

KOMPLIKOVANÁ A PATOLOGICKÁ EBRIETA. AKO ICH ROZOZNAŤ?

MUDr. Peter Janík

Psychiatrická klinika FNŠP a LFUK, Bratislava

V článku sa prezentuje kazuistika dvoch pacientov, ktorí boli prijatí na psychiatrickú kliniku v ebriete s psychotickými príznakmi pri rôznom množstve skonzumovaného alkoholu. U oboch psychotický stav odoznel v priebehu niekoľkých hodín s prítomnosťou amnézie na predchádzajúci stav. Autor poukazuje na rozdiely medzi komplikovanou a patologickou ebrietou.

Psychiatr. prax; 2008; 9 (6): 292–294

Úvod

Komplikovaná ebrieta tvorí prechod medzi jednoduchou a patologickou ebrietou (2). Môže k nej dôjsť pri precitlivelosti, momentálnej intolerancii a v stave vyčerpanosti (3). Často bývajú prítomné zmeny nálad od depresívnej až po manickú, afekty zlosti a hnevu na minimálne podnety, sklon k paranoidite, primitívne reakcie, výrazný pokles sebaovládania, agresivita (2, 7). Uvedený stav väčšinou odoznie v priebehu niekoľkých hodín a býva prítomná parciálna alebo celková amnézia. Priebeh komplikovanej ebriety závisí od množstva vypitého alkoholu. Chýba pri nej terminálny spánok. Existuje vzťah medzi vonkajšími okolnosťami a reakciami postihnutého. Konanie nie je cudzie osobnosti (7).

Patologická ebrieta sa prejavuje ako náhle vzniknutá patologická reakcia na alkohol (9). Väčšinou pri nej bývajú prítomné psychotické príznaky (zrakové a sluchové halucinácie, paranoidno-perzekučné bludné témy). Ide o jedinú alkoholickú psychózu, ktorá nesúvisí s chronickým alkoholizmom a ani nie je podmienená jednorázovým nadmerným požitím alkoholu (3). Podstatné je, že vzniká aj po vypití veľmi malej dávky alkoholu, ktorá by u väčšiny ľudí nespôsobilala intoxikáciu, čiže nezávisí od množstva skonzumovaného alkoholu. Býva spojená s auto- aj heteroagresivitou. Len zriedkakedy sa objaví u človeka viac ako raz v živote.

Konaniu chýba motivácia a je cudzia pôvodnej osobnosti. Nebývajú prítomné poruchy reči chôdze, rovnováhy. V popredí býva prítomná náhle vzniknutá porucha vedomia – mráкотný stav – obnubilácia, ktorá tak, ako náhle vznikne, náhle končí a prechádza do spánku. Na odoznený stav je zvyčajne plná amnézia.

Existujú dva typy patologickej ebriety:

- **afektívno-delirantný** typ s poruchami vnímania (ilúzie, halucinácie), prechodne paranoidno-perzekučnými bludmi, s poruchou orientácie a nápadným striedaním afektov,
- **vigilambulantný** typ je charakterizovaný automatickým konaním, ktorému chýba motivácia (7). Konanie je ako-keby snové, automatizované, odtrhnuté od reality. Pacient bezradne blúdi po okolí, prenáša veci z miesta na miesto (2).

Kazuistika 1

36-ročný pacient prijatý na psychiatrickú kliniku bol privezený rýchlou zdravotníckou pomocou (RZP) v doprovode polície. Podľa údajov RZP stál na zábradlí na križovatke pri Trnavskom mýte, napodobňoval opicu, vyhrážal sa, že sa zabije a bude vraždiť ľudí, tvrdil, že je vlkodlak. Bol brachiálne agresívny voči posádke RZP.

Z anamnézy: Vyučený inštalatér (SOU stavebné bez maturity). Pracuje ako inštalatér od vyučenia. Žije s priateľkou. Je rozvedený po 7-ročnom manželstve, z ktorého má 2 deti. V 13. rokoch mal ťažký úraz, spadol z futbalovej brány na hlavu pri vešaní sieťky, bol v bezvedomí niekoľko hodín, mal ťažký otras mozgu, vtedy ohluchol na ľavé ucho. Hospitalizovaný niekoľko dní na neurológii, kde bolo realizované len RTG lebky, pri ktorom sa nezistila fraktúra. Pri bitkách mal opakované úrazy hlavy, zlomenú lícnu kosť, vybité zuby, bez potreby hospitalizácie. Napriek opakovaným úrazom neboli u pacienta realizované potrebné vyšetrenia na vylúčenie organického poškodenia (CT, MR, EEG). Nelieči sa na žiadne vážne ochorenia. Psychiatricky liečený od roku 2002, bol opakovane hospitalizovaný kvôli alkoholu, predelirantný stav (FN Mickiewiczova). V roku 2004 ako paranoidná psychóza; vyšetrený v ambulancii FN Mickiewiczova, odoslaný do rajónu (PN Pezinok). Opakovane absolvoval protialkoholické liečenie, naposledy v roku 2006 – 3 mesiace, potom rok abstinoval. Otec bol alkoholik, údajne celá rodina z otcovej aj matkinej strany mala problémy s alkoholom.

Pri vyšetrení v psychiatrickej ambulancii sa podarilo získať len nesúvislé slovné produkcie: „je február 2008...zamiloval som sa do vás... liečil som sa... pozabíjam vás.... som vlk...“

Objektívny psychiatrický nález pri prijatí:

Pacient bol brachiálne agresívny, privezený v puťách, bola potrebná fixácia aj príslušníkmi policajného zboru. S pacientom takmer nebolo možné nadviazať verbálny kontakt, kričal, neskôr odpovedal na otázky týkajúce sa orientácie. Bol prítomný *foetor ex ore etylicus*. Pri prevoze na oddelenie bol znovu

agresívny, kričal, ceril zuby a vrčal ako pes. Bol pri vedomí, orientovaný časom rámcovo správne, inak sa k orientácii vyjadriť nedalo. Bol výrazne psychomotoricky nepokojný, negativistický. Nálada bola nepriliehavá situácii, v úvode elevovaná. K obsahom myslenia sa nedalo vyjadriť, ale javilo sa ako inkoherentné. Anamnesticky podľa údajov RZP tvrdil, že je vlkodlak (hodnotený ako transformačný blud, resp. primitívna reakcia). Poruchy vnímania neboli vyexplorované, ale nedali sa vylúčiť. V konaní prítomná agresivita, neusmerniteľnosť. Pacient mal suicidálne a homicídne proklamácie. Osobnosť sa javila ako psychoticky alterovaná

Pacient bol predbežne diagnosticky uzavretý ako akútna psychotická porucha, akútna intoxikácia alkoholom, syndróm závislosti od alkoholu, paranoidná toxická psychóza v anamnéze.

Výsledky pomocných vyšetrení: Pri vyšetrení krvného obrazu bola zistená ľahká makrocytárna anémia: erytrocyty 3,84 10^x 12/l, hemoglobín 125 g/l, hematokrit 0,39, stredný objem erytrocytov 100,5 fl. Pri hemokoagulačnom vyšetrení ľahko zvýšený D-Dimer 285 ug/l.

Epikríza: 36-ročný pacient prijatý pre dôvody uvedené vyššie. Pri prijatí musel byť pacifikovaný haloperidolom a umiestnený do ochrannej postele pre pretrvávajúcu agresivitu a riziko ohrozenia personálu. Na druhý deň bol lucídny, orientovaný vo všetkých modalitách správne, bez floridnej psychotickej symptomatiky, pokojný, spolupracujúci. Rozvinul sa u neho ľahký abstinenčný syndróm, pre ktorý mu boli podané benzodiazepíny. Pacient odmietol pokračovanie hospitalizácie, neboli splnené kritériá na pokračovanie hospitalizácie proti vôli, preto bol prepustený v mierne zlepšenom stave na vlastnú žiadosť po podpísaní reverzu do starostlivosti ambulatného psychiatra.

Pri vyšetrení na oddelení na druhý deň pacient **subjektívne** uvádzal, že sa vôbec nepamätá na to, čo sa včera udialo, ani ako sa sem dostal. Včera išiel z roboty, zastavil sa v krčme na trhovisku. Dal si vodku, borovičku, rum, pivo. Vypil asi 2 pivá a asi 10 poldecákov tvrdého a odvtedy si nepamätá nič. Pil asi 3 dni kuse.

Diagnostický záver: Na základe uvedeného klinického obrazu (striedanie afektov, primitívne reakcie, ktoré boli pri prijatí hodnotené ako psychotické, agresivita), priebehu, krátkosti trvania stavu, množstva vypitého alkoholu, rozvinutej závislosti od alkoholu a amnézie na predchádzajúce udalosti sme stav uzavreli ako **komplikovaná ebrieta**. Na uvedenom stave sa pravdepodobne podieľal aj vplyv opakovaných úrazov hlavy a *commotio cerebri* v minulosti, keďže tento stav je častý u predisponovaných jedincov s organickým poškodením mozgu. Na detailnejšie potvrdenie diagnózy by bolo vhodné získanie objektívnych údajov o udalostiach pred prijatím a osobnostných charakteristikách pacienta, keďže komplikovaná ebrieta súvisí s vonkajšími okolnosťami a konanie nie je pri nej cudzie osobnosti.

Kazuistika 2

44-ročný pacient prijatý na psychiatrickú kliniku, bol privezený RZP za asistencie polície. Bol zaistený políciou v cudzej bytovke, kde chodil po domácnostiach a tvrdil, že ho niekto prenasleduje. Hovoril z cesty, bol nepokojný, vykrikoval, ani po predvedení na políciu sa neupokojil.

Z anamnézy: Vyštudoval SOU strojárské s maturitou. Pracuje ako zámočník 10 rokov, predtým programátor. Žije s manželkou a dcérou. Nelieči sa na žiadne vážne ochorenia. Operovaný pre inguinálnu herniu v 2002, hlasivky pre polypy 1998 dvakrát, tonzilektómia v piatich rokoch. Pred prijatím ho kopli do hlavy pri prepadnutí, iné úrazy hlavy, bezvedomie, epileptický záchvat, neguje. V minulosti šesť mesiacov hospitalizovaný na infekčnom oddelení v Čadci pre hepatitídu, nevie akú. Abúzy: alkohol nepije ani príležitostne (čo bolo potvrdené manželkou pacienta). Nikdy nebol psychiatricky liečený ani vyšetrený.

Pri vyšetrení v ambulancii **subjektívne** uviedol: „Čo ty žebrák? ...ty si z Mudrákova...? ...je toľ za kopečkom... a títo tu sú polovníci s malými puštičkami... ja ich poznám... dám ich do laty...“

Objektívny psychiatrický nález pri prijatí: Pacient bol privedený v sprievode polície pre heteroagresivitu v putách. Už v čakárni sa správal hlučne, nadával príslušníkom polície, RZP aj personálu psychiatrickej kliniky. Kontakt s ním bol problematický, na otázky väčšinou odpovedal nepriliehavo alebo vulgarizmami, neadekvátne sa smial. Bol zjavne dezorientovaný. Systematické hodnotenie psychických funkcií nebolo pre nekvalitný kontakt realizovateľné. Správanie bolo hrubo narušené, miestami až dezintegrované (nemotivovane behal po cudzích domácnostiach, suspektná psychotická motivácia), hostilné, s prvkami brachiálnej aj verbálnej heteroagresivity. Pre *foetor ex ore* bolo mož-

né predpokladať konzumáciu alkoholu. Osobnosť bola hrubo psychoticky alterovaná. Podľa údajov RZP boli pred prijatím prítomné aj paranoidno-perzekučné bludné témy.

Pacient bol predbežne diagnosticky uzavretý ako akútna psychotická porucha, akútna intoxikácia alkoholom.

Výsledky pomocných vyšetrení: Pri vyšetrení krvného obrazu bola zistená trombocytopenia PLT 62 10x 9/l. Pri biochemickom vyšetrení bola prítomná ľahká hypokaliémia K 3,46 mmol/l a zvýšené hodnoty markerov hepatálneho poškodenia AST 1,46 ukat/l, ALT 1,2 ukat/l, BILC 45,7 umol/l, BILK 7,9 umol/l, čo by sa dalo vysvetliť poškodením pečene po prekonanej hepatitíde.

Epikríza: 44-ročný pacient bol prijatý pre dôvody uvedené vyššie. Po prijatí na oddelenie bol nepokojný, nespolupracujúci, verbálne a naznačene brachiálne heteroagresívny, prítomné psychoticky motivované poruchy správania, preto bola nutná jednorázová pacifikácia haloperidolom. Na ďalší deň bol bez floridnej psychotickej symptomatiky, lucidny, orientovaný vo všetkých modalitách správne, bez známok abstinenčného syndrómu. Pacient odmietol pokračovanie hospitalizácie, neboli splnené kritériá na pokračovanie hospitalizácie proti vôli, preto bol prepustený na vlastnú žiadosť po podpísaní reverzu do starostlivosti ambulantného psychiatra

Pri vyšetrení na oddelení na druhý deň pacient **subjektívne** uvádzal nasledovné: dostal bitku ako išiel do auta, okradli ho. Bol z toho vytočený a išiel si dať do prvej krčmy, ktorú našiel a tam vypil tie dve borovičky. Nevie prečo to spravil, vôbec nepije, ani na oslavách. Vyšiel z krčmy a začal byť nepríjemný, začal kričať na ulici, že poslanci sú dementi. Taký nikdy nebol, nevie prečo to spravil, pamätá si to hmlisto. Došli policajti, namerali mu 0,3 promile.

Diagnostický záver: Na základe uvedeného klinického obrazu (dezorientácia, psychotické príznaky, konanie pacienta, ktoré nemalo jasnú motiváciu, poruchy správania s verbálnou aj brachiálnou agresivitou, ktoré boli cudzie charakteristikám osobnosti), priebehu, krátkosti trvania, malého množstva skonzumovaného alkoholu, náhleho vzniku a konca uvedeného psychotického stavu sme stav uzavreli ako **patologická ebrieta**.

Diskusia

U oboch pacientov nebolo možné pre krátke trvanie hospitalizácie zrealizovať ďalšie potrebné vyšetrenia na vylúčenie organicity (CT, EEG, MRI), čo by pomohlo pri diferenciálnej diagnostickom posudzovaní uvedených stavov. Diagnostický záver sa dal urobiť len na základe klinického obrazu a priebehu, ktorý svedčil pre komplikovanú a patologickú ebrietu.

Psychoaktívne účinky alkoholu závisia predovšetkým od množstva požitého alkoholického nápoja. Na výslednom bezprostrednom efekte (prejavoch chovania) sa podieľajú okrem biologických (osobná dispozícia, kondícia, zdravotný stav) tiež psychologické vplyvy (anticipácia účinku, očakávaný efekt) a sociálne vplyvy (pôsobenie prostredia, vrátane spoločnosti) (6). Každé užitie psychoaktívnej látky v dávke, ktorá vyvoláva zmeny psychických a telesných funkcií (teda v dávke, ktorá prekračuje hranicu individuálnej tolerancie) sa označuje ako intoxikácia (7). Je to prechodný stav po aplikácii alkoholu vedúci k poruchám na úrovni vedomia, poznávania, vnímania, emotivity, chovania, alebo iných psychofyziologických funkcií a reakcií (4).

Komplikovaná ebrieta je diagnóza, s ktorou sa v poslednej dobe stretávame stále častejšie predovšetkým v pohotovostných službách napriek tomu,

| Tabuľka 1. Rozdiely medzi komplikovanou a patologickou ebrietou. | |
|--|--|
| Komplikovaná ebrieta | Patologická ebrieta |
| Abnormná reakcia na alkohol | Abnormná reakcia na alkohol |
| Auto- aj heteroagresivita | Auto- aj heteroagresivita |
| Menej náhly vznik, menej náhly koniec | Náhly vznik, náhly koniec |
| Závisí od množstva vypitého alkoholu | Nezávisí od množstva vypitého alkoholu, môže byť vyvolaná aj veľmi malou dávkou alkoholu |
| Časté organické poškodenie mozgu | Nebýva prítomné organické poškodenie mozgu |
| Konanie nie je cudzie charakteristikám osobnosti, súvisí s vonkajšími okolnosťami | Konanie je cudzie charakteristikám osobnosti, chýba mu motivácia |
| Parciálna alebo celková amnézia na predchádzajúce udalosti | Väčšinou celková amnézia na predchádzajúce udalosti |
| Časté primitívne reakcie, výrazný pokles sebaovládania, zriedkavo psychotické príznaky | Časté psychotické príznaky (zrakové, sluchové halucinácie, paranoidno-perzekučné bludné témy), automatické konanie |
| Často pri závislosti od alkoholu (viacnásobné užitie alkoholu) | Nebýva prítomná závislosť (väčšinou pri jednorázovom užití alkoholu) |
| Neprítomný terminálny spánok | Prítomný terminálny spánok |
| Zmeny nálad od depresívnej až po manickú, afekty zlosti a hnevu na minimálne podnety | Nápadné striedanie afektov, strach, masívna úzkosť |
| Neprítomná obnubilácia | Náhla kvalitatívna porucha vedomia charakteru obnubilácie |
| Môže sa opakovať | Zriedkakedy sa objaví viac ako raz v živote |

že nie je celkom jasne definovaná v diagnostických kritériách MKCH – 10 (11). Často vzniká u ľudí s organickým poškodením mozgu, ktoré sa zistí pri klinickom, psychodiagnostickom vyšetrení alebo zobrazovacími metódami (EEG, CT, MRI).

Patologická ebrieta je stav, s ktorým sa stretávame zriedkavejšie, ale jej diagnostika je rovnako dôležitá. Vzhľadom na podobnosť niektorých príznakov sa tieto dve diagnózy veľmi často zamieňajú. V tabuľke č 1 sú prehľadne uvedené odzdiely medzi komplikovanou a patologickou ebrietou.

Záver

Na príklade dvoch pacientov sa autor snažil ukázať rozdiely medzi komplikovanou a patologickou ebrietou. Pacienti s týmito stavmi bývajú prijatí na psychiatrické kliniky alebo oddelenia proti vôli podľa § 6 ods. 8 písm. c a § 9 ods. 4 zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti. Vzhľadom na to, že obidva tieto stavy odznievajú v priebehu krátkej doby a u pacientov nie je možné pokračovať v hospitalizácii proti vôli, pretože na ňu pominú dôvody, bývajú väčšinou prepustení na druhý deň

po prijatí a nestihnú sa urobiť ďalšie potrebné vyšetrenia (EEG, CT, psychodiagnostické vyšetrenie na organicitu pri komplikovanej ebriete).

V Medzinárodnej klasifikácii chorôb MKCH-10 (11) sa nenachádza špecifický diagnostický kód ani popis pre komplikovanú ebrietu. Uvádza len diagnózu akútna intoxikácia alkoholom, patologická intoxikácia alkoholom a psychotické poruchy zapríčinené užitím alkoholu, ktoré sa odlišujú svojimi kritériami od komplikovanej ebriety (5). Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch z roku 1998 DSM IV (1) rovnako neuvádza tento pojem. Dal by

sa zaradiť medzi *Bližšie nešpecifikované poruchy spôsobené alkoholom* pod kódom 291.9, medzi ktoré patrí aj alkoholová idiosynkratická reakcia, ktorej príznaky najviac pripomínajú komplikovanú ebrietu (5). Patologická ebrieta sa nachádza v MKCH-10 pod kódom F10.07 ako jedna z foriem akútnej intoxikácie alkoholom (10, 11).

MUDr. Peter Janík

Psychiatrická klinika FNŠP a LFUK
Mickiewiczova 13, 813 69 Bratislava
e-mail: mudr3@azet.sk

Literatúra

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington DC, American Psychiatric Association 2000. 992 s.
2. Hanzlíček, L. Psychiatrická encyklopédia. Výskumný ústav psychiatrický 1981: 1308–1309.
3. Heretik A. Forezná psychológia, SPN Mladé letá, s.r.o. 2004. 376 s.
4. Hóschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie. Praha: Tigris 2002. 896 s.
5. Janík P. Komplikovaná ebrieta u pacientky s organickým poškodením mozgu. Alkoholizmus a drogové závislosti 2007; 42(2): 113–121.
6. Kalina K a kol. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing 2008. 392 s.
7. Kolibáš E, Novotný V. Alkoholizmus a drogové závislosti. UK v Bratislave 1996. 257 s.
8. Pavlovský P a kol. Soudní psychiatrie a psychologie, Grada Publishing 2004. 204 s.
9. Raboch J, Zvolský P. Psychiatrie Galén 2001. 622 s.
10. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Maxdorf 2001. 500 s.
11. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Criteria. WHO, Geneva. 1992. 750 s.

Erik Herman, Pavel Doubek DEPRESE A STRES

Vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy

Stresové situace vyvolávají celou škálu emočních reakcí – od veselé nálady, přes úzkost, sklíčenost až po depresi. Generalizovaná úzkostná porucha postihuje 5–9% populace, přičemž její výskyt je 2x častější u žen než u mužů, prevalence depresivní poruchy je 17% a opět prevažuje u žen. Kniha pojednává o vztazích mezi zážitkem doprovázejícím významné životní události a následným vznikem a průběhem léčby depresivní nebo úzkostné poruchy. Právě tyto diagnózy se v praxi ambulantních psychiatrů vyskytují nejčastěji, proto je tato publikace určena především ambulantním psychiatrům, své uplatnění však nalezne i u lékařů praktických, kteří se s takto nemocnými mohou ve svých ordinacích setkat.

Maxdorf 2008, edice Jessenius, ISBN 978-80-7345-157-8, 96 s.

Objednávejte – písemně: Maxdorf, Na Šejdru 247, 142 00 Praha 4,
telefonicky: 004202 4101 1681 alebo e-mailom: knihy@maxdorf.cz

www.maxdorf.cz

