

Βασικές έννοιες της Νευροψυχιατρικής

Anthony S. David

Institute of Psychiatry, King's College, London

Τι είναι η Νευροψυχιατρική;

Στις περισσότερες ψυχιατρικές παθήσεις η κλινική εικόνα χρωματίζεται έντονα και ορισμένες φορές διαμορφώνεται αποφασιστικά από παράγοντες ειδικούς για το άτομο και το περιβάλλον του. Από εδώ προέρχεται και η γνωστή δυσκολία στην ταυτοποίηση διακριτών νοσολογικών διεργασιών στην Ψυχιατρική. Αυτό που περιπλέκει ακόμη περισσότερο την κατάσταση, όσον αφορά στις περισσότερες ψυχικές διαταραχές, είναι η έλλειψη διασταυρούμενων στοιχείων προερχόμενων από την παθολογία των ιστών. Ο Alwyn Lishman χρησιμοποίησε τον όρο «Οργανική Ψυχιατρική» για να περιγράψει εκείνες τις διαταραχές «στις οποίες υπάρχει μεγάλη πιθανότητα η κατάλληλη εξέταση και διερεύνηση να αποκαλύψει κάποια εγκεφαλική ή συστημική παθολογία υπεύθυνη ή συνεισφέρουσα στην ψυχική πάθηση». Έκανε αντιδιαστολή αυτής με τον όρο «Νευροψυχιατρική», τον οποίο θεώρησε ως ένα πιο ειδικό πεδίο στα σύνορα μεταξύ Νευρολογίας και Ψυχιατρικής, που αφορά σε διαταραχές οι οποίες μπορεί να αποδειχθεί ότι προέρχονται από «εγκεφαλική δυσλειτουργία σαφώς αναγνωρίσιμης φύσεως» και, συνεπώς, δεν περιλαμβάνει ενδοκρινικές, τοξικές και μεταβολικές διαταραχές. Εφόσον αυτές οι διαταραχές λειτουργούν μέσω διαταραχής της εγκεφαλικής λειτουργίας, είναι, σύμφωνα με τον Lishman, αντικείμενο της Γενικής Ιατρικής μάλλον, παρά της Νευρολογίας. Παρά τη σαφήνεια και την αξία αυτής της διάκρισης, ο όρος «Νευροψυχιατρική» έχει καταστεί ο πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενος και γενικά δεν χρησιμοποιείται με την πιο περιοριστική του σημασία. Εδώ χρησιμοποιείται ως συνώνυμο της Οργανικής Ψυχιατρικής, αλλά και ακόμη ευρύτερα, ώστε να καλύπτει τις παθήσεις εκείνες που εκ πρώτης όψεως φαίνεται ότι προκαλούνται από παθολογία του νευρικού συστήματος με εκδηλώσεις από το νευρολογικό πεδίο, τελικά όμως αποδεικνύεται ότι δεν είναι έτσι, αλλά στην πραγματικότητα οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες κυριαρχούν στη διαμόρφωση της κλινικής εικόνας – με άλλα λόγια, τις λεγόμενες μετατρεπτικές διαταραχές. Είναι ίσως δικαιολογημένο για πρακτικούς λόγους να συμπεριληφθούν αυτές οι διαταραχές, καθώς συνεισφέρουν σε μεγάλο ποσοστό στον εργασιακό φόρτο του νευροψυχιάτρου και κάθε σχετικού επαγγελματία υγείας. Επιπλέον, η διαφορική διάγνωση της μετατροπής είναι εξ ορισμού νευρολογική. Ομοίως οι μετατρεπτικές διαταραχές συνεισφέρουν στη διαφορική διάγνωση των περισσότερων νευροψυχιατρικών παθήσεων.

Προτού εγκαταλείψουμε το θέμα των ορισμών, αξίζει εδώ να επαναλάβουμε εκ νέου τα δύο άλλα ζητήματα, που πραγματεύθηκε ο Alwyn Lishman στην εισαγωγή του στη δεύτερη και στην τρίτη έκδοση αυτού του βιβλίου. Πρώτον, προσυπογράφουμε πλήρως τις επιταγές του Lishman ότι η

Νευροψυχιατρική «οφείλει να κεφαλαιοποιήσει όλα όσα η Ψυχιατρική έχει να προσφέρει», συμπεριλαμβανομένων των ψυχοδυναμικών, κοινωνικών και πολιτισμικών θεμάτων και ότι «η νευροψυχιατρική πρακτική απαιτεί διεύρυνση και όχι συρρίκνωση των ψυχιατρικών δεξιοτήτων και ενδιαφερόντων». Δεύτερον, η Νευροψυχιατρική δεν ισχυρίζεται ότι είναι ο μόνος κλάδος της Ψυχιατρικής σχετικός με τον εγκέφαλο και τα άλλα βιολογικά συστήματα, κάθε άλλο. Ο όρος «Βιολογική Ψυχιατρική» φυλάσσεται δικαιωματικά για την προσέγγιση μάλλον (παρά για το κλινικό πεδίο) που αφορά στην «παθοφυσιολογία βιολογικής φύσεως», η οποία μπορεί να εφαρμοστεί σε διαρκώς περισσότερες, εάν όχι σε όλες τις μορφές ψυχιατρικής διαταραχής, σε διαφορετικό βαθμό για την καθεμία.

Οι ψυχολογικές ανωμαλίες που προέρχονται από παθολογία του εγκεφάλου συχνά μοιράζονται κοινό έδαφος, που υπερβαίνει διαφορές στο πολιτισμικό υπόστρωμα, στην προσωπικότητα και στην κοινωνική θέση. Σχετίζονται με παθολογικές διεργασίες μέσα στον εγκέφαλο, ή που δρουν επάνω στον εγκέφαλο, οι οποίες μπορεί συχνά να ταυτοποιηθούν μέσω ιατρικών τεχνικών διερεύνησης. Από αυτήν την άποψη, η Νευροψυχιατρική βρίσκεται πιο κοντά στην υπόλοιπη Ιατρική και θα έπρεπε, τουλάχιστον θεωρητικά, να υπόκειται σε μια παρόμοια προσέγγιση, που να οδηγεί προς χρήσιμους κλινικοπαθολογικούς συσχετισμούς.

Σε μεγάλο βαθμό είναι έτσι. Πάντως, τα ψυχολογικά συμπτώματα είναι δύσκολο να αναγνωριστούν αντικειμενικά και σπανίως είναι δυνατόν να μετρηθούν με ακρίβεια. Οι δυσκολίες στην εκτίμηση αυξάνονται απότομα καθώς ανεβαίνουμε από τις βασικές κινητικές και αισθητηριακές διαδικασίες προς τα ψυχικά φαινόμενα και ειδικά όταν κινούμαστε από την απλή γνωστική έκπτωση προς τις μεταβολές στο συναίσθημα, στην προσωπικότητα και σε άλλες περίπλοκες πλευρές της συμπεριφοράς. Επιπλέον, όταν συμπτώματα χαρακτηριστικά των νευρώσεων ή των μειζόνων ψυχώσεων εμφανίζονται σε ένα άτομο που έχει υποστεί εγκεφαλική βλάβη, είναι αναγκαίο να λάβουμε υπ' όψιν την πιθανότητα να έχει αυτό το άτομο ιδιαίτερη προδιάθεση στην ανάπτυξή τους. Τελικά είμαστε συχνά αναγκασμένοι να γυρίσουμε και πάλι στα προβλήματα του κορμού της Ψυχιατρικής, καθώς τα πιο περίπλοκα αποτελέσματα της εγκεφαλικής διαταραχής μπορεί να εκτιμηθούν σωστά μόνον όταν εξεταστεί συνολικά ο εξεταζόμενος με βάση το προσωπικό του ιστορικό και το περιβάλλον. Η κατάσταση είναι, συνεπώς, αρκετά πιο περίπλοκη απ' ό,τι στους περισσότερους άλλους κλάδους της Ιατρικής, και οι ευκαιρίες για συσχετισμούς των διαταραχών της συμπεριφοράς με συγκεκριμένες πλευρές της εγκεφαλικής παθολογίας περιορίζονται σε αρκετά σημαντικά θέματα.

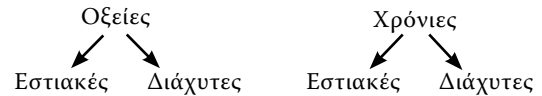
Ευτυχώς για τη διαγνωστική διαδικασία, οι νευροψυχιατρικές διαταραχές τείνουν να έχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά από κοινού, τα οποία συνήθως τις καθιστούν διακριτές από τις μη οργανικές ψυχικές παθήσεις. Διάφοροι τύποι παθολογικών μεταβολών συσχετίζονται συχνά με παρόμοιες μορφές βλάβης. Ο Bonhoeffer (1909), ο οποίος εισήγαγε τον όρο «εξωγενείς ψυχώσεις», δικαιούται την τιμή για την αναγνώρισή τους και για την απόρριψη της Κραιπελιανής άποψης ότι ο κάθε επιβλαβής παράγων που επηρεάζει τον εγκέφαλο προκαλεί μια ειδική ψυχιατρική εικόνα. Για παράδειγμα, η θόλωση της συνείδησης μπορεί να είναι το αποτέλεσμα πολλών τοξικών διεργασιών, που επιδρούν στον εγκέφαλο, ή της αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης. Η άνοια μπορεί να είναι το αποτέλεσμα ανοξίας, τραύματος ή πρωτοπαθούς εκφυλιστικής νόσου. Είναι, συνεπώς, δυνατόν να βρούμε σημαντικά συμπτώματα και σύνδρομα που θέτουν την πιθανότητα εγκεφαλικής διαταραχής επί οποιασδήποτε βασικής παθολογίας και παρά τις εντυπώσεις που αφήνουν τα παθοπλαστικά χαρακτηριστικά. Αυτού του είδους τα συμπτώματα αποτελούν τον θεμέλιο λίθο της διάγνωσης στη Νευροψυχιατρική και είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται οι πρωιμότερες και οι πλέον ελάχιστες εκδηλώσεις τους. Πολλές νοσολογικές διεργασίες που επηρεάζουν τον εγκέφαλο θα γίνουν αντιληπτές μόνο με ψυχολογικά συμπτώματα και πολύ πριν από την εμφάνιση σαφών νευρολογικών σημείων και συχνά μέσω της ορθής εκτίμησης αυτών των συνηθισμένων μορφών αντίδρασης είναι δυνατόν να αποφευχθεί η λανθασμένη διάγνωση της μη οργανικής (ή της λεγόμενης «λειτουργικής») ψυχιατρικής διαταραχής.

Άλλες μορφές εκδήλωσης μπορεί όντως να εμφανίζονται με μεταβολή της προσωπικότητας, ανωμαλίες του συναισθήματος, νευρωτικά συμπτώματα ή ακόμη και εικόνες που παραπέμπουν σε σχιζοφρένεια. Ο κλινικός ιατρός πρέπει να γνωρίζει ότι μερικές φορές η ψυχική πάθηση, που παρουσιάζεται με αυτόν τον τρόπο, μπορεί να σχετίζεται με τα πρώιμα στάδια εγκεφαλικής νόσου. Τέτοιου είδους περιστατικά δεν είναι ασυνήθη και η πιθανότητα ανίχνευσής τους αυξάνεται μέσω της συνετής εφαρμογής των πιο ευαίσθητων και μη επεμβατικών διερευνητικών εξετάσεων, όπως η μαγνητική τομογραφία. Πάντως, καθώς η νόσος εξελίσσεται, συνήθως θα εμφανιστούν τα οργανικά ψυχικά συμπτώματα.

Βασικές έννοιες και ορολογία

Αυτό το κεφάλαιο περιγράφει ποικίλα πλαίσια ομαδοποίησης των κύριων ψυχολογικών συμπτωμάτων και σημείων της εγκεφαλικής διαταραχής. Η κύρια έμφαση δίδεται σε κοινές μορφές αντίδρασης, συνήθεις στα περισσότερα άτομα και σε διαφορετικές παθολογικές διεργασίες, αν και χαρακτηριστικά ειδικά για κάποια άτομα περιγράφονται επίσης εν συντομία, όταν χρειάζεται. Το χαρακτηριστικό που διακρίνει τις νευροψυχιατρικές διαταραχές από την υπόλοιπη Ψυχιατρική είναι η γνωστική έκπτωση.

Μια κύρια υποδιαίρεση είναι και η χρονική, δηλαδή οι «οξείες» και οι «χρόνιες» αντιδράσεις. Αυτοί οι όροι είναι κλινικά χρήσιμοι για την αδρή ταξινόμηση ή περιγραμμάτικη περιγραφή των ομάδων των κλινικών φαινομένων. Μια τοπογραφική διάκριση, και συγκεκριμένα μια «εστιακή» έναντι μιας «γενικευμένης» ή «διάχυτης», μπορεί να τεθεί επιπλέον αυτής της χρονικής διαίρεσης, ώστε τόσο οι οξείες όσο και οι χρόνιες παθήσεις να μπορούν να είναι εστιακής ή διάχυτης φύσεως.



Οξείες έναντι χρόνιων εγκεφαλικών διαταραχών

Οξεία οργανική αντίδραση και *χρόνια οργανική αντίδραση* είναι οι όροι που είναι ορθότερο να χρησιμοποιούνται ως η πρώτη μείζων διαίρεση των οργανικών ψυχιατρικών παθήσεων, ο καθένας από τους οποίους δεν λειτουργεί παρά ως δείκτης μιας τάξης προβλημάτων, και εξυπηρετούν μόνο ως σημεία έναρξης για περαιτέρω διερεύνηση της αιτιολογίας. Αυτοί οι όροι φέρουν ενδείξεις για την αιφνιδιότητα και την έναρξη και σε κάποιον βαθμό για τη συνάθροιση των πλέον ορατών συμπτωμάτων. Ο καθένας από αυτούς μπορεί να παρουσιάζει χαρακτηριστικά που να μην παρατηρούνται στον άλλον, και τα οποία να χρειάζονται ειδική προσέγγιση για την αναγνώρισή τους. Οι όροι φέρουν επίσης ενδείξεις για την πιθανή διάρκεια, όμως όχι κατευθείαν την τελική πρόγνωση. Συνηθέστερα υποχωρούν οι οξείες παρά οι χρόνιες οργανικές αντιδράσεις, όμως η πρόγνωση του κάθε περιστατικού εξαρτάται από την ακριβή υποκείμενη αιτιολογία. Η ξεχωριστή κατηγορία των «υποξείων οργανικών αντιδράσεων» μερικές φορές ορίζεται και δηλώνει απλά λιγότερο αιφνίδια έναρξη απ' ό,τι οι οξείες διαταραχές, κάπως μεγαλύτερη διάρκεια και ένα μείγμα κλινικών συμπτωμάτων χαρακτηριστικό των οξείων και χρόνιων αντιδράσεων. Πρέπει να γίνει αποδεκτό, πάντως, ότι τόσο οι οξείες όσο και οι χρόνιες αντιδράσεις ποικίλλουν στον βαθμό οξύτητας και χρονιότητάς τους και ότι σε κάποια περιπτώσεις οι πρώτες, με το πέρασμα του χρόνου, θα αποδειχθεί ότι μεταπίπτουν στις δεύτερες.

Η χρονική διάσταση ή η πορεία στον χρόνο είναι ένας από τους πιο κρίσιμους δείκτες κατά την εκτίμηση των χρόνιων νευροψυχιατρικών παθήσεων. Η κλινική πορεία της διαταραχής αποκαλύπτει πολλά στοιχεία σε ό,τι αφορά στη φύση της. Αυτά μπορούν να περιγραφούν με ποικίλους τρόπους ως προοδευτικά, σταδιακά, υποτροπιάζοντα, υφέιμενα κτλ. Μια προοδευτική πορεία υποδηλώνει εκφύλιση ή βαθμιαία επέκταση μιας χωροκατακτητικής βλάβης. Μια σταδιακή πορεία περιγράφει κλασικά τη διαλείπουσα, αλλά αθροιστική βλάβη, ως συνέπεια επανειλημμένων αγγειακών επεισοδίων. Μια υποτροπιάζουσα πορεία ή μια πορεία ύφεσης δείχνει μια φλεγμονώδη διαδικασία, όπως η πολλαπλή σκλήρυνση, ειδικά όταν η κάθε υποτροπή προσθέτει ένα κατάλοιπο βλάβης ή αναπηρίας. Οι οξείες παθήσεις που ακολουθούνται από πλήρη ανάρρωση σημαίνουν διαταραχές της λειτουργίας, όπως φυσιολογικές διακοπές της εγκεφαλικής ή νευρικής δραστηριότητας, χωρίς τον διαρκή χαρακτήρα της παθολογίας του ιστού, όπως συμβαίνει κατά τις ηλεκτρικές ανωμαλίες ή τις παροδικές μεταβολικές διαταραχές ή ακόμα και επί «μη οργανικής» αιτιολογίας.

Γενικευμένη έναντι εστιακής εγκεφαλικής διαταραχής

Μεγάλος αριθμός οργανικών ψυχιατρικών διαταραχών οφείλονται σε διάχυτη ανωμαλία της εγκεφαλικής λειτουργίας. Αυτή μπορεί να είναι αποτέλεσμα διάχυτων νοσολογικών διεργασιών στον εγκέφαλο, όπως σε ορισμένες εκφυλιστικές νόσους, ή συστηματικών ανωμαλιών, όπως για παράδειγμα εκείνες που οδηγούν σε ανοξία, κάτι που παραβλάπτει έμμεσα την εγκεφαλική λειτουργία. Επιπλέον, οι ακριβώς εντοπισμένες βλάβες μπορεί να εκδηλώνονται μόνο όταν

επισυμβαίνουν δευτερεύουσες διάχυτες επιπτώσεις, όπως επί αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης σχετιζόμενης με εγκεφαλικό όγκο. Η πλειονότητα οξείων και χρονίων οργανικών αντιδράσεων αντανακλούν, συνεπώς, διάχυτη διαταραχή της εγκεφαλικής δραστηριότητας και περιλαμβάνουν συμπτώματα ελαττωματικής λειτουργίας σε πολλά πεδία.

Έχουμε συνηθίσει να μιλάμε για «γενικευμένη εγκεφαλική διαταραχή» και να τη διακρίνουμε από τις επιπτώσεις της αυστηρά εστιακής παθολογίας. Πάντως, πρέπει να λαμβάνουμε υπ' όψιν μας ότι τόσο οι γενικευμένες όσο και οι εστιακές ανωμαλίες της εγκεφαλικής λειτουργίας αναπαριστούν θεωρητικές ακρότητες, οι οποίες απαντώνται σπάνια ή και ποτέ στην κλινική πράξη. Είναι ιδιαιτέρως απίθανο η εγγενής εγκεφαλική νόσος να προσβάλει ομοιόμορφα ολόκληρο τον εγκέφαλο και συνήθως είναι δυνατόν να διακριθεί ένας βαθμός εστιακής έμφασης με την προσεκτική παρατήρηση. Εξωγενείς παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την εγκεφαλική λειτουργία είναι πιθανώς εκλεκτικοί ως προς τις επιπτώσεις τους, φερόμενοι με επιείκεια σε ορισμένα νευρικά ή νευροχημικά συστήματα, ενώ διαταράσσουν κάποια άλλα. Η έκπτωση του επιπέδου συνείδησης, για παράδειγμα, αναπαριστά επίδραση για λειτουργίες εγρήγορσης του εγκεφαλικού στελέχους, ενώ οι καρδιαγγειακές και οι αναπνευστικές λειτουργίες επηρεάζονται λίγο. Κατά παρόμοιο τρόπο, η διατάραξη των φλοιωδών και υποφλοιωδών λειτουργιών πολύ σπάνια εμφανίζεται σε ισοδύναμη έκταση.

Η αυστηρά εστιακή διαταραχή, από την άλλη, είναι επίσης πολύ σπάνια, εκτός από τις περιπτώσεις όπου προκαλείται σκοπίμως από χειρουργικές διαδικασίες. Στη νόσο, όπως αυτή εμφανίζεται στη φύση, βλέπουμε απλά μια εστιακή έμφαση της παθολογίας, η οποία σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό επιπλέκεται από επιπρόσθετες επιπτώσεις λόγω βλαβών σε άλλες περιοχές.

Παρ' όλα αυτά, έχει μεγάλη σημασία από πρακτική κλινική άποψη να διατηρήσουμε τη διάκριση μεταξύ της κλινικής εικόνας που είναι αποτέλεσμα ευρέως διάσπαρτης ή σχετικά περιγεγραμμένης εγκεφαλικής δυσλειτουργίας. Η διάκριση είναι ουσιαστική κατά τη διατύπωση των πιθανών αιτιών και, συνεπώς, της γραμμής που πρέπει να ακολουθήσει η διερεύνηση. Η καθεμία στην πράξη περιλαμβάνει διαφορετικά συμπτώματα θεμελιώδους σημασίας.

Ο σκοπός αυτού του κεφαλαίου θα είναι κατ' αρχάς να περιγράψει με αδρούς όρους τις χαρακτηριστικές κλινικές εικόνες, που παρατηρούνται στις «γενικευμένες» οξείες και χρόνιες αντιδράσεις, και στη συνέχεια να συνοψίσει τα προεξάρχοντα χαρακτηριστικά που παρατηρούνται κατά την εστιακή βλάβη ή την εστιακή έμφαση της παθολογίας συγκεκριμένων περιοχών του εγκεφάλου. Την εστιακή σημασία ορισμένων συμπτωμάτων και συμπλεγμάτων συμπτωμάτων πραγματεύεται το Κεφάλαιο 2.

Όροι που συνήθως χρησιμοποιούνται

Οι ακόλουθοι είναι κάποιοι όροι που συνήθως χρησιμοποιούνται κατά τη γενική κλινική περιγραφή.

Ο όρος σύγχυση αναφέρεται σε συμπτώματα και σημεία τα οποία υποδηλώνουν ότι ο ασθενής είναι ανίκανος να σκεφτεί με τη συνήθη γι' αυτόν διαύγεια και συνοχή. Ο όρος γνωστική διαταραχή χρησιμοποιείται συχνά σήμερα ως γενικός όρος, κατά προτίμηση έναντι του όρου σύγχυση. Παρατηρείται τόσο σε οργανικές όσο και σε μη οργανικές ψυχικές διαταραχές και είναι όρος χρήσιμος καθαρά ως μια

συνοπτική κλινική περιγραφή μιας σημαντικής πλευράς τέτοιων ψυχικών παθήσεων. Στις οξείες οργανικές αντιδράσεις η σύγχυση οφείλεται κυρίως στην έκπτωση του επιπέδου συνείδησης. Στις χρόνιες οργανικές αντιδράσεις προδίδει τη διάσπαση των διαδικασιών της σκέψης, που οφείλεται σε δομική εγκεφαλική βλάβη. Σε ολόκληρο το φάσμα των ψυχιατρικών διαταραχών, η σύγχυση της σκέψης μπορεί να είναι εμφανέστατη χωρίς απολύτως καμία αναγνωρίσιμη εγκεφαλική παθολογία. Το ίδιο περίπου συμβαίνει όταν ισχυρά συναισθήματα οποιασδήποτε αιτιολογίας παρεμποδίζουν την αποτελεσματική διεύθυνση των γνωστικών διαδικασιών. Ο όρος «τοξική συγχυτική κατάσταση» χρησιμοποιείται ευρέως, μπορεί όμως να εφαρμοστεί ορθά μόνον όταν έχουν τεκμηριωθεί τοξικές επιδράσεις πάνω στον εγκέφαλο.

Ο όρος *θόλωση της συνείδησης* δηλώνει το πλέον ελαφρό στάδιο διαταραχής της συνείδησης, το οποίο είναι κλινικά ανιχνεύσιμο, κατά το συνεχές από την πλήρη εγρήγορση και επίγνωση έως το κόμα. Έτσι εκδηλώνεται ως ελαφρά διαταραχή της σκέψης, της προσοχής, της αντίληψης και της μνήμης, με άλλα λόγια ως μια ήπια σφαιρική διαταραχή των γνωστικών διαδικασιών σε συνδυασμό με μείωση της επίγνωσης του περιβάλλοντος. Ο ασθενής συχνά, αν και όχι πάντα, φαίνεται να νυστάζει, κάτι όμως που δεν πρέπει να συγχέεται με τη φυσιολογική μετάβαση στην κατάσταση του ύπνου.

Λυκοφωτικές καταστάσεις. Ανάμεσα στις «μορφές εξωγενούς αντίδρασης» του Bonhoeffer, που οφείλονται σε παθογόνους παράγοντες, οι οποίοι δρουν στον εγκέφαλο, οι λυκοφωτικές καταστάσεις και το παραλήρημα ορίστηκαν ξεχωριστά. Τα βασικά χαρακτηριστικά φαίνεται να περιλαμβάνουν αιφνίδια έναρξη και τέλος, ποικίλη διάρκεια από ώρες έως εβδομάδες, και την παρεμβολή ήρεμων περιόδων συμπεριφοράς από μη αναμενόμενες και ορισμένες φορές βίαιες πράξεις ή ξεσπάσματα οργής ή φόβου. Οι υπόλοιπες περιγραφές περιλαμβάνουν «ονειροειδείς» καταστάσεις, ζωήρες ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες, που υπαγορεύουν ισχυρή διαταραχή του συναισθήματος. Άρα, σαφώς ο όρος χρησιμοποιείται για να καλύψει μια ποικιλία συνδρόμων και ίσως έχει πλέον μικρή χρησιμότητα. Επιπλέον εφαρμόζεται σε μεγάλο βαθμό για να περιγράψει υστερικές εκδηλώσεις επί οξείων οργανικών αντιδράσεων (ιδιαιτέρως ορισμένων τύπων σύνθετης εστιακής επιληψίας).

Το *κόμα* αναπαριστά το άκρο ενός διαβαθμισμένου συνεχούς έκπτωσης του επιπέδου συνείδησης, στον αντίθετο πόλο του φάσματος από την πλήρη εγρήγορση και επίγνωση του περιβάλλοντος. Ο ασθενής είναι ανίκανος να αισθανθεί ή να ανταποκριθεί επαρκώς στα εξωτερικά ερεθίσματα ή στις εσωτερικές ανάγκες, παρουσιάζει λίγη ή καθόλου αυθόρμητη κινητικότητα εκτός της αναπνοής και καμία απολύτως ένδειξη ψυχικής δραστηριότητας.

Το κόμα είναι από μόνο του ένα διαβαθμισμένο φαινόμενο. Στην πιο βαθιά μορφή του δεν υπάρχει αντίδραση στα ερεθίσματα οποιασδήποτε έντασης και τα αντανακλαστικά του κερατοειδούς, της κόρης, του φάρυγγα, τα τενόντια και τα πελματιαία είναι απόντα. Η αναπνοή είναι αργή και μερικές φορές περιοδική (αναπνοή Cheyne-Stokes) και οι καρδιαγγειακές ρυθμιστικές διαδικασίες μπορεί να δείξουν σημεία ανεπάρκειας. Πιο μικροί βαθμοί κόματος (ημικόμα) επιτρέπουν μερική απόκριση στα ερεθίσματα, αν και αυτή είναι ατελής, κυρίως όχι σκόπιμη και συνήθως συνίσταται από αναποτελεσματικές κινήσεις ή τρίψιμο και ξύσιμο της

περιοχής που ερεθίστηκε. Η διάταση της ουροδόχου κύστης μπορεί να προκαλέσει αναστεναγμούς ή κακοσυντονισμένες κινητικές αναταράξεις, όμως ο ασθενής εξακολουθεί να έχει ακράτεια. Τα τεχνόντια αντανάκλαστικά μπορεί να εκλύονται ή όχι και τα πελματιαία μπορεί να είναι καμπτικά ή εκτατικά. Η Κλίμακα της Γλασκώβης για το Κώμα, η οποία έχει αποδειχθεί χρήσιμη για τη βαθμολόγηση του βάθους του κώματος, περιγράφεται στο Κεφάλαιο 4 (Μέτρηση της σοβαρότητας του τραυματισμού της κεφαλής).

Το κώμα πρέπει να διακρίνεται από τον βαθύ ύπνο και από την εμβροντησία (stupor). Στον βαθύ ύπνο και στο κώμα, η εικόνα μπορεί να παρουσιάζει μεγάλη ομοιότητα κατά την επιφανειακή παρατήρηση, όμως ο κοιμισμένος μπορεί να ξυπνήσει και πάλι σε φυσιολογική συνείδηση από τις προσπάθειες του εξεταστή. Μπορεί να ξυπνήσει αυθόρμητα από ασυνήθιστα ερεθίσματα, ή ως απόκριση σε εσωτερικές αισθήσεις, όπως η πείνα ή η διάταση της κύστης. Κατά τον ύπνο υπάρχει σποραδική συνεχής ψυχική δραστηριότητα με τη μορφή των ονείρων, η οποία αφήνει ίχνη στη μνήμη. Το κώμα είναι πιο δύσκολο να οριστεί απ' ό,τι η εμβροντησία, η οποία περιγράφεται παρακάτω. Τα διακριτά χαρακτηριστικά που αποδεχόμαστε συνήθως είναι ότι στο κώμα τα μάτια παραμένουν κλειστά ακόμη και ύστερα από ισχυρά ερεθίσματα αφύπνισης, δεν αντιστέκονται στο παθητικό τους άνοιγμα και δεν φαίνεται να παρατηρούν ή να παρακολουθούν κινούμενα αντικείμενα. Οι κινήσεις ως απόκριση στα ερεθίσματα δεν είναι ποτέ σκόπιμες και δεν υπάρχει επακόλουθη ανάκληση γεγονότων ή εσώτερων φαντασιώσεων από το θεωρούμενο χρονικό διάστημα (βλ. επίσης επίμονη φυτική κατάσταση, Κεφάλαιο 4).

Η *εμβροντησία* είναι ένας όρος υπέρμετρα δύσκολος ως προς τον ορισμό του, κυρίως επειδή έχει ευρέως χρησιμοποιηθεί στη νευρολογική και ψυχιατρική πρακτική αναφερόμενος σε παθήσεις ιδιαίτερως διαφορετικής αιτιολογίας. Ορισμένες φορές χρησιμοποιείται ελεύθερα και λανθασμένα για να δηλώσει ένα ενδιάμεσο στάδιο στο συνεχές της έκπτωσης του επιπέδου της συνείδησης, που τελικά οδηγεί στο κώμα. Ενίοτε, για να δηλώσει ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από βλάβες στις περιοχές που γειτονεύουν με τον διεγκέφαλο και το ανώτερο στέλεχος και καλείται ακινητική αλαλία. Άλλοτε πάλι για κλινικές παθήσεις επιφανειακά παρόμοιες με αυτό, που οφείλονται όμως σε υστερική, καταθλιπτική ή σχιζοφρενική διαταραχή. Η εμβροντησία είναι, συνεπώς, όρος χωρίς καθορισμένο νοσολογικό καθεστώς, πολύτιμος όμως όταν χρησιμοποιείται ορθά, αναφερόμενος στην ουσία σε ένα κλινικό σύνδρομο ακινησίας και αλαλίας, με στοιχεία όμως σχετικής διατήρησης της συνειδητής επίγνωσης. Υπάρχει μια πλήρης έλλειψη αποκρισμότητας και ενδείξεις έκπτωσης ή τουλάχιστον δυνητικής είτε φαινομενικής έκπτωσης της συνείδησης. Ο λόγος και η αυθόρμητη κίνηση απουσιάζουν ή έχουν μειωθεί στο ελάχιστο και ο ασθενής είναι απροσπέλαστος στη μεγάλη πλειονότητα των εξωτερικών ερεθισμάτων. Αντίθετα από το κώμα και το ημικώμα πάντως, ο ασθενής μπορεί στην αρχή να φαίνεται ότι έχει συνείδηση, καθώς τα μάτια μπορεί να είναι ανοιχτά και να φαίνεται ότι παρακολουθούν. Ο ασθενής μπορεί να κατευθύνει το βλέμμα του προς τον εξεταστή και τα μάτια του μπορεί να παρακολουθούν κινούμενα οπτικά ερεθίσματα κατά τρόπο που δείχνει σκόπιμος μάλλον παρά τυχαίος. Όταν τα μάτια είναι κλειστά, μπορεί να ανθίστανται στο παθητικό άνοιγμά τους. Μια σχετική διατήρηση της συνεί-

δησης προδίδεται επίσης από την απόκριση στα ερεθίσματα. Ισχυρά επώδυνα ερεθίσματα μπορεί να προκαλέσουν παίξιμο των βλεφάρων ή σκόπιμες συντονισμένες προσπάθειες εκδίωξης του βλαπτικού παράγοντα. Επιπλέον, σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχει επακόλουθη ανάκληση των γεγονότων ή των παραληρητικών φαντασιώσεων που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της εμβροντησίας.

Τυπικά οι αυθόρμητες κινήσεις απουσιάζουν, όμως μπορεί να υπάρχει τρόμος, αδρές συσπάσεις ή, κατά την ήπια εμβροντησία, ακατάπαυστη στερεοτυπική κινητική δραστηριότητα. Η τελευταία μπορεί να φαίνεται ότι εμφανίζεται ως απόκριση σε ψευδαισθητικές εμπειρίες, ή να παρουσιάζει ειδική σημασία σε εμβροντησία οφειλόμενη σε ψυχωτική διαταραχή. Εδώ επίσης η στάση ανάπαυσης του σώματος μπορεί να είναι παράξενη ή αλλόκοτη, ή μπορεί να είναι κατανοητή με βάση τις παραληρητικές ιδέες του ασθενούς. Τα αντανάκλαστικά συνήθως είναι απολύτως φυσιολογικά. Η πλήρης αλαλία είναι ο κανόνας, όμως και πάλι μπορεί ορισμένες φορές να υπάρχει μερικά συνεκτικό μουρμούρητο ή είναι δυνατόν να έχουμε αφύπνιση έως τον βαθμό των σύντομων στερεοτυπικών επιφωνημάτων. Κατά την ήπια εμβροντησία μπορεί να μην υπάρχει διαταραχή των σφιγκτήρων και ακόμη και η σίτιση μπορεί να είναι δυνατή με τα παρακάλια. Απλές αποκρίσεις σε εντολές μπορεί τότε να επιτευχθούν, αν και αυτές είναι αργές, ανακριβείς και συχνά κακοσυντονισμένες. Τα λιγότερο σοβαρά παραδείγματα μπορεί να συγχέονται με απροσδιόριστο τρόπο με σοβαρή ψυχοκινητική επιβράδυνση στην ψυχωτική κατάθλιψη, ή με σοβαρή ανακοπή της σκέψης και της βούλησης στην κατατονική σχιζοφρένεια. Τα αίτια της εμβροντησίας και η διαφορική τους διάγνωση μελετώνται παρακάτω σε αυτό το κεφάλαιο.

Οργανική μεταβολή της προσωπικότητας. Η εγκεφαλική βλάβη έχει συχνά ως αποτέλεσμα μεταβολές της ιδιοσυγκρασίας ή αλλαγές στον τύπο της αντίδρασης στα γεγονότα και στους άλλους ανθρώπους. Ως αποτέλεσμα, οι συμπεριφορικές τάσεις που είχαν υπάρξει προηγουμένως διαρκή χαρακτηριστικά του ατόμου παρατηρείται ότι αλλάζουν. Οι τομείς που προσβάλλονται τυπικά περιλαμβάνουν τον έλεγχο των συναισθημάτων και των παρορμήσεων και πλευρές που σχετίζονται με το κίνητρο και την κοινωνική ευθυκρισία (Lipowski, 1980). Μια τέτοια «μεταβολή της προσωπικότητας» είναι συνήθως εμφανής στην άνοια και παρατηρείται τότε παράλληλα με γνωστικά ελλείμματα. Όμως, ορισμένες φορές η εγκεφαλική βλάβη μπορεί να λειτουργεί πιο άμεσα μέσω διατάραξης των τοπικών εγκεφαλικών συστημάτων, από τα οποία εξαρτάται η σύνθεση της προσωπικότητας. Αυτή η κατάσταση είναι συμβατή με εξαιρετική διατήρηση των διανοητικών ικανοτήτων κατά την τυπική εξέταση, πάντως η μεταβολή της προσωπικότητας είναι παρ' όλα αυτά οργανικής προελεύσεως. Έτσι, όταν η διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών δεν μπορεί να ταυτοποιηθεί, ο όρος «οργανική μεταβολή της προσωπικότητας» είναι προτιμότερος από την «άνοια». Τα πιο πολλά παραδείγματα εμφανίζονται με αυστηρά εστιακή εγκεφαλική βλάβη, από τις οποίες η πιο γνωστή είναι βλάβες των μετωπιαίων λοβών του εγκεφάλου. Μια σαφής ασυνέχεια μεταξύ της παρούσας και της προνοσηρής προσωπικότητας είναι ουσιαδής, ώστε να διατηρήσει αυτός ο όρος τη σημασία του.

Χρόνιο αμνησιακό σύνδρομο. Η διαταραχή της μνήμης, ιδιαίτερως των πρόσφατων γεγονότων, αποτελεί ένα βασικό χαρακτηριστικό της άνοιας, μπορεί όμως επίσης να υπάρξει

χωρίς σφαιρική έκπτωση της νοημοσύνης. Μια τέτοιου είδους διαταραχή της μνήμης μπορεί να αναδυθεί ως μεμονωμένη ανωμαλία, όπως ύστερα από αμφοτερόπλευρες βλάβες του υποκάμπτου, είτε πιο συχνά μπορεί να εκδηλωθεί ως ενοχλητικό έλλειμμα, ενώ οι άλλες γνωστικές λειτουργίες επηρεάζονται ελαφρά μόνο. Ένα τέτοιο σύνδρομο μπορεί να ακολουθήσει μια οξεία οργανική αντίδραση, που λύεται για να αποκαλύψει ένα σχετικά μεμονωμένο έλλειμμα μνήμης, όπως όταν η εγκεφαλοπάθεια Wernicke οδηγεί στο σύνδρομο Korsakoff.

Ο όρος «χρόνιο αμνησιακό σύνδρομο» είναι χρήσιμος γιατί περιγράφει τα κύρια χαρακτηριστικά της διαταραχής σε όλες αυτές τις περιπτώσεις και δίνει έμφαση στον διαχωρισμό από την άνοια. Μπορεί να οριστεί ως μια οργανική έκπτωση της μνήμης εντελώς δυσανάλογη με άλλες γνωστικές μεταβολές. Μια εστιακή μάλλον παρά μια διάχυτη εγκεφαλική παθολογία μπορεί να προβλεφθεί με επιτυχία, όπως περιγράφεται. Δυστυχώς, οι όροι «χρόνιο αμνησιακό σύνδρομο» και «αμνησιακό σύνδρομο Korsakoff» μερικές φορές χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, κάτι που επέτρεψε στην επικράτεια του δεύτερου να επεκταθεί σημαντικά. Για να μιλήσουμε με ακρίβεια, ο όρος «σύνδρομο Korsakoff» πρέπει να περιορίζεται σε εκείνους τους ασθενείς των οποίων η αμνησία εξαρτάται από αλλοιώσεις στον υποθάλαμο και στον διεγκέφαλο και είναι συνέπεια ανεπάρκειας θειαμίνης.

Η *οργανική ψευδαισθήτωση* αναφέρεται σε ένα σύνδρομο υποτροπιαζουσών ή επίμονων ψευδαισθήσεων, που εμφανίζονται μαζί με πλήρη διατήρηση της συνείδησης και της επίγνωσης του περιβάλλοντος, το οποίο αποδίδεται ωστόσο σε οργανικούς παράγοντες. Ο ασθενής δεν είναι αποπροσανατολισμένος και αποδεικνύεται ικανός να σκέπτεται με φυσιολογική διαύγεια συνολικά. Οι ψευδαισθήσεις εμφανίζονται κυρίως ως ακουστικές ή οπτικές, αλλά μπορεί να αφορούν σε οποιαδήποτε αίσθηση. Ο βαθμός της εναισθησίας ως προς τη μη πραγματική φύση αυτών των φαινομένων μπορεί να ποικίλλει σημαντικά, όμως όλες οι παραληρητικές ιδέες που εμφανίζονται είναι δευτερογενείς στις ψευδαισθητικές εμπειρίες. Ένα τέτοιο σύνδρομο μπορεί να προκαλείται από περιγεγραμμένες εγκεφαλικές βλάβες, στρατηγικά τοποθετημένες ώστε να ερεθίζουν φλοιώδεις ή υποφλοιώδεις περιοχές, όμως παρατηρείται συχνότερα ως αποτέλεσμα τοξικών διεργασιών. Οι ψευδαισθήσεις που εμφανίζονται στη διάρκεια της πρώιμης φάσης της στέρησης από αλκοόλ ή ύστερα από πρόσληψη ψευδαισθησιογόνων φαρμάκων αποτελούν τυπικά παραδείγματα.

Οι πρωτότυπες οξείες και χρόνιες οργανικές αντιδράσεις είναι το παραλήρημα και η άνοια αντιστοίχως. Αυτές έχουν οριστεί λειτουργικά στα δύο σύγχρονα μείζονα διαγνωστικά συστήματα, το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV) και τη Διεθνή Ταξινόμηση των Νόσων (ICD-10) (Πλαίσιο 1.1 και 1.2).

Παραλήρημα. Υπάρχουν πολλές σημασίες και ορισμοί αυτού του όρου, που κάποιες φορές εμπεριέχουν όλες τις ποικιλίες της οξείας οργανικής διαταραχής, ενίοτε αναφέρονται στον βαθμό εμφανούς διαταραχής και άλλοτε περιορίζουν τη χρήση του σε κλινικές εικόνες με συγκεκριμένα ειδικά χαρακτηριστικά. Τα ειδικά χαρακτηριστικά συμπεριλαμβάνουν την εγρήγορση με ικανότητα λεκτικής απάντησης, την αυξημένη ψυχοκινητική δραστηριότητα, την έκδηλη διαταραχή του συναισθήματος, την ελαττωματική δοκιμασία αποτίμησης της πραγματικότητας ή την εμφάνιση παραγωγικών συμπτω-

Πλαίσιο 1.1 Ταξινόμηση του παραληρήματος κατά DSM-IV και ICD-10

Κριτήρια DSM-IV

- A** Διαταραχή της συνείδησης (δηλαδή, μειωμένη σαφήνεια το περιβάλλοντος) με μειωμένη ικανότητα εστίασης, διατήρησης ή μετατόπισης της προσοχής.
- B** Μεταβολή στη γνωστική λειτουργία (όπως μνημονικό έλλειμμα, αποπροσανατολισμός, διαταραχή της γλώσσας) ή η ανάπτυξη μιας διαταραχής της αντίληψης.
- Γ** Η διαταραχή εμφανίζεται σε σύντομο χρονικό διάστημα (συνήθως ώρες ή ημέρες) και τείνει να κυμαίνεται στην πορεία της ημέρας.
- Δ** Υπάρχουν στοιχεία από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα που δείχνουν ότι η διαταραχή προκαλείται από τις άμεσες φυσιολογικές συνέπειες μιας γενικής ιατρικής πάθησης/τοξίκωση από ουσίες/στέρωση/πολλαπλές αιτιολογίες. [Όλες οι υποκατηγορίες έχουν τα δικά τους επιπρόσθετα κριτήρια, συμπεριλαμβανομένου του «Παραλήρημα μη αλλιώς καθοριζόμενου»].

Κριτήρια ICD-10

- (α)** Έκπτωση του επιπέδου συνείδησης και της προσοχής, με μειωμένη ικανότητα κατεύθυνσης, εστίασης, διατήρησης και μετατόπισης της προσοχής.
- (β)** Σφαιρική διαταραχή της γνωστικής λειτουργίας: αντιληπτικές στρεβλώσεις, παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις, κυρίως οπτικές. Έκπτωση της αφαιρετικής σκέψης και της κατανόησης. Έκπτωση της άμεσης ανάκλησης και της πρόσφατης μνήμης. Αποπροσανατολισμός σε χρόνο και ενίοτε σε χώρο και σε εαυτό επίσης.
- (γ)** Ψυχοκινητική διαταραχή, η οποία μπορεί να συνίσταται σε υποδραστικότητα ή υπερδραστικότητα ή σε απροσδόκητες εναλλαγές ανάμεσα στις δύο.
- (δ)** Διαταραχή του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης: απύνια, υπνηλία στη διάρκεια της ημέρας, αναστροφή του ύπνου. Νυχτερινή επιδείνωση των συμπτωμάτων, ή ενοχλητικά όνειρα και εφιάλτες, που μπορεί να συνεχίζουν με τη μορφή ψευδαισθήσεων κατά την αφύπνιση.
- (ε)** Συναισθηματικές διαταραχές: κατάθλιψη, άγχος, φόβος, ευερεθιστότητα, ευφορία, απάθεια ή αμηχανία.

μάτων με τη μορφή παραισθήσεων και ψευδαισθήσεων. Το τρομώδες παραλήρημα συχνά θεωρείται ως τυπική μορφή του παραληρήματος και αντιπαραβάλλεται με την «απλή σύγχυση» της ελαφράς γνωστικής έκπτωσης άλλων ασθενειών, αν και ταξινομείται ξεχωριστά στο DSM και στο ICD. Στο Ηνωμένο Βασίλειο ήταν παλαιότερα παράδοση να χρησιμοποιούμε τον όρο μόνο για ασθενείς των οποίων η οξεία εγκεφαλική διαταραχή ήταν σε κάποιον βαθμό αποτέλεσμα ανώμαλης ή διαταραγμένης συμπεριφοράς, δηλαδή να δίνουμε έμφαση στην ακατάπαυστη υπερδραστικότητα και στη διαταραχή του συναισθήματος, που τόσο συχνά είναι μέρος της όλης εικόνας. Είναι σαφές, πάντως, ότι όλοι οι ασθενείς που πληρούν τα σύγχρονα κριτήρια για το παραλήρημα δεν παρουσιάζουν αυτήν την εικόνα, ορισμένοι από αυτούς δείχνοντας μια προεξάρχουσα αμεριμνησία, αδράνεια και αμβλύτητα των αισθήσεων. Σε μια ημερήσια εκτίμηση 125 ασθενών που πληρούσαν τα κριτήρια του DSM-IV για το παραλήρημα στο γενικό νοσοκομείο, οι Liptzin και Levkoff (1992) ταξινόμησαν το 15% ως υπερδραστικούς, το 19% ως υποδραστικούς, το 52% ως μικτούς και το 14% ως τίποτε απ' όλα αυτά.

Είναι σημαντικό να λαμβάνουμε υπ' όψιν ότι η συνείδηση δεν μειώνεται ποσοτικά μόνο κατά το παραλήρημα,