

*Prehľadová práca***Chirurgická liečba psychiatrických porúch**

D. Janoška

Surgical treatment of psychiatric disorders**Súhrn**

Príspevok je snahou k zmapovaniu dejín i súčasného stavu používania chirurgických metód v liečbe psychiatrických porúch. Uvedené sú v súčasnosti používané postupy a indikácie k liečbe obsedantne-kompulzívnej poruchy (OCD) a refraktérnej depresie. Zvažujú sa etické a právne dôsledky použitia psychochirurgickej metódy v psychiatrii (lit. 30).

Kľúčové slová: psychochirurgia, stereotaxia, obsedantne-kompulzívna porucha, refraktérna depresia

Summary

The article will be a contribution to mapping the history and status quo of surgical methods use and indications in treatment of psychiatric disorders. Presently usual methods and indications in therapy of obsedant-compulsive disorder and of refractory depression are analyzed. Etical and legal consequences of psychosurgical treatment use in psychiatry are discussed (Ref. 30).

Key words: psychosurgery, stereotactic methods, obsedant-compulsive disorder, refractory depression

Pri štúdiu psychiatrických učebníc narazí psychiater na oblasť psychiatrie, ktorej v niektorých knihách alebo článkoch nepatrí ani riadok, v iných sa dáva za príklad obsolentnej metódy, na inom mieste sa označuje za etický pochybnú a napokon v iných, a to aj v publikáciách z nedávnej doby, pokladanú za účinnú a používanú v niektorých špecifických indikáciách. Ide o tzv. „psychochirurgiu“. Tento termín sa bežne používa v staršej literatúre, pričom už sám názov bol predmetom búrlivých diskusií a polemik. V súčasnosti ho veľká väčšina autorov považuje za nevhodný, pretože neoperuje sa „duša“ pacienta, ale pacient, operačný výkon sa nevykonáva na častiach ľudskej duše, ale na konkrétnych štruktúrach mozgu. Ďalším predmetom diskusií bola sama povaha výkonu. Najrôznejšie teórie podopierané dôkazmi o špecifickosti účinku pri výkone na štruktúre zodpovednej za určitý psychopatologický prejav, ktoré odporcovia rýchlo vyvracali, až po teórie podstaty kvantitatívneho vyradenia viacerých

štruktúr a navodení organického psychosyndrómu, ktorý by bol pre okolie znesiteľnejší, ale aj pre pacienta prijateľnejší ako utrpenie pri niektorých vážnych poruchách, vyvolávali pracovný zápal na jednej a vášnivý nesúhlas na strane druhej. Argumentom, ktorý v diskusii používali oba tábory, ako zástancovia, tak aj odporcovia operácií, bol aj fakt absolútnej nezvratiteľnosti navodeného porušenia mozgu.

Pod označením „psychochirurgia“ sa chápali takmer všetky chirurgické výkony na navonok intaktnom mozgu, ktoré sa vykonávali s cieľom liečiť psychiatrickú chorobu. Predchodcovia takéhoto prístupu by sa dali nájsť v 19. storočí, aj keď existujú špekulácie o pôvodnom zámere ovplyvniť psychický stav výkonom na mozgu u starých Egypťanov a Inkov, kde sa našli lebky s trepanačnými otvormi, vo viacerých prípadoch zhojenými. Roku 1890 referoval švajčiarsky psychiater Burckhardt o vykonaní excízie kôry v parietálnej, temporálnej a frontálnej oblasti u agitovaného pacienta s halucináciami. Roku 1910 sa pokúsil Puusepp prerušiť spoje medzi frontálnym a parietálnym lalokom, pričom vykonal u duševne chorého pacienta 3 cm hlboké kolmé zárezy do bielej hmoty. Až Egas Moniz roku

Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela, Pezinok

Adresa: MUDr. D. Janoška, Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela, Malacká 63, 902 18 Pezinok, Slovakia. E-mail: janoska@pnpp.sk

1935 uviedol éru „psychochirurgie“ operáciou 63-ročnej pacientky s involučnou depresiou. Spočiatku nechával chirurga Almeida Limu aplikovať injekcie alkoholu do bielej hmoty frontálneho laloku, neskôr leukotómom, ktorý vyvinul špeciálne na tieto účely, prerušoval spojenia v tejto oblasti. Vychádzal z hypotézy, že funkčné duševné poruchy sú zapríčinené rigidnými spojeniami neurónov, a preto sa musia chirurgicky oddeliť. Pokusy vykonané na zvieratách poukázali na význam frontálneho laloku v afektívite i správaní sa a priviedli ho na myšlienku vykonávať zásahy práve v tejto oblasti. Takmer v rovnakom časovom období, nezávisle od Moniza, švajčiarsky chirurg Ody odstránil pravý frontálny lalok jednému Morelovmu pacientovi. Roku 1948 dostal Moniz Nobelovu cenu a na jeho počesť sa konala prvá psychochirurgická konferencia v Lisabone. Roku 1936 operoval Fiamberti prvý raz podľa vlastnej transorbitálnej metódy. Éra psychochirurgie sa začala v čase, keď sa do psychiatrickej praxe liečby endogénnych psychóz začali dostávať aj iné skúsenosti zo somatickej liečby a kládli psychiatrickú liečbu do aktívnejšej podoby. Bez solídneho teoretického základu, bez jasného postoja k indikácii a pod tlakom bezmocnosti pri liečbe mnohých chorobných stavov, ako aj množstva duševne chorých, ktorí boli odsúdení k žalosnému bytiu v existujúcich zariadeniach, sa začala veľmi rýchlo uplatňovať „psychochirurgia“ a stala sa módnou záležitosťou. Asi od roku 1945 sa objavovali mnohé práce s touto tematikou. Postupne sa ich počet zvyšoval až na maximum roku 1951. Po zavedení psychofarmák do praxe sa v následných rokoch objavovali už len ojedinele. Zásadný rozdiel chirurgického prístupu oproti iným spôsobom liečby priniesol významné, dlhotrvajúce a dodnes neukončené diskusie a nezodpovedané otázky z etického a právneho hľadiska (odstavec podľa Heimanna, 1963).

Kvôli kritike i nástupu éry psychofarmák sa od „psychochirurgických“ výkonov väčšinou ustúpilo. Objavenie a zavedenie nových metód znamenali určitú renesanciu. Stereotaktická metóda priniesla určitý kvalitatívny prvok do chirurgického ovplyvnenia psychiatrických porúch. Aj keď vychádzala z klasických chirurgických postupov, postupne sa z nej vyvinul úzko špecializovaný odbor neurochirurgie. Prvý stereotaktický výkon urobili na talame Spiegel a Wycis roku 1947 u chorého s poruchou správania. Stereotaktický spôsob operovania sa začal nazývať „psychostereotaxia“ (Nádvorník, 1983). Umožňoval presnejšie zasiahnuť ohraničenú štruktúru mozgu na rozličnej úrovni mozgu. Svojou podstatou umožňuje operácie na hlbokých štruktúrach, neuskutočniteľné klasickými neurochirurgickými postupmi. Veľmi rýchlo vytlačila klasické postupy lobektómií z psychiatrie, no vzhľadom na neustály pokrok vo farmakológii, ale aj iné liečebné postupy nikdy nenadobudla také rozmery ako leukotómie (Valenstein, 1980). Umožňoval presnejšie zasiahnuť ohraničenú štruktúru mozgu na rozličnej úrovni. Za povzbudzujúce sa považovali výsledky pri liečbe obsedantne kompulzívnej poruchy, depresie a anxiózných stavov. Uspokojivý účinok sa uvádzal aj pri schizofrénii, nádejný účinok sa uvádzal aj pri liečbe agresívnych stavov (Adler a Saupe, 1979). Pokračovali etické debaty o účinnosti výkonov, ale aj o prob-

lémoch pri indikácii a o potrebe informovaného súhlasu pacienta a vylúčenia nátlaku.

Typy stereotaktických operácií

Amygdalotómia, talamotómia, hypotalamotómia, inominatotómia a mezoloviotómia (Nádvorník, 1983)

Sú to najčastejšie uvádzané typy výkonov pri operáciách z psychiatrickej indikácie používané na Slovensku. Stereotaktické výkony na zvolených nervových štruktúrach sa robili jednotlivito alebo v rozličných kombináciách zvyčajne v oboch hemisférach mozgu, symetricky, s cieľom vylúčenia kompenzačných mechanizmov. Okrem zásahov na talame a jeho špecifických jadrách (ncl. princeps thalami, ncl. dorsomedialis), na jeho nešpecifických útvaroch (centrum medianum pri hyperreaktívnom syndróme) a na metatalame (ncl. intergenicularis) sa často operovalo na amygdale, hypotalame, v oblasti substantia innominata a v cingulárnej oblasti v oblasti gyrus subgenualis alebo nad jeho stredom (mezoloviotómia). Stereotaxia so sebou priniesla aj možnosť stimulácie (uvádza sa údaj o rovnakých miestach a indikáciách), ako aj účinnosť pri depresívnom syndróme.

Termokapsulotómia (Sweet a spol., 1990; Meyerson a spol., 1988)

Lézia limbi anterioris capsulae internae vyvinutá vo Švédsku pred 30 rokmi a používaná pri refraktérnych anxiózných stavoch a OCD. Technika lézie spočíva v rádiovýkonnej termolézii stereotaktickým prístrojom pod kontrolou počítačovej tomografie alebo magnetickej rezonancie. Pooperačný útlm psychických funkcií v trvaní 2–3 mesiace súvisí s cirkumleziálnym edémom.

Cingulotómia (Mindus a spol., 1994)

Spolu s kapsulotómiou je cingulotómia najčastejšie uvádzaným výkonom pri anxiózných stavoch (Ballantine, 1987) a najčastejšie sa používala v USA a v Kanade pri neútlmitelných bolestiach a veľkej depresii (Bouckoms, 1991), ale aj pri obsedantne-kompulzívnej poruche (OCD). Uvádalo sa malé percento komplikácií a len prechodné nežiaduce účinky. Požaduje sa MRI kontrola (Mindus a spol., 1994). Často bolo potrebné pristúpiť k reoperácii, väčšinou po 6 mesiacoch (Jenike, 1991).

Subkaudátová traktotómia (Bridges, 1994)

Používaná vo Veľkej Británii v liečbe chronických, ťažkých afektívnych porúch, ale aj OCD (Bridges, 1994). Cieľom je vytvoriť léziu pod hlavou nucleus caudatus. Lézia vzniká aplikáciou rádioaktívneho izotopu ytria 90 spôsobujúceho betažiarením nekrozu. Vo Veľkej Británii bolo takto operovaných asi 1200 pacientov, asi 20 bolo odoperovaných v Belgicku a Holandsku (Malizia, 1991; Bridges, 1994).

Limbická leukotómia (Richardson, 1973)

Zahŕňa viac cieľov v cingulum. Vytvorí sa asi 10 lézií, každá v priemere 6–10 mm. Vedľajší účinok predstavuje zmätenosť, cefalea. Pri tomto postupe nie sú relevantné rozbor y a zhodnotenie výsledkov, prípadne porovnanie s inými postupmi.

Gamakapsulotómia (Leksell, 1979)

Má svoj pôvod vo Švédsku. Prístroj nazývaný Gamanož spočíva v 200 lúčoch gamažiarenia kobaltu 60 v stereotaktickom zariadení umožňujúcom zacielenie do ohniska, a tým vyvolanie rádionekrózy (Linguist a spol., 1992). Technika sa používa v neurologickej indikácii asi 20 rokov, doteraz nebol zaznamenaný výskyt vzniku malignity po ožiarení (Steiner a spol., 1992). Do roku 1994 sa asi 40 pacientov podrobilo gamakapsulotómii. Pri vyššej iradiačnej dávke boli vedľajšie účinky, ako únava, apatia, dezinhibícia, frontálne príznaky, preto sa používa menšia radiačná dávka vytvárajúca menšiu léziu (Rylander, 1979).

Stereotaktická liečba obsedantne-kompulzívnej poruchy

V posledných rokoch sa najviac prác o psychochirurgických prístupoch objavovalo v súvislosti s liečbou farmakorezistentnej obsedantno-kompulzívnej poruchy (OCD).

Aj keď väčšina pacientov s OCD dobre odpovedá na behaviorálne techniky a farmakoterapiu, predsa ostáva malé percento refraktérnych pacientov, ktorí sú ťažko postihnutí. Moderná stereotaktická liečba sa praktizuje len v niekoľkých centrách. Vo väčšine takýchto centier boli ustanovené multidisciplinárne výbory, s cieľom objektívneho zhodnotenia stavu pacienta. Problematické klinické zhodnotenie si vyžaduje prítomnosť odborníka so špecializáciou všeobecnej psychiatrie, neuropsychiatri, neurológa a neurochirurga. Udávané zlepšenie je u tretiny až polovice pacientov, aj keď chýba porovnanie s inými postupmi (Matthews, 2003).

Stereotaktická liečba afektívnych porúch

V prehľade literatúry od roku 1987 doteraz, ako aj v časopiseckej literatúre o liečbe afektívnych porúch pochádzajú prakticky všetky publikácie z Veľkej Británie. Bridges (1994) uvádzal stereotaktickú subkaudátovú traktotómiu ako jediný výkon na CNS z psychiatickej indikácie vykonávaný vo Veľkej Británii v liečbe afektívnych porúch. V súčasnosti sa realizuje aj predná kapsulotómia a predná cingulotómia (Matthews, 2003). Operácie vykonáva a navrhuje multiprofesionálny tím. Pred operáciou prebehne procedúra Mental Health Act, odsek 57 o informovaní pacienta a súhlase odborníka o vhodnosti výkonu.

Stereotaktická liečba sexuálnych deviácií

V polovici 60. rokov sa objavili práce Goettingerskej pracovnej skupiny (Roeder a spol., 1972) o stereotaktických výkonoch pri sexuálnych deviáciách. Potlačenie sexuálneho pudu sa snažili docieľiť vytvorením lézie v nucleus ventralis medialis, v tuber cinereum v hypotalame. Podobne aj Schreiner a Kling roku 1957 (Adler a Saupe, 1979) referovali o potlačení hypersexuálneho pudu po amygdalektómii zničením ventromediálnej oblasti hypotalamu. O tom, či sa v súčasnosti vykonávajú operácie na mozgu pre sexuálnu deviáciu, nie sú v literatúre odkazy. Snaith (1994), Bridges (1994), Malizia (1994) ako zástancovia psychochirurgických metód považujú operácie z dôvodu sexuálnej deviácie za pochybnú, zneužitelnú a v súčasnosti neobhájiteľnú metódu liečby.

Stereotaktická liečba agresivity a eretizmu

Hoci je aj o tejto téme minimum zmienok v literatúre za posledné roky (Sano a Mayanagi, 1988) a rovnako ju niektorí autori (Bridges, 1994) považujú za neprípustné zneužívanie metódy, zostáva skutočnosťou, že práve operácie eretických, agitovaných a agresívnych, deštruktívnych a spoločensky problematických pacientov tvorili v minulosti veľké percento indikácií na výkon pri rôznych diagnózach. Hoci viaceré pramene operácie kvôli agresivite jednoznačne vylučujú, objavila sa zmienka o určitom, aj keď minimálnom počte operácií vykonávaných pre túto indikáciu v USA a v Austrálii ešte pred niekoľkými rokmi (Sachdev, 1992; Simmons, 1987). Jedným z možných vysvetlení je aj reminiscencia na „navždy pacifikovaných“ leukotomizovaných pacientov, ktorá sa objavovala pri zvládaní extrémne nepokojných, problematických pacientov. Práve pojem agresivita vyvolal polemiky o tom, či je agresívne správanie symptómom, syndrómom, fenoménom antisociálneho správania alebo prejavom abnormnej funkcie mozgu, prípadne biochemickým dysbalansom. Agresivita je blízka asociálnemu správaniu, poruchám prispôsobenia aj kriminálnemu správaniu. Do úvahy je potrebné brať aj faktor pôsobenia prostredia, výchovy, ako aj závery etologických štúdií objasňujúce niektoré typy agresívneho správania a ich úlohu v zvládaní stresu. Agresivita a eretizmus pri oligofrénii predstavoval indikáciu na výkon, agresivita v začiatku psychózy bola kontraindikáciou, považovala sa skôr za prediktívny faktor dobrej prognózy (Adler a Saupe, 1979). Aj pri tejto indikácii existuje len málo štatistických zhodnotení efektu operácií pre agresivitu vzhľadom na vyššie uvedené obmedzenie. Práve operácie pre agresivitu vyvolali diskusiu o etike postupu, keďže často boli operovaní pacienti vo výkone trestu a brali operáciu ako možnosť trestu uniknúť. Uznanie agresivity za chorobnú jednotku však predstavuje v širšom meradle priznanie štatútu chorobnosti trestným činom s násilnou zložkou, a to aj tam, kde sa nevyskytuje iná psychiatrická porucha, a teda vedie k ich exkulpácii a ďalšiemu liečeniu. Toto bolo hlavným argumentom odborníkov z forenznej psychiatrie, ako aj pracovníkov justície proti takémuto chápaniu agresivity.

Etické dôsledky

V pozitívnom aj negatívnom zmysle je hľadanie výsledku operácií balansovaním medzi štatistickými výsledkami a zdokumentovaním jednotlivých kazuistik. Pri nepresvedčivých výsledkoch sa vyskytli aj výrazné zlepšenia, či uzdravenia pacientov a naopak pri vysokom percente zlepšených, či vyliečených stavov sa objavili ťažké poruchy osobnosti, zhoršenia aj smrteľné komplikácie. Vo väčšine serióznych vykonaných hodnotení sa objavujú okrem zlepšených stavov aj zhoršené stavy v rôznom percentuálnom zastúpení, čo poukazuje na nádej zlepšenia, ale aj možnosť zhoršenia a deteriorácie pre každého jedného pacienta, u ktorého sa zvažuje operačný výkon.

Súhlasí s myšlienkou psychochirurgického ovplyvnenia agresivity a antisociálneho správania je neprijateľné pre väčšiu populáciu, ktorá nepovažuje výkon za snahu o upokojenie správania, ale za formu trestu. Tak ako nežiaduce indikácie predkladá Cawley (1994) aj nežiaduce operácie – mnohonásobné lézie, implantácia chronického stimulátora do mozgu pacientom s neurózou, schizofréniou, alebo agresívnym jedincem. Podľa Cawleyho (1994) neexistuje psychiatrická indikácia oprávňujúca k vysokorizikovým výkonom – talamotómii, hypotalamotómii, ako sa referovalo v 70. rokoch (Roeder a spol., 1972; Quaade, 1974). Za neprijateľnú považujú liečbu sexuálnej violence hypotalamotómiou (Dieckmann a Hassler, 1977). Začiatkom 70. rokov sa objavila snaha operovať hyperaktívne deti v Japonsku, Indii, Thajsku a USA. Toto mnohí autori (aj zástancovia operačného riešenia) od začiatku označovali za nevhodné, predčasné a ľahko zneužiteľné (Breggin, 1974).

Osobitným etickým dôsledkom všetkých chirurgických výkonov je časté a nepredpovedateľné ovplyvnenie a zmena osobnosti pacienta, čo síce v niektorých prípadoch môže predstavovať objektívne aj subjektívne zlepšenie, ale na druhej strane môže byť deficitom, základom zhoršenia sociálneho fungovania, prípadne až kriminálneho a asociálneho správania. Nevypočítateľné riziko zmeny osobnosti psychochirurgickým zásahom je pre mnohých autorov podkladom pre kontraindikáciu takýchto výkonov pri poruchách osobnosti, ktoré by samozrejme samy osebe nemali byť nikdy indikáciou k psychochirurgickému výkonu (Cosyn, 1988).

Politická dimenzia spočíva v možnosti použitia psychochirurgie ako potenciálneho „osobnostného inžinierstva“ alebo „sociálneho inžinierstva“. Preto považuje Bridges (1994) výkony cielené na sexualitu, excesívnu chuť do jedla, či antisociálne správanie za neoprávnené a zneužiteľné.

Význačným problémom je hodnotenie účinku operácií – je nepredstaviteľné vykonanie placebo kontrolovanej skúšky v akomkoľvek rozsahu naznačenej operácie.

Výskum v „psychochirurgii“ je pravdepodobne jedným z najzávažnejších problémov. Úplná väčšina publikovaných prác sa vyhýba tomuto rozmeru súc si vedomá balansovania na hranici etiky. Každý iný postup ako už vyskúšaný, prípadne považovaný za relatívne bezpečný a účinný nadobúda hrozivú úroveň experimentu na človeku, na jeho mozgu. Aj napriek pokusom na primátoch alebo napriek

východiskám z iných výskumov (biochemických, neuroanatomických alebo výsledkov zobrazovacích techník) je každý takýto akt vedený v rámci výskumu neprijateľný pre spoločnosť vzhľadom na etický prístup a dôslednosť. Z tohto hľadiska možno považovať za neprijateľné akékoľvek experimentovanie s diagnózami, kde nie je teoretický podklad. Sporné je aj napríklad odoberanie bioptického materiálu pri operácii (kde okrem nevyhnutnosti súhlasu s takýmto výkonom je potrebné počítať aj s možnými komplikáciami vznikajúcimi vytvorením podtlaku a odsávaním časti mozgu). Za neprijateľné je potrebné považovať aj skúmanie „kvantitatívneho efektu“ alebo napríklad aplikácia neuroleptika vo forme intramuskulárneho či intravenózneho prípravku do štruktúr mozgu, ako sa opakovane stalo v súbore pacientov zo Slovenska.

Za eticky spochybniteľnú možno považovať podmienku „refraktérnosti, neliečiteľnosti, farmakorezistencie“, aký stav vlastne komisie považujú za vyčerpanie možností liečby. Je zaujímavé, že pracovisko špecializované napríklad na stereotaktickú liečbu depresii vo Veľkej Británii vykonávalo každý rok 60–90 takýchto operácií, kým iné pracoviská pre túto diagnózu prakticky neoperujú (Bridges, 1994).

Súčasná stereotaktická liečba v psychiatrii

Problematické je zistiť právny stav a zákonné podmienky pre psychochirurgiu v krajinách sveta, vo viacerých publikovaných prácach sa objavuje fakt, že mnohé štáty postavili „psychochirurgiu“ mimo zákona (Nys, 1988; Simmons, 1987), niektoré vytvorili prísne legislatívne podmienky (informovaný súhlas, hodnotiace výbory), kým mnohé iné existenciu a vykonávanie psychochirurgie ignorujú. Väčšina v súčasnosti vykonaných operácií z psychiatrickej indikácie sa uvádza z pracovísk v Bostone, USA, Štokholme a Londýne. Z Veľkej Británie je údaj o menšom počte výkonov vykonaných aj mimo Geoffrey Knight Unit. V prehľade literatúry sa objavili údaje o liečbe OCD chirurgickou metódou v Holandsku a pravdepodobne aj v Číne (Mindus, 1994). V máji 1975 sa Spoločnosť pre psychiatriu a neurológiu Japonska vyslovila proti vykonávaniu psychochirurgie, čo znamenalo zastavenie výkonov. Takisto roku 1975 sa Mental Health Association v Kanade vyslovila za zastavenie operácií a psychochirurgiu označila za experiment (Adler a Saupe, 1979). Existuje pravdepodobne legislatívny zákaz psychochirurgických operácií vo Francúzsku, Taliansku, SRN (Laitinen, 1988). V Austrálii platí od roku 1976 zákonné opatrenie obmedzujúce vykonávanie psychochirurgie (Hay, 1992), operácie sa dodnes vykonávajú. V USA sú opatrenia vzhľadom na podmienky na vykonávanie psychochirurgických výkonov napríklad v štátoch New York, North Carolina, Washington, Kalifornia, Oregon (Adler a Saupe, 1979). Štúdia o psychochirurgii a jej zneužívaní v štáte Ontario (Simmons, 1987) poukázala na to, že takýto výkon bol vykonaný na pacientovi preto, že robil problémy personálu nemocnice, u iných bol v popredí výskumný zámer alebo dokonca len púha zvedavosť. Často ani pacient alebo príbuzní nedali na výkon súhlas. Takéto zneužitie viedlo k rozprave a kritickým po-

stojom k psychochirurgii. Zneužívanie psychiatrickej autority viedlo v mnohých štátoch k zákonnému obmedzeniu a určeniu podmienok psychochirurgie alebo jej „vyhosteniu“ zo škály terapeutických psychiatrických metód. Veľký rozpor je aj v postupe amerického kongresu a jeho komisie, ktorá na jednej strane považuje psychochirurgiu za liečbu a na druhej strane „bráni uväzneným a nesvojprávnym“ v práve dostať liečbu, ktorú „potrebujú“ (Adler a Saupe, 1979). Vo väčšine štátov Austrálie, aj keď nie vo všetkých, je prijatá regulatórna legislatíva vzhľadom na psychochirurgiu, ktorá je zásadne stereotaktická a zahŕňa zákroky na orbitomediálnych frontálnych dráhach alebo na cingule (Hay, 1992). Cawley a Tarsh (1994) považujú psychochirurgiu za nadbytočnú vzhľadom na postup iných metód v psychiatrickej liečbe, problematickú validizáciu výkonov, neisté teoretické premisy, nevýrazné prejavenie účinnosti a problematické predpovedanie výsledku.

Vzhľadom na kontroverznosť psychochirurgie, až tabuizáciu existencie takéhoto postupu je prekvapivé, ako málo sa ňou zaoberali legislatívy rôznych štátov. Vo všeobecnosti sa uvádza veľký problém získať informáciu o právnom stave v iných štátoch, o obmedzeniach, či zákazoch vykonávania operácií, ako aj dodržiavania takýchto zákazov. Je zrejmé, že malé počty a prioritne extrémne problematickí a refraktérni pacienti neposkytujú materiál pre publikovanie úspešných štúdií v renomovaných odborných časopisoch. Naopak v prácach kritikov operačného prístupu v psychiatrii sa uvádza teória, že keby naozaj bolo aj to malé množstvo doteraz vykonávaných operácií také úspešné a bezrizikové, autori by ich okamžite prezentovali a poukazovali na vlastné terapeutické úspechy (Cawley a Tarsh, 1994).

Záver

Táto práca sa nemôže považovať za vyčerpávajúcu v zmysle zhrnutia všetkých poznatkov o liečbe psychiatrických pacientov chirurgickými metódami. V odbornej psychiatrickej literatúre sú hlavne v posledných rokoch zmienky o „psychochirurgii“ skôr vzácnosťou, na internete patria stránky psychochirurgie väčšinou antipsychiatrickým organizáciám a právnikom. Práce z obdobia rozmachu sú skôr prehliadkou úspešných kauzistik zástancov operácií a kauzistik neúspechov publikovaných odporcami operačného riešenia. Prakticky neexistujú práce, ktoré by hodnotili účinok a pooperačný priebeh komplexne a ak aj bolo niekoľko takýchto prác publikovaných, predstavujú len veľmi malé a štatisticky nevýznamné súbory. Príspevok nemožno pokladať za návod, ako a prečo niektoré typy operácií praktizovať, ani za materiál slúžiaci na jednoznačné zavrnutie operačného riešenia v psychiatrii. Je potrebné si však uvedomiť, že nejde a nikdy nešlo o liečbu kuratívnu, ale len symptomatickú, či niekedy paliatívnu.

Literatúra

- Adler M., Saupe R.:** Psychochirurgie. Zur Frage einer biologischen Therapie psychischer Störungen. Stuttgart, Enke Verlag 1979.
- Ballantine H.T., Bouckhoms J., Thomas E.K. a spol.:** Treatment of psychiatric illness by stereotactic cingulotomy. *Biol. Psychiat.*, 22, 1987, s. 807–819.
- Bouckhoms H.T.:** The role of stereotactic cingulotomy in the treatment of intractable depression. S. 245–271. In: Amsterdam J.A. (Ed.): *Advances in neuropsychiatry and psychopharmacology*. 2. Refractory depression. Chichester–New York–Brisbane–Singapore, Wiley Publishers 1994.
- Breggin P.:** Therapy as applied utopian politics. *Ment. Health Soc.*, 1, 1974, s. 129–146.
- Bridges P.K., Bartlett J.R., Hale A.S., Poynton A.M., Malizia A.L., Hodgkiss A.D.:** Psychosurgery: Stereotactic subcaudate tractotomy. An indispensable treatment. *Brit. J. Psychiat.*, 165, 1994, s. 599–611.
- Cawley R., Tarsh M.:** Peer Review. Psychosurgery: Stereotactic subcaudate tractotomy. An indispensable treatment. *Brit. J. Psychiat.*, 165, 1994, s. 612–613.
- Dieckmann G., Hassler R.:** Treatment of sexual violence by stereotactic hypothalamotomy. S. 451–562. In: Sweet W., Obrador S., Marin-Rodriguez J.G. (Eds.): *Neurosurgical treatment in psychiatry, pain and epilepsy*. Baltimore, University Park Press 1977.
- Hay P.J., Sachdev P.B.:** The present status of psychosurgery in Australia and New Zealand. *Med. J. Austral.*, 1992, č. 7, s. 17–19.
- Heimann H.:** Psychochirurgie. S. 660–720. In: *Psychiatrie der Gegenwart*. Berlin, Springer Verlag 1963.
- Jenike M.A., Baer L., Ballantine H.T.Jr.:** Cingulotomy for refractory obsessive-compulsive disorder. A long-term follow-up of 33 patients. *Arch. Gen. Psychiat.*, 48, 1991, s. 548–555.
- Laitinen L.V.:** Psychosurgery today. *Acta Neurochir.*, 44, 1988, Suppl., s. 158–162.
- Leksell L., Backlund E.O.:** Stereotactic gamma capsulotomy. S. 213–216. In: Hitchcock, Ballantine, Meyerson (Eds.): *Modern concepts in psychiatric surgery*. Amsterdam, North Holland Biomedical Press 1979.
- Malizia A., Bridges P.K.:** Selecting patients for psychosurgery. S. 245–271. In: Rascagni G., Brunello N., Fukuda T. (Eds.): *Biological psychiatry*. Amsterdam, Elsevier Science Publishers 1991.
- Mattews K., Eljamel S.M.:** Status of neurosurgery for mental disorders in Scotland. *Brit. J. Psychiat.*, 182, 2003, s. 404–411.

15. **Meyerson B.A., Mindus P.:** Capsulotomy as treatment of anxiety disorders. S. 353–364. In: Lunsford L.D. (Ed.): *Modern stereotactic neurosurgery*. Boston, Martinus Nijhoff 1988.
16. **Mindus P., Rauch L.S., Nyman H., Baer L., Edman G., Jenike A.M.:** Capsulotomy and cingulotomy as treatment for malignant obsessive compulsive disorder: An update. *Current Insights in Obsessive Compulsive Disorder*. Chichester–New York–Brisbane–Singapore, Wiley Publishers 1994.
17. **Nádvorník P.:** Psychochirurgia a psychostereotaxia. S. 274–281. In: *Súčasná neurochirurgia*. Bratislava, Veda 1983.
18. **Nys H.:** Psychosurgery and personality – some legal considerations. *Acta Neurochir.*, 44, 1988, Suppl., s. 170–172.
19. **Quaade F.:** Stereotaxy for obesity. *Lancet*, 1, 1974, s. 267.
20. **Richardson A.:** Stereotactic limbic leucotomy: surgical technique. *Postgrad. Med. J.*, 49, 1973, s. 860–864.
21. **Roeder F., Orthner H., Muller D.:** The stereotactic treatment of paedophilic homosexuality and other sexual deviations. S. 599–611. In: Hitchcock, Louitinen, Vaernet (Eds.): *Psychosurgery*. Springfield, Charles E. Thomas 1972.
22. **Rylander G.:** Stereotactic radiosurgery in anxiety and obsessive-compulsive states: psychiatric aspects. S. 213–216. In: Hitchcock, Ballantine, Meyerson (Eds.): *Modern concepts in psychiatric surgery*. Amsterdam, North Holland Biomedical Press 1979.
23. **Sachdev P., Smith J.S., Matheson J., Last P., Blembergs P.:** Amygdalo-hippocampectomy for pathological aggression. *Austral. New Zealand J. Psychiat.*, 26, 1992, č. 4, s. 671–676.
24. **Sano K., Mayanagi Y.:** Posteromedial hypothalamotomy in the treatment of violent, aggressive behaviour. *Acta Neurochir.*, 44, 1988, Suppl., s. 158–162.
25. **Schreiner L., Kling A.:** Behavioral changes following paleocortical injury in rodents, carnivores and primates (motion picture). S. 87–96. In: Adler M., Saupe R.: *Psychochirurgie. Zur Frage einer biologischen Therapie psychischer Störungen*. Stuttgart, Enke Verlag 1979.
26. **Simmons H.G.:** Psychosurgery and the abuse of psychiatric authority in Ontario. *J. Health, Politics, Policy, Law*, 12, 1987, č. 3, s. 537–550.
27. **Snaith R.P.:** Psychosurgery. Controversy and enquiry. *Brit. J. Psychiat.*, 165, 1994, s. 582–584.
28. **Steiner L., Lindquist C., Forster D., Backlund E.O. (Eds.):** *Radiosurgery, baseline and trends*. New York, Raven Press 1992.
29. **Sweet W.H., Meyerson B.A.:** Neurosurgical aspects of primary affective disorders. S. 4335–4337. In: Youmans J.R. (Ed.): *Neurological surgery*. Philadelphia, W.B. Saunders 1990.
30. **Valenstein E.S.:** Review of the literature on post-operative evaluation. S. 141–163. In: Valenstein E.S. (Ed.): *The psychosurgery debate*. San Francisco, W.H. Freeman 1980.

Do redakcie došlo 25.4.2003.