

asistent, dr. Aleš Kogoj, dr. med., specialist psihiatrije,

vodja novega gerontopsihiatričnega oddelka Psihiatrične klinike v Ljubljani

Duševne motnje po možganski kapi

Večinoma nimamo težav s predstavo o posledicah možganske kapi, kadar se te kažejo z motnjami gibanja ali govora. Včasih pa posledic možganske kapi ne opazimo tako zlahka, kar ne pomeni, da niso zelo pomembne in obremenilne za bolnike in njihove bližnje. Kažejo se lahko kot širok spekter različnih motenj razpoloženja (tesnoba, depresija, privzdignjeno razpoloženje, čustvena labilnost in čustvena zbledelost), psihotičnih motenj (blodnje in halucinacije) ter motenj spoznavnih sposobnosti (blaga motnja spoznavnih sposobnosti, demenca).

Prvi opisi duševnih motenj po možganski poškodbi segajo v začetek prejšnjega stoletja. Sledili so jim opisi številnih različnih duševnih sprememb, med katerimi so tudi sedaj že dobroznane duševne spremembe po možganski kapi.

Depresija je verjetno najpogostejša motnja po možganski kapi. Prizadene 30–50 odstotkov bolnikov v prvih mesecih po možganski kapi. Bolniki običajno navajajo žalost, tesnobo, napetost, izgubo interesov, težave s spanjem, izgubo apetita in telesne teže, težave z zbranostjo in lahko tudi razmišljanje o smrti.

Simptomi depresije so pri starejših, ki jih večinoma prizadene kap, načeloma enaki kot pri mlajših. Kljub vsemu pa je nekaj posebnosti, ki nas lahko zavedejo. Kljub globoki depresiji lahko starejši delujejo čustveno neprizadeti. Prisotne žalostni pogosto ne opazimo. Redkeje in težje govorijo o svojem čustvenem doživljanju in neradi omenjajo samomorilne misli. Kljub temu sta dva izmed treh starejših, ki napravijo samomor, depresivna. Zato je zdravljenje depresije še toliko bolj pomembno. Starejši depresivni bolniki pogosteje kot mlajši tožijo zaradi trdovratnih telesnih težav, zaprtja, motenj spanja in vznemirjenosti. Kot začetni simptom depresije so telesne težave prisotne pri 30 odstotkih starejših bolnikov. Pogosteje kakor mlajši se pritožujejo zaradi težav s spominom in zbranostjo. V nasprotju z njimi pa se bolniki z demenco, ki imajo resnično težavo s spominom, zaradi njih redko pritožujejo.

Podatki kažejo, da je depresija po možganski kapi pogostejša pri bolnikih, pri katerih prizadene levi čelni in desni temenski reženj možganov. Razlog za to ni znan. Depresija je pogostejša tudi pri tistih bolnikih, ki so motorično afazični. Vsaj deloma je razlog psihološke narave, morda pa je okvara tega dela možganov neposredno odgovorna za nastanek depresije. Bolniki z motnjami govora teže opišejo svoje razpoloženje. Ker starejši tudi sicer teže pokažejo žalost je več možnosti, da spregledamo očitno depresijo.

Za zdravljenje depresije imamo na voljo številne učinkovite antidepresive, ki povrnejo boljše razpoloženje, voljo, spanec, apetit in odpravijo ostale težave. Nevrolog ali psihiater lahko izbira med antidepresivi z različnim delovanjem, z željo da bi kar najbolj upošteval lastnosti posameznika, kakršne so spremljajoče druge telesne bolezni, uporaba ostalih zdravil in značilnosti depresije. Edina pomanjkljivost vseh antidepresivov je, da je potrebno vsaj dvotedensko zdravljenje, preden se pokažejo prvi učinki.

Pri tem pa je zdravljenje bolnikov z depresijo po možganski kapi zelo pomembno, saj ne izboljša le razpoloženja, temveč tudi sodelovanje pri rehabilitaciji in s tem uspehe celotne obravnave.

Anksiozne motnje predstavljajo skupino motenj, ki jim je skupna tesnoba. V prvem tednu po kapi so simptomi anksioznih motenj celo pogostejši od depresivnih simptomov. Pojavljajo se lahko v sklopu depresivne motnje ali samostojno v obliki generalizirane anksiozne in panične motnje ali kombinacije obeh in prizadenejo petino bolnikov po kapi.

Bistvena značilnost generalizirane anksiozne motnje je stalna bojazen, ki ni omejena na kako posebno zunanjo okoliščino. Za panično motnjo pa so značilni napadi hude tesnobe, ki jih ni mogoče napovedati. V obeh primerih se bolniki pritožujejo nad nenehno nervoznostjo, tresenjem, mišično napetostjo, potenjem, vrtoglavostjo, omotico, razbijanem srca, bolečinami v prsih, občutkom dušenja, strahom pred smrtjo in izgubljanjem nadzora nad seboj.

Anksiolitiki sicer uspešno ublažijo omenjene simptome, vendar pa se po daljši uporabi razvije toleranca, kar pomeni, da niso več učinkoviti. Poleg tega se lahko razvije odvisnost. Zaradi tega dajemo pri zdravljenju prednost antidepresivom, anksiolitike pa priporočamo le za kratkotrajno uporabo. Posamezne simptome, kakršni so npr. tresenje, potenje, razbivanje srca, lahko uspešno ublažijo tudi beta blokatorji, ki se sicer uporabljajo za zdravljenje zvišanega krvnega tlaka.

Manija je stanje, ki je nasprotno depresiji. Označujeta ga razpoloženska vznosenost in obilica energije, ki se kaže v preveliki aktivnosti, želji po govorjenju in zmanjšani potrebi po spanju. Spremlja jo občutek izrazito dobrega počutja ter poudarjen občutek telesne in duševne učinkovitosti. Vedenje, ki ni v skladu z okoliščinami, se lahko giblje od brezskrbne šaljivosti do nekontrolirane vznemirjenosti, s predrznim in brezobzirnim vedenjem ter s precenjevanjem lastnih sposobnosti.

Manija je po možganski kapi bistveno redkejša kakor depresija. Opažajo, da je pogosteje posledica kapi v desni možganski polobli. Razlog za to ni znan. Pogosto se epizode manije izmenjujejo z depresivnimi, kar imenujemo bipolarna motnja.

Manijo zdravimo z antipsihotiki. Ker se pogosto izmenjuje z depresijo, pa tudi s stabilizatorji razpoloženja (antiepileptiki in litijev karbonat).

Psihoza se kaže zlasti s trajnimi ali ponavljajočimi se prividi aliprisluhi oziroma z blodnjami. Po vsebini so blodnje lahko preganjalne (bolnik ima občutek, da ga drugi ogrožajo), nanašalne (menijo, da se je nekaj zgodilo prav zaradi njih), pa tudi ljubosumnostne in druge. Bolniki lahko kažejo uvid v bolezensko naravo svojih doživetij ali pa so trdno prepričani, da se to res dogaja, in povsem zavračajo prepričevanja. Psihotična doživetja so po možganski kapi dokaj redka.

Vse oblike psihotičnih motenj zdravimo z antipsihotiki. Novejši antipsihotiki imajo pri tem običajno manj izražene neželene učinke.

Za **blago kognitivno motnjo** so značilni prizadetost na področju spominskih funkcij, težave pri učenju in oslABLJENA sposobnost pozornosti ob določeni nalogi. Pogosto se pojavlja močan občutek duševne utrujenosti pri reševanju intelektualnih nalog, učenje novega pa se subjektivno občuti kot težko, čeprav je šeobjektivno uspešno.

Kadar so motnje spomina, mišljenja, orientacije, razumevanja, računskih zmožnosti, učnih sposobnosti ter govornega izražanja in presoje bolj prizadete in to predstavlja pomemben upad glede na prejšnje sposobnosti, govorimo o **demenci**. Možganske kapi so drugi ali tretji najbolj pogosti vzrok demenc. Demenca po možganski kapi nastane v nasprotju z Alzheimerjevo boleznijo nenadoma, praviloma je potek stopničast in odvisen od ponovnih možganskih kapi.

Zdravljenje z zdravili, ki zmanjšajo možnost nastanka ponovnih možganskih kapi, je tako hkrati tudi zdravljenje demence zaradi možganski kapi.

Čustveno labilna motnja označuje stanje hitrega menjavanja razpoloženja, ki ga lahko sprožijo že običajni dražljaji. Ob pogovoru o domu npr. bolnik plane v jok, vendar se prav tako hitro pomiri in celo nasmeji. Spremljajo jo lahko tudi utrudljivost in različni neprijetni telesni občutki (npr. vrtoglavica) in bolečine.

Za ublažitev razpoloženskih nihanj uporabljamo podobno kot pri bipolarni motnji stabilizatorje razpoloženja.

Osebnostna motnja predstavlja pomembno spremenjenost običajnih vzorcev vedenja, ki so jih imeli pred boleznijo. Pri tem se lahko že znane osebnostne poteze stopnjujejo ali pa se razvijejo povsem nove poteze. Odvisno od tega, kateri del možganov je prizadela kap, se lahko spremembe kažejo v obliki nespontanosti in izrazitega upada interesov ali pa obratno kot impulzivnost, razdražljivost in vedenje brez ustreznih socialnih zavor.

Delirij je vselej znak resno ogroženega zdravja, ki se lahko konča tudi s smrtjo. Pri mlajših je delirij pogosto posledica odvisnosti od alkohola. Pri starejših pa predstavlja nespecifičen znak bolezni, ki bi ga lahko primerjali tudi z vročino pri mlajših bolnikih in običajno ni povezan z uživanjem alkohola, temveč je posledica različnih telesnih bolezni. Med njimi niso nikakršna izjema tudi možganske kapi. Lahko pa je tudi posledica uporabe zdravil. Različni avtorji navajajo, da se pojavi pri 10–15 odstotkih vseh bolnikov, ki se zdravijo v bolnišnici, pogosteje pri starejših bolnikih (10–30 odstotkov).

Bolniki običajno izgubijo občutek za čas, ne vedo datuma, meseca ali leta. Pri izrazitejših oblikah delirija bolnik ne prepozna okolja, kjer se nahajajo, in ne prepozna znanih oseb. Pogosti so prividi, ki jih opisujejo, kot bi gledali nekakšen film, ob tem pa so prepričani, da se to res dogaja. Redkejši so prisluhi. Včasih imajo občutek, da jim hočejo drugi škodovati ali jih zastrupiti. Čustvovanje in vedenje ustrežata vsebini teh doživetij, ki so pogosto neprijetna, zaradi česar so bolniki prestrašeni, napeti in nemirni. Znojenje, hiter srčni utrip in nepravilnosti delovanja srca, zvišan krvni tlak, povišana telesna temperatura in drugi telesni znaki so lahko prisotni, ne pa tudi nujni. Pozornost je vedno motena, kar se kaže tudi v pogovoru, s tem da bolniki težko sledijo pogovoru.

Simptomi delirija so izrazitejši ponoči ali v zgodnjih jutranjih urah. Zato so ponoči budni in vznemirjeni, podnevi pa so pogosto zaspani. Mogoča so obdobja bistre zavesti in primerne orientiranosti. Bolniki izrazite epizode delirija večinoma pozabijo, manj izrazitih pa se lahko spominjajo tudi kasneje, ko delirij že izzveni.

Delirij se lahko pojavi ob sveži možganski kapi. Po drugi strani pa je pri tistih, ki so že utrpeli možgansko kap, več možnosti, da se pojavi delirij ob različnih telesnih boleznih, denimo pri pljučnici, popuščanju srca in boleznih drugih organov.

Z odstranitvijo osnovnega vzroka delirij spontano preneha. Ker pri možganski kapi vzroka pogosto ne moremo odstraniti, lahko le čakamo, da delirij izzveni ob ustrezni podpori z zdravili (med temi uporabljamo tudi antispilhotike in anksiolitike), primerno prehrano in zadostno količinoustreznih tekočin.