

Delíriumok

és más jelentős organikus pszichoszindrómák

Kovács Attila

PTE Pszichiátria

Távoktatás 2020

Az eheti pszichiátriai tananyag fő témája a delíriumok kérdésköre.

A delírium kifejezés megfelelője a régies magyar orvosi nyelvben a „köd”. Ezt a megnevezést a „ködös tudat” kifejezés a mai napig őrzi. A tenebrozítás (amit ma a delírium, mint gyűjtőfogalom szintén tartalmaz) magyar megfelelője a „homály”. A delíriumot a gyakorlatban sokszor a „zavartság” szóval helyettesítjük. Meg kell azonban jegyezni, hogy a „zavartság” kifejezés használatában sajnos elég nagy a konfúzió, a laikusok számára minden furcsán viselkedő és beszélő ember zavartnak számít, olyan is, aki például afáziás, vagy a „csak” téveszméiről beszél. Mivel a „zavartság” tünettaniilag kellő pontossággal nem meghatározott, és sokféle mentális, és fizikális hátterű betegség következménye lehet, ezért az orvosok egymás közötti kommunikációjában lehetőség szerint kerülendő.

A delírium minden gyakorló orvos szempontjából egy rendkívül fontos tünetegyüttes: ez a mentális zavar bárhol, bármilyen kórházi osztályon (a járóbeteg ellátásban is) előfordulhat, másrészt rendkívül gyakori. Emellett, mint heveny kezdetű pszichopatológiai állapot, alarmírozó módon hívja fel a figyelmet a háttérben sokszor lappangva megbúvó, súlyos fizikális betegségre.

Mind a delíriumokra, mind a többi organikus pszichoszindrómára igaz, hogy elsősorban az időseket érintik, de hangsúlyozni kell, hogy bármilyen életkorban (gyermekeknél is) kialakulhatnak. A fiatalabb életkor

Ezen előadás elolvasása mellett, figyelmükbe és elolvasásra ajánlom a Pszichiátriai Klinika honlapján – a távoktatási modulban – fellelhető egyéb, e témával foglalkozó írásokat, videókat.

A delírium egy **organikus pszichoszindróma**

Amiknek az alábbiak az általános jellemzői:

1. Olyan mentális zavar, ami kialakulásáért és fennmaradásáért **központi idegrendszeri, vagy általános szervi betegség** a felelős.
2. **Ok-okozati kapcsolat**
3. A szomatikus és a mentális zavar lefolyásában **párhuzamosság** figyelhető meg
4. A **szervi betegség, agyi lézió megelőzte** a pszichopatológiai tünetegyüttes kialakulását
5. Vannak olyan szindrómák, amik **csak szomatikus** etiológia talaján jöhetnek létre (delírium, demencia)
6. **Határterület** – multidiszciplinaritás – konzultációs pszichiátria

Az 1. ábrához

Az organikus pszichoszindrómák közül gyakoriságukkal kiemelkednek a demenciák és a delíriumok. A demenciákkal (kognitív hanyatlással járó betegségek) az előző oktatási hét tananyaga foglalkozott.

Az organikus pszichoszindrómákat a „szimptomás” jelzővel is szoktuk illetni. A XX. század elején e két kifejezést még megkülönböztető céllal használták. Ma már csak szakmatörténeti jelentőségű, hogy a neuropatológiai eltéréssel megmagyarázható mentális zavarokat *organikusnak*, míg az általános testi betegségekre visszavezethetőket *szimptomásnak* nevezték.

Azok a mentális zavarok tartoznak az „organikus” csoportba, amikben az 1. ábrán felsorolt ismérvek teljesülnek. Alapvető fontosságú, hogy jelen van egy, vagy több kimutatható szervi eltérés (előfordulhat, hogy nem mutatható ki, de ez esetben megalapozottan feltételezhető), ami a lehető legszorosabb, azaz ok-okozati kapcsolatban van a pszichés tünetekkel. Logikus, hogy a testi kórfolyamat súlyossága összefüggésben van a mentális zavar súlyosságával: - ha romlik az alapbetegség, akkor a pszichopatológia is változik, súlyosbodik. És természetesen fordítva: - ha javul, megszűnik a kiváltó ok, akkor a mentális tünetek is javulnak, majd megszűnnek.

Banálisnak tűnik az időrendiség kérdése, a gyakorlatban azonban nehézséget okozhat az organikus pszichoszindrómában szenvedő beteg diagnosztikai vizsgálataiban észlelt szervi eltérések interpretálása. A régóta fennálló, tünetmentes elváltozások félrevezethetik a klinikust, aki így elnézheti az akut kezdetű, valódi alapbetegséget. És fordítva, a lassan progrediáló organikus pszichoszindróma diagnosztikájában nehézséget jelenthet egy frissen kialakult fizikális eltérés értelmezése.

Fontos hangsúlyozni, hogy a delírium szindróma csak és kizárólag fizikális kórfolyamat talaján alakulhat ki. Félrevezető lehet, ha olyan esettel találkozunk, ahol a beteget markáns pszichoszociális stressz érte a delírium kialakulása előtt (pl. költözés, baleset, haláleset stb.) Ilyenkor

az lehet a benyomásunk, hogy egy reaktív lelki zavarral van dolgunk, és a helytelen diagnózis miatt a beteg alapos kivizsgálása, adekvát kezelése elmaradhat. Ezen esetekben a beteget érő változás nemcsak stresszt okoz, hanem más következményekkel jár, amik fiziológiai egyensúlyvesztést okoznak (pl. változás a gyógyszereszedésben, étkezésben, napirend felborulása stb.stb.) Más szavakkal: az organikus, pszichológiai és szociális faktorok kóroki szerepének mérlegelése és a megfelelő interpretálása komoly szakmai kihívás lehet.

Az organikus pszichoszindrómákra, különösen a delíriumokra igaz, hogy „határterületi” jellegük miatt többszakmás ellátást igényelnek. E betegek gyógykezelése akkor eredményes, ha az ellátás helye az alapbetegségnek megfelelő kórházi osztály. Természetesen, adódhatnak olyan diagnosztikai vagy terápiás problémák, amikor szükséges a pszichiátriai szakterület bevonása. Emiatt kijelenthető, hogy az organikus mentális zavarok a konzultációs (lison) pszichiátria egyik legfontosabb területét jelentik. (Diszfunkcionális, és a beteg gyógyulása szempontjából rendkívül hátrányos, amikor az ilyen esetek ellátást az egyes szakterületek – a másik kompetenciájára hivatkozva – elhárítják. (ld. pingpongozás)

Az organikus pszichoszindrómára, így a delíriumokra jellemző, hogy elsősorban az időseket érintik, de hangsúlyozni kell, hogy bármilyen életkorban (gyermekeknél is) kialakulhatnak. *A fiatalabb életkor súlyosabb alapbetegséget, nagyobb veszélyt jelent!!!*

Az „organicitás” az idegtudományok fejlődése, az egyre fejlettebb diagnosztikai módszerek eredményei miatt egyre szélesebb értelmet kap. Az a tény, hogy jelzőként a mentális zavarok egy fontos csoportjának megkülönböztetésére használjuk, semmiképpen sem sugallhatja azt, hogy más pszichiátriai kórképekben (ld. szkizofrénia, hangulatzavarok) az organikus etiológiai faktorok nem játszanak fontos szerepet.

Tudatzavarok

- Vigilitás – éberség – arousal - awakefulness: (GCS)
 - Bódultság, kábultság
 - Somnolencia
 - Sopor
 - Koma
- Integritás - „tudatosság” - awareness:
 - Endogén pszichózisok
 - Exogén reakciók
- Kombinációjuk a tudatborulás = delírium

A 2. ábrához

A delíriumok tudatzavarral járnak, ami itt tudatborulást jelent, azaz a tudat éberségének és integritásának zavara együttesen jelentkezik. A két komponens kombinálódása a tudatzavar megjelenésében nagy változatosságot okozhat, ami a delírium felismerését megnehezítheti. Van olyan deliráló beteg, akinél a hipnoid zavar szinte fel sem tűnik, ellenben a tudat integritása súlyos mértékben károsodott. A másik véglet, amikor a beteg ébersége markánsan csökkent, somnolens, soporosus, tudattartalmi alig férhetőek hozzá. (ld. musszitaló delírium)

- **Bonhoeffer: *akut exogén reakciótípusok (1908)***

Álomszerű, vagy oneroid állapotok (dreamy state)

- *Delírium*
- *Tenebrozítás*
- *Amentia*

- **K. Schneider: *testileg megalapozott pszichózisok***

A 3. ábrához

A Karl Bonhoeffer 1908-ban nevesített három *akut exogén reakciótípust*.

Már ez az elnevezés is megér egy kis elemzést, ugyanis tömörítve tartalmazza a delíriumok lényegét. Akut, azaz, heveny betegségkezdet, exogén, azaz a központi idegrendszer sejtjeit kívülről éri valamilyen noxa, reakciótípus, azaz ezek a tünetcsoportok meglehetősen uniformizált módon jelennek meg. Hozzátehetjük még a reverzibilis jelzőt is, ugyanis az exogén ok megszűnése után ezek az állapotok megszűnnek.

A Bonhoeffer által elkülönített 3 tünetcsoportot a modern pszichiátriai klasszifikációkban ma már összefoglalóan delíriumnak nevezük. Az elkülönítésük azon alapult, hogy mely tünet dominál az adott betegnél: a *tenebrozításban* a tudat homályossága (torpiditás, vagy váratlan, súlyos pszichomotoros nyugtalanság, ritkán rendezett a homályállapot), *amentiában* a extrém dezorganizáltság, gyorsan változó, élénk érzékcsalódások, *delírium* az összetett kognitív zavarhoz társul a fluktuáló ködösség, az érzékcsalódás.

Kurt Schneider a „testileg megalapozott pszichózis” megnevezést használva, elkülönítve őket az endogén kórképektől.

Delírium szindróma jellemzői, tünetei

1. Akut – szubakut kezdet

2. Tudatzavar

- Éberségének, tisztaságának, integritásának **fluktuáló** eltérése
- **fokozott** éberségi szint
 - hiperaktivitás, agitáció, markáns szimpatikotónia
- **csökkent** éberségi szint **„musszáló delírium”**
 - csökkent aktivitás
 - demensnek, depressziósnak, szedálnak, katatónnak tűnhetnek
- a két forma keveredhet

3. Figyelemzavar

fókusz, fenntartás, váltás zavara

4. Emlékezetzavar:

- különösen a megjegyző emlékezet károsodása
- **Amnézia** marad vissza

4. Tájékozatlanság:

- az időbeli és térbeli tájékozatlanság
- súlyosabb esetben a családtagok, a megszokott környezet fel nem ismerése

5. Gondolkodás zavar:

- Zavaros, súlyos esetben összefüggéstelen, inkoherens beszéd
- paranoid téveszmetöredékek, kóros vonatkoztatások

6. Észrevezési zavarok (illúziók, hallucinációk)

- legtöbbször vizuálisak és akusztikusak,
- ritkábban taktilis, olfaktorius
- vagy komplex, szcenikus jellegűek

7. Affektív zavarok

- Ingerlékenység, szorongás, agresszivitás,
- apátia, depresszió,
- érzelmi állapotok gyors váltakozása

8. Alvás-ébrenlét ciklusának zavara

- Lerövidült, szakaszos éjszakai alvás, szakaszos, gyakran rémisztő álmok
- Nappal aluszékonyak, látszólag rendezettek
- A **„naplemente szindróma”**: sötétedéskor „felélnkülés

A 4. ábrához

Az ábrán olvasható információk önmagukért beszélnek. Minden olyan esetben gondolni kell a delírium lehetőségére, amikor a tünetek hirtelen jelentkeznek (*sokszor órára, percre pontosan megmondja a hozzátartozó*), észlelhető valamilyen tudatzavar, a tünetek súlyossága hullámzást mutat. A fluktuáció egy napon belül többször is megjelenik, a beteg átmeneti időre akár ki is tisztulhat. Ez csapdát is jelenthet a vizsgáló orvosnak, aki esetleg pont a rendezett periódusban látja a beteget! Emiatt is nélkülözhetetlen a gondos heteroanamnézis! Jellemző vonása a delíriumoknak, hogy este, éjszaka súlyosbodnak a tünetek.

A kognitív működészavarok széles palettája fordul elő a delírium zajlása során, figyelemzavart, memóriazavart, téveszméket, inkoherenciát is észlelhetünk. Karakterisztikus a betegek térbeli, időbeli tájékozatlansága. Gyakori a másik személy félreismerése, kóros azonosítása. A delíriumokra jellemző, hogy a tudatzavar idejére a betegek amnéziások. Ez akár diagnosztikus jelentőségű lehet: ha vizsgálatok a beteg tiszta tudatú, orientált, de megbízható forrásból tudhatóan markáns pszichopatológiai tünetektől szenvedett, amikre a beteg maga amnéziás – ez esetben a delírium szindróma valószínűsége igen nagy. Mindezt egy tipikus kórházi példával illusztrálom:

Reggeli orvosi vizit a többágyas kórteremben. Minden beteg mentálisan rendezettnek tűnik. A vizitáló orvos érdeklődik, ki hogyan aludt az éjszaka. Hárman azt válaszolják, hogy nagyon rosszul, a negyedik beteg viszont azt állítja, hogy remekül. Ebben az esetben a vizitáló orvosnak gyanút kell fognia, hogy a „jól alvó” beteg éjszaka delirálhatott, csak amnéziás a történetekre. Ilyenkor a másik három beteget megkérdezve – mi zavarta őket az alvásban? – derül ki a teljes igazság. A „jól alvó” egész éjszaka magában beszélt, zörgött, mászkált stb. (azaz delirált). Ezért is érdemes megkérdezni reggel a betegektől, hogyan aludtak!

A delíriumokra jellemzőek a percepciózavarok is, amik közül az illúziók a gyakoribbak. Az érzékcsalódások bármely érzékszerv területéről jelentkezhetnek. Nem ritkák a komplex, szcenikus tévélmények, amikor a beteg egy egész más környezetben érzékeli önmagát. Groteszk módon sokszor a munkahelyükre képzelik magukat, s viselkedésükben felismerhetőek a munkakörüknek megfelelő elemek, a betegtársakban, egészségügyi dolgozóknál kollégáikat vélik felismerni.

A affektív szféra eltérései is megfigyelhetőek, a felhangoltságtól a depressziós hangulatig hullámzó érzelmi állapotok, szorongás, félelem, pánikreakciók formájában. A 4. ábrán nincs külön hangsúlyozva, de a pszichomotoros aktivitás is kóros, gyakori a markáns nyugtalanság (agitáció), az agresszivitás, ami fizikai, vagy verbális formában is megnyilvánulhat, de a gátolt, visszahúzó magatartás ugyanúgy előfordul. Ezek váltakozása sem ritka.

Végül a felborult diurnális ritmus, ami szintén karakterisztikus. Korábban említettem, hogy sötétedéskor, éjszaka a delírium tünetei súlyosbodnak. Jellemző, hogy nappal ezek a betegek csendesek, szunyókálnak, rendezettnek tűnnek. Különösen az előrehaladott demenciára jellemző az ún. „naplemente szindróma”, ami szinte minden nap, ugyanabban az időszakban jelentkezik. A delíriumok e demenciához társuló formájára mondható egyedül, hogy nem szükséges a beteg prompt átvizsgálása, mert olyankor nem egy akut és súlyos szomatikus betegség, hanem sok, önmagában jelentéktelen kórélettani változás, összeadódva alakítja ki a delíriumot.

A delírium szindróma okai

1. Intracraniális folyamatok:

- Epilepszia (aktív epilepsziás tevékenység, és posztiktális állapotok)
- Az agy traumás károsodása (commotio, contusio)
- Infekciók (meningitis, encephalitis)
- Agyi térfoglaló betegségek (tumor, tályog)
- Agyi vaszkuláris inzultusok

2. Extracraniális:

- Gyógyszerek, drogok (intoxikáció, megvonás, mellékhatás, interakció)
 - Antiparkinson szerek
 - Antikolinerg szerek
 - Antihipertenzív szerek
 - Sztteroidok
 - Szedatív szerek, altatók
 - Alkohol
 - Ópiátok
 - Illegális drogok
- Mérgezések
 - CO, CO₂, nehézfémek, ipari mérgek
- Endokrin zavarok
 - Hypophyhis
 - Pancreas (hypo-, v. hyperglycaemia)
 - Mellékvesekéreg
 - Pajzsmirigy, Mellékpajzsmirigy
- Májbetegségek
 - Hepatikus encephalopathia

- Vesebetegségek
 - Uraemiás encephalopathia
- Tüdőbetegségek
 - Hipoxiás zavartság
- Kardiovaszkuláris betegségek
 - Hypertonia (hypertoniás krízis)
 - Hypotonia, hypovolémia
 - Szívelégtelenség (AMI, arrythmiák)
- Hiánybetegségek
 - B-vitamin hiányok
- Szisztémás fertőzések
 - Szepszis,
 - Lázas állapotok
- Folyadék-elektrolit háztartás zavarai
 - Exsiccosis
- Posztoperatív állapotok = több ok kombinációja
 - infekció, anémia, folyadék-elektrolit eltérés,
 - gyógyszerek, alkohol hirtelen elhagyása,
 - Kognitív zavar, hospitalizáció, stressz stb.

Az 5. ábrához

A delíriumok lehetséges kiváltó okainak megbeszélése szinte az összes betegség ismertetését megkívánná. Az alapterütségek heterogenitása, potenciális súlyossága miatt logikus, hogy a delírium szindrómában szenvedő beteg gyors átvizsgálásának, a terápiás megkezdésének ideális helyszíne a kórházak sürgősségi osztálya. A páciensnek sokféle lappangó, akut/szubakut kezdetű, progresszív, életet veszélyeztető megbetegedése lehet, amit a lehető leggyorsabban diagnosztizálni és kezelni szükséges. Ezen múlik a beteg sorsa! A nagyon szembetűnő, színes, zavaró, akár veszélyes pszichés és magatartási tünetek sokszor endogén pszichiátriai betegség benyomását kelthetik, ami könnyen félrevezetheti az orvost!

A delíriumok kiváltó okai között – főleg idősökben – kiemelt fontosságúak az alkalmazott gyógyszerekkel összefüggő, nem kívánatos hatások: a mellékhatások, interakciók, sokszor a diszkontinuáció, megvonásos tünetek. Ezért a gyógyszerelés változásainak áttekintése nagyon fontos!

Most, a Covid-19 járvány idején hangsúlyozni szükséges, hogy a koronavírus okozta hipoxia, láz egyik első és legszembetűnőbb tünete a beteg „zavartsága”, azaz a delírium szindróma megjelenése lehet.

Delíriumok differenciáldiagnosztikája

- Demencia
- Konfúzióval járó endogén pszichózisok (szkizofrénia, szkizoaffektív zavar, pszichotikus mánia)
- Organikus hallucinózisok (lásd később is)
- Heves szorongással, agitációval járó állapotok
- Afáziák

A 6. ábrához

A delíriumok elkülönítő diagnosztikájában az egyik legnagyobb csapda, ha nem gondolunk a lehetőségére. Ismét hangsúlyozni kell, hogy ezt a mentális zavart minden gyakorló orvosnak ismernie kell.

A demenciával összehasonlítva, a delírium kezdete akut/szubakut, és tudatzavarral jár. Említést érdemel, hogy az előrehaladott demenciában a kognitív zavar állandó tünetehez gyakran társul delírium is, ami a laikusokban a demencia rapid romlásának benyomását keltheti.

Az endogén pszichózisok konfúzióval járó, heveny állapotai sokszor nehezen különíthetők el a delíriumban észlelt pszichotikus tünetektől. Ilyenkor a korrekt fizikális és diagnosztikus vizsgálatok mellett, beteg kórelőzménye, a heteroanamnézis segíthet sokat. Később a beteg obszerválása, a gyógyszeradást követő állapotváltozás, az ismételt betegvizsgálat fedhetik fel a delírium kardinális tüneteit.

Delírium természetesen endogén pszichózissal élő betegekben kialakulhat: ennek felismerése és elkülönítése a perzisztáló pszichiátriai kórképtől a gyakorlatban sokszor okoz nehézséget, ami a mentális zavarral élő emberek szempontjából súlyos hendikeppel járhat (pl. szkizofrén beteg hipoxiás delíriumának tüneteit az szkizofréniával magyarázhatják).

Az organikus hátterű hallucinózisokban a betegek tudata tiszta, az átélt kóros élményeikre visszaemlékeznek, később is pontosan fel tudják idézni – ezek a legfontosabbak a delíriumoktól való elkülönítésükben.

Előfordulhatnak olyan heves szorongással, nyugtalansággal járó állapotok, amikor a betegek alig hozzáférhetőek, beszédük alig érthető, magatartásuk „zavartságot” sugall. Ezen esetben is az orvosi vizsgálat alaposága, az obszerváció és anxiolitikum adása utáni állapotváltozás, megismételt exploráció segíthet.

Az afáziák szintén akutan alakulhatnak ki, a beteg beszéde váratlanul „zavarossá” válik, ami a laikus, vagy tapasztalatlan vizsgáló számára diagnosztikus nehézséget okozhat.

Delíriumok kezelése

- Alapbetegség gyors felismerése
 - Kóroknak megfelelő kezelés
 - Szükséges lehet pszichotróp szer adása (pl. antipszichotikum)
 - Átmeneti fizikai korlátozás
 - Konzultációs pszichiátria, **ha szükséges**
-
- Demenciához társuló delírium („naplemente szindróma”)
 - Benzodiazepin kerülendő
 - Típusos (haloperidol) vagy atípusos antipszichotikum (riszperidon, kvetiapin)
 - Posztoperatív delírium
 - Szükség szerinti pszichotrop szer adás

Megelőzés: alkohol-, gyógyszermegvonás, demens beteg hospitalizációja

A 7. ábrához

Itt a korábban leírtak rövid összefoglalója olvasható újra. Hangsúlyozni szeretném, hogy a kórházban kialakuló delíriumok nemcsak önmagukban jelentenek kockázatot (pl. a beteg elbolyong az osztályról, elesik, másokat fenyeget stb.), hanem súlyos mértékben rontják a kórházi kezelést igénylő kórképek gyógyulási esélyeit is! A tudatborult, pszichotikus beteg nem működik együtt a terápiás utasításokkal, nem veszi be a gyógyszereit, kitépi az infúziót, kirángatja a katéterét – és lehetne még sorolni azokat a magatartásokat, amik veszélyeztetik a felgyógyulást.

A kórházi orvosi gyakorlat szempontjából fontos tudni, hogy a delírium szindrómák jelentős része megelőzhető. A prevencióhoz természetesen fel kell ismerni azokat az alapbetegségeket, amik delíriumot okozhatnak. Ilyenek az alkohol-, a nyugtatók, és más kémiai anyagok (drogok) okozta addikciók. Ezek megvonási szindrómái tudatborulással is járnak, amik kellő időben elkezdett szubsztitúciós kezeléssel megelőzhető. Az előrehaladott demenciában szenvedő betegeknél is számítani kell delírium kialakulására, aminek kockázatát a felvételi vizsgálatkor – a beteget gondozótól nyert – információkból mérhetjük fel. E pácienseknél a hozzátartozó jelenléte csökkenti kórházi kezelés okozta stresszt, ezért célszerű engedélyezni, hogy a hozzátartozó a beteg mellett maradjon. Természetesen, az időben elkezdett farmakoterápia (kontraindikáció hiányában, kisdózisú antipszichotikum) is rendkívül előnyös lehet.

Veszélyes tévhitek a delíriumokról

Tipikus hibák:

- Delírium = alkoholemegvonás
- A delíriumok ritkák
- Olyan markáns tünetekkel jár, hogy nem lehet elnézni
- Idegrendszeri kórkép, ami a pszichiátereke tartozik

Valójában:

- nagyon **gyakori, akut kezdetű** pszichopatológiai állapot, mindig felmerül a **sürgősségi ellátás, a multidiszciplináris kezelés** szükségessége, mert
- heterogén **szomatikus betegségek uniformizált mentális** megnyilvánulásai
- A pszichiátriai konzíliumok **egyik leggyakoribb oka**

A 8. ábrához:

A delíriumokkal kapcsolatban, az információhiány mellett, számos hiedelem, rosszul megtanult ismeret a mai napig széles körben él tovább, akadályozva az adekvát ellátást. Az orvostársadalomban a delírium kifejezés a mai napig az alkoholemegvonás szinonimájaként

használatos. Ha megkérdeznénk egy kiváló szakorvos kollégát, hogy szokott-e deliráló beteggel találkozni, akkor szinte biztos, hogy azt válaszolná: *Nálunk is előfordulnak néha alkoholbetegek.* És zavart betegből mennyit lát? *Húú, abból aztán rengeteg van, főleg az öregek.* Ő „zavartságnak” kódolja a nem alkoholmegvonásos hátterű delíriumoka, következésképp, a delíriumok előfordulását sokkal ritkábbnak véli, mint ahogy a valóságban előfordulnak.

Szintén gyakori tévedés, hogy a delíriumot könnyű felismerni, hiszen olyan színes, feltűnő tünetei vannak, hogy „csak a vak nem látja”. A hipoaktív (pl. musszitaló) delírium egyáltalán nem szembetűnő, emiatt sokszor fel sem tűnik a kezelőorvosoknak, legtöbbször csak a következményeivel szembesülnek, pl. beteg elutasító, nem tudják etetni, mobilizálni stb.

Nem ritka az a hozzáállás sem, hogy a kezelőorvos a delírium szindrómás beteg ellátását a pszichiátria kompetenciájába tartozónak gondolja, mondván az egy kóros idegrendszeri állapot. Valójában a tudatborult állapot csak következmény, tünet, az agy olyan diffúz működészavara, ami fizikális alapbetegségek hatására alakul ki. Vagyis, az alapbetegségnek megfelelő diszciplína a helyes prioritás.

Az organikus amnesztikus szindróma

Klinikum:

- **A megjegyző, megőrző emlékezet károsodása**
 - új ismeretek megtanulásának nehézsége
- **Tájékozatlanság**
- **Ép azonnali felidézés, a figyelmi funkciók és a globális intelligencia**
- **Nincs tudatzavar**
- **Járulékos tünet lehet:**
 - a konfabuláció
 - a belátás hiánya
 - az érzelmi változás (szorongás, apátia, abúlia)

Átmenetiek (amnésiák) és tartósak (pl. Korsakow) lehetnek

A 9. ábrához

Az amnesztikus szindróma az organikus mentális zavarok közé tartozó fontos tünetcsoport. Központi tünet a megjegyzés zavara, vagyis a beteg nem tud új dolgokat rögzíteni, megtanulni. A delíriumban és a demenciában is jelen van a rövidtávú emlékezet zavara, ellenben az amnesztikus szindrómás betegek tudata tiszta, figyelmük, gondolkodásuk, intellektusuk rendben van.

Az amnesztikus zavarok kialakulhatnak hirtelen, átmeneti időre, és időben jól körülhatárolt módon: ezek az ún. amnéziák. Időbeli lokalizáció alapján: retrograd, congrad, anterograd. Például fejtrauma, epilepsziás roham, mérgezés stb. okozhatja.

Sajátos jelenség az alkoholos „filmszakadás” (blackout), amit Jellinek írt le: nagy mennyiségű, gyors alkoholfogyasztás után kialakuló anterograd amnézia, a viselkedés nagyjából rendezett (környezet számára nem feltűnő), amit végül terminálisan alvás zár. Hasonló megjelenésű a TGA (tranziens globális amnézia), amit agyi keringészavar okoz, anterograd emlékezetkieséssel, tájékozatlansággal, szorongással társulva.

A tartós amnesztikus zavarok közül a (Wernicke)-Korsakow szindrómát emelem ki, ami legtöbbször alkoholbetegség okozta tiamin hiány miatt alakul ki, de más nutritív oka is lehet. Krónikus fázisa a Korsakow szindróma, amiben a megjegyző emlékezet zavara mellett a tájékozatlanság a fő diagnosztikus kritérium. A konfabuláció járulékos, esetleges tünet, mégis – egyben sajnos - legtöbb orvos pont a meseszöveget társítja a Korsakow-hoz. Mivel az legtöbbször spontán nem észlelhető, így e mentális zavar felismerése gyakran nem történik meg. A konfabuláció spontán ritkán fordul elő, leginkább „provokáció” hatására észlelhető, a beteg a valós életeseményeket színezi, egészíti ki képtelen elemekkel.

Az organikus amnesztikus zavarok okai

- Általános testi megbetegedések
 - Tiamin hiány (Korsakov szindróma)
 - Hipoglikémia
 - Primer agyi bántalmak
 - Epilepsziás rohamok
 - Fejtraumák
 - Agytumor
 - Cerebrovaszkuláris történés, **Tranziens Globális Amnézia (TGA)**
 - Idegsebészeti beavatkozások
 - Enkefalitiszek
 - Szklerózis multiplex
 - **Hipoxiás állapotok** (pl. önakasztásos szucicid kísérlet, CO-mérgezés stb.)
 - Elektrokonvulzív terápia
 - Szerhasználattal kapcsolatos okok
 - Alkohol intoxikáció okozta „filmszakadás” („blackout”),
 - **alkoholos Korsakov szindróma**
 - **Nyugtató-altató** (benzodiazepin és más) **szerek abúzus**a
 - **Illegális kábítószer**ek abúzus
- Öngyilkossági szándékból túladagolt szerek

A 10. ábrához

Az amnesztikus zavarok okait felsoroló táblázathoz csak annyi kommentárt fűznék, hogy jól láthatóan számos és nagyon különböző kórok állhat a háttérükben. A beteg körültekintő, alapos átvizsgálása itt sem nélkülözhető.

A differenciáldiagnózis szempontjából a kezdődő demencia (ahol a megjegyzés károsodása mellett összetett kognitív zavar is fennáll), a depressziós/szorongásos pszeudodemencia, a pszichogén amnézia merülhetnek fel, mint problémák.

Az organikus hallucinózis klinikuma

Tiszta tudat mellett fellépő **valódi hallucináció**

= az észrevevés minden aspektusával rendelkezik.

Ép emlékezet

Ép a tájékozottság

A viselkedést az érzékcsalódások irányíthatják **(veszély!!)**

szorongás, félelem, depresszió, agresszivitás, menekülés, szuicídium, vagy emelkedett hangulat is jelentkezhet.

Magyarázó, másodlagos téveszmék társulhatnak

tartalmuk illeszkedik az érzékcsalódás tematikájához

Sürgősségi – pszichiátriai? - ellátást igényel

etio-patogenetikai diagnózisra kell törekedni.

a kiváltó ok felderítése és kezelése a döntő

A 11. ábrához

Az orvosi gyakorlat szempontjából fontos organikus pszichoszindróma a hallucinózisok köre. Ezekben az esetekben a beteg tiszta tudat mellett él át *valódi hallucinációkat*, amiket a reális érzékelésektől nem képes minden esetben elkülöníteni, ami olyankor realitásvesztést, azaz pszichózt jelent. A hallucinózisban szenvedő betegek emlékezete ép, emiatt akár napok-hetek múlva is képesek részletesen beszámolni az átélt élményeikről, valamint ép a tájékozottságuk (ellentétben a delíriummal). A téves percepciók minden érzékszervi területről megjelenhetnek, az akusztikus, vizuális, taktilis, olfaktórikus formák a leggyakoribbak.

Az érzékcsalódásokhoz másodlagosan, mintegy magyarázó jelleggel, téveszmék képződése társulhat, tematikájukkal illeszkedve a hallucinációkhoz. (pl. fenyegető hangok üldöztetéses téveszméssel járnak). A hallucinációktól szenvedő beteg érzelmi reakciói hevesek lehetnek, szorongás, halálfélelem, következményes magatartási reakciókkal: menekülés, agresszivitás, öngyilkossági szándék jelenhet meg, amik veszélyeztető állapotot teremtenek, és sürgősségi orvosi ellátást igényelnek.

Az organikus hallucinózisok etiológiája – a többi organikus pszichoszindrómához hasonlóan – rendkívül heterogén. Hasonlóan a delíriumokhoz, a hallucinózis megszűnése a kiváltó ok azonosítása alapján, a kórokra specifikus kezeléstől várható. E betegek komplex átvizsgálásának megfelelő helye szintén a sürgősségi osztály.

Pszichofarmakológiai kezelés szempontjából a nagypotenciálú, típusos antipszichotikumok javasolhatók, amennyiben ellenjavallatuk nincs. A gyógyszeres kezelés időtartama az alapterület természetétől függ.

Az alkoholos hallucinózis

- Tiszta tudat
- Valódi akusztikus, párbeszédés hallucinációk, fenyegető tartalom
- Veszélyeztető magatartás (pl. menekülés, támadás)

Etiológia:

- Alkoholfüggőség
- Intoxikált és megvonásos állapotban egyaránt
- Genetikai predispozíció (gyakoribb a szkizofrénia a vérrokonok körében)

Kezelése:

- Heveny állapot: **hospitalizáció!!!** antipszichotikum (pl. haloperidol) + benzodiazepin
- Absztinencia

A 12. ábrához

Az organikus hallucinózisok közé soroljuk az etanol okozta pszichózisok második leggyakoribb formáját, az alkoholos hallucinózist. Ez a betegség alkoholfüggők egy részében, feltételezhetően endogén predispozíció talaján alakul ki. Klasszikus, jól felismerhető tünettana: tiszta tudat mellett, heveny kezdettel, párbeszédés hallucinációk jelennek meg, a hangok harmadik személyben, fenyegető, becsmélő, kommentáló módon „beszélnek” a betegről, aki fenyegetve, sértve érzi magát, szorong, mindezek miatt menekülésre, agresszivitásra, szuicídiumra válik hajlamossá. Másodlagosan üldöztetési téveszmék jelenhetnek meg. Ezek az esetek sürgősségi pszichiátriai ellátást igényelnek. Absztinencia esetén prognózisa kedvező, ellenkező esetben krónikussá válhat.