

Κρανιοεγκεφαλική κάκωση και μεταγενέστερη ψυχωτική διαταραχή

Α. Μπουρνάκας, Π. Ουλής, Ε. Αναστασοπούλου, Π. Μιχαλοπούλου, Ι. Χατζημανώλης, Γ.Ν. Χριστοδούλου

Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Η σχέση μεταξύ σοβαρών κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων και μεταγενέστερης ανάδυσης ψυχωτικών διαταραχών είναι αμφιλεγόμενη, ιδίως στις περιπτώσεις που το μεσοδιάστημα είναι μακρό. Παρουσιάζεται η περίπτωση άρρενος ασθενούς 18 ετών, ο οποίος υπέστη βαριά διάχυτη κρανιοεγκεφαλική κάκωση σε τροχαίο ατύχημα σε ηλικία 16 ετών και είκοσι περίπου μήνες αργότερα παρουσίασε ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις, αρχικά καταθλιπτικού και στη συνέχεια ψυχωτικού τύπου, με παραληρητικές ιδέες προσωπο-δυσμορφικού περιεχομένου, ιδέες αναφοράς και εξωτερικής επίδρασης. Επτά μήνες μετά την έναρξη της ψυχοπαθολογίας και αφού μεσολάβησε ψυχιατρική νοσηλεία και ανεπιτυχής υποβολή του σε αντιψυχωτική αγωγή τόσο με κλασσικά όσο και με άτυπα αντιψυχωτικά, εισήχθη για νοσηλεία στην κλινική μας. Ο κλινικός έλεγχος ανέδειξε, επιπλέον, διαταραχές προσοχής και συγκέντρωσης, συναισθηματική ευμεταβλητότητα και αστάθεια, ευερεθιστότητα και παντελή απουσία εναισθησίας. Ο ψυχομετρικός παρακλινικός έλεγχος ανέδειξε σημαντική διαφορά του πρακτικού από το λεκτικό νοητικό πηλίκο (αξιολόγηση της επίδοσης του ερωτηματολογίου WAIS) με διασπορά βαθμολογιών ενδεικτική εγκεφαλικής προσβολής και αδυναμία εκμάθησης νέου λεκτικού υλικού μέσω απομνημόνευσης (με τη χρήση Rey A.V.I. test). Ο νευροαπεικονιστικός έλεγχος με MRI-εγκεφάλου ανέδειξε διάχυτες βλάβες του εγκεφαλικού παρεγχύματος - ιδιαίτερα αριστερού οπτικού θαλάμου, βασικών γαγγλίων καθώς και κροταφοβρεγματικά αμφοτερόπλευρα. Η παρουσίαση συνοδεύεται από διεξοδική συζήτηση των διαφοροδιαγνωστικών προβλημάτων που εγείρονται στην κλινική περίπτωση μας, απαραίτητων την με τους συναφείς προς αυτά προβληματισμούς που έχουν κατατεθεί στη διεθνή βιβλιογραφία.

Λέξεις ευρετηρίου: κρανιοεγκεφαλική κάκωση, μετατραυματική ψυχωτική διαταραχή.

Εισαγωγή

Η σχέση μεταξύ κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων (traumatic brain injury, TBI) και μεταγενέστερης ανάδυσης ψυχωτικών διαταραχών (σχιζοφρενιοειδείς ψυχώσεις από τον αγγλοσαξονικό όρο: schizophrenialike psychosis, SLP) είναι συχνά αμφιλεγόμενη λόγω της δυσκολίας διάκρισης βιολογικών και ψυχολογικών επιπτώσεων των πρώτων.

Οι πιθανοί τρόποι επίδρασης του τραυματισμού του εγκεφάλου στην πρόκληση ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων είναι είτε άμεσοι - απώλεια νευρικών κυττάρων, τροποποίηση βιοχημικού περιβάλλοντος σε κυτταρικό επίπεδο ως συνέπεια είτε νέκρωσης είτε αντίδρασης στο stress του τραυματισμού, βλάβη λευκής ουσίας - είτε έμμεσοι (μέσω δημιουργίας προδιάθεσης για μεταγενέστερη νόσηση ή της αλλαγής του τρόπου αντίδρασής του σε ψυχοπιεστικές καταστάσεις που κλινικώς εκδηλώνεται με αλλαγή της προσωπικότητας).

Στην παρούσα εργασία, παρουσιάζεται συναφής περίπτωση σε ασθενή μας και συζητούνται τα διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα που αυτή εγείρει στο φως της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Παρουσίαση περιπτώσεως

Πρόκειται για άρρενα ασθενή, 18 ετών, που υπέστη βαριά διάχυτη κρανιοεγκεφαλική κάκωση σε τροχαίο ατύχημα σε ηλικία 16 ετών. Η κρανιοεγκεφαλική κάκωση είχε τα εξής χαρακτηριστικά: ήταν κλειστή, συνυπήρχε εγκεφαλική και ενδοκρανιακή αιμορραγία, ο χρόνος απώλειας της συνείδησης ήταν μικρότερος των 30 λεπτών, ο ασθενής εμφάνιζε μετατραυματική αμνησία διάρκειας περίπου μιας εβδομάδας. Έλαβε άμεσα προληπτική αντιεπιληπτική φαρμακευτική αγωγή και δεν εμφάνισε ποτέ επιληπτικές κρίσεις. Μετά το ατύχημα δεν εμφάνισε αλλαγή της προσωπικότητας και δεν χρειάστηκε ψυχιατρική θεραπεία. Εντός εξαμήνου αποκαταστάθηκαν σχεδόν πλήρως οι υπολειμματικές βλάβες κινητικού και αισθητικού τύπου που παρουσίαζε.

Από το ιστορικό δεν αναφέρεται χρήση τοξικών ουσιών. Δεν αναφέρονται προβλήματα κατά την κύηση ή τον τοκετό ούτε και οικογενειακό ιστορικό για ψυχικό νόσημα. Ο ασθενής έχει θετικό ιστορικό για μαθησιακή δυσκολία [πρώωρη διακοπή σχολικής εκπαίδευσης στην Α' Γυμνασίου].

Είκοσι μήνες μετά το ατύχημα, εμφάνισε ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις που αρχικά ήταν καταθλιπτικού τύπου περιορισμένης βαρύτητας και διάρκειας για τη διάγνωση καταθλιπτικού επεισοδίου. Για περίοδο 2-3 μηνών ο ασθενής εμφάνιζε ήπια καταθλιπτική διάθεση, ενασχόληση με το θερμιδικό περιεχόμενο των γευμάτων, επεισόδια αυτοπροκαλούμενων εμέτων και επεισόδια υπερφαγίας, χωρίς όμως ουσιαστική μεταβολή του σωματικού βάρους. Αργότερα, η ενασχόληση με την μορφή του σώματος - ειδικά με το σχήμα του προσώπου - έγινε εντονότερη, καθημερινή και συνεχής, με τακτικό έλεγχο στον καθρέπτη και συχνό ζύγισμα, μείωση ενεργητικότητας και κατάργηση άλλων ενδιαφερόντων. Επιπλέον, εμφάνισε ενεργητική κοινωνική αποφυγή και συχνή καταφυγή σε χειριστικές συμπεριφορές προκειμένου να τραβήξει την προσοχή των οικείων.

Επτά μήνες μετά την έναρξη των ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων, ο ασθενής εισήχθη στο Αιγινήτειο, αφού είχε προηγηθεί ανεπιτυχής φαρμακευτική αγωγή με κλασσικά και άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα.

Ο κλινικός έλεγχος ανέδειξε, πέραν των προηγούμενων, διαταραχές της προσοχής και συγκέντρωσης, συναισθηματική ευμεταβλητότητα και αστάθεια, ευερεθιστότητα και παντελή απουσία εναισθησίας.

Ο απεικονιστικός έλεγχος με MRI-εγκεφάλου ανέδειξε διάχυτες μετατραυματικές βλάβες του εγκεφαλικού παρεγχύματος - ιδιαίτερα αριστερού οπτικού θαλάμου, βασικών γαγγλίων, καθώς και της εγκεφαλικής ουσίας κροταφοβρεγματικά αμφοτερόπλευρα.

Έγινε πλήρης ψυχολογικός έλεγχος. Το WAIS ανέδειξε σημαντική διαφορά μεταξύ λεκτικού και πρακτικού νοητικού - 90 έναντι 68 με γενικό νοητικό πηλίκο 79 -, διαφορά που αποδόθηκε σε έκπτωση οργανικού τύπου. Οι ειδικές νευροψυχολογικές δοκιμασίες - Stroop Color Test, Rey Complex Figure Test και Rey Auditory Verbal Test - ανέδειξαν: αδυναμία εκμάθησης νέου λεκτικού υλικού μέσω απομνημόνευσης, δυσλειτουργίες της σύνθετης προσοχής, δυσλειτουργίες της μνήμης και δυσλειτουργίες των οπτικοκινητικών δεξιοτήτων. Τα ευρήματα αυτά είναι ενδεικτικά υπολειτουργίας των δεξιών κυρίως περιοχών του εγκεφάλου (κροταφοβρεγματο-μετωπιαία και υποφλοιωδών περιοχών).

Κατά τη διάρκεια της 45ήμερης νοσηλείας του έλαβε φαρμακευτική αγωγή με πιμοζίδη 4 mg 1 x 1, καρβαμαζεπίνη 400 mg 1 x3 και βιπεριδίνη 2 mg 1 x 1. Έως την έξοδό του εμφάνισε μικρή μόνο βελτίωση.

Διαφοροδιαγνωστική συζήτηση: η έναρξη την άνοιξη του προηγούμενου έτους με έντονο φόβο αύξησης του σωματικού βάρους του, η συνεχής ενασχόλησή του αφ' ενός με την αντισταθμιστική μεταβολή του σωματικού παρουσιαστικού και το θερμιδικό περιεχόμενο των γευμάτων αφ' ετέρου, καθώς και οι βουλιμικές κρίσεις με αυτοπροκαλούμενους εμέτους, συνάδουν προς τη διάγνωση ψυχογενούς ανορεξίας, υπόθεση ωστόσο που αναιρεί η απουσία σημαντικής ελάττωσης του σωματικού βάρους του. Η διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας - που δεν προϋποθέτει την απώλεια βάρους - αποκλείεται επίσης, καθώς ο ασθενής δεν χρησιμοποιούσε επανειλημμένη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά - η πρόκληση εμέτων και η σωματική άσκηση δεν ήταν παρά περιστασιακά φαινόμενα - και η συνολική διάρκεια ήταν σαφώς μικρότερη των τριών μηνών, αμφότερα αναγκαία διαγνωστικά κριτήριά της κατά DSM-IV. Εξάλλου, η ιδέα σωματικής δυσμορφίας που καθορίζει την συμπεριφορά του ασθενούς - επιλογή συγκεκριμένου διαιτολογίου, τακτικό ζύγισμα και τακτικός έλεγχος της εικόνας του προσώπου στον καθρέφτη - εγείρει την υπόθεση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Από τη διεξοδική κλινική διερεύνηση των επιμέρους χαρακτηριστικών της δυσμορφικής ιδέας του ασθενούς προκύπτουν τα εξής: το νοηματικό περιεχόμενό της είναι οριακά αληθοφανές, ο ασθενής αναγνωρίζει σαφώς ότι αυτή αποτελεί προϊόν της δικής του νόησης και αντιδρά σ' αυτήν με έντονο άγχος και δυσφορία. Προχωρεί σχεδόν πάντα στην τέλεση καταναγκαστικού τύπου συμπεριφορών που ωστόσο ούτε αναγνωρίζει ως υπερβολικές ούτε τον ανακουφίζουν, προσωρινά έστω, ούτε ασφαλώς γεννούν αμφιβολίες ως προς τη βασιμότητα της δυσμορφικής ιδέας. Επιπλέον, εξ αρχής ο ασθενής ουδεμία προβάλλει αντίσταση στη δυσμορφική ιδέα, γεγονός που συμβαίνει κυρίως στις παραληρητικές ιδέες (στις ψυχαναγκαστικές συμβαίνει μόνο σε χρονίσασες περιπτώσεις). Εξάλλου, ο σχηματισμός της ιδέας ως σύντονης προς τον εαυτό του, μολονότι δυσάρεστου συναισθηματικού φορτίου, χαρακτηρίζει απολύτως ιδέες παραληρητικές φύσης. Παρομοίως, η συνεχής επικέντρωση του ενδιαφέροντος του ασθενούς στην αντισταθμιστική

μεταβολή του σώματός του - ιδιαίτερα του προσώπου - εγείρει τη διαγνωστική υπόθεση της σωματικής δυσμορφικής διαταραχής. Ωστόσο, η έκδηλα παραληρητική φύση του συναφούς προς αυτό το θέμα ιδεασμού του, μολονότι δεν επαρκεί για τον αποκλεισμό της, απαιτεί τουλάχιστον τη συμπλήρωσή της από τη διάγνωση της παραληρητικής διαταραχής σωματικού τύπου. Η αποδοχή της τελευταίας, ωστόσο, προϋποθέτει τον αποκλεισμό της διάγνωσης κάποιας ψυχωσικής διαταραχής οφειλόμενης στην προηγηθείσα τραυματική εγκεφαλική βλάβη και τα σημαντικά κατάλοιπά της και ακριβέστερα της *δευτεροπαθούς ψυχωσικής διαταραχής με προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες* που αποτελεί και την τελική διάγνωσή μας επί τη βάση του ιστορικού και των εργαστηριακών ευρημάτων.

Συζήτηση

Η διεθνής βιβλιογραφία συνιστά επιφυλακτικότητα στην αιτιολογική συσχέτιση προηγούμενης TBI με μεταγενέστερη ανάδυση ψυχοπαθολογικών φαινομένων λόγω της δυσκολίας διάκρισης βιολογικών και ψυχογενών επιπτώσεων μιας TBI. Τα κριτήρια διάγνωσης δευτεροπαθούς ψύχωσης μετά από TBI βασίζονται στα κριτήρια του DSM-IV για ψυχωτική διαταραχή οφειλόμενη σε γενική σωματική κατάσταση (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Κριτήρια διάγνωσης σχιζοφρενικοειδούς διαταραχής (SLP) κατά DSM-IV.

1	Ψευδαισθήσεις
2	Ιστορικό ή εργαστηριακές ενδείξεις ότι η ψύχωση αποτελεί την άμεση και βιολογική συνέπεια της γενικής σωματικής κατάστασης
3	Τα ψυχωτικά στοιχεία δεν εξηγούνται καλύτερα από άλλη ψυχική διαταραχή
4	Τα ψυχωτικά συμπτώματα δεν εμφανίζονται αποκλειστικά κατά την πορεία οξέος συγγυτικού επεισοδίου (delirium)

Πίνακας 2. Κριτήρια του Cummings για τη διάγνωση μετατραυματικής σχιζοφρενικοειδούς διαταραχής (post-TBI SLP).

1	Αρνητικό οικογενειακό ιστορικό για ψύχωση
2	Αρνητικό ατομικό ιστορικό ψύχωσης
3	Ιστορικό TBI
4	Έναρξη ψυχωσικών συμπτωμάτων μετά την TBI
5	Υπαρξη νοητικών ελλειμμάτων

Λόγω της σαφούς δυσκολίας ορισμού του κριτηρίου [2] του πίνακα 1 έχουν υιοθετηθεί διεθνώς τα κριτήρια που προτάθηκαν από τον Cummings (Πίνακας 2).

Παρεμφερές στο ταξινομικό σύστημα ICD-10 είναι η κατηγορία της *Οργανικής Παραληρητικής (Σχιζοφρενικόμορφης) Διαταραχής*. Διαφέρει ωστόσο από τα κριτήρια του Cummings, αφού για τη διάγνωσή της απαιτείται - μεταξύ των άλλων - χρονική απόσταση (εβδομάδων ή λίγων μηνών) μεταξύ της ανάπτυξης της υποκείμενης νόσου και της έναρξης του ψυχοσυνδρόμου. Επιπλέον, συνιστάται η αποφυγή της εν λόγω διάγνωσης, εάν οι υποτιθέμενες ενδείξεις οργανικής αιτιολογίας δεν είναι απολύτως ειδικές. Με βάση όμως αρκετές διεθνείς αναφορές αυτά τα χρονικά όρια είναι πολύ στενά για να συμπεριλάβουν μεγάλο αριθμό περιπτώσεων ανάδυσης ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση (μέσος χρόνος εμφάνισης - 4-5 έτη σε δύο πρόσφατες, μεθοδολογικά καλά σχεδιασμένες μελέτες), ενώ είναι πρακτικώς αδύνατη η σαφής συσχέτιση απεικονιστικών και άλλων ευρημάτων με τη δεδομένη κλινική εικόνα. Ανατρέχοντας στη διεθνή βιβλιογραφία, διαπιστώνουμε ότι αρκετές μελέτες από τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο και αργότερα έδειξαν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης SLP μετά από TBI.

Υπάρχει διχογνωμία για το εάν η εντόπιση της TBI στον κροταφικό λοβό ή η σοβαρότητα της (εγκεφαλικοί τραυματισμοί μικρής ή μεγάλης έκτασης) αυξάνει τη συχνότητα εμφάνισης SLP.

Οι πλέον πρόσφατες αναφορές καταλήγουν ότι ο μέσος χρόνος εμφάνισης SLP μετά από TBI είναι 52-54 μήνες (με εύρος από 0 έως 40 έτη). Ως παράγοντες κινδύνου θεωρούνται (α) το φύλο (άρρενες), (β) προηγούμενη βλάβη του εγκεφάλου (από προηγούμενο τραυματισμό ή χρήση τοξικών ουσιών), (γ) ενδείξεις νευροπαθολογικής κατάστασης (περιγεννητικές επιπλοκές, μαθησιακή δυσκολία), (δ) θετικό οικογενειακό ιστορικό για σχιζοφρένεια και (ε)

μεγάλη διάρκεια απώλειας συνείδησης κατά την ώρα του τραυματισμού (< 30 λεπτά: ήπια, > 30 λεπτά: σοβαρή).

Οι ίδιες μελέτες υποστηρίζουν ότι η μετατραυματική SLP παρουσιάζει κλινικά χαρακτηριστικά παρανοειδούς ψευδαισθητικής ψύχωσης με προοδευτική έναρξη και υποξεία ή χρόνια πορεία (χωρίς να αποκλείονται παραλλαγές).

Συνήθη είναι τα πρόδρομα συμπτώματα που συχνά διαρκούν . για μήνες: καταθλιπτικόμορφα συμπτώματα, κοινωνική απόσυρση, συναισθηματική αστάθεια και μειωμένη απόδοση στην εργασία, παράξενη ή/και αντικοινωνική συμπεριφορά.

Στις μελέτες αυτές, η ομάδα που ανέπτυξε SLP είχε εμφανείς απεικονιστικές βλάβες σε κροταφικό, βρεγματικό και μετωπιαίο λοβό, χαμηλότερο μετατραυματικό IQ, εντονότερες διαταραχές μνήμης και διαταραχές των εκτελεστικών ικανοτήτων των πρόσθιων περιοχών. Αντίθετα, δεν βρέθηκε να παίζει ρόλο η ύπαρξη μετατραυματικών αλλά προ-ψυχωσικών συμπεριφορικών ή χαρακτηριστικών προβλημάτων ούτε η εμφάνιση ή μη μετατραυματικής επιληψίας.

Το γενικό συμπέρασμα της πρόσφατης διεθνούς βιβλιογραφίας είναι ότι η τραυματική βλάβη πολλαπλών περιοχών του εγκεφάλου, αλλά κυρίως του αριστερού κροταφικού και του δεξιού βρεγματικού λοβού, που οδηγούν σε γνωστικές δυσλειτουργίες σε ένα εκ των προτέρων ευάλωτο άτομο σχετίζεται με τη μεταγενέστερη ανάπτυξη SLP με χαρακτηριστικά πρωτοπαθούς σχιζοφρενικόμορφης διαταραχής ή σχιζοφρένειας.

Συνεκτιμώντας τα προηγούμενα, η περίπτωση του ασθενούς μας μπορεί να υπαχθεί με ασφάλεια στην παραπάνω διαγνωστική κατηγορία της μετατραυματικής σχιζοφρενικοειδούς διαταραχής, αφού (α) το χρονικό διάστημα των 20 μηνών που μεσολάβησε από τον τραυματισμό έως την εμφάνιση ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων δεν είναι μεγάλο με βάση την διεθνή βιβλιογραφία, (β) οι σαφείς και έντονες μαθησιακές δυσκολίες του ασθενούς αποτελούσαν εξ αρχής ένδειξη νευρο-αναπτυξιακής διαταραχής και επομένως ήταν παράγων ευαλωτότητας, (γ) ο τραυματισμός του εγκεφάλου ήταν αρκετά σοβαρός και αφορούσε σημαντικές περιοχές του εγκεφάλου (σε κροταφικό, βρεγματικό λοβό και αλλού) και (δ) στις ειδικές νευροψυχολογικές δοκιμασίες διαπιστώνονται γνωστικά ελλείμματα χαρακτηριστικά μετατραυματικής SLP.