

REVERZIBILITA ORGANICKY PODMIENENÝCH PSYCHOPATOLOGICKÝCH ZMIEN SPÔSOBENÝCH CIEVNÝM POŠKODENÍM MOZGU

MUDr. Ľubomíra Izáková, Mgr. Eva Vohlídková

Psychiatrická klinika LF UK a FN, Bratislava

V článku sa prezentuje kazuistika pacientky s organickým psychosyndrómom so stavmi zmätenosti, ktorý sa manifestoval na základe subakútneho krvácania v oblasti pravého thalamu a vaskulárnej encefalopatie. Po siedmych mesiacoch sa objavila recidíva organicky podmienených psychopatologických zmien spolu s depresívnou symptomatikou. Autori diskutujú reverzibilitu organicky podmienených psychických porúch spôsobených cievnym poškodením mozgu pod vplyvom liečby.

ÚVOD

Podkladom organicky podmienených psychopatologických zmien je progredujúci chorobný organický proces alebo stacionárne mozgové poškodenie. Podkladom sú teda ireverzibilné organické mozgové zmeny, a preto sa aj psychopatologický stav, organický psychosyndróm, považuje v princípe za ireverzibilný. V prípade, že sa podarí pozitívne ovplyvniť chorobný proces, psychopatologický stav sa zlepšuje, a ak bol len ľahkého stupňa, môže sa zmierniť do takej miery, že sa klinicky stane neidentifikovateľným.

V práci sa referuje o pacientke s organickým psychosyndrómom a stavmi zmätenosti, ktorý sa manifestoval na základe krvácania v oblasti pravého thalamu a vaskulárnej encefalopatie. Ústup stavov zmätenosti a zmiernenie symptómov organického psychosyndrómu nastali v časovej súvislosti s liečbou cerebrolýsínom (1, 5, 6, 7). Ľahká recidíva po siedmych mesiacoch, ktorá tiež ustúpila po liečbe, mala iný obraz a uvažovalo sa o iných patogenetických súvislostiach.

KAZUISTIKA

Pani D. J. je 60-ročná vdova, ktorá žije v samostatnej domácnosti. Dostavila sa v sprievode dcéry. Prijatá bola v rámci prvej pomoci pre náhlu manifestáciu zmätenosti, nepokoja až agresivity, anamnesticky sa uvádza paranoidita, poruchy spánku a zhoršenie pamäťových funkcií.

Anamnéza: V rodine pacientky sa podľa dostupných údajov nevykytla neuropsychiatrická záťaž. Ako 17-ročná absolvovala tonzilektómiu. Ako 23-ročnú ju operovali pre zápal appendixu. Má ťažkosti so žľazníkom. Pár dní pred hospitalizáciou jej bol novozistený vysoký krvný tlak a zahájená liečba Blokalcinom a magnéziom. Niekoľko rokov sa lieči na bolesti chrbtice. Pacientka je stredoškolsky vzdelaná, až do dôchodku pracovala

v administratíve. Z manželstva má jednu dcéru (21), manžel zomrel pred 15 rokmi.

Pacientka dáva aktuálne ťažkosti do súvisu s predajom bytu a sťahovaním (v júli 2002), v novom byte má problémy s kúrením (volala však kuričovi o polnoci), sťažuje sa na správcu, ktorý jej údajne robí prieky, sama sa z toho cíti unavená, zle spáva, má strach. Podľa údajov dcéry sa jej zhoršil telesný stav (pri chôdzi ju ťahalo dozadu, má bolesti chrbtice, hnačku), zdá sa jej zmenená, je veľmi nepokojná, neistá, všetko berie osobne, zdá sa jej zmätená, najmä večer a v noci, posledné noci dcéra spala u pacientky, lebo v noci vybehla z domu neporiadne oblečená, telefonovala apod. V byte má neporiadok, hoci predtým bola v udržiavaní poriadku až priveľmi dôsledná. Na odporúčanie praktickej lekárky absolvovala pred 3 dňami prvý raz psychiatrické vyšetrenie, predpísané kvapky (haloperidol) užívala podľa predpisu, dcéra udáva, že je po nich pokojnejšia. Pacientka sama zmenu nepozoruje. Pred 3 dňami jej ukradli peňaženku. V noci vyšla z domu, nútilo ju to hľadať v smetných košoch, v schránkach susedov. Dva dni pred hospitalizáciou sa jej zakrútila hlava, spadla, vedomie nestratila, mala nauzeu, nezvracala. V deň prijatia sa bolesti chrbtice veľmi zhoršili, bolelo ju na hrudníku, preto prišla do nemocnice.

Objektívny psychiatrický nález: Do vyšetrovne prišla pacientka len v krátkej nočnej košeli, počas rozhovoru menila polohu, presadávala si, čo zdôvodňovala bolesťami chrbtice, niekoľko ráz sa rozplakala. Údaje poskytovala ochotne, ale s neistotou, opravovala ich, neistotu vysvetľovala rešpektom pred vyšetrujúcou. Počas vyšetrenia si však aj vyzula ponožky, ktoré si držala blízko tváre, vykladala si nohy na stôl. Opakovane sa vracala k udalostiam predchádzajúcim hospitalizáciu. Zjavne sa aj sama snažila situáciu pochopiť.

Fyzikálne vyšetrenie poukázalo na vertebrogénny algický syndróm, tlak krvi bol stabilizovaný na normálnych hodnotách. Výsledky **laboratórnych vyšetrení** sa nachádzali v rozmedzí referenčných hodnôt. V úvode hospitalizácie sa realizovali konziliárne vyšetrenia za účelom diferenciálne-diagnostického posúdenia stavu.

Výsledky pomocných vyšetrení: **Neurologické vyšetrenie** bolo realizované opakovane. Stav bol uzatváraný ako polytopný vertebrogénny algický syndróm v popredí s thorakolumbalgiami, odporúčená bola infúzna analgetická liečba a rehabilitácia. **Röntgen chrbtice (RTG)** zobrazil difúznú deformáciu spondylózných výbežkov, osteoporózu a intervertebrálnu osteochondrózu L4/L5. **Oftalmologické vyšetrenie** ukázalo hypertonicko-sklerotickú retinopatiu. V prvých dňoch hospitalizácie bolo realizované aj **psychodiagnostické vyšetrenie**, poukázalo na možné organické poškodenie CNS. Na **elektroencefalografickom zázname (EEG)** dominoval pomalý alfa-rytmus, nezobrazili sa patologické grafoelementy.

Počas hospitalizácie sa vo večerných hodinách manifestovali stavy zastretého vedomia až zmätenosti so znepresnením orientácie, poruchami správania, prehlbením impulzivita a bezradnosti. Pacientka opakovane vyvolala roztržku s personálom, lebo neodkloniteľne trvala na nezmyselných požiadavkách, napríklad chcela o polnoci prať. Zahájená bola liečba atypickým neuroleptikom tiaprid (50 mg) v jednej večernej dávke. Postupne sa vysadzovali benzodiazepíny. Opäť bola vyšetrená neurológom, ktorý pre pretrvávanie stavov zmätenosti odporučil **počítačovu tomografiu mozgu (CT)**. Na CT snímke sa supratentoriálne parasagitálne vpravo v oblasti thalamu zobrazilo hypodenzné ložisko veľkosti 9 × 12 × 16 mm bez známok expanzívneho správania. Po intravenóznom podaní bolusu kontrastnej látky sa sýtil iba jemný periférny lem ložiska. Podob-

né menšie ložiská sa vyskytli paraventriculárne v bielej hmote na oboch stranách. Vyslovený bol predpoklad, že ide o prejavy malárie vaskulárneho pôvodu. Za účelom presnejšieho zobrazenia sa realizovala *magnetická rezonancia (MRI)*, kde sa v mozgu potvrdila prítomnosť ložiska subakútneho krvácania v pravom talame a ložisk demyelinizácie cievneho pôvodu v bielej hmote periventriculárne. Obraz svedčal pre vaskulárnu encefalopatiu. *Ultrasonografické vyšetrenie mozgových ciev (USG)* detekovalo globálnu intrakraniálnu hypocirkuláciu a zvýšenú rezistenciu v arteria cerebri media et posterior vpravo.

Diagnostický záver a terapia: Na základe observácie stavu a výsledkov vyšetrení bola potvrdená diagnóza organického psychosyndrómu s tranzitórnymi stavmi zmätenosti manifestujúcimi sa vo večerných a nočných hodinách pri základnom ochorení hypertenznej choroby a vaskulárnej encefalopatie so subakútnym krvácaním v pravom talame.

Symptomatika: Dominovali psychomotorický nepokoj, anxiózne-depresívna nálada, lakrimozita, bezradnosť v správaní, vysoká intrapsychická tenzia. Myslenie bolo v tempe zrýchlené. V obsahoch bola zvýšená vzťahovacosť, paranoidita. Pozornosť bola dekoncentrovaná. Pamäťové schopnosti boli už pri orientačnom vyšetrení znížené vo všetkých zložkách. Základom bola porucha vedomia.

Na základe dostupných anamnestických údajov a aktuálneho vyšetrenia bola ako **pracovná diagnóza** stanovená organický psychosyndróm so stavmi zmätenosti. Podávaná bola symptomatická liečba na odstránenie úzkosti (oxazepam 40 mg p.d.) a insomnie (zopiclon 7,5 mg p.d.). Neskôr sa realizovala výmena za tiaprid.

Nakoľko sa pre krátkosť anamnézy ochorenia a akútnosť manifestácie stavu dalo predpokladať, že ide o čiastočne reverzibilný stav, po dohovore s neurológom bola zahájená liečba hydrolyzátom mozgových aminokyselín, cerebrolysinom (2x5 i.v. infúzií FR obsahujúcich 20 ml cerebrolysinu s dvojďňovou prestávkou uprostred podávania). Liečbu pacientka veľmi dobre tolerovala. Subjektívne udávala zlepšenie stavu. Objektívne na konci liečby pri prepustení pacientky bol jej stav stabilizovaný, nezistila sa zmätenosť a ďalej sa zlepšoval aj kognitívny výkon. Odporúčené bolo zopakovať liečbu cerebrolysinom o 5 až 6 mesiacov.

Ambulantná psychiatrická liečba po 7 mesiacoch: O sedem mesiacov od prepustenia sa pacientka v sprievode dcéry opäť dostavila na psychiatrickú ambulanciu nemocnice. V medziobdobí psychiatra systematicky nenavštevovala. Odporúčenú liečbu tiapridom krátko po prepustení z hospitalizácie prerušila. Nemala žiadne ťažkosti. Na nejaký čas sa vrátila do zamestnania. Udávala, že posledný mesiac sa cítila unavená,

málo výkonná, nemala záujem nič robiť, nevedela sa potešiť. Nedokáže sa sústrediť, nevie zájsť do obchodu, zapamätať si, čo potrebuje kúpiť. Dcéra potvrdila, že stav sa podobá stavu pred hospitalizáciou, okrem toho, matka sa jej zdá aj depresívna.

Pri psychiatrickom vyšetrení dominoval obraz inhibovanej depresie s hypobúdiou, hypoktivitou, stratou záujmov a anhedóniou. Ďalšie symptómy patrili do obrazu zvýraznenia organického psychosyndrómu. Stanovená bola diagnóza organického depresívneho poruchy. Zahájila sa antidepresívna liečba, podávaný bol mirtazapín v dávke 30 mg p.d. V priebehu 2 týždňov podávania došlo k ľahkému ústupu depresívnej symptomatiky (*Išlo len o klinické hodnotenie depresie, nerealizovali sa posudzovacie škály hodnotiace jej kvantitu*).

Pristúpilo sa k plánovanej liečbe cerebrolysinom (8 infúzií FR + cerebrolysin 15 ml). Opäť pacientka liečbu veľmi dobre tolerovala. Počas liečby ustúpila aj depresívna symptomatika. Pacientka sa stala celkovo výkonnejšou, komunikatívnejšou. Prestahovala sa do nového bytu, zúčastnila sa na dcérinej svadbe. Do psychiatrickej ambulancie postupne začala prichádzať pešo a sama. Subjektívne aj objektívne bol stav hodnotený ako výrazne zlepšený.

Objektívne zlepšenie stavu pacientky dokumentujú aj výsledky psychologického vyšetrenia.

Podrobný výpis z výsledkov psychologických vyšetrení:

Psychologické vyšetrenie na druhý deň po prijatí nepoukázalo na procesuálne ochorenie, v popredí bola skôr „organicitá“, tj. slabšia úroveň kognitívneho spracúvania málo štruktúrovaných podnetov (ROR), znížené skóre na škále ACE najmä v zložke pamäti a vizuálno-priestorových schopností, charakteristické známky v kresbe (TKF, FDT). Skóre na škále MMSE bolo v pásme normy. Preto sme pristúpili k podrobnejšiemu vyšetreniu pamäti pomocou škály WMS-III.

Pamäťový výkon u pacientky bol celkovo znížený, rovnomerne, bezprostredná (krátkodobá) pamäť až do hraničného pásma, všeobecná (dlhodobá, tj. schopnosť vstiepenia materiálu a jeho vybavenia po časovom oddialení a interferencii iných úloh) a pracovná pamäť (tj. krátkodobé podržanie predkladaného materiálu v pamäti a manipulácia s ním) boli v pásme nízkeho priemeru. Prejavilo sa narušenie schopnosti učenia (index Trend učenia) - pamäťový výkon sa nezlepšil po opakovanom predkladaní materiálu. Nebol rozdiel medzi znovuzpoznaním sluchového materiálu a jeho aktívnym vybavením (obrázok 1).

Pri opakovanom psychologickom vyšetrení s odstupom 9 mesiacov sme použili rovnaké škály. Celkové skóre na škále ACE je teraz v pásme normy, hoci je prítomné narušenie vizuálno-

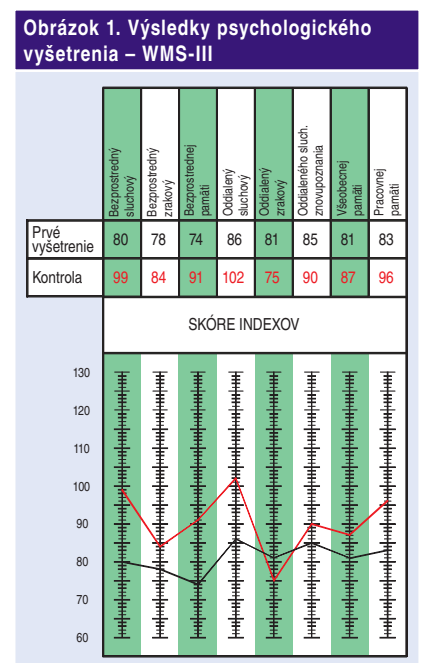
-priestorových schopností (kresba hodín) (obrázok 2). Výsledok MMSE je v pásme normy.

Na škále WMS-III vidíme kvantitatívne zlepšenie výkonu vo veľkej väčšine indexov. Jednotlivé indexy vykazujú väčší rozptyl, výkon už nie je taký rovnomerný. Oproti prvému vyšetreniu dochádza k zlepšeniu bezprostrednej pamäti (teda vstiepenosti a krátkodobého zapamätania údajov, viac verbálnych ako vizuálnych) až do pásma priemeru, zlepšený je aj index trend učenia (pri opakovanom predkladaní verbálnych podnetov – dvojice slov – sa zväčšuje rozsah zapamätaného materiálu). Zlepšenie bezprostrednej pamäti a schopnosti učenia zvyšujú aj ukazovateľ všeobecnej pamäti, aj keď výkon ostáva v rovnakom pásme nižšieho priemeru ako pri prvom vyšetrení. Výraznejšie zlepšenie zaznamenávame v pracovnej pamäti (pásma priemeru). Aj na škále WMS-III (podobne ako ACE) je pozorovateľný lepší výsledok pri práci so sluchovým ako s vizuálnym materiálom, čo vidíme aj na poklese indexu dlhodobejšieho zapamätania vizuálneho materiálu (obrázok 1).

Celkovo v porovnaní s prvým vyšetrením zaznamenávame zlepšenie koncentrácie pozornosti a stabilizáciu afektívneho prežívania, čo sa zrejme podieľa na zlepšení bezprostrednej pamäti, a tak na celkovom zlepšení výkonu pamäťových funkcií. Naďalej však pretrvávajú známky svedčiace pre narušenie pamäťových funkcií (najmä nižšia vstiepenosť a reprodukcia vizuálneho materiálu a narušenie vizuálno-priestorových a plánovacích schopností), kde predpokladáme organický podklad.

DISKUSIA

Termín organický psychosyndróm pochádza od E. Bleulera a v jeho škole sa ďalej vyvíjal. V učebnici z roku 1983 sa poukazuje na



nejednotnosť používania rôznych termínov (2). Synonymom (starším termínom) je psychoorganický syndróm. Píše sa o psychoorganickom syndróme v užšom zmysle, pretože nezahŕňa symptomatické psychózy (exogénny reakčný typ podľa Bonhoeffera). Ťažšia forma organického psychosyndrómu, pri ktorom sú jednotlivé symptómy výraznejšie a je možné identifikovať zmenu (odbúranie) osobnosti, sa označuje ako organická demencia. Väčší terminologický problém spočíva v tom, že sa popisujú dve formy organického psychosyndrómu, a to organický psychosyndróm pri difúznom organickom mozgovom poškodení alebo procese a pri lokálnom mozgovom poškodení alebo procese. Obidve formy sa svojimi klinickými obrazmi odlišujú. Prvá forma sa progresiou procesu mení tak, že možno diagnostikovať organickú demenciu. Druhú formu reprezentujú rôzne klinické obrazy, ktorých spoločným základom je zmena emotivity, psychomotoriky a pudov (napríklad apaticko-abulický syndróm, mória). Nález svedčí o ložiskovej poruche, neinformuje však o etiológii a nezodpovedá s istotou ani lokalizácii. Častá býva lokalizácia v prefrontálnej oblasti, ale aj v kmeni a inde. Zaujímavé je aj to, že tie isté psychopatologické prejavy, aké patria k obrazu organického psychosyndrómu pri ložiskovom poškodení alebo procese, sa vyskytujú aj pri endokrinných poruchách. Pri diagnóze organického psychosyndrómu bez bližšieho určenia jednej z obidvoch foriem ide o organický psychosyndróm pri difúznom mozgovom poškodení alebo procese. V učebnici z roku 1983 sa odporúča termín difúzny mozgový psychosyndróm. Okrem toho existujú pojmy amnestický syndróm, Korsakovov (amnesticko-konfabulačný) syndróm a ďalšie.

Organický psychosyndróm pri postupujúcom organickom mozgovom procese sa zvyčajne postupne, inokedy v zreteľnejších atakoch (napríklad pri organickom psychosyndróme vaskulárneho pôvodu v súvislosti so vznikom nových ložísk).

Niekedy sú kolísania intenzity psychopatologických prejavov časté a nápadné (napríklad zhoršovanie prejavov v noci, keď sa musí počítať s ťažšou hypoxiou). Zhoršenia bývajú často zapríčinené podnetmi, ktoré nesúvisia priamo s primárnym mozgovým procesom (napríklad viróza s horúčkou, dekompenzácia diabetes mellitus, pokles krvného tlaku pri kardiálnej dekompenzácii, po operácii a i.).

V prípade, že pri ľahšom organickom psychosyndróme alebo ľahšej organickej demencii náhle vznikne stav zmätenosti, diagnostikujú sa obidva syndrómy. Vznik zmätenosti pri organickej demencii nie je vzácný (3). Diagnóza je náročnejšia, keď sa zhoršia prejavy ťažkej demencie, a najmä vtedy, keď nie je dobre známy priebeh, t.j. stav pred zhoršením.

V súvislosti s kolísaním intenzity prejavov organického psychosyndrómu, resp. s reverzibili-

tu organického psychosyndrómu, sa všeobecne hovorí o bližšie nešpecifikovaných kompenzačných mechanizmoch. H. H. Wieck (9) poskytol zaujímavé vysvetlenie.

Podľa Wiecka klinický stav popisovaný ako organický psychosyndróm alebo organická demencia má vždy dva komponenty. Jeden z nich je základný, tzv. defektový syndróm, ktorý je ireverzibilný, môže sa len zhoršovať. Druhý, ktorý má celkom inú syndrómovú genézu, je reverzibilný. Sú to stavy plne rozvinutej zmätenosti, delíria alebo jeho predstupne (vo Wieckovej terminológii ľahký, stredne ťažký a ťažký prechodový syndróm, Durchgangs-Syndrom). Kolísania prejavov poruchy súvisia len s kolísaním intenzity reverzibilného komponentu. U stacionárneho organického psychosyndrómu je jeho podiel minimálny. Väčší podiel je pri rýchlejšie postupujúcom procese, keď sú kolísania častejšie a zreteľnejšie.

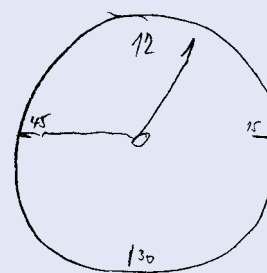
Zmeny reverzibilného komponentu nemusia byť podmienené len čisto somatickými príčinami. Podnetom býva aj zmena prostredia a iné psychické záťaž, ktoré sa prejavujú zhoršením organického psychosyndrómu alebo organickej demencie, aj keď ide o záťaž, ktoré by u zdravého jedinca nepôsobili patogénne. Okrem toho podnetom môže byť aj depresívna fáza. Tak si možno vysvetliť aj druhé zhoršenie psychického stavu u prezentovanej pacientky. Prvé zhoršenie súviselo so vznikom mozgového ložiska na cievnom podklade.

Organický podklad, ktorý na psychopatologickej úrovni reprezentuje organický psychosyndróm, disponuje k vzniku depresie. Na druhej strane depresia pôsobí na základný psychopatologický stav, na primárnu psychopatologickú poruchu a zhorší psychickú výkonnosť tým, že vyvolá, zhorší prejavy reverzibilného komponentu. Klinicky sa prejaví rozvinutá zmätenosť alebo ľahšie stupne prechodového syndrómu a manifestuje sa obraz tzv. afektívnej pseudodemencie, ktorá je reverzibilná. Tieto vzťahy medzi sekundárnym (navrúbovaným) a primárnym (špecifickým) syndrómom majú všeobecnú

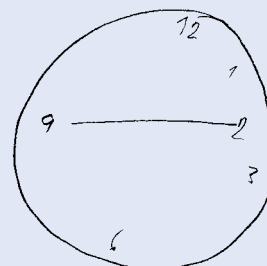
Literatúra

1. Álvarez A, et al. Positive effects of Cerebrolysin on electroencephalogram slowing, cognition and clinical outcome in patients with postacute traumatic brain injury: an exploratory study. *Int Clin Psychopharmacol* 2003; 18: 271–278.
2. Bleuler E. *Lehrbuch der Psychiatrie*. 15. Aufl. (preprac. Bleuler M). Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1983. 720 s.
3. Dóci I, Kováčová M. Zvláštnosti psychických porúch u ľudí vyššieho veku. *Geriatrics* 2003; 4: 171–175.
4. Fleischer J. Zákonitosti symptomatologickej výstavby psychických porúch. In: Fleischer J. *Klinicko-psychopatologické problémy*. Bratislava: Lundbeck 1997: 27–32.
5. Häfner Z, et al. Cerebrolysin in acute ischemic stroke. *Neurol Sci* 1999; 5: 52–53.
6. Ruether E, et al. Sustained improvement of cognition and global function in patients with moderately severe Alzheimer's disease: a double blind, placebo-controlled study with neurotrophic agent Cerebrolysin. *J Neural Transm* 2002; 62 (Suppl): 265–275.
7. Shi Y et al. Clinical studies with Cerebrolysin in the treatment of acute cerebral hemorrhage. *Clin J Nerv Mental Dis* 1990; 16 (4): 228–230.
8. Wechsler D. *Wechslerova intelligenčná škála pre dospelých – III. vydanie, Wechslerova pamäťová škála – III. vydanie, experimentálna verzia*. Bratislava: Psychodiagnostika a.s. 1999; 360 s.
9. Wieck HH. *Nosologische Systematik in der Psychiatrie*. In: Glatzel J. *Gestaltwandel psychiatrischer Krankheitsbilder*. Stuttgart-New York: Schattauer 1973; 1–15.

Obrázok 2. Kresba hodín



prvé vyšetrenie 28. 1. 2003



opakované vyšetrenie 20. 10. 2003

platnosť v klinickej psychopatológii a majú charakter zákonitostí symptomatologickej výstavby psychických porúch (4).

ZÁVER

Záverom možno vysloviť tvrdenie, že tak ako pri iných ochoreniach (napr. onkologické, kardiovaskulárne), aj pri organickom psychosyndróme skorá diagnostika umožňuje včasný terapeutický zásah, čo vedie k výraznejšiemu benefitu pre pacienta. V prezentovanej kazuistike sa dokázalo globálne zlepšenie pacientkinho kognitívneho výkonu, čo jej umožňuje samostatnú existenciu a aj návrat do pracovného prostredia. Napriek tomu, že stanovenie diagnózy organického psychosyndrómu sa často používa ako „krycia“ diagnóza, potrebné je ho do hĺbky poznať, neprehliadnuť mieru jeho reverzibility, nakoľko tá môže u pacienta znamenať výrazné zlepšenie kvality života. Navyše, odstránenie základnej príčiny vedúcej k organickému psychosyndrómu je základným pilierom pre priaznivý priebeh ochorenia.