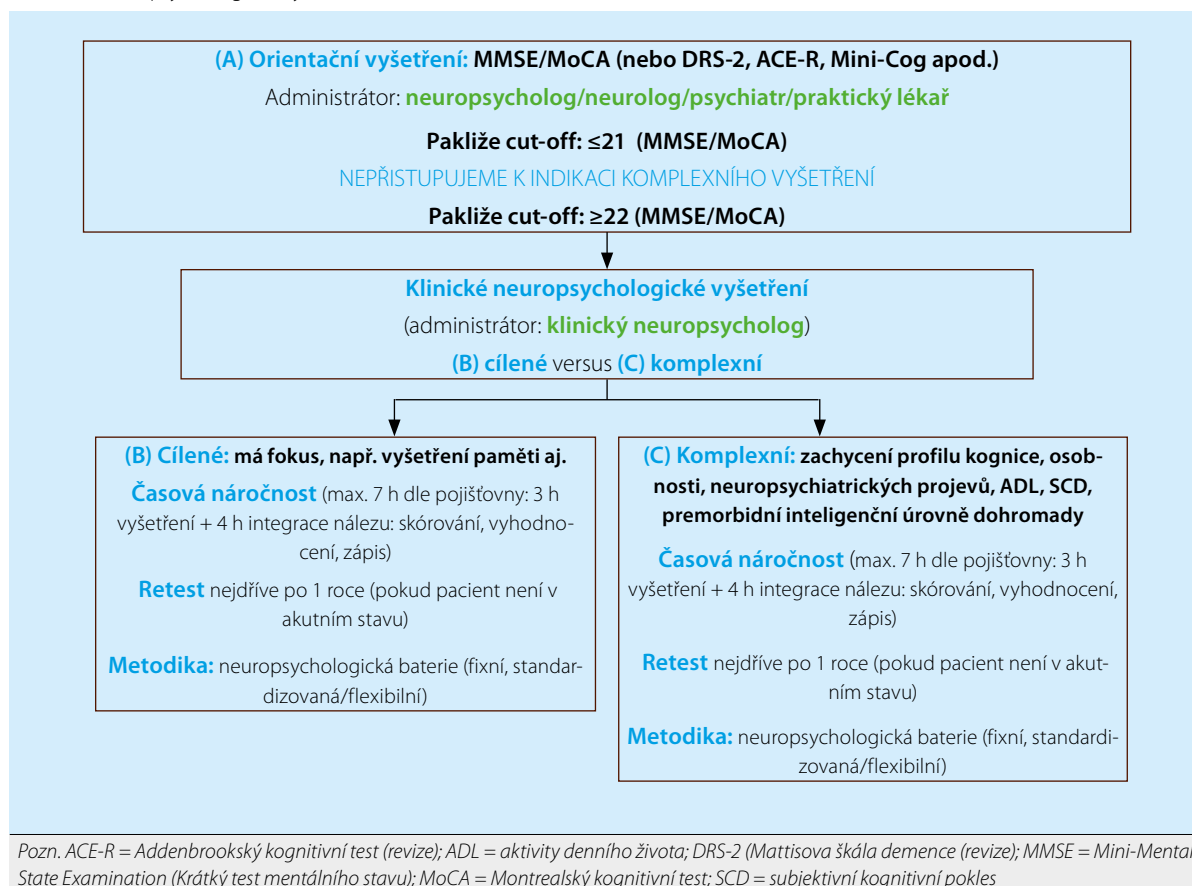


Schéma 1. Klinické neuropsychologické vyšetření: schéma indikace



jako součást mozkové léze) či anosognosií (odmítání nemoci či ztráta uvědomování si deficitu), popřípadě poruchou chování či neuropsychiatrickými projevy vyžadujícími režimová opatření v domácnosti a v místě bydliště (Encyclopedia of Clinical Neuropsychology, 2011). Míra stigmatizace pacientů pro nedostatečné porozumění jejich kognitivním i neuropsychiatrickým projevům a příčinám jejich onemocnění je dle osobní zkušenosti v ČR v průměru bohužel stále vysoká. Znalosti o roli neuropsychologického vyšetření v diagnostice a léčbě jsou zpravidla nízké či spojené se stereotypy. Proto tuto fázi není dobré podcenit.

Možný algoritmus indikace neuropsychologického vyšetření pro lékaře

Na schématu 1 je uveden „rozcestník“ pro plánování neuropsychologického vyšetření. Zacvičený lékař zvládne Mini-Cog (primárně u osob nad 60 let) či MMSE (rovněž pro stárnoucí, ale i netříděnou populaci). Pro administraci srov. Štěpánková et al. (2015). Pokud hodnota podkročí daný cut-off (doporučujeme ≤ 26

v MMSE či MoCA), poté je na místě indikovat komplexní neuropsychologické vyšetření (ideálně za přítomnosti biomarkerů pro daný patofyziologický model onemocnění).

Kdy indikujeme neuropsychologické vyšetření příliš?

Jestliže MMSE či MoCA podkročí zhruba 22 bodů (tato hranice je arbitrární – může být i nižší – dle dalších socio-demografických proměnných a klinického stavu), měli bychom uzavřít, že pacient trpí kognitivním deficitem a není nutné vyšetřovat dále, protože pacient pravděpodobně nezvládne rozsáhlé neuropsychologické vyšetření. Ve vyšetření se bude „trápit“ přílišnou obtížností položek, vyšetření jej zatíží a nezískáme lepší diagnostickou informaci (profil u syndromů demence bývá často smíšený pro velký rozsah kognitivní poruchy).

Příliš indikujeme i ve fázi, pokud si orientační vyšetření zvládne administrovat neurolog/psychiatr sám v ambulanci, pokud jde např. o běžné sledování efektu kognitiv při ambulantní ná-

vštěvě. Zbytečná indikace je při zavedené dg. např. AN se středním syndromem demence, kdy se klinicky ve stavu pacienta neděje nic významného (tj. opakované retesty v tomto případě nejsou namístě).

Výtěžnost a užitná hodnota neuropsychologického vyšetření pro lékaře

Neuropsychologické vyšetření má v diagnostickém procesu význam všude, kde neurobehaviorální korelát onemocnění nejspíše hraje významnou roli v adaptaci pacienta na sociální prostředí či léčbu založenou na důkazech (např. povaha deficitu může ohrozit adherenci k léčbě).

Závěrem doufáme, že se podařilo lékařům specialistům i běžným praktickým lékařům, ale i praktickým neurologům a psychiatrům vyjasnit cíle indikace neuropsychologického vyšetření. Smysluplnost takto získané informace pro diferenciálnědiagnostické uvažování může být zásadní. Dále jsme měli za cíl objasnit jeho použitelnost včetně případů, kdy není indikované či je indikované nadměrně.