

részben kombinált, részben izolált tünet alkotta. A tünetek másodpercekig, percekig vagy órákig álltak fenn. Négy betegen transzkranialis Doppler vizsgálattal hemodinamikai zavar, radiológiai vizsgálattal jelentős nyaki gerinc degeneratív elváltozások voltak kimutathatók, utóbbiak angiográfiás vizsgálattal igazoltan az artéria vertebralis extrinzik kompresszióját okozták. A betegek tünetei dekompresszív műtéttel megszüntethetőek voltak. 10 esetben nem állt fenn extrinzik artéria vertebralis kompresszió. Közülük a klinikai tünetek alapján 4 esetben embólia okozta vertebralis ischaemia, 3 esetben cochleovestibuláris károsodás, 3 esetben „cervikogén” diszfunkció volt valószínűsíthető. Szerző megállapította továbbá, hogy a fejmozgással összefüggő hemodinamikai tüneteknek leggyakoribb oka az egy vagy kétoldali artéria vertebralis kompresszió. Extrinzik vertebralis kompressziót okozó 14 tényezőt ill. kórfolyamatot sorol fel. Közöttük az első 2 helyen a fizioológiai határon belüli nyaki gerinc mozgathatóságot, továbbá a gerinc degeneratív elváltozását említi. Utóbbi felismerése fontos, mivel sok esetben egyszerű dekompresszív eljárás a tüneteket megszüntetheti.

Betegünkön a rosszulletek Sturzenegger és mtsai kritériumai szerint voltak értékelhetőek. Az 51 éves, közepes depresszióban, hipertóniában szenvedő betegen fejmozgás közben vagy testhelyzetváltozáskor jelentkező, másodpercekig tartó, izolált szédülés ill. egyensúlyzavar a 3 éves megfigyelési idő alatt eleinte ritkán, majd gyakran lépett fel. Ezen vertebralis területi keringészavar tünetek kiváltásában feltehetően a nyaki gerinc degeneratív elváltozása szerepet játszott. Következetes panaszaira tekintettel, rosszulletei elkülöníthetőek voltak a szomatizációs tendencia, pánik zavar, illetőleg pszichogén tünetektől. Első kivizsgálásakor a diagnózist alátámasztotta a pozitív otoneurológiai lelet. Utóbbi a legfontosabb vizsgálati eljárás a szédülés és az egyensúlyzavar diagnosztikájában (12, 16). A rosszulletek ismétlődését tekintve kedvezőtlen prognózis volt feltételezhető. Az idősebb életkort és a magas vérnyomást mint rizikó tényezőt kellett figyelembe venni (8).

3.

A vertebralis területi keringés zavar tünetei ritkán okoznak rokkantságot (8, 13). Esetünkben az első vizsgálatkor a munkakör változtatás szükségessége, kontrollkor a rosszulletek gyakorisága, mindkét vizsgálatkor a rosszulletek betegségtudatot növelő hatása volt értékelendő. Ezen tényezők együttesen jelentős munkaképességcsökkenést okoztak. Mindkét vizsgálatkor azonban az össz-munkaképességcsökkenésen belül a rokkantságot döntően meghatározták a szomatikus betegségekkel kapcsolódó, közepes depresszió tünetei. A tünetek két éves folyamatos fennállása során az erősödő, közepes fokú szorongás és a kifejezett depresszió kerültek előtérbe. Pszichés állapota kisebb terhelésre is dekompenzálódhatott. Munkábaállása nem volt várha-

tó. Munkaképességcsökkenés megállapítása mindkét alkalommal intézeti neurológiai ill. pszichiátriai osztályi kivizsgálás alapján volt lehetséges.

4.

Az OEP OOSZI rokkantostást elutasító szakvéleménye nem volt elfogadható, 2. táblázat. A primér biológiailag determinált depresszió fennállásának hiányát hangsúlyozva véleményezett enyhe fokú munkaképességcsökkenést. A disztimia diagnózist csupán a panaszok és tünetek egy része mérlegelése alapján állította fel. Utalt a beteg azon panaszára, hogy állapota nem javult, továbbá, hogy nála alvászavar is kialakult. Említette, hogy szuicid gondolatok foglalkoztatják. Egyéb tüneteit és panaszait is felsorolta. Összességében a képet mégis csupán enyhe szituatív hangulat zavarral magyarázta. Nem vette figyelembe, hogy a tünetek folyamatosan fennálltak. Feltételezhető, hogy a beteg nem számolt be öngyilkossági kísérleteiről. Nem említette, hogy családi konfliktus helyzete nemcsak férje italozása, hanem gyermekei közönyössé válása következtében is megoldatlan. Rövid idő múlva kórházba szállították gyógyszermérgezés tüneteivel. A diagnózis szándékos gyógyszeres önmérgezés és közepes depresszió volt. A pszichiátriai osztályos kezelést aktuálisan elutasította.

A XX. század második felében a klasszikus pszichopatológiai gondolkodás helyett a „kategorizálás” lép előtérbe. E kategóriák azonban mesterségesek, határai nemegyszer önkényesek. A szakegyesületek és nemzetközi szervezetek bizottságai a rendszereket folyamatosan korszerűsítik, és az újabb és újabb változatok gyorsuló ütemben látnak napvilágot.

Számos nemzetközileg ismert szakember bírálja a fejlődésnek ezt az irányát és hangsúlyozza a pszichopatológiai gondolkodás és elemzés fontosságát (18).

Esetünk tanulságait a következőkben foglalhatjuk össze. A betegen már fél évvel az első szakértői vizsgálatot megelőzően a depresszió tünetei jelentősen előrehaladtak. Klinikai kivizsgálásakor ismétlődő depresszió, közepes depressziós epizód szomatikus tünetekkel kórisme volt megállapítható. Negatív élménymód uralkodása következtében az enyhe szorongással járó, mélyülő depresszió tünetei munkaképtelenséget jelentő állapothoz vezettek. Majd a folyamatosan fennálló tüneteket megoldatlan familiáris konfliktusok súlyosbították. A neurotikus depresszív állapotot negatív életesemények dekompenzálhatják. Ezek azonban nem okok, hanem kiváltó tényezők. A dekompenzáció már kisebb terhelésre is bekövetkezhet.

*Köszönetnyilvánítás.* Ezúton szeretnénk köszönetet mondani dr. Csanda Endre egyetemi tanárnak (SOTE Neurológiai Klinika) a munkánkhoz nyújtott értékes segítségéért, dr. Jegesi Leontin egyetemi adjunktusnak és dr. Lászik András egyetemi adjunktusnak (SOTE Igazságügyi Orvostani Intézet) az orvosszakértői vizsgálatok elvégzéséért.