

NEVROLOŠKA STANJA Z AKUTNO PSIHIATRIČNO SIMPTOMATIKO

Anton Mesec

UVOD

Možgani so sedež duševnih procesov, zato ne preseneča, da so posledica njihove okvare pogosto tudi duševne motnje. Te so lahko neposreden izraz difuzne ali lokalizirane okvare, včasih pa so le odziv na primarno nevrološko bolezen. V pojavljanju in kombiniranju motenj zaradi možganske prizadetosti se kaže velika pestrost. Psihične motnje včasih le spremljajo izrazite nevrološke motnje, drugič pa prevladujejo že od začetka in ovirajo ali onemogočajo odkrivanje subtilnih nevroloških znakov. Pri prepoznavanju in presoji teh motenj naletimo na znan problem, da isti vzrok lahko privede do različne klinične slike, in obratno, da se različni vzroki lahko manifestirajo s podobno klinično sliko.

Glede na namen srečanja in naslov zbornika je prispevek omejen predvsem na akutne psihiatrične motnje pri primarnih možganskih okvarah. Pri teh bolnikih gre ponavadi za prepletanje motenj motorike in senzibilnosti, višje živčne dejavnosti in psihičnih funkcij. Obravnavane so le pogostejše možganske bolezni, saj bi upoštevanje vseh, tudi redkejših bolezni, vodilo v manjšo preglednost.

MOŽGANSKA KAP

Možganska kap je sinonim za nenadno, pogosto hudo možgansko bolezen. Po definiciji gre za omejeno okvaro, ki pa je različna po velikosti in po lokalizaciji. Že dolgo so znani dokaj značilni klinični sindromi za okvare v področju posameznih možganskih arterij in za možganske krvavitve na predilekcijskih mestih. Klasični in tudi nenevrologom dobro znani so znaki

hemisferne okvare s »hemisimptomatiko« na nasprotni strani telesa. Pri jasnih motoričnih motnjah, t.j. pri hemiparezi ali hemiplegiji, diagnoza ni težavna. Motnje senzibilnosti po polovici telesa je že težje prepoznati. Neredko jih bolniki spontano ne navajajo in jih je potrebno pri nevrološki preiskavi iskati usmerjeno. Podobno je z izpadi vidnega polja na nasprotni polovici od okvare pri akutnem bolniku, ki slabo sodeluje. Možgansko kap brez opazne ohromitve je torej pri površnem nevrološkem pregledu kaj lahko spregledati.

Motnje višje živčne dejavnosti, t.j. afazije, agnozije in apraksije, so bile najprej opisane prav pri bolnikih z možgansko kapjo (1). Pri akutnem bolniku, ki slabo sodeluje, je med njimi še najlažje ugotoviti afazijo. Kljub temu brez usmerjenega iskanja afazične motnje lahko ostanejo neprepoznane ali so napačno interpretirane kot akutne psihične motnje. Zaradi njihove pogostnosti pri možganski kapi o njih nekaj več v nadaljevanju.

Terminologija pri poimenovanju afazij ni enotna in tudi klasifikacije temeljijo na različnih izhodiščih. Za povsem praktične potrebe zadostuje poenostavljena delitev na globalno, motorično, senzorično in anomično (amnestično) afazijo.

Klinične značilnosti posameznih oblik afazije in možna psihiatrična simptomatika

Globalna afazija

Je posledica obsežne okvare v dominantni (običajno levi) hemisferi. Hudo moteno je izražanje in razumevanje. Praviloma so so bolniki z globalno afazijo hudo prizadeti tudi motorično (hemiplegični) in senzorično. Niso diagnostični, ampak terapevtski problem. Akutno hudo možgansko okvaro lahko spremlja tudi delirij, kar samo še poslabša bolnikovo stanje.

Motorična (Broca) afazija

Okvara prizadene tudi govorno področje (Broca) v čelnem režnju. Moteno je izražanje in bolnik govori netekoče in nepopolno. Kljub naporom pove le malo. Podobno je moteno ponavljanje, avtomatizmi pa včasih ostanejo prese- netljivo brezhibni.

Razumevanje je praviloma ohranjeno.

Spremljajoči nevrološki izpadi so jasno izraženi; poleg /desnostranske/ hemipareze je lahko motena tudi senzibilnost po ohromeli polovici. Prepoznavanje bolezni pri teh bolnikih praviloma ni težko.

Psihiatrični problemi motorično afazičnih(2,3):

Možganska kap je nenaden dogodek, ki na več načinov hudo poseže v bolnikovo življenje. Tako ohromelosti kot tudi afazije se bolniki dobro zavedajo.

Kljub vsem njihovim naporom pri govorjenju se izražajo s težavo, nepopolno in pogosto drugi kljub pozornemu poslušanju povedanega ne razumejo. Zaradi neuspehov pri izražanju so bolniki frustrirani in mnogi reagirajo z depresijo. Nekateri odklanjajo hrano in stike z okolico, pri drugih so možni nenadni izbruhi besa, joka in celo sovražnosti do okolja. Pomembno je vedeti, da afazični bolniki lahko podobno reagirajo tudi na prezahtevno logopedsko obravnavo, ko stalno zaostajajo za terapevtskimi zahtevami.

Senzorična (Wernicke) afazija

Okvarjeno je Wernickejevo govorno področje v senčnem režnju. Bolniki se izražajo tekoče, z normalno melodijo in brez posebnih naporov. Občasno spremenjene in napačno rabljene besede (parafazije) ne korigirajo, zato je njihovo govorjenje slabše razumljivo.

Moteno je predvsem razumevanje.

Spremljajoče nevrološke motnje se razlikujejo od tistih pri motorični afaziji. Najpogostejši so izpadi vidnega polja na nasprotni (desni) polovici, redkeje so tam motnje senzibilnosti, praviloma pa ni najti jasnih ohromitev. Ob slabem sodelovanju bolnika in odsotni hemiparezi kaj lahko naštetih motenj ne ugotovimo in akutne bolezni ne prepoznamo kot možgansko kap.

Psihiatrične motnje so pri teh bolnikih drugačne kot pri motorično afazičnih (3).

Senzorično afazični se svojih motenj razumevanja pogosto ne zavedajo in so ob njih presenetljivo ravnodušni. Ne zavedajo se niti lastnih napak pri govorjenju (parafazij) in jih ne skušajo sproti popravljati. Nekateri bolniki pa se svojih nenadnih motenj razumevanja zavedajo, vendar lahko napačno sklepajo, da so za moteno komuniciranje krivi drugi. Od tu je le korak do paranoičnega doživljanja nastale situacije in do posledičnega neustreznega reagiranja. Pri tem so lahko zelo impulzivni in celo agresivni do okolice. Nenadnost takega obnašanja starejše osebe brez predhodnih podobnih težav nam mora biti sumljiva na organsko naravo bolezni. Še zlasti je sum upravičen, če so prisotni tudi dejavniki tveganja za možgansko kap.

Anomična (amnestična) afazija

Zanjo so značilne bolnikove težave pri poimenovanju. Skuša si pomagati z opisovanjem, kar vodi v nepotrebno preobširno in »prazno« govorjenje. Razumevanje in ponavljanje pri tej obliki afazije ni prizadeto.

Za razliko od motorične in senzorične afazije amnestična nima lokalizacijskega pomena. Pojavlja se pri okvarah v različnih kortikalnih in subkortikalnih možganskih področjih. Tudi vzroki zanjo so različni, medtem ko je pri motorični in senzorični afaziji daleč najpogostejši vzrok možganska kap.

Možgansko kap lahko spremljajo še **druge motnje**, ki modificirajo klinično sliko in včasih dajejo napačno vtis, da gre za dodatno psihiatrično bolezen.

Pri **pseudobulbarni paralizi** je ob motnjah požiranja in artikulacije lahko izražena tudi čustvena labilnost ali inkontinenca. Čustvovanje je slabo kontrolirano in zelo spremenljivo, vendar je doživljanje žalosti in veselja plitvo.

Pri okvari senčnih delov in limbičnega sistema so možne izrazite **spomin-ske motnje**. Neugodne so zlasti v kombinaciji z afazijo, saj hudo zmanjšujejo rehabilitacijske možnosti.

Anozognozija pomeni nezavedanje ali celo zanikanje lastne nevrološke okvare, n.pr. /levostranske/ hemiplegije ali slepote. Motnja je običajno prisotna le krajši čas po akutnem začetku bolezni in bolnik je tedaj nekritično ravnodušen do svojega težkega stanja.

Demenca je večkrat prisotna že ob nastopu možganske kapi, saj sta obe bolezni pogostejši pri starejših. Znano je, da demenca že sama po sebi vključuje tudi govorne (amnestične) motnje. Pri dementnih bolnikih se ob možganski kapi zelo poveča možnost delirija. Pri tistih, ki postanejo tudi afazični, se dodatno poveča verjetnost paranoičnega reagiranja na moteno komuniciranje.

Tranzitorna globalna amnezija (TGA)

Po definiciji gre za nenadno izolirano motnjo spomina, ki se popravlja že v prvem dnevu. Bistvena je anterogradna amnezija po nenadnem dogodku v mediobazalnem delu senčnega režnja. Največkrat naj bi šlo za ishemijo, vendar celotno dogajanje še ni povsem pojasnjeno (4). Bolnik se obnaša neustrezno, n.pr. brez potrebe ponovi pred urami opravljeno dejavnost in svojega ravnanja začudenim svojcem ne zna pojasniti. Neredko nato vznemirjeno reagira tudi njegova okolica in skupaj z zdravnikom posumijo na akutno psihično bolezen. Ohranjenost ostalih psihičnih funkcij in hitro izboljšanje spomina pokažeta na pravo naravo nenadne motnje.

EPILEPSIJA

Epilepsija že s svojimi imeni (Mb. sacer, božjast) kaže sum na nadnaravne vzroke in na stigmatiziranost teh bolnikov v zgodovini. Upajmo, da je tudi v laičnem okolju vse manj preživelih predsodkov in napačnih predstav o tej bolezni. Za vedenjske in psihične motnje nekaterih bolnikov z

epilepsijo je možnih več vzrokov; lahko so del bolezni, lahko gre za vpliv antiepileptičnih zdravil, včasih so le izraz bolnikovega odziva na premajhno razumevanje okolja za njegovo bolezen.

V okviru urgentne medicine je vsekakor pomembno poznati možne psihiatrične motnje, ki so izraz epileptičnega dogajanja. Glede na njihov časovni odnos do napadov so te motnje lahko (1):

- **iktalne - med posameznimi epileptičnimi napadi,**
- **postiktalne – po posameznih napadih,**
- **interiktalne – v obdobjih med napadi.**

Iktalne psihiatrične motnje se pojavijo predvsem pri nekaterih oblikah epilepsije (5):

Epilepsija z absencami se začne v otroštvu, lahko pa se nadaljuje še v odraslo dobo. Značilne so nenadne prekinitve vseh dejavnosti s strmenjem predse. Včasih se pridruži mlaskanje, žvečenje in tedaj so napadi podobni parcialnim kompleksnim (gl. spodaj). Možen je tudi epileptični status s to obliko epilepsije. Bolniki so tedaj zmedeni, ohranjeno je avtomatično vedenje in le delno komunicirajo z okoljem.

Epilepsija s kompleksnimi parcialnimi napadi (nekdanja »psihomotorna« ali »temporalna« epilepsija) se manifestira z zelo pestro klinično sliko. Na zaznavnem področju so pogoste različne halucinacije – od ozmičnih do akustičnih. Znane so motnje spomina z doživljanjem neznanega okolja kot že videnega in obratno – znano okolje doživljajo kot prvič videno (deja, jamais vu). Občutja depersonalizacije in derealizacije neredko spremljajo intenzivne čustvene reakcije. Epileptična motorična dejavnost se kaže predvsem z avtomatizmi in stereotipijami. Kadar se ti napadi podaljšajo v epileptični status, je klinična slika še bolj psihiatrična. Bolniki vztrajajo v različnih avtomatičnih dejavnostih, včasih celo navidezno smiselno hodijo okoli ali celo potujejo (fuge).

Postiktalno – po napadu – so bolniki lahko zmedeni predvsem po generaliziranih tonično-kloničnih in po kompleksnih parcialnih napadih. Ta obdobja so praviloma kratkotrajna. Diagnostične probleme imamo le tedaj, kadar ne vemo za predhodni napad ali nam ni znano, da gre za bolnika z epilepsijo.

Agresivnost je pri bolnikih z epilepsijo redka, vendar se lahko pojavi med napadi ali neposredno po njih. Med kompleksnim parcialnim napadom je odvisna od vsebine bolnikovega doživljanja in ni usmerjena proti določeni osebi. Po generaliziranih napadih so bolniki agresivni predvsem, kadar jih preveč nasilno umirjamo in preprečujemo njihov prehodni nemir.

Interiktalne osebnostne spremembe so bile predmet številnih študij (1) in v zgodovini so znani anekdotični opisi pomembnih posameznikov z epilepsijo. Le redko so s temi spremembami povezane akutne motnje, ki jih je treba obravnavati v okviru urgentne medicine.

VNETJA OSREDNJEGA ŽIVČEVJA

Povzročitelji vnetij osrednjega živčevja so številni; od virusov, bakterij in glivic vse do helmintov (6).

Klasični vnetni znaki so zvišana telesna temperatura, glavobol, meningizem, motena zavest in psihične motnje. Klinična slika pa ni vedno popolna. Zlasti pri spremenjeni imunski odzivnosti bolnika so nekateri znaki, n.pr. povišana telesna temperatura, manj izraženi ali celo odsotni. Nekdaj je to veljalo predvsem za zelo oslabele bolnike, danes so možni še drugi vzroki (zdravljenje z imunosupresivi, AIDS).

Med **sporadičnimi virusnimi encefalitis** je najpogostejši herpetični. Virus H. simplex najraje napade senčni in čelni reženj, zato je klinična slika tega encefalitisa lahko zelo pestra. Ob febrilnosti in žariščnih znakih (hemipareza, afazija) so pogosto v ospredju psihične motnje. Te segajo od sprememb razpoloženja in spominskih težav vse do halucinacij, psihoze, agresivnosti ali kompleksnih parcialnih epileptičnih napadov. Kombinacije /sub/febrilnosti, diskretnih žariščnih znakov in psihičnih sprememb torej nikakor ne gre spregledati, saj je pravočasno zdravljenje z aciklovirjem uspešno.

Virus stekline ima podobno predilekcijsko delovanje v možganih, vendar je upati, da dandanes v naših krajih stekline pri človeku ne bomo videli.

Med **epidemičnimi vnetji** je pri nas najbolj aktualen klopni meningoencefalitis, včasih se podobno manifestira tudi borelijoza. Pri obeh so možne tudi akutne psihične motnje.

Pri **AIDS**-u so znane različne nevrološke in psihiatrične manifestacije. HIV lahko neposredno povzroči subakutni ali kronični encefalitis. Kaže se z napredujočo demenco z občasno akutno zmedenostjo ali psihozo. Pogosto možgane teh bolnikov prizadenejo oportunistični infekti, n.pr. tuberkuloza, lues, glivice ali herpes simpleks.

Bakterijski meningitisi običajno potekajo zelo dramatično z jasnimi vnetnimi znaki.

Ponovno je treba spomniti, da je potek lahko atipičen pri zelo mladih, zelo starih, zelo bolnih ali imunsko kompromitiranih bolnikih. Pri njih lahko

prevladujejo motnje zavesti in psihične spremembe, zato se kaj lahko zamuja s pravo diagnozo in pravočasnim zdravljenjem.

Možganski absces se večkrat razvije brez jasnih vnetnih znakov in klinična slika je tedaj podobna kot pri možganskem tumorju.

MOŽGANSKI TUMORJI

Simptomi in znaki možganskih tumorjev so zelo pestri, odvisni so od lokalizacije, hitrosti in načina rasti, starosti bolnika in še drugih dejavnikov. Klinična slika je največkrat kombinacija žariščnih znakov in zvišanega intrakranialnega tlaka. Psihične motnje so seveda pogostejše pri tumorjih, ki rastejo v področjih, ki so bolj pomembna za psihične funkcije – predvsem čelni, senčni reženj in nekatere globlje možganske strukture. Ob počasnih psihičnih spremembah so možne tudi afazične motnje, akutne zmedenosti in epileptični napadi.

DEGENERATIVNE BOLEZNI

Med degenerativnimi boleznimi osrednjega živčevja s psihičnimi motnjami so praktično najpomembnejše Alzheimerjeva, Parkinsonova in Huntingtonova bolezen. Pri prvi je v ospredju demenca, pri Parkinsonovi in Huntingtonovi prevladujejo ekstrapiramidne motnje gibanja, ki jih spremljajo različno izražene psihične spremembe (demenca in depresija).

V kronično progredienten potek teh boleznih se lahko vpletajo dodatne akutne motnje, predvsem delirij. Pomembno je pomisliti, da ta ni izraz osnovne bolezni, ampak posledica dodatnih dejavnikov. Ti so lahko številni; najpogostejši med njimi so infekti, dehidracija, uvajanje ali zamenjava zdravil, možganska kap. Neredko gre za kombinacijo teh dejavnikov in hkratno spremembo okolja (hospitalizacija). Pri zelo napredovalih degenerativnih boleznih včasih že majhen vpliv dodatnih dejavnikov povzroči burne psihične motnje. Spet je pomembno pravočasno odkrivanje konkretnega vzroka in čimbolj vzročno zdravljenje.

Že kratek pregled kaže, da se v nevrološke bolezni pogosto vpleta tudi akutna psihiatrična simptomatika. Le pravočasno prepoznavanje prave narave bolnikovih težav in s tem opredelitev klinične slike zagotavlja tudi ustrezne diagnostične in terapevtske ukrepe. Solidno, ne samo na svoje ožje področje omejeno znanje posameznega zdravnika in dobro sodelovanje med kolegi raznih specialnosti bo zagotavljalo pravočasno ustrezno ukrepanje pri »nevropsihiatričnem« bolniku.

1. Devinsky O. Behavioral Neurology. Edvard Arnold, London Melbourne Auckland, 1992.
2. Burch EA, Groene BM. Aphasic syndromes and »Psychiatric symptoms: Diagnostic dilemmas. South Med Journal 1986; 79:1234-7.
3. Benson DF. Aphasia, alexia, agraphia. Churchill Livingstone, New York, 1979: 174-91.
4. Pillmann F, Broich K. Transitorische globale Amnesie – psychogene Ausloesung einer organischen Stoerung ? Fortschr Neurol Psychiatr 1998; 66: 160-3.
5. Kirshner HS. Behavioral Neurology. A Practical Approach. Churchill Livingstone, New York, 1986.
6. Anderson M. Cerebral infection. In: Hughes RAC (ed). Neurological Emergencies, BMJ Publishing Group, London; 1997: 225-71.