

- Uvod
- Delirium tremens alcoholicum
- Korsakovljeva alkoholna psihoza
- Druge alkoholne demencije
- Alkoholna halucinoza
- Patološko pijanstvo

- Alkoholna ljubomora
- Druge i nespecifične alkoholne psihoze

Uvod

Duševni poremećaji tipa psihoze koji su etiopatogenetski u uskoj vezi sa alkoholizmom ili su njegova direktna i specifična posledica.

Delirium tremens alcoholicum

Akutna i, u rijedim slučajevima, subakutna alkoholna psihoza, koja se razvija poslije višegodišnjeg alkoholičarskog staža. Pokazuje tendenciju da se javlja u nastupima koji se ponavljaju. Prva epizoda se obično manifestuje 5-15 godina poslije početka teške zloupotrebe alkohola. Najveći broj bolesnika je tada u uzrastu od 30-40 godina.

Karakteristično je da se Delirium tremens obično javlja poslije prekida ili znatne redukcije konzumiranja alkohola. Izbija najčešće trećeg dana, ponekad i ranije, a rijetko kasnije. Činioci koji mogu doprinijeti razvoju ove psihoze jesu febrilna somatska oboljenja, traume sa prelomima kostiju i emocionalni stres.

Nagli početak bolesti, obilžen je u nekim slučajevima, epileptiformnim napadima. Kod postepenog početka klinička slika se tokom više dana ispoljava predlirantnim stanjem. Pacijent je noću uznemiren. Budi se često uzbuđen zbog košmarnih snova, drhti i mnogo se znoji. Poslije toga se razvija u potpunosti izražena klinička slika, koja pokazuje tendenciju fluktuiranja tj. brzih izmjena.

Bitna karakteristika ove psihoze je delirantno pomućenje svijesti praćeno tremorom ekstremiteta i cijelog tijela. Javljaju se optičke iluzije i halucinacije najčešće zastrašujućeg karaktera. Česte su zoopsije (bolesnik vidi zmije, guštere, bube i slične sitne životinje). Nerijetko ima i taktilne

halucinacije te osjeća kako ga ove životinje ujedaju ili se zavlauče ispod kože. Uplašen od ovih halucinacija, bolesnik se brani i postaje psihomotorno uznemiren. U rijedim slučajevima halucinacije su prijatnog karaktera. Pacijent halucinira čitave scene, ponekad fantastičnog sadržaja, koje ga zabavljaju. Sreće se i tzv. „profesionalni delirijum" kada bolesnik doživljava kao da je na svom radnom mjestu gdje obavlja uobičajene poslove. U rijedim slučajevima postoje i slušne halucinacije obično u vidu neodređenih šumova (akoazme). Karakteristično je da je delirijum izraženiji noću i da se stanje svijesti mijenja od časa do časa.

Delirantno pomućenje svijesti dovodi do poremećaja orijentacije u vremenu, prostoru i prema drugim ljudima, dok je autopsihička orijentacija očuvana. Pažnja pacijenta je izrazito poremećena zbog čulnih obmana. Poremećaj pažnje se manifestuje oštećenjem sposobnosti usmjeravanja ili održavanja psihičke energije prema okolnim stimulusima, u nesposobnosti upravljanja mišljenja, odnosno dijeljenja prema određenom cilju. Sugestijom je moguće izazvati halucinacije ili navesti bolesnika da čita sa praznog lista papira, odnosno da sa njega skida bube. Vidne halucinacije se mogu izazvati i pritiskom na očne jabučice.

Delirijum tremens prate određeni tjelesni znaci. Postoji izražen i grub tremor. Drhtanje obuhvata ekstremitete, vilice, jezik i cijelo tijelo. Živčana stabla su osjetljiva na pritisak i istežanje zbog alkoholne polineuropatije. Bolesnik se profuzno znoji. Temperatura je često povišena. Izražena je oligurija, a nalaz u mokraći pokazuje albuminuriju, glikozuriju i urobilinogenuriju. Čest nalaz je anemija sa limfopenijom.

U svom prirodnom toku delirantna epizoda traje 5-10 dana i završava se terminalnim snom, poslije koga se delirantno stanje povlači. Postoji nepotpuna amnezija za doživljaje iz perioda pomućenja svijesti. Delirijum tremens može da se završi i fatalnim ishodom, zbog popuštanja kardiovaskularnog aparata i interkurentnih oboljenja.

Korsakovljeva alkoholna psihoza

Razvija se posle višegodišnje zloupotrebe alkohola, pa stoga rijetko prije 35. godine života. Češće se javlja kao sekvela akutne alkoholne psihoze, naročito Delirium tremensa, a rijede i bez prethodnih psihotičnih ispoljavanja u toku hroničnog alkoholizma. Obično je praćena alkoholnom polineuropatijom, ali može biti udružena i sa Wernickeovom encefalopatijom.

Bitna karakteristika je amnestički sindrom sa konfabulacijama. Neposredno pamćenje nije poremećeno (ultrakratko i kratko), ali već poslije 25-30 minuta upamćeni sadržaji se gube (amnezija fiksacije). Bolesnik, npr. ne može da se sjeti tri predmeta koja su mu pokazana prije kratkog vremena. Praznine u sjećanju svježijih događaja ispunjavaju se često izmišljenim sadržajima (konfabulacijama). Stoga se ova psihoza naziva i amnestičko-konfabulatornim sindromom. Sjećanje za starije događaje nije poremećeno. Klinička slika ispoljava izraženu varijabilnost u toku dana.

Ovu psihozu karakterišu još greške u prepoznavanju, poremećaji orijentacije u vremenu i prostoru i ekstremna sugestibilnost. Ponekad se javljaju epizode iznenadne agitacije pretežno noću.

Pored alkoholne polineuropatije i drugih tjelesnih znakova kliničkog alkoholizma, u nekim se slučajevima nalazi i tzv. Wernickeova encefalopatija - neurološko obolenje koje se manifestuje ataksijom, oftalmoplegijom (naročito je često zahvaćen n. abducens), nistagmusom i izraženim konfuznim stanjem. Wernickeova encefalopatija može da prestane spontano za nekoliko dana ili progredira u alkoholni amnestički sindrom.

Rani akutni stadijum Wernickeove encefalopatije reaguje brzo na velike doze parenteralno datog Thiamina, za koji se vjeruje da je efikasan i u spriječavanju dalje progresije alkoholnog amnestičkog sindroma. Međutim, kad se jednom uspostavi ovaj sindrom, oštećenja su definitivna, te dolazi do razvoja potpune demencije. Smrtnost zbog interkurentnih infekcija je visoka.

Deficit u Thiaminu je predisponirajući faktor i za Wernickeovu encefalopatiju i za amnestički sindrom.

Teška zloupotreba alkohola dovodi do neadekvatne ishrane i malapsorpcionih sindroma.

Korsakovljeva alkoholna psihoza je dosta rijetka psihoza koja češće zahvata žene. Danas se ova psihoza znatno rjeđe sreće zbog profilaktičkog djelovanja Thiamina koji se rutinski daje u detoksikaciji hroničnih alkoholičara. Iz ove dijagnostičke kategorije isključuje se Korsakovljeva nealkoholna psihoza koja može da se razvije iz drugih razloga.

Druge alkoholne demencije

Rijetko obolenje koje se razvija poslije višegodišnje teške zloupotrebe alkohola i bez prethodnih epizoda Delirium tremensa odnosno Alkoholnog amnestičkog sindroma. Neki drugi mogući uzroci demencije, osim alkohola, ovde ne postoje. S druge strane, budući da nema sigurnog dokaza da alkohol, sam po sebi, kao uzročni faktor, dovodi do demencije, američki dijagnostički priručnik (DSM-III) naziva ovu demenciju „Demencijom udruženom sa alkoholizmom" (a ne prouzrokovanom alkoholizmom).

Da bi se postavila ova dijagnoza, treba da prođu najmanje tri nedelje od prekida uzimanja alkohola (da se klinička slika ne bi zamijenila sa onim što može da se vidi u alkoholnom apstinencijskom sindromu). Drugi uslov je isključenje ostalih mogućih uzroka demencije.

Demencija može biti različita po stepenu izraženosti. Uz demenciju mogu postojati i tjelesni znaci hroničnog alkoholizma (polineuropatija, drugi neurološki ispadi, ciroza jetre, itd.). Pretpostavlja se da se ova demencija razvija zbog štetnog djelovanja alkohola ili njegovih metabolita na mozak. Ona može da nastane i zbog malnutricije u toku hroničnog alkoholizma. Izgleda da bolesti jetre i česte povrede glave hroničnih alkoholičara mogu, takođe, doprinositi razvoju ove demencije.

Alkoholna halucinoza

Rijetka psihoza koja se javlja poslije relativno kratkog alkoholičarskog staža (3-4 godine) i to kod mlađih osoba. Kliničkom slikom dominiraju slušne halucinacije, u početku elementarne (akoazme), a zatim u vidu glasova, koji se pacijentu rugaju i koji ga napadaju, koji mu prijete, itd. Česte su i halucinacije koje o pacijentu govore kao o trećem licu, pri čemu ga jedni glasovi napadaju, a drugi brane. Karakteristično je da su ovo gotovo isključivo muški glasovi. Bitna karakteristika ove psihoze je da glasovi perzistiraju i poslije izlaska iz apstinencijalnog sindroma i kada bolesnik dalje ne pije.

Razvoj bolesti je obično postepen. Bolesnik u početku prikriva da sa njim nešto nije u redu. Kasnije ga halucinacije savladaju te postaje uplašen i uznemiren. Pokušava da se oslobodi

glasova zatvaranjem ušiju, zavlacenjem glave ispod jastuka ili promjenom stana. Svijest je obično očuvana ili blago pomućena. Bolesnik napada poznate osobe kojima pripisuje ove glasove. Razvija sumanute ideje odnosa i proganjanja, te stoga može biti opasan za okolinu.

U nekim slučajevima postoji rizik i od samoubistva zbog toga što ga ti glasovi toliko uznemiruju da ne može više da izdrži, ili zato što su zapovijedni, pa mu daju takve naloge. U stadijumu razvijene kliničke slike ponekad se javlja depresivno raspoloženje sa suicidalnim tendencijama. Izuzetno se mogu javiti i haptičke i cenestetičke halucinacije, ali to već baca ozbiljnu sumnju da je u pitanju shizofrenija koju je alkohol samo iskazao.

Problem odnosa alkoholne halucinoze i shizofrenije nije još razrešen. Izvjestan broj autora smatra da je alkoholna halucinoza, u stvari, shizofrenija koja se javlja u toku hroničnog alkoholizma. U prilog ovom tvrđenju govore bi shizoidne crte premorbidnog tipa ličnosti nekih bolesnika, nasliedno opterećenje u smislu shizofrenije koje se kod nekih bolesnika sreće, kao i prisustvo drugih simptoma shizofrenije u kliničkoj slici.

Uzimajući ovo u obzir, dijagnoza alkoholne halucinoze se postavlja ako psihoza traje kraće od 6 meseci. Duži tok bolesti ukazivao bi na shizofreniju. Najzad, dijagnoza alkoholne halucinoze se postavlja samo ako halucinacije počinju najmanje 1-2 nedelje poslije prekida uzimanja alkohola. Na osnovu tog kriterijuma ove se halucinacije razlikuju od onih koje mogu da se vide u toku apstinencijskog sindroma.

Trajanje psihoze je različito - od nekoliko nedelja do nekoliko mjeseci.

Patološko pijanstvo (Delirium acutum alcoholicum)

Patološko pijanstvo ili Delirijum acutum alcoholicum predstavlja, u stvari, perakutnu psihotičnu epizodu, koja se razvija zbog idiosinkrazije na alkohol (patološka nepodnošljivost alkohola). Psihoza, dakle, nije izazvana pretjeranom upotrebom alkohola, a bolesnik ne pokazuje uočljive znake intoksikacije.

Bitna karakteristika ovog patološkog pijanstva je nagli nastup pomućenja svesti u vidu

sumračnog stanja sa zastrašujućim iluzijama i halucinacijama, koji je praćen i izraženim poremećajem ponašanja. Za vreme delirantne epizode osoba ostavlja utisak kao da nije u kontaktu sa okolinom.

Patološko napito stanje obično traje kratko. Izuzetno, traje nekoliko sati i nekoliko dana. Završava se terminalnim snom, posle koga iščezava, i ostaje amnezija koja obuhvata period pomućenja svesti. Rijetko, neposredno po buđenju, bolesnik se još nećeg i sjeća.

Posle buđenja bolesnik se nekoliko dana žali na glavobolju i mamurluk. Mrzovoljan je i razdražljiv. Kod njega se u tom periodu nalaze i neki objektivni telesni znaci kao što su midrijaza, povećan tonus simpatikusa, hiperemija konjuktiva, tremor, nesigurnost u kretanju i koordinisanju složenijih radnji kao i parafazija.

U činioce koji doprinose sklonosti tj. predispoziciji za razvoj patološkog napitog stanja ubrajaju se, prije svega, oštećenja mozga različite prirode (traume, zapaljivi procesi i dr.), koja, inače, dovode do obaranja tolerancije prema alkoholu i do abnormalnog ponašanja i poslije malih količina pića. Poznato je da i neki bolesnici koji boluju od epilepsije ispoljavaju slična reagovanja.

Osobe neispavane ili sa nekim ozbiljnim somatskim obolenjem, bilo u toku febrilnog stanja ili u rekonvalescenciji, izgleda da, takođe, ispoljavaju sklonost ka patološkom pijanstvu. Burna emocionalna preživljavanja i izražena stanja napetosti okrivljuju se, takođe, za patološku nepodnošljivost alkohola u nekim slučajevima, kao i nagli prelasci iz zagrijanog u hladan prostor i obratno. Patološko napito stanje se prvi put javlja rano u životu. Ova psihoza, inače, pokazuje tendenciju da se ponavlja i ispoljava istom kliničkom slikom.

Alkoholna ljubomora (ili alkoholna paranoja)

Kronična i progredijentna alkoholna psihoza, koja se razvija poslije dužeg alkoholičarskog staža i u kojoj dominiraju sumanute ideje ljubomore. Razvija se, obično, poslije četvrte decenije života. Sumanute ideje su u početku manje sistematizovane i ispoljavaju se samo u pijanom stanju. Kasnije, mogu da se sistematizuju u prave paranoične ideje. Uz ove sumanute ideje obično postoji i opšta sumnjičavost i nepoverljivost.

Svojom patološkom ljubomorom bolesnik maltretira bračnog partnera, moli i/ili psihičkim i fizičkim mučenjem pokušava da iznudi priznanje. Kontroliše svaki njen postupak i tumači ga u skladu sa svojom bolesnom ljubomorom. Ispituje njene haljine i veš i na njemu nalazi sumnjive mrlje. Optužuje je za seksualne odnose i sa najbližim srođnicima i slučajnim prolaznicima i to pod najčudnijim okolnostima. Često u ovim nastupima nanosi teže fizičke povrede ženi, pa je i ubija.

Jedno od objašnjenja razvoja patološke ljubomore kod hroničnih alkoholičara polazi od toga da alkohol slabi potenciju dok je libido očuvan. Nezadovoljan svojom sniženom potencijom, alkoholičar projektuje svoju krivicu na ženu. Tu je djelimično u pravu, jer ona ne želi i izbjegava seksualne odnose s njim zato što je često pijan i zato što je maltretira.

Sindrom poslije prestanka uzimanja alkohola (bez Delirium tremensa)

U osoba koje su, poslije duže upotrebe, prekinule ili znatno redukovale unošenje alkohola, može da se razvije ovaj sindrom bez delirantnog pomicenja svijesti. Klinička slika počinje da se razvija ubrzo, to jest dan-dva po prekidu ili značajnijoj redukciji alkohola i skoro uvijek se povlači najduže za 5-7 dana (obično 1-3 dana). U pitanju je, dakle, benigni poremećaj sa spontanim oporavljanjem.

Kod bolesnika se javlja grubi tremor ruku, jezika i očnih kapaka. Pored toga postoji gađenje i povraćanje, opšte loše osjećanje i malaksalost. Često se sreće mrzovolja, razdražljivost i depresivno raspoloženje. Javljaju se i nastupi izražene anksioznosti. Postoji insomnija i nemiran san isprekidan košmarnim snovima. U rijedim slučajevima javljaju se kratkotrajne i neoformljene vidne, slušne i taktilne halucinacije.

Opisanu kliničku sliku prate i znaci poremećaja vegetativnog nervnog sistema kao što su tahikardija, znojenje i povišen krvni pritisak. Slaba ishrana, fizički i psihički zamor, kao i razna tjelesna obolenja mogu djelovati kao predisponirajući činioci i pogoršavati kliničku sliku. Mogu da se jave mioklonične kontrakcije i spazmodični trzaji ekstremiteta sa bizarnim pokretima. Poslije naglog prekida unošenja alkohola mogu da se razviju i epileptički napadi „grand mal” tipa. Epileptičari su naročito skloni tome, jer se sa prestankom dužeg uzimanja alkohola naglo snižava prag za konvulzije. To je najizraženije trećeg dana, pa treba dati profilaktičke medikamente.

Druge i nespecifične alkoholne psihoze

Ovde spadaju sve druge alkoholne psihoze koje po svojoj kliničkoj slici ne mogu da se svrstaju u neku od naprijed iznesenih podkategorija (alkoholna manija nespecificovana, alkoholna psihoza nespecificovana, hronični alkoholizam sa psihozom).

Dijagnostička kategorija „alkoholne psihoze“ ima osam podkategorija razvrstanih prema karakteristikama kliničkih slika. Osim u slučaju „patološkog pijanstva“ i „alkoholne halucinoze“, koja se razvija poslije relativno kratkog alkoholičarskog staža, svi ostali oblici alkoholnih psihoza nastaju posle višegodišnje zloupotrebe alkohola, pa su stoga praćeni i određenim neurološkim i tjelesnim oštećenjima.

Kliničke slike pojedinih alkoholnih psihoza su uglavnom dobro razgraničene. U izvjesnoj mjeri problem predstavlja to što pojedini oblici mogu da prelaze jedan u drugi (npr. Korsakovljeva psihoza, tj. amnestičko-konfabulatorni sindrom u alkoholnu demenciju) ili to što jedan oblik psihoze može da se razvije u toku druge psihoze (delirijum tremens u osobe sa alkoholnom demencijom). Istaknuto je, takođe, da alkoholna halucinoza po kliničkim manifestacijama može da nalikuje paranoidnoj shizofreniji ili paranoidnoj psihozi.