

PSYCHIATRICKÁ PROBLEMATIKA U NEUROLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

MUDr. Irena Rektorová, Ph.D. – editor hlavního tématu

Centrum pro kognitivní poruchy, 1. neurologická klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Neurol. pro praxi, 2006; 4: 183–184

Hlavní téma Neurologie pro praxi je tentokrát věnováno psychiatrické problematice u neurologických onemocnění. Samozřejmě obsahově by vydalo na několik hlavních témat, protože téměř každé neurologické onemocnění má i svůj psychiatrický aspekt. Měla jsem tedy možnost vybrat jen několik málo „ukázek“ z tohoto velmi širokého, pestrého a zajímavého pole, přičemž jsem se snažila o zařazení kapitol, které se v Neurologii pro praxi ještě neobjevily nebo nebyly pojednány z tohoto pohledu. Možná čtenáře zarazí fakt, že je zahrnuta i sexuální problematika nebo autismus u dětí. Záleží samozřejmě na tom, kam až posuneme hranice jednotlivých specializací a kde je naopak postavíme jako dělícíka mezi jednotlivé obory. V současné době na různých fórech zaznívají diskuze a polemiky nad tím, co patří neurologii, co psychiatrii, jak erudovat lékaře v sousedním oboru atd. Zatím se alespoň v České republice nedospělo k žádnému jasnému konsenzu, avšak minimálně fakt, že všechny následující články o psychiatrických projevech jsou napsány právě neurologem, je samo o sobě pozitivním znamením. Pro pacienta je určitě pohodlnější a praktičtější mít jednoho lékaře – specialistu na své onemocnění, než mnoho lékařů (specialistů v ostře ohraničených oborech) na různé projevy jedné a téže nemoci. Ovšem v některých případech se jeví týmová mezioborová spolupráce jako nezbytné a efektivní řešení.

V návaznosti na poslední článek o **frontotemporálních demencích** si dovoluji přesáhnout ještě do dalšího oboru, do kterého nás totiž zavádějí sami pacienti: do **výtvarného umění**.

Je známo, že nedominantní hemisféra je „dominantní“ pro zrakové vnímání a tvořivost a tedy pro schopnost malovat a vytvářet umění. Pro vidění je nutná dobrá funkce nejen oka a vlastního zrakového receptoru, zrakové dráhy a primárního zrakového centra v kůře okcipitálních laloků, ale také dalších drah, které mají co do činění s kognitivním zpracováním získaných zrakových informací. Hovoříme o dvou drahách: tzv. ventrální a dorzální zrakové dráze. Ventrální dráha má za úkol odpovědět na otázku „Co?“, hraje významnou roli v rozpoznávání objektů a tvarů. Anatomicky se nachází v temporo-okcipitálních korových oblastech. Dorzální dráha má za úkol

odpovědět na otázku „Kde?“ tedy rozpoznává prostorové aspekty a pohyb. Anatomicky se nachází v okcipitálním a parietálním kortexu. Je známo, že poškození kůry pravého parietálního laloku může mít za následek **zrakový neglect** (tj. poruchu uvědomování si podnětů z levé poloviny prostoru, na které nemocný nereaguje) a poruchu zrakově-tvořivých schopností, tedy úplnou ztrátu schopnosti vytvářet výtvarné umění. Při poškození vlastní ventrální a/nebo dorzální zrakové dráhy dochází pak ke specifické poruše poznávání zrakově prezentovaných podnětů: nemocný podněty sice vidí, ale viděné nerozpozná. Tomuto jevu říkáme **zraková agnózie**. Podle místa poškození mozku se může rozvinout např. agnózie pro objekty, barvy (nemocný nerozpozná barvy, ale ví, jakou barvu má např. pomeranč) či známé tváře (ventrální dráha) nebo agnózie pro vnímání pohybu či prostoru a jeho zpracování (dorzální dráha). V posledním jmenovaném případě může nastat ztráta schopnosti rozpoznat obrázek jako celek při zachovalé schopnosti poznat jednotlivé části: pacient např. vidí a pozná na obrázku stůl a další detaily, ale „nevidí“, že se jedná o obrázek kuchyně. Pro zrakovou tvořivost a umění je samozřejmě zapotřebí i správná funkce frontálního laloku. Tato oblast mozkové kůry je důležitá nejen pro plánování a organizaci, ale i pro emoce a udržení disciplíny. Spolu s dalšími oblastmi (bazálními ganglii a mozečkem) se navíc podílí na řízení jemných a přesných pohybů ruky, bez kterých by se úspěšný malíř nemohl obejít.

Frontotemporální demence (FTLD) postihuje kůru frontálního a temporálního laloku. U nemocných se **sémantickou demencí** (detailní popis viz samostatný článek) dochází nejčastěji k postižení levého dominantního spánkového laloku. Dochází často k velmi zajímavému jevu: jakoby se při poškození „řečové“ dominantní hemisféry mohla o to více rozvinout a projevit hemisféra pravá. I u pacientů, kteří dříve žádné umění nevytvářeli, se může objevit nová spontánní schopnost tvořit. Protože dochází k postižení i frontálního laloku, vyznačuje se tato nově nabytá schopnost jakousi poruchou chování: tvořivost má nutkavý charakter, nemocný jakoby musel malovat stále stejný motiv a střídát pouze několik málo oblíbených barev na všech kresbách. Kresba je

typicky realistická až surrealistická, nemocný kreslí jednoduché tvary a nutkavě se zaměřuje na detail. Níže představuji ukázkou díla a životní příběh pacienta s FTLD, jak jej popisuje americký neurolog profesor Bruce Miller v časopisu *Neurology* (2):

Pacient se v 53 letech začal nově zajímat o malířství a absolvoval krátký kurz kreslení. V této době ztratil zaměstnání a začal mít problémy s řečí. V 58 letech se objevila porucha chování: ztrácel zábrany a začal být podrážděný. Hlavním zájmem se stalo nutkavé hledání mincí na ulicích, posléze navštěvoval restaurace a sbíral spopitné přímo ze stolů. V této době hodně kreslí, především indiány, katedrály a domy – vzpomínky na dětství, ale také vázy a zátiší. Na **obr. 1 je kostel**, který si nemocný pamatoval z dětství. Obraz maloval na konci 50. roku svého života. Po 5 letech se záliba v malířství vytrácí. Je schopen stále bezchybně obkreslit obrazce, ale nedokáže už kreslit z paměti.

S postupnou progresí nemoci se projevuje sémantické postižení ve složce verbální (vážné pojmenování), tak i neverbální (neschopnost rozpoznat viděné objekty). Právě kresba jednoduchých obrázků bez předlohy nám umožní nahlédnout do povahy deficitu: pacienti s dřívějším talentem zachytit kresbou objekty z běžného denního života nyní malují auta na nohách, umísťují židli na střechu nebo nejsou schopni

Obrázek 1.



Obrázek 2.



vystihnout odlišnosti, které dělají z kočky kočku: **obr. 2 vlevo** a z kuřete kuře: **obr. 2 vpravo**, jakoby právě těmito rozlišujícími znakům a důležitým detailům přestávali rozumět (3).

Proč vůbec o umění při demenci psát? Tyto a jiné publikované příběhy naznačují přinejmenším dvě věci: 1. Frontotemporální demence by se mohla stát nečekaným „oknem“ do výzkumu umění

a 2. Vlastní tvořivost nemocných s demencí by se naopak mohla stát novým významným pomocníkem pro rehabilitaci a pro mnohdy jinak obtížné navázání kontaktu s pacientem.

MUDr. Irena Rektorová, Ph.D.

Centrum pro kognitivní poruchy, 1. neurologická klinika
LF MU a FN u sv. Anny, Brno
Pekařská 53, 602 00 Brno
e-mail: irena.rektorova@fnusa.cz

Literatura

1. Brázdil M. Gnostické poruchy. Přednáška v rámci Kurzu Kognitivní poruchy a demence II při 1. neurologické klinice LF MU, FN u sv. Anny, 26.–27. 5. 2005, Brno.
2. Miller BL, Cummings J et al. Emergence of artistic talent in frontotemporal dementia. *Neurology* 1998; 51 (4): 978–982.
3. Munoz DG, Del Ser T, Woulfe J. Semantic dementia: linking loss of brain and brawn. *Brain* 2005; 128: 1962–1963.
4. Rektorová I. Zraková tvořivost, výtvarné umění a demence. Alzheimerova nemoc krok za krokem, Brožura č. 9, v tisku.