PROTIALKOHOLICKÝ OBZOR

24, 1989, 2, s. 93 – 96

PROBLEMATIKA ALKOHOLICKÝCH PSYCHÓZ

I. DOSTÁLOVÁ, V. ŘEHAN, L. PUSZKAILER

FNsP – Psychiatrická léčebna Šternberk,
ředitel: MUDr. Leo Puszkailer, CSc.

Prudký nárůst počtu alkoholických psychóz (v posledních desíti letech o 400 %) nás přivedl k cílenému zájmu o tuto problematiku. Výsledkem byly studie o změnách struktury nemocných (Řehan, 1986) a příspěvek k problematice alkoholických psychóz (Puszkailer, 1986). Nově byl vytvořen program komplexní rehabilitace alkoholických psychóz s cílem:

a) zkrátit délku alkoholické psychózy,
b) urychlit proces psychické i tělesné rehabilitace a resocializace nemocných.

Otázky spojené s léčbou těchto psychóz nabývají na závažnosti a není pravděpodobné, že by se zjištěné trendy projevily pouze v naší spádové oblasti. Předpokládáme, že naše sdělení by mohlo přispět k formulaci obecněji platných závěrů.

Protialkoholní oddělení PL Šternberk patří k moderním, jednoúčelově koncipovaným pavilonům, kapacitně je však se svými 31 léčebnými lůžky (a 10 lůžky protialkoholní záchytné stanici) spíše menší. V kontextu s tehdejším stavem (počátek sedmdesátých let) nebyla vytvořena jednotka intenzívní péče s příslušným přístrojovým vybavením. Náročná péče je zajištěna zvýšeným úsilím personálu.

Metodika

Cílem studie bylo ověřit, do jaké míry se splnily předpoklady při zavedení komplexní rehabilitační péče. Do terapeutického týmu (primář, lékař, psycholog, SZP) byl přizván neurolog, primář rehabilitačního oddělení, rehabilitační sestra a vedoucí laboratoře klinické biochemie. U každého nemocného bylo provedeno: ihned po přijetí klinické vyšetření a explorace lékařem s okamžitou léčbou alkoholické psychózy, laboratorní screening (kontrolní za 15, 30 a 45 dnů). Po zklidnění následovala vyšetření neurologem a primářem rehabilitace a ihned zahájena individuální rehabilitace na oddělení se zaměřením za zlepšení psychomotorické koordinace. Individuální rehabilitace probíhala dvakrát denně, délka cvičení se postupně prodlužovala. Jakmile byl pacient schopen spolupráce, bylo provedeno vyšetření EEG a psychologické vyšetření včetně zkoušky vizuomotorické koordinace (tapping). Tato vyšetření byla opakována v přiměřeném odstupu. Středně zdravotničtí pracovníci prováděli individuálně a v miniskupinách prvky psychoterapie pro posílení koncentrace pozornosti a konsolidace myšlení i pamětních funkcí. Vše průběžně kontroloval a usměrňoval primář oddělení.

Ve výčtu postupů lze uvést ještě úzkou spolupráci s rodinami nemocných i další individuální formy.

Od ledna do konce září 1987 bylo na oddělení přijato 180 nemocných, z toho 60 alkoholických psychóz (s převahou deliria tremens). Ženská deliria a predelirantní stavy byly přijímány na ženská a mužská přijímací psychotická oddělení.

Do naší studie bylo pro detailní rozbor vybráno 20 nemocných, tedy třetina přijatých alkoholických psychóz. Kritériem výběru byl komplikovaný průběh psychóz.

Výsledky

Věk nemocných		
Do 30 let	2	10 %
31 – 40 let	5	25 %
41 – 50 let	11	55 %
Nad 50 let	2	10 %

Počet psychiatrických hospitalizací

Pobyt	Věk do 30 let	31 – 40 let	41 – 50 let	nad 50 let	v %
1.		1	8	1	50 %
2.	2	3	2	1	40 %
3.		1	1		10 %

Opakovaně prodělalo alkoholickou psychózu 10 nemocných (50 %). Délka alkoholické kariéry je udávána v rozmezí 9 až 30 let s průměrem 20,5 roku. Tento údaj byl zjištěn explorací a konfrontován s údaji rodiny.

Při vstupním klinickém vyšetření byla zjištěna hepatomegalie u 16 nemocných (80 %), patologické hodnoty jaterních testů (Bi, ALT, AST, GMT) mělo 19 nemocných (95 %). K normalizaci jaterních testů do 15 dnů došlo u šesti nemocných (30 %). U šesti nemocných (30 %) se vyskytla v průběhu deliria tremens bronchopneumonie. Polyneuropatie byla patnáctý den diagnostikována u šestnácti nemocných (80 %). Abnormní nález na EEG byl patnáctý den hospitalizace zjištěn u tří nemocných (15 %). U tří nemocných v úvodu deliria tremens proběhl epileptický záchvat typu GM bez patologického EEG nálezu.

Akutní psychotický stav trval v rozmezí 1 – 30 dnů, s průměrem 8,2 dne. U pěti nemocných došlo po odeznění deliria tremens k rozvoji halucinatorně paranoidní psychózy, která trvala několik dnů. K normalizaci psychotického obrazu do patnácti dnů došlo u čtrnácti nemocných (70 %).

Pro somatické a psychické poruchy a následky alkoholické kariéry a proběhlé psychózy byla délka hospitalizace v rozmezí 15 až 241 dnů, s průměrem 76 dnů. Při propuštění bylo uschopněno k výkonu dosavadního pracovního zařazení jen 13 nemocných, tedy 65 %. Ostatní byli propuštěni jako práce neschopní. V souboru bylo 12 držitelů řidičských průkazů, včetně dvou řidičů z povolání, ve všech případech jsme podali návrh na zadržení ŘP.

Úroveň pamětních funkcí (testem Wechsler-memory):

Subtest	Expozice 1 (bezprostředně)	Expozice 2 (po 21 dnech)
I. Informace	4	5

II.	Orientace	3	4
III.	Kontrola	4	5
IV.	Logická paměť	4	8
V.	Rozsah paměti	3	4
VI.	Vizuální reprodukce	6	8
VII.	Asociační učení	8	11
	M Q	67	84

V tabulce jsou uvedena průměrná skóre a výsledný průměrný pamětní kvocient.

Tapping

Bylo provedeno srovnání zkoumaného souboru s kontrolní skupinou dvaceti nemocných na dobrovolné protialkoholní léčebně bez abstinenčního syndromu.

Expozice 1 (bezprostředně)		Expozice 2 (po 21 dnech)	Kontrolní skupina
Počet úhozů/min.	86	104	120
Správná kombinace	8	18	26

Bentonův test vykazoval při první expozici u všech vyšetřovaných znaky svědčící pro organickou stigmatizaci, z toho v 70 % znaky hrubého narušení. Při druhé expozici se mírnější znaky organicity prokázaly u 20 % a hrubší narušení u 60 %; 20 % nemocných se upravilo k širší normě. Po odeznění deliria tremens a nejkratší možné rehabilitaci bylo na vlastní žádost nebo tlak rodiny do jednoho měsíce propuštěno pouze 5 nemocných (25 %). Další 4 nemocní odmítli protialkoholní léčbu, ale jejich stav neumožňoval propuštění, takže pokračovali v individuální rehabilitaci na oddělení. U jednoho nemocného nebylo možno léčbu realizovat pro přechod do demence. Zbylých 10 nemocných souhlasilo pod tlakem rodiny a terapeutů s léčbou. Vzhledem k jejich stavu probíhala pouze režimová léčba, současně s ní pokračovala individuální rehabilitace, cvičení v bazénu. Přístup těchto nemocných k vlastní protialkoholní léčbě byl nekvalitní pro narušení psychiky a neschopnost reálně pochopit svou situaci. Pouze u čtyř pacientů je nadějná prognóza.

Diskuse

Stále se zvyšující počet alkoholických psychóz, hlavně delirií tremens, přijímaných na protialkoholní oddělení a neměnný lůžkový fond nás přinutily vytvořit komplexní rehabilitační program s cílem zkrátit ošetřovací dobu nemocných s alkoholickou psychózou.

Původní předpoklad, že rychlé zklidnění a zvýšená odborná péče povedou k rychlejší úzdravě nemocných, se ukázal jako nereálný. Alarmující se ukazují následky v oblasti psychických funkcí již po prvním prodělaném deliriu tremens. Jejich rehabilitace probíhala několik týdnů a pouze u 20 % nemocných došlo k normalizaci. Současně je třeba zdůraznit, že zjištěné testové výsledky zachycují pouze základní projevy narušení. Skutečný rozsah a diferenciaci postižení, včetně úpravy invividuálního obrazu je značně obtížné vyjádřit ve strohých výsledcích zkoušek. Naše zkušenosti prokazují, že i při relativní úpravě jednotlivých funkcí dochází k velmi pozvolnému obnovení původního stavu. Dlouho přetrvává zcela povrchní schopnost přiměřeně reagovat a koordinovat psychiku, která se při vyšší intenzitě či komplexnosti nároků i v běžných

denních podmínkách opět rozpadá. Dochází k nedostatečně komplexnímu analyticko-syntetickému procesu myšlení a následně k neadekvátnímu chování. Proto také v úpravě některých nemocných pozorujeme oscilaci aktuálního stavu v průběhu dne.

Další a dlouhotrvající následky nacházíme v postojích, hodnotové diferenciaci, motivaci, vztazích k okolí a atribučních schématech, což souhrnně je mnohdy vyjádřeno ireverzibilní deformací až degradací osobnosti. Tito nemocní, hospitalizovaní na protialkoholním oddělení většinou odmítali léčbu, blokovali lůžka určená pro dobrovolné protialkoholní léčby, narušovali chod oddělení pro útěkové tendence, vázali práci erudovaných sester. Obrovské úsilí všech členů týmu se ukazuje jako zbytečné, protože většina nemocných po odeznění alkoholické psychózy považovala hospitalizaci za omezovaní osobní svobody. Snahu o propuštění zdůvodňovali tím, že je nic nebolí, nemusí být v nemocnici. Nabízí se otázka, jak postupovat dále s těmito nemocnými.

Propouštět je do domácího ošetření po základní úpravě zdravotního stavu s vědomím, že se během několika týdnů vrátí v ještě zuboženějším stavu?

Uvažovat o reprofilizaci lůžek léčebny a zřídit v podstatě uzavřené oddělení pro dlouhodobé doléčování následků alkoholických psychóz s vědomím, že se tam budou časem shromažďovat invalidizovaní alkoholici, či závislí na alkoholu bez zázemí a schopnosti zapojit se do normálního života?

Mohou tyto humánní postoje psychiatrů účinně pomáhat při řešení celospolečenského problému?

Souhrn

Na protialkoholním oddělení PL Šternberk jsme realizovali komplexní program rehabilitace alkoholických psychóz. Naše sdělení shrnuje výsledky studie ověřující účinnost tohoto programu. Přes veškerou péči, individuální rehabilitaci a další resocializační postupy se nejen nepodařilo zkrátit nutnou ošetřovací dobu, ale naopak se prokázal fakt zvětšujícího se rozsahu poškození, komplikovanějších průběhů alkoholických psychóz. Za nejdůležitější považujeme seznámit s těmito fakty nejen organizátory v resortu zdravotnictví, ale především ty instituce a osoby, které mají možnosti a pravděpodobně i povinnost zabývat se zjištěnou problematikou z celostátního hlediska.

LITERATURA

Puszkailer, L. – Dostálová, I. – Řehan, V.: Příspěvek k problematice alkoholických psychoz. Předneseno na XX. krajském semináři AT s celostátní účastí, Horní Holčovice, 3. 10. 1986

Řehan, V. – Dostálová, I.: Změny ve struktuře nemocných přijatých na PA oddělení v posledních 12 letech. Předneseno na Severomoravském krajském psychiatrickém semináři ve Šternberku dne 17. 9. 1986

Do redakcie prišlo dňa: 1. 6. 1988

Adresa autora: MUDr. I. Dostálová, Třída Jiřího z Poděbrad 7, 772 00 Olomouc