

4. *Odoslanie do psychiatrickej nemocnice* je spojené popri lekárskejších aj s právnymi otázkami. Každý lekár by mal byť oboznámený s touto problematikou vo svojej oblasti činnosti. Dôvody k hospitalizácii duševne chorých sú o. i.: indikácia ku terapiám, ktoré sa dajú vykonávať len v psychiatrickej nemocnici; potreba veľkej opatery, ošetrovania; ohrozenie seba; ohrožovanie druhých pri duševnom ochorení.
5. V *psychiatrickej nemocnici* a v sociálne psychiatrických prechodných zariadeniach je (popri osobných terapeutických indikáciách) terapeuticky dôležité pre všetkých chorých: pracovná terapia a aktivita vo voľnom čase; vyhýbanie sa donucovacím prostriedkom; ponechanie toľko osobnej zodpovednosti každému chorému koľko je to len možné; duch priateľstva a vzájomného pomáhania si medzi chorými, ošetrovateľmi, sestrami (činné terapeutické spoločenstvo).

Dnes sa vylučuje cieľ znižovať počet lôžok v psychiatrických nemocniciach a namiesto toho zriaďovať otvorené zariadenia pre ošetrovanie duševne chorých ako sú denné a nočné kliniky, chránené dielne, centrá pre organizovaný spoločenský život a aktivity vo voľnom čase.

## Špeciálna časť

### A. Duševné poruchy v úzkej súvislosti so somatickými ochoreniami

Táto kapitola sa zaoberá tými duševnými chorobami, ktoré sa dajú chápať ako sprievodné prejavy primárne telesného ochorenia, tak ako napríklad progresívna paralýza je sprievodným prejavom poliencephalitis luetica. K tomu pristupujú poruchy ako alkoholizmus, pri ktorom je primárna určitá porucha osobnosti disponujúca ku závislosti (somaticky neidentifikovaná) a až pri závislosti vedie k telesným poškodeniam, ktoré sa potom zasa môžu prejavovať ako psychické poškodenia (napríklad vo forme alkoholického Korsakovova). Pri genuinnej epilepsii je neznáme, aká telesná porucha je podkladom tejto choroby; isté je ale, že psychické poruchy v priebehu ochorenia sa objavujú v úzkej súvislosti s cerebrálnymi zmenami.

#### I. Úvod: Základné formy psychických ochorení pri telesných chorobách

Učenie o duševných poruchách v súvislosti s telesnými ochoreniami sa zjednoduší, keď máme na zreteli: neexistujú žiadne špecifické psychopatologické klinické obrazy pre každé z mnohých telesných ochorení, ktoré sú ich príčinou, a pre každú z mnohých somatických nôx. Naproti tomu sa psychopatologické obrazy dajú zaradiť do rôznych veľkých rámcov, podľa toho, či

- a) somatická choroba viedla ku chronickému difúznemu poškodeniu mozgu alebo či
- b) je prítomné ťažké akútne všeobecné – somatické (a tým aj cerebrálne) ochorenie podkladom psychickej poruchy alebo či
- c) telesné ochorenie viedlo ku lokalizovanej chronickej chorobe mozgu alebo či
- d) podkladom psychickej poruchy je endokrinná porucha

Klinické obrazy, ktoré sa objavujú v takomto rámci možno označovať ako *základné organické formy psychického ochorenia*. Rôznorodosť jednotlivých klinických obrazov v rámci určitej základnej formy je viac než špeciálnym *typom* noxy dané *závažnosťou noxy, tempom* jej pôsobenia a postihnutou *osobnosťou* (jej vek, jej vrodená konštitúcia, biografický vývoj a súčasné rozpoloženie) ako aj vplyvom somatických sprievodných fenoménov. Keď je človek oboznanený so symptomatológiou základných organických foriem, potom je ľahké porozumieť psychopatológii jednotlivých ochorení.

#### a) „Amnestický“ alebo „psychoorganický syndróm v užšom zmysle“

Pri chronických ochoreniach s určitou psychickou symptomatológiou sa zisťujú difúzne poškodenia mozgu; a naopak pri difúzných poškodeniach mozgu (ktoré sú o. i. zistiteľné pneumoencefalografiou), ak sa vôbec psychopatologicky prejavujú, zisťujeme vždy rovnaký psychopatologický symptómový obraz. Máme tu dočinenia s určitou základnou formou psychických ochorení.

Je neustálym zdrojom zmätku, že takáto ohraničená dôležitá základná forma nemá žiadnu všeobecne uznávanú etiketu. Jednotlivé školy používajú v tejto súvislosti termín „*amnestický psychosyndróm*“ – je to však zlá etiketa, pretože jednostranne zdôrazňuje amnestické symptómy, zatiaľ čo tie, ktoré sa týkajú myslenia a afektivity, sú práve tak dôležité. E. Bleuler v prvom vydaní tejto učebnice zaviedol označenie „*psychoorganický syndróm*“. V doslovnom zmysle môžeme pod tým chápať všetky psychosyndrómy, ktoré nejako súvisia so somatickými poruchami. (Keď razil tento termín hrali dôležitú úlohu v klinickej psychiatrii len dôsledky chronického difúzneho poškodenia mozgu, zatiaľ čo dôsledky iných telesných ochorení boli zriedkavé resp. zriedkavo sa dostávali do pozornosti klinika.) Preto pri tomto pojme dochádza k nedorozumeniam, keď sa bližšie neuvedie, že sa napríklad myslí „*psychoorganický syndróm*“ v užšom zmysle podľa E. Bleulera. –Pojem „*Korsakovov syndróm*“, ktorý mnohý používajú je mnohoznačný. (Korsakov pôvodne popísal len psychické sprievodné príznaky pri polyneuritíde; „*Korsakovov syndróm*“ označuje prednostne tiež určité akútne liečiteľné poruchy atď.) –Označenie „*kortikálna demencia*“ zahŕňa len ťažké následky kortikálneho poškodenia. Okrem toho označuje mozgovú kôru príliš jednostranne ako niečo čo je prísne ohraničená na mozgovú kôru. –Označenie „*organická mozgová slabosť*“ príliš jednostranne označuje výkonnosť a ľahko sa pritom môže prehliadnuť ochudobnenie vnútorného života. Okrem toho sú tu zahrnuté aj lokálne mozgové psychosyndrómy. To isté platí aj pre označenie „*organicko-cerebrálny defektný syndróm*“, dal by sa používať ako protipól ku „*lokálnemu mozgovému psychosyndrómu*“. Napriek tomu sa neodvážujem ho navrhnúť: rozpaky sú dané našimi nedostatočnými znalosťami o presných vzťahoch medzi mozgovou patológiou a psychopatológiou. Dnes sa dá len predpokladať – nie je to ale s istotou dokázané – že *difúzny*

výpad nervových buniek vo veľkých častiach mozgu je skutočne základom duševných porúch, pre ktoré tu hľadáme označenie. Je možné že budúci výskum predsa len ukáže, že zvláštne patologicko-anatomické zmeny alebo lokalizácie, ktoré sú inak často spojené s difúznym poškodením mozgu, sú rozhodujúce pre psychopatológiu. (Indície, ktoré dosiaľ poukazovali týmto smerom nie sú dostatočne presvedčivé.) –Takže sa dnes musíme vyrovnávať s tým, že neexistuje žiadne všeobecné zrozumiteľné pomenovanie pre jeden z najdôležitejších pojmov; pri určitej pozornosti si ale predsa len môžeme poslužiť týmto pojmom.

Kvôli ujasneniu existujúceho rečového zmätku porovnáваме pojem organického psychosyndrómu v zmysle tejto učebnice tabuľkovým spôsobom s niektorými podobnými pojmami:

psychoorganický syndróm: to isté čo organický psychosyndróm;

difúzny mozgový psychosyndróm: to isté čo organický psychosyndróm;

chronic cerebral syndrome v anglickej literatúre: väčšinou to isté čo organický psychosyndróm,

niekedy ale vrátane lokálneho mozgového psychosyndrómu;

organická demencia: najťažšia forma organického psychosyndrómu;

organická psychóza: poruchy ako v rámci akútneho exogénneho reakčného typu tak aj v rámci organického psychosyndrómu, pokiaľ sa ich závažnosť a ich typ dá považovať za psychózu;

organická zmena osobnosti: stav pri prepletenosti ľahkého organického psychosyndrómu s psychoreaktívnymi zmenami osobnosti v súvislosti s prežívaním ochorenia;

slabosť mozgovej výkonnosti: ľahké formy organického psychosyndrómu, sčasti zahŕňajú aj lokálny mozgový psychosyndróm;

amnestický psychosyndróm: organický psychosyndróm, pri ktorom sú v popredí klinického obrazu amnestické symptómy (a nie poruchy myslenia a afektivity) a akútny exogénny reakčný typ s prevahou amnestických porúch;

Korsakovova psychóza: väčšinou to isté čo amnestický psychosyndróm, za predpokladu, že závažnosť a typ ho umožňuje chápať ako psychózu (pôvodný význam: psychické sprievodné fenomény pri polyneuritíde);

Dysmestic syndrome v angličtine: to isté čo amnestický psychosyndróm;

Prechodové syndrómy (Wieck): poruchy akútneho exogénneho reakčného typu a organického psychosyndrómu, pokiaľ sú reverzibilné.

*Príčiny, ktoré vedú ku difúznemu poškodeniu mozgu a ku organickému psychosyndrómu v hore zmienenom zmysle, sú veľmi pestré: senilná degenerácia nervových buniek; multiplexné mozgové embólie; ochorenia mozgových ciev; zápaly mozgu (zvlášť syfilitické); toxické poškodenie mozgu (alkohol, olovo, rozpúšťadlá, kyslíčnik uhoľnatý a i.); chronické metabolické poškodenia; poranenia mozgu; čo do patogenézy ešte neobjasnené mozgové ochorenia ako*

multiplexná skleróza; chorea Huntington a Friedrieichova heredoataxia v terminálnych štádiách<sup>1</sup> a i. ku ním pristupujú všetky ochorenia, ktoré sú spojené s častými epileptickými záchvatmi; už cez poruchy prekrvenia vedú k difúznemu poškodeniu mozgu.

Amnestický alebo organický psychosyndróm (v užšom zmysle) je čo do fenomenologického obrazu charakterizovaný *poruchami pamäti, chápania, orientácie, myslenia a afektivity*. Pritom v popredí je raz jedna raz iná z týchto narušených funkcií; syndróm možno rozčleňovať podľa toho či je najviac postihnutá pamäť, myslenie alebo afektivita.

Celkove môžeme psychoorganickú poruchu charakterizovať ako *ochudobnenie a zjednodušenie* všetkých psychických procesov, afektívnych a intelektuálnych. Ochudobnené je bohatstvo predstáv a spomienok. Zvlášť ochudobnené sú schopnosti v oblasti myslenia a pocítovania. Jednotlivé predstavy, snahy a pocity sa už nedávajú dostatočne do súvislosti s celkovým skúsenostným bohatstvom, celkovou situáciou a všetkými tendenciami.

Charakteristická *porucha pamäti* psychoorganikov je v rozpore s populárnym chápaním porúch pamäti, podľa ktorého spomienkové obrazy časom blednú. Naopak: *čerstvé zážitky sú v typických prípadoch viac postihnuté poruchou pamäti než skoršie zážitky*. Keďže o. i. často dochádza ku zabúdaniu zážitkov počas vyšetrenia, hovoríme o *narušenej vstepivosti* týchto psychoorganikov. –Zavčas je väčšinou nápadná aj narušená schopnosť používať v rozhovore zriedkavejšie alebo cudzo znejúce slová, zvlášť tiež mená. Často sú medzery v pamäti vyplňané *konfabuláciami*, či už pri rozpakoch alebo spontánne. Čiastočne v súvislosti s poruchou pamäti je v pokročilých prípadoch narušená *orientácia* miestom a časom. (Chorému chýbajú „vnútorné hodiny“, HOCHE.)

Poruchy pamäti sú najcharakteristickejšie pri jednoduchých formách senilnej demencie; existujú tu prípady, pri ktorých sa často dá zistiť časová hranica straty pamäti. 70- ročný si napríklad už nepamätá čo sa dialo v posledných desaťročiach. Po nejakom čase siaha jeho strata pamäti až do šiesteho desaťročia jeho života, potom do piateho atď. Ak sú uchované ešte spomienky z mladosti, tak sa často vyznačujú väčšou svezosťou než za normálnych okolností; ba dokonca chorí môžu opäť prežívať scény, ktoré sa v skutočnosti odohrali pred sedemdesiatimi rokmi. Pri skleróze mozgových ciev existujú ľahko nepravidelné obsahové a časové kolísania porúch pamäti. Alkoholický Korsakov, keď je akútne, má spravidla najprv zreteľnú hranicu v prístupnosti k spomienkam, ktorá sa kryje so začiatkom ochorenia; pacienti nemajú k dispozícii nič, čo sa odohrávalo potom, to čo bolo predtým je ale približne normálne. Pomerne rýchle sa ale začne táto hranica rozmazávať, pričom aj skoršie udalosti sa už nedajú vybaviť alebo si ich vybavuje pacient nesprávne. –V priemere sú rozdiely medzi staropamäťou a novopamäťou u starších psychoorganikov zreteľnejšie než u mladších. U mladších (napr. pri epileptickom zhlúpnutí) často úplne chýbajú. –Konfabulácia sa objavuje zvlášť u excitovaných a manických stavov. Pri manickej paralýze a pri alkoholickej Karsakovej psychóze je často bezhraničná. U apatických pacientov chýba.

Čo sa týka *porúch myslenia* pri organickom psychosyndróme, tak tieto sa predovšetkým obmedzujú na *objem súčasne možných predstáv*. Spomienky a predstavy už nie sú prehľadne k dispozícii, súhrnné a navzájom vyvážené. Výber sa výraznejšie než v norme riadi momentálnymi afektmi a momentálnymi snahami. Výstižne by sme mohli hovoriť o „trubicovom zúženom poli myslenia“. Dôsledkom toho je porucha kritičnosti a *schopnosti úsudku*. Jeden paralytik skočil z vysokého okna, aby zdvihol cigaretový ohorok; iný ukradol pred očami všetkých určitý predmet a starostlivo ho schoval; tretí nájde staré vrečko, roztrihá viaceré nové, aby ho zaplátal. Zo skúsenosti sú len výnimočne múdri. V minulosti boli v každom ústave známe prípady ako je paralytik, ktorý viac rokov pozdravuje lekára pri každej vizite slovami: „V utorok príde moja žena a vezme ma preč“.

Pri obmedzení predstáv sú prirodzene najviac postihnuté tie, ktoré sú i bežne ťažšie prístupné a presné jednotlivé pojmy. Chorý namiesto toho produkujú pomerne *vágne všeobecné predstavy*: „budova“ namiesto „záhradného domu“, „taký nejaký muž“ namiesto „stolár“. Aj na otázky odpovedajú rovnako neurčitým spôsobom „Odkiaľ ste teraz prišli?“ „Odtiaľto zozadu som prišiel dopredu“. Kde vlastne je naša klinika?“ „Áno v tomto meste“. S takýmito otázkami sú organici spokojní a očakávajú že aj pýtajúci sa by mal byť spokojný. Zreteľný je vplyv nálady: „V akej miestnosti sme práve teraz?“ „V celkom peknej.“ „Aký ľudia sú to?“ „Dobří ľudia.“ V iných prípadoch sa viac či menej prejavuje vedomá rozpačitosť. Pri otázkach ohľadne dátumu pacienti práve dnes nevideli noviny alebo kalendár alebo nerozpoznávajú význam otázky sa obracajú na druhých ľudí okolo a žiadajú ich o odpoveď.

Rôzne *intelektuálne schopnosti* sa nestrácajú rovnomerne, nedalo by sa ale preto nájsť žiadne iné pravidlo, než že zvlášť rozvinuté alebo nacvičené spôsobilosti podliehajú najpomalšie celkovému zániku. Senilný účtovník alebo paralytický šachista môže niekedy vo svojej oblasti prekonávať aj niektorých zdravých, aj keď v iných oblastiach sa prejavuje už úplne detinsky.

V súvislosti s obmedzením súčasne v myslení používaných predstáv je poškodené aj *chápanie*. Scénické obrazy sa napríklad nedajú už chápať vo svojej súvislosti. Pacienti vyratúvajú jednotlivosti a v tomto smere pripomínajú imbecilov. V každom prípade potrebujú dlhší čas než zdraví aby dospeli k poznatku a často sa pritom mýlia. To čo čítajú chápu neúplne a s chybami. Ústne otázky pacientom musíme opakovať a niekedy na ne odpovedajú v zmysle predchádzajúceho myšlienkového procesu. Chápanie je nepresné, zvlášť pri únave. Medzery v chápaní môžu vyplňať konfabuláciami. Poruchy poznávania sú niekedy zapríčinené perseveráciou.

Obvykle sú psychické procesy viac či menej *spomalené*, predsa ale môže byť spomalenie niekedy hyperkompenzované manickou rozladou so svojim rýchlym sledom myšlienok. Niekedy majú chorí zreteľné ťažkosti pri prechádzaní z jednej témy na druhú. V neskorších štádiách (ako aj pri mnohých ložiskových ochoreniach) sa objavuje sklon ku *perseveráciám*,

<sup>1</sup> Vo včasných štádiách ide o systémové degenerácie

v ťažkých prípadoch v takej miere, že chorý napr. na najdôležitejšie otázky ohľadne personálie „91“, potom čo týmto číslom udal svoj rok narodenia.

*Afekty* sú pri psychoorganickom syndróme *labilné*, silnejšie a rýchlejšie nastupujú než v norme (afektívna inkontinencia) a ľahko sa zase sploštia. Často určitá nálada strieda rýchle náladu inú, niekedy v priebehu niekoľkých málo sekúnd. Aktuálny afekt úplne chorého ovláda. Z maličkostí je šťastný alebo zúfalý. (Jedna paralytická pani urobila vážny suicidálny pokus, pretože manžel prišiel neskoro k jedlu.) V ich emočnej labilitě pôsobia psychoorganici ako deti. (Ludová reč nazýva senilne dementných ako „detinských“.) Emočný prejav psychoorganikov postráda ale v súvislosti s intelektuálnym prázdnom obdivuhodnú oduševnenosť a diferencovanosť dieťaťa. Psychoorganikom chýba prehľad o komplikovaných záležitostiach, takže ich prirodzene nemôžu zdôrazňovať emóciami. Aj v súvislosti s chudobnosťou predstávajú oblasť záujmov obmedzená, a *chorí sa javia byť ľahostajní, bez toho že by sa jednalo len o defekt afektívnej stránky*. –Takže psychoorganici sú emočne labilní, pokiaľ vôbec dokážu chápať určitú situáciu; sú ale súčasne chudobní v oblasti afektívnej diferencovanosti a spontaneity a tým tupí a apaticí.

*Nálada* chorých je veľmi rôzna; trvalé alebo prechodné extrémny od nebeskej blaženosti až ku hlbokéj depresii alebo aj úzkosti, prípadne prejavované sústavným krikom sú veľmi časté.

Spolupôsobenie labilnej afektivity a obmedzenej schopnosti uvažovať často znemožňuje cieľavedomé konanie. Emócia nehy, ohľadu, takt, pieta, estetický jemnocit, pocit povinnosti, cit pre spravodlivosť, sexuálna hanblivosť často zlyhávajú, aj keď existujú. Rôzne popudy z vnútra z vonka sú bez zábran realizované v činoch. Pri živšej afektivite a porušenej kritičnosti je zvýšená *sugestibilita*, u niektorých aj *negatívna*.

*Osobnosť* mnohých organikov je veľmi výrazne zmenená, najviac pri paralýze, najmenej pri skleróze mozgových ciev a u chorôb spadajúcich viac do oblasti neurológie ako je multiplexná skleróza. Zmena osobnosti ako ju môžeme pozorovať pri organickom psychosyndróme je spojená skôr s akcentáciou a karikovaním normálnych individuálnych vlastností než že by išlo o celkové transformovanie. Vo svojej povahe sporivý, šetrný stariec, keď sa stane senilne dementným, sa nebude dať tak ľahko prehovoriť ku nejakému darovaniu, skôr bude lakomý. Ku najťažšie potlačiteľným záujmom patria prirodzene tie egoistické, a keďže títo pacienti nedokážu ľahko alebo dokonca vôbec nedokážu súčasne asociovať s nimi aj iné, korigujúce idey, prejavujú sa potom egoisticky v myslení, cítení a správaní.

Dôležitý fenomén pri difúzných chronických mozgových ochoreniach je *zvýšená unaviteľnosť*. V ťažkých prípadoch sa dá už po štvrt hodinovom rozhovore pozorovať, že chorí sú stále nejasejši a stále namáhavejšie sa prejavujú.

*Halucinácie* často úplne chýbajú, ale môžu sa aj vyskytovať.

Ak sa vyskytnú *bludné myšlienky*, potom v ťažkých prípadoch nadobúdajú spravidla charakter úplných nezmyslov. Medzi depresívnymi sú potom bežným javom prehnané hypochondrické predstavy; délire d'énormité a nihilizmus, keď sa vyskytujú tak je to zvlášť charakteristické.

Keď chronické mozgové ochorenie, ktoré viedlo ku organickému psychosyndrómu, má akútne zhoršenie, alebo keď je komplikované febrilnými ochoreniami, intoxikáciami alebo vyčerpaním, tak sa ľahko môžu prejať poruchy z oblasti akútneho exogénneho reakčného typu, zvlášť *delirantné a mráкотné stavy*. Vyskytujú sa prevažne v noci.

Väčšinou sú tieto psychózy spojené so *somatickými symptómami*, ktoré sú sčasti dôsledkom mozgovej afekcie (obrný, afázie, apraxie a iné neurologické následky poškodenia určitých častí mozgu pri súčasnom difúznom poškodení mozgu), sčasti ide o sprievodné prejavy (marazmus, neuritída). Najčastejšie sa vyskytuje tremor, väčšinou hrubý, nepravidelný, zvlášť rúk a rečového ústrojenstva. Tlak v hlave, bolesť hlavy, parestézie, mžiky pred očami, hučanie v ušiach a podobné „nervové“ symptómy môžu od začiatku sprevádzať každú organickú duševnú chorobu, neskôr sú sčasti prekryté ťažkými psychotickými alebo sú chorobne interpretované v delirantných stavoch v zmysle telových halucinácií a tela sa týkajúcich bludných myšlienok.

*Organický psychosyndróm u detí* (LUTZ, CORBOZ) viď str. 227 a ďalšie.

*Vyústenie* týchto organických psychóz je kvôli podmieňujúcej mozgovej chorobe často letálne. Toxické a traumatické psychózy sa môžu zlepšiť alebo zostať v podstate stacionárne. Keď noxa, ktorá pôsobí na mozog, prestane účinkovať a keď psychoorganické dôsledky netrvali už celé mesiace, potom môže dôjsť ku rozsiahlej remisii napr. pri paralýze po liečbe alebo pri posttraumatických a arteriosklerotických chorobách; pri posledných menovaných môžu jednotlivé zlepšenia trvať len niekoľko dní alebo hodín; môžeme tu právom hovoriť o „lucida intervalla“.

*Diagnóza* organických psychóz je v úvode neľahká. Choroba musí dosiahnuť až určitú úroveň, kým sa stane zreteľnou väčšia časť spomenutých symptómov. Orientácia je napr. u pacientov s neporušeným vedomím a v pokojnom rozporení porušená až v ťažších stupňoch zhlúpnutia.

Pri dementia senilis je ťažkosť v tom, že normálna senilita má naznačené podobné symptómy: nevieme pri akom stupni narušenej pamäti alebo afektivity už začína choroba. Niekedy musia rozhodovať praktické dôvody.

Ak je prítomný vyslovene melancholický obraz, potom psychoorganické, na myšlienky chudobné myslenie, sa dá ťažko odlíšiť od depresívneho, inhibovaného myslenia. Malicherné reakcie na vedľajšie záležitosti ako oneskorené jedlo alebo nápadná afektívna odkloniteľnosť



napr. vtipom poukazuje na organickú labilitu. Diferenciálne diagnosticky ešte dôležitejšia je nezmyselnosť *bludných myšlienok* a to hlavne vo forme nihilizmu a délire d'enormite.

Rozvlnanosť psychoorganikov sa odlišuje od manického myšlienkového trysku tým že je chudobná na idey.

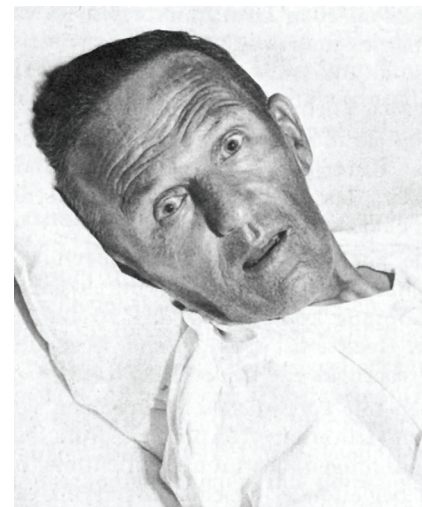
Pre diagnózu je rozhodujúca porucha orientácie miestom a časom v stavoch s neporušeným vedomím. Diagnosticky opatrne treba hodnotiť túto dezorientáciu v stavoch nepokoja a stavoch zmätenosti.

Pre rozhodnutie otázky „organický alebo nie?“ možno s úžitkom využiť *krivku únavy* pri progresívnom počítaní. Pacienta necháme kontinuálne tak rýchlo ako to dokáže pripočítavať jednomiestne čísla (Kraepelinove počtárske zošity). Po každej minúte dávame znamenia, na čo explorovaný pod poslednú sumu urobí čiarku ale hneď pokračuje ďalej. Výkony v jednotlivých minútach, dvoch minútach alebo piatich minútach sa dajú zobraziť v krivke. Normálna krivka prebieha zo začiatku kvôli zácvičku hore a začína sa až po trištvrte hodine znižovať, ale nie pod iniciálnu úroveň. Krivka u organických vykazuje miernejšie alebo žiaden vzostup výkonnosti a začína skôr klesať, pričom často klesne pod úroveň začiatku (výraznejšia únava). Prirodzene budeme si pritom všímať chyby a rovnomernosť výkonu a ďalej zaznamenávať všetko, sledovať aby sme neprehliadli iné faktory, ako je napr. odklonenie pozornosti.

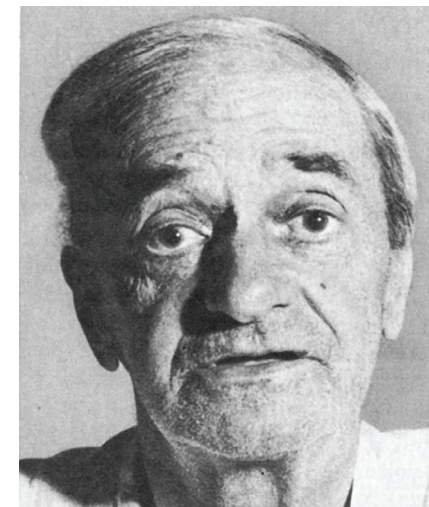
Diagnóza organickej duševnej choroby sa často ešte nedá stanoviť, zatiaľ čo sa už s istotou dajú zistiť špecifické somatické fenomény (napr. pupilárne a rečové poruchy), ktoré s istotou umožňujú identifikovať špeciálne mozgové ochorenie (napr. paralýzu). Častejšie môžeme naopak zistiť „organickú psychózu“ vo všeobecnom zmysle, zatiaľ čo ešte chýbajú špecifické symptómy určitej mozgovej choroby. O to viac, že existujú tiež organické psychózy v dôsledku mozgových ochorení, ktoré ešte nepoznáme.

*Diagnóza somatického a mozgového ochorenia, ktoré podmieňuje organický psychosyndróm sa nedá urobiť na základe psychopatologických symptómov.* Musí sa stanoviť na základe somatických symptómov a predchorobia.

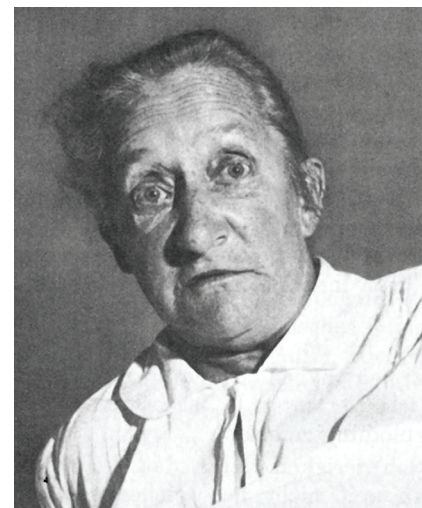
V psychopatológii organikov sa prejavuje *vnútorné* vysporiadavanie sa s *vnútorným rozpadom*. Už nápadné je, čo chorí perseverujú: často zabúdajú to čo je pre nich nepohodlné a nie je v súlade s ich náladou a perseverujú to, čo zvyšuje ich sebavedomie alebo to čo je v súlade s ich náladou. Môžeme byť ale v pokušení pozrieť sa aj na všeobecnejšie aspekty psychoorganickej symptomatológie z hľadiska vysporiadavania sa s duševnou degradáciou: múdrosť staroby tu môže spočívať v tom, aby sa zabudlo na plánovanie osobnej budúcnosti, aby prítomnosť bola prežívaná len povrhu a zatiaľ čo minulosť ako bohatstvo, ktoré stále zostáva, sa môže opäť zaskviť pred vnútorným zrakom. Práve takéto ignorovanie budúcnosti, takéto oslabovanie súčasnosti a takýto návrat k hodnotám minulosti sa deje pri psychoorganickej zmene starca a pri iných mozgových ochoreniach, ktoré oberajú o akúkoľvek nádej do budúcnosti.



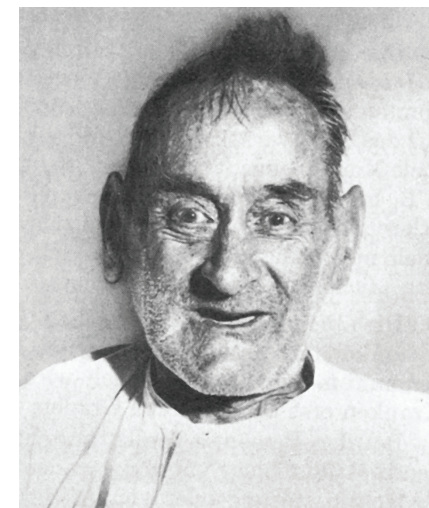
obr. 2



obr. 3



obr. 4



obr. 5

Obr. 2 – 8: Výraz tváre pri ťažkých difúzných poškodeniach mozgu s amnestickým psychosyndrómom (t. j. organický psychosyndróm v zmysle tejto učebnice). Fotograf na chorých pri fotení volá. Výraz tváre nám u všetkých chorých (s výnimkou smejúcej sa stareny obr. 8) ukazuje prekvapenú bezradnosť a umožňujú tušiť námahu chorých aby pochopili situáciu. Mimický prejav prezradza odrzdenie v jednoduchej a trochu primitívnej forme náladu chorých: bezradnosť a nechápavý údiv (obr. 2), bezradnú unavenú rezignáciu (obr. 3), aktivovanú vôľu pochopiť a zameranú na fotografa, aj keď nemožnosť pochopiť vyvoláva úľak a zúskostňuje (obr. 5), bezstarostnú veselosť (obr. 8), úzkostnú bezradnosť (obr. 6) a nedôverčivú nenávisť (obr. 7). — Podstatné rysy organického syndrómu sa zrkadlia v takýchto snímkach: porucha