

Organický psychosyndróm verzus demencia v znaleckom posudzovaní

I. Úvod

Dôvodom výberu tejto témy na súdnopsychiatrickú konferenciu je ujasniť si pojmy – čo považujeme za organickú duševnú poruchu/ chorobu/ syndróm, čo je reverzibilné, čo ireverzibilné, ako ovplyvňujú poznávacie schopnosti, aký je dopad týchto porúch na vôľu, konanie a rozhodovací proces.

U časti psychiatrov, najmä tých, ktorí si ešte v praxi pamätajú staršie klasifikačné systémy a diagnostické prístupy, stále pretrváva názor, že pre súdnopsychiatrickú expertízu je dôležité rozpoznať a označiť najmä to, či organická porucha predstavuje **organický psychosyndróm** alebo už ide o **demenciu**. Potom simplifikujúc tieto kritériá kladú rovnítko, že organický psychosyndróm je „ľahšia porucha“ a teda chorý nie je nepríčetný a spravidla nebýva exkulpovaný, kdežto pacient s demenciou čo je už „ťažká porucha“, nech je akejkolvek proveniencie a stupňa, má byť automaticky považovaný za nepríčetného, neschopného napr. vykonať akýkoľvek právny úkon.

Dávame si otázky:.

Je správne delenie na organický psychosyndróm a demenciu ?

A čo vlastne pojem „organický psychosyndróm“ predstavuje?

Čo je najpodstatnejšie pri znaleckom posudzovaní probanta s organickým ochorením mozgu?

Dá sa postaviť nejaký paušálny model, či konsenzus posudzovania dopadov týchto porúch na posudzovanú aktivitu skúmaného objektu?

II. Vymedzenie niektorých pojmov

Organické duševné poruchy:

sú skupinou porúch, ktorých vyčlenenie spočíva v možnosti preukázania ich etiológie

Primárna disfunkcia: poškodený je priamo a selektívne mozog

Táto disfunkcia môže byť prechodná, alebo trvalá.

Sekundárna disfunkcia: vyplýva zo systémových porúch, alebo chorôb, ktoré postihujú mozog ako jeden z napadnutých orgánov

- **symptomatická / somatogénna / duševná porucha**- vzniká na podklade telesného ochorenia, pričom mozog nevykazuje v rámci možností súčasnej diagnostiky žiadnu patológiu

I. Organický duševný syndróm - v Smolík, Duš. a behav. poruchy, 2002

má byť označenie psychických a behaviorálnych znakov a príznakov bez zreteľa na etiológiu.

II. Organická duševná porucha, Smolík, tamtiež- je org. duševný syndróm so známou etiológiou

(pozn.- autorka sa to javí ako máťúce a zbytočne komplikujúce)

III. Organický psychosyndróm – pôvodne použitý E. Bleulerom v užšom zmysle slova pre *amnestický syndróm* -označuje rôznorodé psychické disfunkcie, súvisiace s prechodným, alebo trvalým ochorením, či poškodením mozgu,

IV. Organický mozgový syndróm- je označenie uvedeného v DSM I, II

reverzibilný = **akútny** /delírium a i./, **ireverzibilný** = **chronický** /demencia/.

DSM III od tohto termínu a chápania upustila, vzhľadom na problematickosť termínov „reverzibilita- ireverzibilita“ a „akútne“ – „chronické“

Pavlovský, 2004 v Súdnej psychiatrii a psychológii uvádza: v odbornej terminológii sa vyskytuje pojem Organický psychosyndróm, ktorý môže byť považovaný za synonymum Organických duševných porúch a ktorý nehovorí viac, než že zistená duševná porucha je organického pôvodu. V znaleckom posudku sám osebe ako diagnóza nemá miesto. Forenzne dôležitým sa javí syndróm demencie, amnestický, kvalitatívnej poruchy vedomia, sy. postkomočný a postkontúzný.

Psychiatrie českých autorov nepoužíva pojem organický psychosyndróm vôbec a nemá ho ani vo vecnom registri

V súčasnosti sa v praxia, zdá sa, všetky tieto termíny ešte používajú a prevažne sú používané v zmysle toho, že sú chápané ako synonymá

Kognitívna porucha- porucha kognitívnych funkcií

- intelekt
- oblasť pamäťových funkcií
- učenie
- poznávacie funkcie, kontakt s okolitou realitou
- exekutívne funkcie- plánovanie, organizovanie, predvídanie, kontrola
- schopnosť abstrakcie
- myslenie a reč- schopnosť vyjadriť sa rečou
- praxia, kalkúlia, grafia (symbolické funkcie)
-

III. Vývoj názorov na organické psychické poruchy a ich klasifikácia

Bleulerove názory na organické duševné choroby v publikácii Manfreda Bleulera ,1983-

pod **organickým psychosyndrómom** chápe chronickú difúznú mozgovú chorobu, **amnestický psychosyndróm** je organický psychosyndróm v popredí s poruchami pamäti. Odlišuje **akútny psychosyndróm** (Boenhofferov akútny exogénny reakčný typ – delírium, mráкотný stav, halucinóza, simplexná zmätenosť) a **lokálny organický psychosyndróm** s poruchami nálady, dynamogénie, bez kognitívneho deficitu. Popisuje tiež **endokrinný psychosyndróm, organickú poruchu osobnosti etc.**

Smolík, 1996

delí syndrómy organických duševných porúch do 2 skupín:

- syndrómy, u ktorých sú najvýznamnejšie poruchy **kognitívnych funkcií**
- syndrómy, ktoré sa najmarkantnejšie prejavujú **symptómami z oblasti myslenia, vnímania, emotivity, resp. porúch správania**

Jiráček, 2002 v českej učebnici Psychiatrie

delí organické duševné poruchy podľa

- rozsahu poškodenia mozgu – na čiastočné /amnestické sy., emočné, schizofréniu podobné / a - **difúzne**
- podľa dĺžky trvania – na akútne a chronické / pozor! - nielen demencie ale aj dlho trvajúci mierny kognit. deficit, chronická org. psychóza a podobne/

Vývoj klasifikácie duševných porúch

- v psychiatrii ako vednej disciplíne dlho pretrvávali od autora k autorovi, od školy ku škole, v rámci rôznych spoločensko kultúrnych rozdielov, nejasnosti so zadelením jednotlivých nozologických jednotiek – čo spôsobovala nejednotná terminológia, nejednotné etiopatogenetické pohľady, nejednotný prístup jednotlivých škôl, bolo preto nutné vypracovať konsenzuálny model, zjednocujúci tieto prístupy jednotnou terminológiou a jednotnými kritériami
- napriek nevýhodám snáh o zjednodušenie tak zložitých javov ako je ľudská psychika a tým pomerne nízkej validite, je možné priblížiť sa skutočnosti vytvorením konsenzov, vyrastajúcich na tradícii a klinických skúsenostiach generácií odborníkov
- začiatok 2. polovice 20. storočia priniesol prvú medzinárodnú klasifikáciu duševných porúch, MKCH – v roku 1965 -8. revízia, MKCH v roku 1974 bola doplnená vysvetľujúcim textom, prišli ďalšie ďalšie revízie
- 1980- DSM III – diagnostický a štatistický manuál duševných porúch, zohľadňujúci fakt, že nie je jednotné etiologické hľadisko a pre klinické a výskumné účely postačuje popis subjektívnych a objektívnych príznakov /deskripcia, ateoretizmus/
- 1994 – DSM IV
- od roku 1992 používame MKCH 10 vychádzajúcu už najmä z princípov doplnenej DSM III, aby sa docielila klinická jednotnosť diagnóz, a aj pre výskumné účely

Klasifikácia MKCH 10, 9

Ochorenia kódované ak F00-09 predstavujú **organické duševné poruchy**, včítane symptomatických.

Je to obsiahla skupina rôznych duševných porúch, ktorých spoločným je preukázateľná organická etiológia, ktorá ako vieme je veľmi rôznorodá.

Tieto organické disfunkcie mozgu môžu byť **primárne** – pôvod disfunkcie sa nachádza priamo v mozgu, alebo **sekundárne**, poškodením mozgu dôsledkom chorobného procesu mimo CNS.

Určujúcim pre označenie **organické** je to, že tento syndróm je priradený vždy k nejakej mozgovej, alebo systémovej chorobe, ktorú možno diagnostikovať samostatne. **Symptomatická** mozgová disfunkcia sa odlišuje od organickej tým, že ochorenie, ku ktorému sa viaže, je mimo mozgu. Preto je správne okrem diagnózy s F priradiť aj diagnózu základného ochorenia.

F 00-03 skupina: Demencia je syndróm, ktorý sa spája s chronickým priebehom a progresiou deteriorácie kognitívnych funkcií (pamäť, myslenie, orientácia, chápanie, symbolické funkcie a úsudok).

Kritériom MKCH 10 je trvanie poruchy najmenej 6 mesiacov.

Ako vieme, demencia býva sprevádzaná rôznymi pridruženými symptómami – 4. miesto F-kódu. Tieto pridružené symptómy môžu mať v znaleckej expertíze veľmi významné miesto (bludy, halucinácie, poruchy nálady, najmä depresia, alebo často sú prítomné zmiešané príznaky.)

Treba vylúčiť iné ochorenia, ktoré sa demencii podobajú: depresiu s ťažkým kognitívnym deficitom, delírium, mentálnu retardáciu, dôsledky mentálnej a senzorickej deprivácie, či iatrogénnu poruchu po medikamentoch.

F 04 je organický amnestický syndróm iný než vyvolaný alkoholom a inými drogami, v popredí s izolovanou poruchou recentnej a dlhodobej pamäti, anterográdnou a v menšej miere retrográdnou amnéziou, bez postihnutia iných kognitívnych funkcií.

F 05-Delírium iné než vyvolané alkoholom, a inými drogami zahŕňa akútne mozgový syndróm, akútne stav zmätenosti, *akútne organické psychosyndróm*, akútnu psychózu

vyvolanú infekciou, akútnu organickú reakciu. „*Delírium by sa malo odlišiť od ostatných org. psychosyndrómov, zvlášť demencie*“...

MKCH 10 teda pojem **organický psychosyndróm** používa ako synonymum pojmu **organický mozgový syndróm** ako nadradený pre všetky, reverzibilné i ireverzibilné stavy včítane demencie. Delírium ako jeden z akútnych organických psychosyndrómov nemá trvať dlhšie ako 6 mesiacov.

F06- je širokou skupinou **iných duševných porúch, vznikajúcich následkom ochorenia, poškodenia, alebo disfunkcie mozgu alebo následkom somatického ochorenia**- pre túto skupinu porúch je spoločné to, že sú dôsledkom inej choroby, vznikajú v časovej náväznosti a môžu sa zlepšiť, resp. vymiznúť po zlepšení základného ochorenia. Podobajú sa psychotickej, neurotickej či kognitívnej poruche, ale nie sú psychickou reakciou na túto chorobu.

F07- Poruchy osobnosti a chovania vyvolané ochorením, poškodením alebo disfunkciou mozgu- časté pri léziách F- laloku, pravej hemisféry, limbickej oblasti, atď, vylučuje sa demencia, negatívne dopady lézie pre život postihnutého sú však značné

DSM III a IV

V **DSM III** boli tieto poruchy zaradené v sekcii **Organické duševné syndrómy a poruchy**
V **DSM IV** sa vyhýbajú slovu ORGANICKÉ, pretože to implikuje dojem, že „neorganické“ duševné poruchy nemajú biologickú podstatu a preto

- tieto poruchy bez zašitiťujúceho pojmu „organické“ zoraďujú do 3 sekcií:
 1. **delírium, demencia a amnestické a iné kognitívne poruchy**,
 2. **duševné poruchy spôsobené generalizovanými chorobnými stavmi**
 3. **poruchy podmienené substanciami**

pozn. autorky- práve takto postavená skupina diagnóz je príkladom ateoretického čisto deksriptívneho prístupu

Podmienky pre stanovenie dg demencie Alzheimerovho typu

- A. vývoj mnohonásobných kognitívnych deficitov sa manifestuje:
 - 1) poškodením pamäti (schopnosti učiť sa nové informácie, alebo reprodukovať už naučené informácie)
 - 2) jedno alebo viac nasledujúcich kognitívnych postihnutí:
 - a) afázia
 - b) apraxia
 - c) agnózia- schopnosť rozpoznať či identifikovať objekty pri intaktných senzorických ff.
 - d) narušenie exekutívnych funkcií (napr. plánovanie, organizovanie, abstrakcia, zoraďovanie...)
- B. Narušenia kognitívnych funkcií spôsobujú signifikantné narušenie v sociálnom, pracovnom fungovaní a predstavuje badateľný pokles proti predošlej úrovni fungovania
- C. Priebeh charakterizuje postupný vývoj a kontinuálny pokles kognitívnych funkcií
- D. Kognitívne deficity v kritériách 1,2 nie sú spôsobené nasledovným:

- 1) iné stavy CNS, ktoré vykazujú progresívne deficity pamäti a kognície (napr. cerebrovaskulárne poruchy, Parkinsonova choroba, Huntingtonova choroba, subdurálny hematóm, normotenzný hydrocefalus, mozgový tumor)
 - 2) nie sú známe systémové poruchy, ktoré vedú k demencii (napr. hypotyreoidizmus, deficit B12, folátov, niacidu, hyperkalcémia, neurosyphilis, HIV infekcia...)
- E. Deficity nie sú prítomné výlučne iba v priebehu delíria
- F. Porucha nie je lepšie vysvetliteľná iným ochorením (napr. veľká depresívna porucha, schizofrénia)

Podmienky pre stanovenie dg. vaskulárnej demencie

- A. vývoj mnohonásobných kognitívnych deficitov sa manifestuje:
 - 1) poškodením pamäti (schopnosti učiť sa nové informácie, alebo reprodukovať už naučené informácie)
 - 2) jedno alebo viac nasledujúcich kognitívnych postihnutí:
 - a) afázia
 - b) apraxia
 - c) agnózia- schopnosť rozpoznať či identifikovať objekty pri intaktných senzorických ff.
 - d) narušenie exekutívnych funkcií (napr. plánovanie, organizovanie, abstrakcia, zoradovanie...)
- B. Narušenia kognitívnych funkcií spôsobujú signifikantné narušenie v sociálnom, pracovnom fungovaní a predstavuje badateľný pokles proti predošlej úrovni fungovania
- C. Sú prítomné fokálne úkazy a symptómy, sú laboratórne známky svedčiacie pre cerebrovaskulárne poškodenie (napr. multifokálne infarktové poškodenie kôry, či bielej hmoty) ktoré sú dôkazom etiológie vo vzťahu k poruchám
- D. Deficity nie sú prítomné výlučne iba v priebehu delíria

Kritériá pre stanovenie dg. inej demencie vyplývajúcej z telesného ochorenia

- A. vývoj mnohonásobných kognitívnych deficitov sa manifestuje:
 - 1) poškodením pamäti (schopnosti učiť sa nové informácie, alebo reprodukovať už naučené informácie)
 - 2) jedno alebo viac nasledujúcich kognitívnych postihnutí:
 - a) afázia
 - e) apraxia
 - f) agnózia- schopnosť rozpoznať či identifikovať objekty pri intaktných senzorických ff.
 - g) narušenie exekutívnych funkcií (napr. plánovanie, organizovanie, abstrakcia, zoradovanie...)
- B. Narušenia kognitívnych funkcií spôsobujú signifikantné narušenie v sociálnom, pracovnom fungovaní a predstavuje badateľný pokles proti predošlej úrovni fungovania
- C. Je prítomná anamnéza telesného ochorenia
- D. Deficity nie sú prítomné výlučne iba v priebehu delíria

A tak ďalej v ďalších podskupinách typov demencií

Smolík 2002, Duševní a behaviorální poruchy

Definícia demencie:

syndróm, ktorý vznikol následkom ochorenia mozgu, obvykle chronického alebo progresívneho charakteru, u ktorého dochádza k narušeniu množstva vyšších kôrových funkcií /pamäti, myslenia, orientácie, chápania, uvažovania, schopnosti učenia, reči a úsudku- t.j. kognitívnych funkcií. Vedomie pritom nie je zastreté. Zhoršenie úrovne kognitívnych funkcií býva obvykle sprevádzané a niekedy mu predchádzalo, zhoršením kontroly emócií, sociálneho chovania, alebo motivácie.

Mierna demencia- sa vyznačuje poruchami pamäti, ktoré sú prekážkou bežného denného fungovania (strácanie vecí, neschopnosť vstúpiť si nové poznatky, skúsenosti- učiť sa), autonómna existencia je zachovaná. Kognitívne funkcie už deteriorujú- oslabenie úsudku, kvality myslenia, plánovania, organizovania, spracovávanie informácií z vonkajšieho prostredia, avšak ešte nie v miere, ktorá by znemožňovala autonómnú existenciu. Avšak sú problémy s komplikovanejšími výkonmi, adaptáciou na nové prostredie (kúpele, zahraničný pobyt).

Stredný stupeň- poruchy pamäti spôsobujú problémy s orientáciou, oslabujú schopnosť autonómnej existencie, prehĺbenie kognitívneho deficitu už vedie k odkázanosti na iných (nákupy, manipulácia s peniazmi, telefonovanie, obsluha prístrojov). Vykonávajú ešte jednoduché a zaužívané denné činnosti, udržiujú sfinktery, zhoršuje sa hygiena, spoločenské chovanie (stolovanie)

Ťažký stupeň – úplná strata schopnosti učenia, fragmenty staropamät'ových engramov, misidentifikácie, neschopnosť samostatnej činnosti – strácanie determinanty myslenia, konania, rečového prejavu. Agnózia, apraxia, afázia.

V. Posudzovanie probantov s prejavmi organickej duševnej poruchy

Touto tematikou sa zaoberá známa učebnica Soudní psychiatrie a psychologie autorov Pavel Pavlovský a kol. Na túto učebnicu v rozšírenom vydaní možno odkázať aj pri riešení zložitej problematiky posudzovania organických duševných porúch vo vzťahu najmä k občiansko právnomu konaniu.

Vráťme sa k pôvodným otázkam, ku ktorým smeruje toto zdelenie:

- Je správne delenie na organický psychosyndróm a demenciu ?

Nie je to správne a takéto delenie nemá pre súdno znaleckú expertízu žiadny význam.

- A čo vlastne pojem „organický psychosyndróm“ predstavuje?

Ide iba o nič bližšie nehovoriaci pojem, zastrešujúci celú oblasť duševných porúch, v pozadí ktorých je organické poškodenie činnosti mozgu (či už primárne, alebo sekundárne).

Synonymá: organický mozgový syndróm, organická duševná porucha atď.

- Čo je najpodstatnejšie pri znaleckom posudzovaní probanta s predpokladaným organickým ochorením mozgu?

1. **Určenie diagnózy a stupňa poruchy**, jej trvania a dopadov na denné fungovanie, osobnosť a najmä na kognitívne funkcie probanta

- zozbieranie dôkazov pre postavenie diagnózy (ZD, nezaujaté svedecké výpovede – poštár, lekár, zdravotná sestra, úradné osoby, susedia...)
- riadiť sa dg kritériami MKCH 10, ev. DSM IV

- stanovenie čo najpresnejšieho časového určenia prvých symptómov choroby – poruchy /doba trvania /, jej prodrómov, prvotných manifestných klinických prejavov. Orientovať sa na oblasti: zneschopnenie v oblastiach starostlivosti o seba, pracovnej výkonnosti, rodinného súžitia, sociálneho chovania v širšom okruhu
 - pokus diferenciálne diagnosticky vyčleniť nielen základnú dg F 0., ale aj jej typ, stupeň postihnutia
2. **Dáť do súvisu konanie posudzovaného a duševnú poruchu-** ako v konkrétnom čase ovplyvnila konanie posudzovaného
 3. **Čo možno najpresnejšie rekonštruovať osobnosť probanta premorbídne a jej zmeny počas ochorenia-** určiť, čo je, resp. bolo pre osobnosť posudzovaného prirodzené, prijateľné, zodpovedalo jeho etickým normám a iným preferovaným hodnotám
 4. **Zodpovedať otázku, ako posudzované konanie zapadá do kontextu životnej situácie probanta-** napr. ako právny úkon slúžil záujmom poručiťa
 - 5.
- Dá sa postaviť nejaký paušálny model, či konsenzus posudzovania dopadov týchto porúch na posudzovanú aktivitu skúmaného objektu?
Nedá sa to paušálne posudzovať. Diagnóza nerovná sa definitívne stanovisko. Ide i úzko individuálne posudzovanie konkrétneho človeka, v konkrétnej situácii.
- Ak sa podarí určiť diagnózu s určením typu organickej lézie, jej rozsahu, lokalizácie, trvania, stupňa postihnutia na rôzne oblasti sociálneho fungovania, je možné vytvoriť predpoklad, že buď sa v takomto štádiu ochorenia už úplne vylučuje schopnosť právne konať, resp. rozpoznať a ovládať svoje protispoločenské konanie, alebo na druhej strane, pri miernom postihnutí s menším dosahom na osobnosť chorého možno pripustiť ešte zachované vyššie menované funkcie.