

ORGANSKE DUŠEVNE MOTNJE IN DELAZMOŽNOST

Miloš Francišek Kobal

Razlikovanje med organskim in funkcijskim ima v psihiatriji ne samo tradicijo, marveč je uporabno tudi v zdravljenju duševnih motenj in celo pri ugotavljanju delazmožnosti. Spričo množičih se odkritij o biološki naravi psihoz, postopoma pa tudi nevrotičnih in osebnostnih motenj je meja med organskim izvorom motenj in drugimi, zlasti molekularno biološkimi osnovami zanje, že zabrisana. Vendar je v mnogih praktičnih postopkih še vedno uporabna.

Pri uporabi definicije "organsko" izhajamo iz dokazljive predstave o prizadetosti, okvari, oškodbi možganov kot organa z jasno psihično funkcijo - ustvarjanjem kontakta s svetom in samim seboj. Organski vzrok je lahko raznovrsten, kar bo pomenilo razlike v kakovosti in količini navedenega kontakta.

Vendar definicije in izrazje o organski spremenjenosti duševnosti in posledičnem kognitivnem (bolje kognitivno-emocijskem) deficitu nikakor niso dovolj čvrste in utrjene. To je seveda presenetljivo, saj so organski dejavniki tisti, ki jih je mogoče bolj ali manj enostavno prepoznati v spremembah možganske zgradbe. Kognitivni (vključujoč tudi emocijski) deficit in marsikaj, kar je z njim povezanega, pa je mogoče celo dovolj natančno meriti.

PROBLEM KLASIFIKACIJE

Ta navidezno ne predstavlja posebnih težav. Pri poglobljanju v klasifikacijo pa kaj hitro spoznamo nejasnosti v mejah med posameznimi vanjo zajetimi sindromi, predvsem pa nepopolnost simptomov, ki se uvrščajo v posamezen sindrom. Zato si ob takem stanju upravičeno dopovedujemo, da zaradi nejasnosti posamezni sindromi, kot je zlasti organski psihosindrom, ne smejo postati nekakšen koš za odpadke, v katerega bomo metali podatke na podlagi naših občutij. Iskati moramo načine, da bomo z merilnimi instrumenti pri razmejitvah in opredelitvah kar najbolj natančni.

prof.dr.sc. MILOŠ F. KOBAL, dr.med.
Psihiatrična klinika, Katedra za psihiatrijo MF
Zaloška c. 29
11105 Ljubljana

Opiramo se na MKB 10 (1), ki v sklopih od F00 - F 09 obravnava

ORGANSKE, VKLJUČNO SIMPTOMATSKE, DUŠEVNE MOTNJE

Pri pregledu naslovov bomo na viden način opozorili na tiste organske motnje, ki utegnejo biti še posebej pomembne za razpravo o delazmožnosti.

- F00* Demenca pri Alzheimerjevi bolezni z *zgodnjim začetkom*
- F01 Vaskularna demenca *multiinfarktna demenca*
- F02* Demenca pri drugih boleznih, uvrščenih drugje
- F03 Neopredeljena demenca
- F04 Organski amnestični sindrom, ki ga ne povzročajo alkohol ali druge psihoaktivne snovi *Psihoza (ali sindrom) Korsakova, nealkoholna*
- F05 Delirij, ki ga ne povzročajo alkohol ali druge psihoaktivne snovi
.....*stanje zmedenosti (nealkoholne)*
.....*psihoorganski sindrom*
- F06 Druge duševne motnje zaradi možganske okvare in disfunkcije ter zaradi telesne bolezni *Blaga kognitivna motnja*
- F07 Osebnostne in vedenjske motnje zaradi možganske bolezni, poškodbe ali disfunkcije*Organska osebnostna motnja*
.....*Postencefalitični sindrom*
.....*Postkomocijski sindrom*
.....*Organski psihosindrom*
- F09 Neopredeljena organska ali simptomatska duševna motnja

Upošteva je klasifikacijska načela v DSM IV (2) je mogoče v bistvenem ugotoviti skladnost z MKB 10 ob drugačni razvrstitvi motenj:

DELIRIJ
DEMENCA
AMNESTIČNE MOTNJE
DRUGE KOGNITIVNE MOTNJE

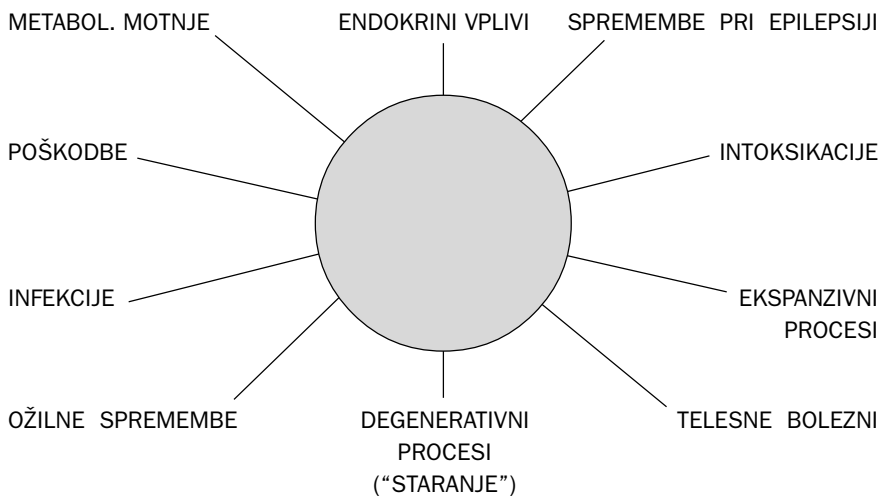
Bistvena razlika med obema klasifikacijama je, da DSM IV vključuje v isti sklop tudi tista stanja (delirij, demenca, amnestični sindrom) , ki so povzročena z vnašanjem psihoaktivnih ali tem sličnih snovi ali pa nastajajo iz mnogovrstne etiologije. Za razpravo o delazmožnosti se bomo omejili na klasifikacijo v MKB 10.

Ne bomo pa prezrli opozorila v DSM IV glede *blage nevrokognitivne motnje*: pri njenem ugotavljanju se bomo poslužili nevropsihološkega testiranja in/ali kvantitativnega kliničnega vrednotenja.

Enako opozorilo velja tudi za *postkontuzijsko motnjo*. Za oba pojava je predvideno dodatno raziskovanje v prihodnosti.

ETIOLOŠKI DEJAVNIKI

Čeprav ne bomo izčrpani, bi organske vzroke za oškodbo možganov zmogli predstaviti shematično:



Večina vzrokov je eksogenih. Nekateri nastajajo iz bolezenskega dogajanja v samih možganih (kot je to pri nekaterih posledicah epilepsije) ali pa jih najdemo med dednostno-konstitucijskimi, razvojnimi ali degenerativnimi procesi. V zadnje vključujemo tudi procese staranja, ki v načelu niso bolezenski, vendar omogočajo, da nastajajo številnejše spremembe na ožilju in v možganskih celicah, s posledičnimi boleznimi in kognitivnim deficitom za očitno odstotek starejše populacije.

Ko spremljamo možne posledice navedenih etioloških dejavnikov v povezavi z odzivom možganov, moramo najprej sprejeti izkustveno dejstvo, da pri znatnem odstotku v interakcijo vključenih oseb takšnih posledic **ni**.

Sledimo pa lahko posledicam, ki se izrazijo v **akutni psihozi** (navadno označeni kot simptomatski ali pa po Bonhoefferjevem eksogenem reaktivnem tipu), **nevrotičnih** in **osebnostnih** motnjah, **posttravmatski epilepsiji** ter različnih stopnjah (**difuznega, lokalnega**) **organskega psihosindroma**, vključno z **demenco**.

LOKAR (3) je med "pozniimi posledicami poškodbe glave" uporabil naslednjo razvrstitev:

1. "Organske " okvare:
 - potravmatska demenca,
 - potravmatski psihorganski sindrom,
 - potravmatske osebnostne motnje,
 - potravmatska epilepsija.
2. "Funkcijsko - organske" motnje:
 - postkomocijski sindrom
3. "Psihogene" motnje:
 - razne oblike nevrotičnega reagiranja po poškodbi glave
4. Zavestne pridobitniške težnje

Navedena razvrstitev je zelo blizu praksi. Uporabljati jo je mogoče - s primernimi preureditvami v našem mišljenju - tudi pri drugih organskih oškvdbah, posledično tudi pri ocenjevanju delazmožnosti

OŽJA DIAGNOSTIKA IN KLINIČNO VREDNOTENJE ORGANSKIH DUŠEVNIH MOTENJ

Spričo znanih etioloških dejavnikov navadno ni težav pri diagnozi, pa naj jo zastavimo po MKB 10 ali DSM IV ali pa upoštevamo razvrstitev katerega od domačih avtorjev.

Nihče izmed zdravnikov, ki vrednotijo stanje osebe s katerokoli organsko duševno motnjo, se ne bo odrekal kliničnemu pregledu. Pri tem se bo zdravnik verjetno najprej poučil o bolnikovi intelektualni ohranjenosti. Uporabljivo informacijo o tem dobi že s pogovorom, s preverjanjem splošnega in bolj specifičnega znanja, pa tudi iz heteroanamneze oseb, ki bolnika poznajo že iz obdobja pred boleznijo. Ob tem se mu razkriva pacientova labilnost v čustvovanju ali pa tudi druge čustvene, vedenjske in prilagoditvene motnje.

Bolj strukturirano bi zdravnik lahko uporabil preizkus kognitivnih dejavnosti (mini-mental test), vendar je ta za območje manj izražega deficita premalo občutljiv. Enako zgrajen je tudi Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti (KPSS). Ob prenosu v slovenski prostor so JENSTERLE, MLAKAR in VODUŠEK(4) napisali navodila, ki omogočajo uporabo tega preizkusa v praksi.

V enakem smislu je na voljo še več diagnostičnih postopkov. Med temi kot primer navajamo SIDAM(5) - strukturirani intervju za diagnozo demence Alzheimerjevega tipa, multiinfarktne demene in drugih demenc (M.ZAUDIG, J MITTELHAMMER, W.HILLER), ki po seštevku točk iz posameznih preizkusov dovoljuje notranje razvrstitve organskih motenj od blažjih do huje izraženih. Tudi ta sistem vrednotenja demence je v slovenskem prevodu, vendar (še) ni v uporabi.

Ne smemo se ogniti nevrološkemu pregledu. Nevrološka diagnostika od EEG preko slikovnih metod je tako dopolnilo kot tudi pomoč pri iskanju etioloških dejavnikov. Od zahtevnejših nevrofizioloških tehnik omenjam merjenje vala P300 kot objektivno metodo v klinično manj jasnih, diferencialno diagnostičnih in študijskih pogojih (6).

Vendar bomo vrednotenje kognitivnega deficita kot osrednjega problema diagnostike in po njej potrebnih zdravstvenih in socialnih ukrepov vključno z ugotavljanjem delazmožnosti najpomembneje dopolnili z nevropsihološkim pregledom.

NEVROPSIHOLOŠKA DIAGNOSTIKA IN VREDNOTENJE KOGNITIVNEGA DEFICITA

V zadnjem desetletju se je tudi pri nas začela zbirati skupina psihologov ob sodelovanju nekaterih zdravnikov v skupnem naporu, da bi diagnostiko organskih motenj pri otrocih in odraslih izboljšali z nevropsihološkimi preizkusnimi načini. Opravljeno je bilo precejšnje raziskovalno delo. Na spodnjem pregledu je mogoče razbrati posamezne skupine testnih metod, ki jih je mogoče po operativni prilagoditvi in usposabljanju izvajalcev vključiti v diagnostiko, pa tudi v rehabilitacijo posameznika ali skupine bolnikov.

V raziskovalni nalogi: KONSTRUKCIJA NEVROPSIHOLOŠKE TESTNE BATERIJE(7) (1988) zajemamo naslednje teste:

I.Splošna inteligentnost

1. Wechlerjev test inteligentnosti z Bostonsko modifikacijo kvalitativnega ocenjevanja.

II. Spomin

1. Reyev test avditivnega učenja
2. Wechslerjeva spominska lestvica z Russellovo modifikacijo
3. Corsi kocke
4. Reyeva kompleksna figura - odložena reprodukcija
5. Supermarket test
6. Test prepoznavanja obrazov E. Warringtonove
7. Wickersov postopek merjenja proaktivne inhibicije

III. Vizualna percepcija

1. Hooperjev vizualno organizacijski test
2. Bentonov test prepoznavanja obrazov
3. Bentonov test orientacije linij
4. Elithornov perceptivni labirint
5. Reyeva figura

IV. Avditivna percepcija

1. Sheashorjev test glasbenih sposobnosti
2. Ritemska lestvica iz Luria - Nebraska nevropishološke baterije (LNNB C2)

V. Taktilna percepcija

1. C 3 lestvice LNNB

VI. Psiholingvistične funkcije

1. Analiza spontanega govornega vzorca
2. Token test
3. Test kontroliranih besednih asociacij
-S E T
- Newcomb
4. Test razumevanja gramatičnih struktur
5. Test poimenovanja
6. Besednjak

VII. Specialna orientacija

1. Bentonov test orientacije levo-desno

VIII. Konstrukcijske sposobnosti

1. Baterija testov parietalnih funkcij: risanje določenih objektov, stick test, Bentonov test tridimenzionalne konstrukcije

IX. Višje kontrolne funkcije

1. Wisconsinski test razvrščanja kartic
2. Stroopov barvno besedni test
3. Trail making
4. Chicago test verbalne fluentnosti
5. Test neverbalne fluentnosti (Gotman)
6. Petridesov test lastne organizacije odgovora
7. Flowersov test konsistentnosti strategij

X. Motorika

1. Tapping test
2. Spretnost prstov
3. Luria - Chistensen preizkus motorike

XI. Pozornost

1. Prickar test
2. Prepolavljanje črt
3. Test koncentracije in dosežka

Razpravljanje o tem, zakaj se le izjemoma in le pri posameznih strokovnjakih uveljavljajo nevropsihološki načini določanje kognitivnih sposobnosti, presega namen tega sestavka. Morda se v neizkoriščenosti potencialov, ki so že na voljo, druge pa bi bilo potrebno pridobiti in se za njih uporabo usposobiti, kaže nekakšen brezbrizen odnos do organsko spremenjenih možganov, morda povezan tudi s terapevtskim nihilizmom. Verjetno zdravniki premalo vzpodbujamo psihologe kot svoje neposredne sodelavce za razširitev psihodiagnostičnih postopkov izven standardno uveljavljanjega načina le nekaterih testov. Vendar vrednost nevrofiziološkega diagnosticiranja pogosto ni samo v objektivnejši določitvi kognitivnih sposobnosti in njihovega primanjkljaja. Takšni preizkusi odpirajo tudi možnosti za bolj primerno rehabilitacijo prizadetih oseb z določitvijo najpomembnejših strategij, ki naj pomagajo uresničiti njene cilje, čeprav včasih samo delne. Prizadevanja v tej smeri smo pokazali na raznih mestih (8,9).

DELAZMOŽNOST PRI ORGANSKIH DUŠEVNIH MOTNJAH

Naslov tega sestavka smo namenoma zasukali. Na podlagi kliničnega, nevrološkega, nevrofiziološkega in še zlasti nevropsihološkega diagnosti-

čnega postopka ne bo pretežno določiti stopnje kognitivnega deficita kot tudi emocijske, vedenjske in prilagoditvene posebnosti in težav prizadete osebe. Pri ocenjevanju delazmožnosti so v skladu z ugotovljeno stopnjo v igri vse kategorije invalidnosti, pa tudi ugotovitev, da je delazmožnost pri posamezniku povsem ali vsaj delno ohranjena.

Oceno je mogoče izreči po relativno dolgem času, saj se v poteku več mesecev ali celo, arbitrarno, pa vendar izkustveno, po dveh letih pokažejo (ne)pričakovana izboljšanja. Poudarjamo pomen rehabilitacijskih postopkov, čeprav smo v praksi dostikrat omejeni tako s prostori, osebjem in uporabno metodologijo. Omenili smo rehabilitacijske strategije, ki izhajajo iz nevropsihološke diagnostike in teorije, ki pa so marsikdaj šele v programih tistih, ki se zavzemajo za to smer rehabilitacije.

Rehabilitacija in preko nje vključitev v delo sta tesno povezana z **motivacijo** prizadete osebe. Resnejšo oceno celotnega področja pa bi bilo mogoče napraviti v invalidskih komisijah, ki obravnavajo osebe z organskimi duševnimi motnjami.

Povsem izkustveno je mogoče poudariti, da se za oceno svoje delazmožnosti redkeje odločajo osebe z zahtevnejšimi intelektualnimi ali primerno plačanimi poklici. Ti včasih vztrajajo v polni delazmožnosti in se le s težavo spoprijazijo s krajšim delovnim časom ali popolno delanezmožnostjo, čeprav je po strokovni oceni objektivno obstoječih deficitov navedena ocena upravičena ali celo nujna.

Prav nasprotno, četudi je ta izraz preveč ekstremen, pa srečamo tendence, pričakovanja in tudi zahteve po ugotovitvi delanezmožnosti pri osebah z manj zahtevnimi, še zlasti preprostejšimi poklici. Na komisiji za izvedenska mnenja Medicinske fakultete v Ljubljani smo se srečevali z zahtevki sodiščem, ki so bili ob zelo hudih subjektivnih pritožbah povezani z objektivno minimalnimi ali komaj verjetnimi zunanjimi vplivi na možgane. Včasih se je zazdelo, da bi bilo potrebno zaradi takšnih, komaj umljivih pojavov v slovenskem (takrat tudi širšem) okolju napisati posamezno poglavje naše stroke na novo. Zato je potrebno ugotovitve o delazmožnosti povezati s celotno osebnostjo tistih, katerih delazmožnost je potrebno oceniti.

VPLIV OSEBNOSTI IN ZAVESTNE PRIDOBITNIŠKE TEŽNJE

Čeprav je etioloških dejavnikov za organske motnje kar precej, se pri ugotavljanju delazmožnosti vsakodnevno srečujemo s posledicami infekcij, zlasti pa s poškodbami glave. LOKAR (3) je pri poznih posledicah te vrste

opozoril na številne pojave subjektivne narave, ki se združujejo v dovolj opredeljeno nevrotično sliko, poudarjeno z zvišano anksioznostjo ali pa v okviru "psihogenih motenj" s konverzivnim načinom. Poškodovana oseba zavestno in nezavedno pričakuje večje razumevanje in odškodnino, tako od morebitnega povzročitelja kot tudi socialne družbe. Lokar upravičeno opozarja tudi na nezavedne težnje poškodovancev po kaznovanju morebitnih povzročiteljev .

Izkustveno lahko rečemo, da so končni rezultat rehabilitacije in vsi zapleti z bolnikovo ponovno vključitvijo v življenje in delo bolj odvisni od bolnika, od tega, kakšen je bil pred poškodbo, kot pa od neposrednih posledic poškodbe same.

Lokar se sicer omejuje na postkomocijski sindrom, vendar je mogoče te ugotovitve uporabiti tudi na splošno in jih pri posamezniku upoštevati:

- bolnikovo osebnost pred poškodbo,
- neposredne posledice poškodbe,
- duševno reagiranje na poškodbo,
- družinske, delovne in splošne socialne okoliščine bolnika,
- "osebnostno reorganizacijo" po poškodbi.

Malo poprej smo med posledicami organskih prizadetosti omenili tudi nevrotične in osebnostne motnje. Posebej smo podčrtali, da travmatski dogodek po večini ne pušča znatnejših posledic ali pa teh sploh ni. To velja tudi za navedene motnje. Pri posamezniku in le izjemoma bo zaradi raztrganin možganskega tkiva prišlo do očitnih sprememb tudi v osebnosti, večkrat v povezavi z oškodbo frontalnega lobusa. Nekateri se za motnje v poznejšem ravnanju sklicujejo tudi na pretres ali celo kontuzijo možganov. V eni od starejših študij (10) smo skupino delinkventov z dokazano poškodbo glave, ki so se slicevali na travmo kot spremljajoči dejavnik njihove neugodne aktivnosti, primerjali z nedelikvetnimi osebami s podobnimi poškodbami glave. V drugi skupini ni bilo mogoče pri nikomer ugotoviti, da bi po travmi postal delinkventen. Dopusčamo možnost, da travma glave pri disponirani osebi olajšuje določeno ravnanje z zmanjšanjem zavor, izjemno pa ga v tako ravnanje usmeri povišana razdražljivost.

Iz zavestnih, še bolj pa osebnostno dinamskih razlogov je organska motnja duševnosti trenutek, ko se poškodovana oseba obrne k sebi. Večinoma doživlja življenjsko krivico in zahteva njeno popravo. Takšno doživljanje se, mnogokrat res pri preprostejših osebah, sprevrže v odškodninski zahtevek, ki ga obdaja tolikšen splet simptomov, da govorimo o "rentni nevrozi". Že LOKAR (3) priporoča, da o tej obliki vedenja govorimo kot o pravi nevrozi in brez cinizma. V rehabilitacijskem postopku moramo upoštevati tudi možnost osebnostnega razvoja v to smer. Psihoterapevtsko

je potrebno dovolj zgodaj razreševati že prej omenjene zavestne in nezavedne tendence. Prizadeti osebi je potrebno s pomočjo kratkih psihoterapevtskih tehnik (11) interaktivno razgrniti tudi nevarne posledice zanjo in njeno dezintegracijo, če bo velik del svojega življenja posvetila le iskanju odškodnine.

Preveč naivno bi bilo pričakovati, da bodo "rentne nevroze" kot posledice poznejših organskih psihičnih motenj povsem izginile s primernejšimi rehabilitacijskimi in psihoterapevtskimi načini.

Splošno vzdušje je bolj naklonjeno odškodninskim tendencam in izkoriščanju možnosti, ki jih daje socialna država. Osnovna družbena orientacija in njene spremembe ter nihanja, pa trdna prepričanja v določenih subkulturah omogočajo tudi **zavestne pridobitniške težnje**. S temi mislimo na iskanje otipljivih koristi ob neznatni ali neobstoječi organski psihični motnji. Veliko preudarnosti, izkušenj in znanja je potrebno v komisijah in pri izvedencih. Pritiski odvetnikov, podjetnikov in seveda samega oškodovanca so sicer v raznih smereh. Večkrat ustvarjajo komaj pregledno situacijo. **Zato se zavzemamo za napisana doktrinarna načela o delazmožnosti psihiatričnih bolnikov na splošno**, pri organskih motnjah še posebej. Tako bi zmanjšali "uspešnost" neupravičenih pritiskov in zavarovali tiste, ki dajejo v teh zadevah mnenja in predloge. Ni pa dvoma, da je takšnih zavestnih teženj precej. Vendar lahko izkustveno ugotovimo, da je le malo teženj te vrste, ki ne bi bile povezane z nekaterimi posamezniki z bolj ali manj značilnim subkulturnim ozadjem in z določenim profilom njihovih osebnosti.

LITERATURA

1. *** Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB 10. 10.revizija. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1995.
2. *** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
3. Lokar J. Nekatero duševne motnje kot pozne posledice poškodbe glave. Zdrav Vestn 1976; 45: 281 - 283.
4. Jensterle J, Mlakar J, Vodušek DB. Uporaba kratkega preizkusa spoznavnih sposobnosti pri ocenjevanju demenc. Zdrav Vestn 1996; 65: 577 - 582.
5. Zaudig M, Mittelhammer J, Hiller W. SIDAM Structured Interview for the Diagnosis of Dementia of the Alzheimer Type, Multiinfarct-Dementia and Dementia of other Etiology according to DSM-III-R and ICD-10*. Munich: Max-Planck-Institute of Psychiatry, 1989.

6. Pišljari M, Denišlić M, Meh D. Pozni izvabljeni odzivi: metoda in normativne vrednosti. *Viceversa* 1997; 17: 13 - 29.
7. Jensterle J, Kobal M, Sever A, Tretnjak V. Prireditev nevropsiholoških testov in konstrukcija kompleksnejše testne baterije. Ljubljana: UKC Univerzitetna psihiatrična klinika, 1988.
8. Kobal M, Sever A, Tretnjak V. Tentative neuropsychological theory and dignostics in assessing frontal lobe injuries and their influence on mental processes. Abstracts: Neurological Rehabilitation and Restorative Neurology of Brain Injury (BISS'85) Ljubljana 1985: 56.
9. Jensterle J, Kobal M, Mlakar J. Nevropsihološko ocenjevanje bolnikov z možganskimi okvarami. *Zdrav Vest* 1992; 61: 341 - 345.
10. Kobal M. Frustration as the basic condition of mentally disordered delinquent behaviour. The Hague: 4th International Criminological Congress - preparatory paper, 1960.
11. Kobal M. Krizna psihoterapija. *Viceversa* 1994; 5:56 - 65.