

ORGANICKÉ PORUCHY OSOBNOSTI

doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc.

Psychiatrická klinika 1. LF UK Praha, Centrum pro Alzheimerovu chorobu

Organická porucha osobnosti je málo diagnostikovaná jednotka, která je ve skutečnosti častější. Organické faktory mohou výrazně zasáhnout do struktury osobnosti. Jsou probrány různé klinické projevy a dle jejich převažujícího výskytu pojmenované různé typy poruch osobnosti. Dále jsou probrány nejčastější lokalizace lézí zodpovídajících za organickou poruchu osobnosti a také nejčastější příčiny těchto poruch. Mezi nejčastější příčiny náleží cerebrovaskulární faktory, stavy po traumatech, infekcích a intoxikacích mozku, epilepsie, stavy po neurochirurgických zákrocích. Některé organické poruchy osobnosti jsou při vhodné terapii základní příčiny alespoň částečně reverzibilní.

Klíčová slova: amygdala, frontální kortex, organicita, osobnost, poruchy chování.

ORGANIC PERSONALITY DISORDERS

Organic personality disorder is an infrequently diagnosed entity that is in reality more common. Organic factors may significantly influence personality structure. Various clinical presentations are discussed and various types of personality disorder are classified according to their prevailing symptoms. Further on we discuss the most frequent localization of lesions responsible for organic personality disorder as well as their most frequent causes. Cerebrovascular factors, trauma consequences, infections and central nervous intoxications, epilepsy, status post neurosurgical interventions belong to the most frequent causes. Some organic disorders are at least partially treatable with suitable therapy of underlying disease.

Key words: amygdala, frontal cortex, organic involvement, personality, behavioral disorders.

Psychiat. pro Praxi; 2007; 1: 27–28

S diagnózou organické poruchy osobnosti se v praxi setkáváme poměrně málo, i když tato jednotka je častější, než se diagnostikuje. Organické faktory významně zasahují do osobnostních struktur. V případě, že organické faktory hrají hlavní etiologickou roli ve změně osobnosti, hovoříme o organické poruše osobnosti. Změna osobnosti pak musí být trvalá, nebo alespoň dlouhodobá, musí přetrvávat nejméně 1 rok. U organických poruch osobnosti je i jistá možnost reverzibility, alespoň parciální. K diagnostice této poruchy musí být podán (anebo alespoň důvodně předpokládán) průkaz existence organického etiologického faktoru. Porucha osobnosti nesmí být vysvětlena přítomností jiného psychického onemocnění. Musí dojít k signifikantnímu narušení oblasti sociální, pracovní i některých dalších funkcí postiženého. Dochází ke změně etických a estetických návyků a hodnot postižených. Mění se způsob chování oproti premorbidní osobnosti postiženého. Změna se týká především oblasti emotivity, impulzů, potřeb.

Koncept organické poruchy osobnosti není ustálen, neustále se vyvíjí. Existuje dichotomie diagnózy organické poruchy osobnosti; na jedné straně je koncept osobnosti, který je v průběhu vývoje psychiatrie nejednotný, nekonzistentní, a na druhou stranu heterogenní příčiny, rozličné neurobiologické procesy (8).

Hlavní příčiny organických změn osobnosti jsou: cerebrovaskulární onemocnění, mozková neoplazmata (primární i metastatické tumory), některá atroficko-degenerativní onemocnění mozku, u kterých se nevyvinula (nebo dosud nevyvinula) demence (např. Huntingtonova chorea), některá autoimunitní onemocnění typu kolagenózy – hl. systémový lupus erythematosus, některé endokrinopatie (hypo- a hypertyreóza, hypo- a hyperadrenokorticismus), některé stavy po neurochirurgických zákrocích, epilepsie. Také některé

intoxikace mohou vést k organické poruše osobnosti. Obdobné obrazy vznikají také u některých posttraumatických změn mozku a postencefalitických změn (ty mají v mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a úrazů MKN-10 svůj vlastní kód) (1, 7, 8).

K výrazným poruchám osobnosti dochází při dlouhodobém abúzu alkoholu a jiných návykových látek. Dříve se změna osobnosti při abúzu nebo závislosti na alkoholu označovala jako depravace osobnosti.

Je nutno zdůraznit, že k závažným organickým změnám osobnosti dochází také u všech demencí. Velmi výrazné a také časné změny osobnosti jsou především u Alzheimerovy choroby, kde již poměrně brzy v průběhu rozvoje demence pozorujeme úpadek osobnosti a ztrátu náhledu choroby. U frontotemporálních demencí, především u Pickovy choroby a příbuzných frontálních demencí bez Pickových tělísek, se rozvíjejí poruchy osobnosti velmi záhy, spolu s poruchami chování a emotivity dříve než výraznější poruchy kognitivních funkcí. Na druhou stranu u vaskulárních demencí bývá osobnost ve většině případů relativně slušně zachována (i když určité změny jsou vždy) i při poměrně pokročilých poruchách kognitivních funkcí. Poruchy osobnosti při demencích však nespádají do diagnostické jednotky organická porucha osobnosti (3, 6).

Mezi základní příznaky organické poruchy osobnosti náleží především:

- úbytek sociálních schopností, sociální obratnosti a přizpůsobivosti
- dezinhibice – ztráta sebekontroly, společenského odstupu, sebeovládání
- porucha soudnosti
- snížení až ztráta náhledu na vlastní poruchy chování, na společenskou nevhodnost svého chování

- snížení koncentrace pozornosti, zvláště schopnosti soustředit se soustavně na jednu aktivitu
- snížení eticko-estetických schopností projevujících se v oblasti sexu, až sexuální dezinhibice
- porucha vyjádření emocí, impulzů a přání
- emoční labilita, neadekvátní projevy vzteku, iritabilita, jindy apatie
- nekonstantně, ale poměrně často se mohou projevovat poruchy exekutivních funkcí, zejména plánování činností. Na druhé straně **není podstatně porušena paměť ani schopnost učení** (1, 7, 8).

Mezi některé **další příznaky organické poruchy osobnosti** náleží:

- Častá zabíravost v myšlení, nevypravenost, ulpívanost. Někdy sklony ke grafomanii.
- Může se objevit paranoia (nikoli však produkce systematických paranoidních bludů, ale spíše kverulatořní tendence, boj za domnělá práva, používání pseudoprávní terminologie apod.).
- Někdy jsou sklony k pseudofilozofování, zaujetí abstraktním tématem, fanatismus (náboženství, sektářství).
- Může docházet k antisociálním projevům v jednání.
- Někdy je až obraz organické „pseudoretardované“ osobnosti. Dle postižení jednotlivých funkcí je rozlišováno více klinických typů organických poruch osobnosti. Dle DSM-IV jsou to tyto typy (4):
- **labilní typ:** hlavní projevy jsou projevy afektivní lability, střídání nálad, projevy patických nálad
- **dezinhibovaný typ:** Hlavní projev je snížení kontroly impulzů, projevující se např. v sexuální nezdrcenlivosti a indiskrétnosti

- **agresivní typ:** hlavní projev je agresivní chování, často nezvladatelné
- **apatický typ:** hlavní klinické projevy jsou apaticko-abulický syndrom a netečnost
- **paranoidní typ:** hlavní projevy jsou podezřívavost, paranoidní ideace
- **jiný typ:** o tom hovoříme tehdy, když klinický obraz neodpovídá ani jednomu z předchozích typů. Je to např. epileptická osobnost
- **kombinovaný typ:** vyskytují se rysy více uvedených předchozích typů
- **nespecifikovaný typ.**

Jsou hledány morfologické podklady a jejich lokalizace pro různé typy organických poruch osobnosti (1, 2, 5, 8, 9). Velmi význačně se může měnit osobnost při postižení různých struktur prefrontálního oddílu frontálního kortexu:

- postižení orbitofrontálního kortexu: dochází především k inhibici chování, k hypoaktivitě
- postižení ventromediálního prefrontálního kortexu: je postižena volba způsobu chování, systém odměny a trestu
- postižení dorsolaterálního prefrontálního kortexu: jsou porušeny exekutivní funkce, plánování a strategie
- postižení předního cingulárního kortexu: je postižena především pozornost, schopnost odpovídat

Sumárně lze příznaky funkčního postižení prefrontální oblasti shrnout do základního okruhu poruch:

- úbytek soustředění a iniciativy
- dezinhibice, nepřiměřené a plané vtípkování (moriatická nálada)
- celková retardace
- změny osobnosti ve více složkách
- akinetický mutismus (mutismus spojený se stuporem, s ustrnutím motorické aktivity včetně řeči, ale se zachovaným vnímáním skutečnosti, se sledováním okolí)
- výskyt primitivních reflexů (sací, úchopový, dlaňobradový), kontralaterálně změna hlubokých šlachosvalových reflexů
- častá je instabilita chůze, někdy apraxie chůze, odpor kladený pasivním pohybům končetin (paratonie).

U dalších poruch frontálního laloku dochází k těmto klinicky relevantním projevům:

- porucha paracentrální oblasti – objevuje se korová dezinhibice, inkontinence moči i stolice
- porucha Broccovy arey – dochází k expresivní afázii
- při poruchách v ostatních oblastech frontálního kortexu se vyskytují spíše neurologické příznaky než poruchy psychiky

Na vzniku organických poruch osobnosti se také mohou výrazněji podílet poruchy amygdal:

- je postiženo averzivní podmiňování
- je postiženo instrumentální učení
- je porucha emocionálního rozpoznávání (strach, smutek)
- mění se motivační význam podnětů.

Vyvolávající ložiska organického postižení jsou však zřídka přesně ohraničená, zaujímají obvykle širší oblasti, proto výsledný klinický obraz není tak jednoznačný. Postižení pravé hemisféry obvykle vede k sociálnímu stažení, depresi, schizoiditě, zatímco při porušení, především traumatickém, levé hemisféry se častěji vyskytuje paranoia (1).

Není vypracována jednotná terapeutická strategie organických poruch osobnosti. Vždy je třeba léčit vyvolávající příčinu, pokud je to možné. Např. zavedením moderních antiepileptik do klinické praxe výrazně poklesl výskyt tzv. epileptických osobností, na jejichž vzniku se kromě mikrotraumat při záchvatech mohla podílet i starší antiepileptika, především barbituráty. Dále je používána symptomatická farmakoterapie, ovlivňující především poruchy chování, emotivity, psychomotorického tempa a pozornosti. Při poruchách chování jsou používána především atypická antipsychotika (risperidon, olanzapin a další). U dezinhibovaného chování jsou také zkoušeny benzodiazepinové přípravky, některá antiepileptika (valproát, karbamazepin, dále byla zkoušena beta-sympatolytika (propranolol), antidepresiva (trazodon), lithium. U těžších defektů pozornosti a apaticko-hypobulických syndromů byla zkoušena psychostimulancia a dopaminergní agonisté (1, 7).

Další důležitá složka léčby je psycho- a socioterapie včetně rodinné terapie, použití nácvikových metod, individuální psychoterapie (1, 7, 8).

Kazuistika

Pacient P. R., nar. 1962. Středoškolák, svobodný, žijící s matkou. V dětství společenský, dobře se učil. Měl několik známostí, s jednou se chtěl oženit ve svých 30 letech. V té době však utrpěl profesionální intoxikaci oxidem uhelnatým při provádění revize kotelní. Byl krátce v bezvědomí – pravděpodobně několik minut. Pak se postupně rozvinuly neurastenické příznaky – zhoršené soustředění, poruchy usínání, vegetativní příznaky (palpitace, pocity neschopnosti dodýchnout), ale začal opět pracovat. Se svatby však sešlo, jeho nastávající žena jej opustila. Tenkrát proběhla kratší reaktivní deprese, která odezněla spontánně. Teprve za další 3–4 roky pozorovala matka výraznější změny osobnosti. Přestal se věnovat svým koníčkům, kterými se dříve hodně zabýval (modelářství, cestování, četba). Začal zanedbávat svůj vzhled, na který dříve velmi dbal, začal se také stranit společnosti. Původně byl společenský, snadno navazoval kontakty. Od té doby si již nenašel novou známou. Je nekomunikativní, introvertovaný, aktivně se vyhýbá kontaktu s lidmi. Na druhou stranu špatně ovládá své emoce. Byl s matkou nakupovat, v obchodě se pro nepodstatnou maličkost rozčilil a brachiálně napadl prodáváčku, následně mu byl vyměřen podmíněný trest. Velmi se snížila jeho aktivita. Nejprve v zaměstnání sestoupil na méně kvalifikované místo, ale brzy byl z práce propuštěn, několik let byl jako nezaměstnaný na podpoře.

Při vyšetření v r. 2005 si stěžoval na to, že hůře než dříve vychází s lidmi, že jej nikde nechťejí zaměstnat. Postupně převeden do invalidního důchodu. Celkově zpomalené psychomotorické tempo, plošší emotivita, ale na druhou stranu nižší frustrační tolerance, špatné sebeovládání. Vyšetření kognitivních funkcí byla bezchybná (MMSE = 30 bodů, clock drawing test bezchybný).

Uzavřeno jako organická porucha osobnosti po intoxikaci CO. V současnosti je léčen antidepresivou (S-citalopram), došlo ke zlepšení emoční lability.

doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc.

Psychiatrická klinika 1. LF UK Praha,
Centrum pro Alzheimerovu chorobu,
Ke Karlovu 11, 128 08 Praha 2
e-mail: fatty@centrum.cz

Literatura

1. Ameen S. Organic Personality Disorder. http://www.psypexus.com/neuropsychiatry/organic_personality_disorder.htm staženo dne 8. 11. 2006.
2. Benabarre A, Ibáñez J, Bolet T, Obiols J, Martínez-Aran A, Vieta E. Neuropsychological and psychiatric complications in endoscopic third ventriculostomy: a clinical case report. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001; 71: 268–271.
3. Cummings LJ, Petry S, Dian L, Shapira J and Hill MA. Organic personality disorder in dementia syndromes: an inventory approach. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1990; 2: 261–267.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. American Psychiatric Association, 2000.
5. Franulic A, Horta E, Maturana R, Scherpenisse J, Carbonell C. Organic personality disorder after brain injury: cognitive, anatomic and psychosocial factors. A 6 month follow-up. *Brain Inj.* 2000 May; 14 (5): 431–439.
6. Hargrave R, Geck LC, Reed B, Mungas D. Affective behavioural disturbances in Alzheimer's disease and ischaemic vascular disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, Jan 1, 2000; 68 (1): 41–46.
7. Kaplan HI, Sadock BJ, Crebb JA. Synopsis of psychiatry. 7th ed. USA, Baltimore, Williams and Wilkins, 1994.
8. Sanchez P, Quemada JL. Organic personality disorder. Conceptual and diagnostic aspects. *Rev Neurol*. 2000 Apr. 16–30; 30 (8): 772–778.
9. Sanz de la Torre JC, Perez-Rios M. Neuropsychological evaluation of a case of organic personality disorder due to penetrating brain injury. *Rev Neurol*, 1996 Jun; 24 (130): 643–649.