

**PSYCHOTERAPIA
ALKOHOLIZMU**
**MOŽNOSTI PSYCHOTERAPIE PRI CHRONICKÝCH
ALKOHOLICKÝCH PSYCHÓZACH**

S. KUNDA, I. ŠAJGALÍKOVÁ

 Psychiatrické oddelenie OÚNZ Banská Bystrica,
primár: MUDr. S. Kunda, CSc.

Okruh chronických alkoholických psychóz patrí z hľadiska terapie k nevďačnej klientele. Máme na mysli nielen finálny obraz alcoholickej demencie, ale aj Korsakovovu psychózu, event. korsakovovský syndróm, dnes častejšie označovaný ako Wernickeho–Korsakovov syndróm.

Kompletná remisia pri Korsakovovej psychóze sa uvádza len v jednej tretine, no ťažký defekt až v polovici prípadov. Prebieha prognosticky priaznivejšie, keď v obraze dominujú konfabulácie a poruchy orientácie, oproti menej priaznivému obrazu s amnéziou a poruchami vstevivosti v popredí. Prognózu zhoršuje aj vyšší vek, znaky mozgovej artériosklerózy a iné (Kunda a spoluprac., 1988).

Odhliadnuc od týchto tradovaných klinických poznatkov pripomeňme si, že diagnózu Korsakovovej psychózy určujeme na základe nasledovných príznakov: retrográdna amnézia, konfabulácia, narušená orientácia a poruchy vstevivosti (Tschersich, 1978). Z nich konfabulácie, podobne ako periférna neuritída, niekedy chýbajú, a preto je tendencia rozlišovať amnestickú a amnesticko-konfabulatórnu formu Korsakovovej psychózy (Keller, 1977).

Dominujúce poruchy pamäti, ako amnézia a veľmi svojrázne poruchy vstevivosti, v mnohých prípadoch vzbudzujúce dojem izolovanosti od ostatného obrazu, nás teda zlákali, aby sme preverili svoju vytrvalosť až umiernenosť pri liečbe a rehabilitácii týchto pacientov. Okrem štandardnej nutričnej a polyvitaminóznej liečby s masívnymi dávkami tiamínu, nootropík, event. psychomimetík a jednoduchých režimových prvkov, odhodlali sme sa cieľne precvičovať ich pamäť.

Aplikovali sme systematický tréning pamäti, ktorý sme začali hneď po doznení dezoorientácie a vytrácaní sa konfabulácií. V úvode sme použili známe texty piesní a básní, ktoré boli orientované na tréning staropamäti. Využívali sme aj Truhlárovej afatický slovník a vybrané položky z autobiografických dát. Neskôr sme prešli na orientáciu v súčasnosti, napr. dátumy cez kalendár, rekapituláciu udalostí, ktoré sa diali okolo pacienta toho istého dňa. Popritom sme uplatnili nové krátke texty, ktoré sme nechali

opakovať 5 až 6-krát denne so zápisom o výkone, potom tréning novočítaného textu s náročnejším a náročným obsahom. Celkove sme postrehli, že výkonnosť pamäti u pacientov s Korsakovovou psychózou značne kolísala a v značnej miere závisela od momentálnej disponovanosti pozornosti, ktorá tiež výrazne kolísala a preverovala trpezlivosť terapeutov. Okrem liečebného pedagóga do náviku boli zapojené zdravotné sestry oddelenia.

Najpodrobnejšie máme zdokumentovaného pacienta G. K. (č. ch. 13203/78), 59-ročného strojného a stavebného zámočníka, preloženého k nám z neurologického oddelenia KÚNZ, kde ho prijali pre slabosť, neistú chôdzu a inú drobnú neurologickú symptomatiku.

Pacient v predchorobí bol sledovaný internistom pre spastickú bronchitídu, chronickú hepatopatiu (v zmysle steatózy) a v roku 1952 sa podrobil resekcii žalúdka. Začiatkom mesiaca, v ktorom bol prijatý na hospitalizáciu (od úmrtia manželky), sa cíti slabý, nechodí medzi ľudí, pri rozhovore stále opakoval to isté, zabúdal tak, že na udalosti z minulosti si pamätal, ale nevedel sa orientovať v súčasnosti, zanedbával svoj zovňajšok, popíjal pivo a víno, bol nervózny.

Po prijatí na naše oddelenie dominuje zmätenosť nočná aj popoludňajšia, pomočovanie, prítomné sú aj konfabulácie, ktoré sa prechodne zvyrazňujú. Prechodná je aj agitovanosť, určitý čas bol medikovaný Haloperidolom a Chlorprothixenom. Dlhšie trvajú poruchy spánku s naznačenou inverzou. Postupne sa zlepšuje orientácia a mnestické funkcie a do konca hospitalizácie, ktorá trvá vyše 10 mesiacov, je už len naznačená elevácia nálady, no bez ďalšieho zlepšenia celkového stavu, ktorý nenápadne prechádza do alkohollickej demencie.

V rámci cieľeného psychodiagnostického sledovania bol pacient priebežne sledovaný Wechslerovou škálou pamäti. Prvé vyšetrenie po 1. mesiaci určuje MQ 56, 2. vyšetrenie v 4. mesiaci MQ 77, 3. vyšetrenie po 9. mesiaci MQ 60 a nakoniec 4. vyšetrenie po 10. mesiaci MQ 64. IQ podľa Ravena PM v 5. mesiaci pobytu bol 105. Podľa Wechsler-Bellevue v čase pred prepustením IQ vo verbálnej časti dosiahol 104, v názorovej časti 86; celkový IQ 97. Intersubtestový rozptyl výkonov dokazuje zjavné organické postihnutie mozgu.

Pri rekapitulácii priebehu zaznamenávame, že klinický stav pacienta sa zlepšuje v orientácii a mnestických funkciách do 5. až 6. mesiaca pobytu, najmä v období po pridaní Enerbolu a kúre protrahovaným inzulínom. V testoch je vrchol zlepšenia skôr, už v 4. mesiaci hospitalizácie. Napriek tomu, že v nasledujúcich mesiacoch je ďalšie zlepšenie už sporné a postupne musíme kapitulovať pred výsledným defektom, neukončujeme ústavný pobyt pacienta pre nepriaznivú sociálnu situáciu (bezprostredne pred hospitalizáciou mu zomrela manželka a zostal sám); skúšame aj terapeuticky voľné priepustky, ktoré nás však presvedčajú o nezvratnosti stavu.

Na pacientovi sme ukázali ten smutnejší liečebný výsledok – Korsakovova psychóza na podklade chronického etylizmu plynule prechádza do alkohollickej demencie. Ďalšie prípady Korsakovovej psychózy, resp. korsakovovských syndrémov, ktorých hospitalizácia trvala podstatne kratšie a ktoré sme najčastejšie prijímali ako iniciálne deliriózne stavy, máme dokumentované viac-menej fragmentárne. Po doznení dezorientácie a konfabulácií sme aplikovali aj pamäťový tréning, no pacientov sme prevádzali na komplexnú protialkoholickú liečbu, a to ešte pred kompletnou remisiou. Fakt zaradenia do liečebného programu nás presvedčil, že liečebný program sám osebe je tréningom v tom širšom zmysle. Presvedčili sme sa tiež o tom, že sme správnejšie odhadli reverzibilitu stavu.

Ponechávame nakoniec na úvahu, do akej miery bola naša umiernenosť zdôvodnená,

S. KUNDA, I. ŠAJGALÍKOVÁ/ MOŽNOSTI PSYCHOTERAPIE PRI CHRONICKÝCH ALKOHOLOVÝCH PSYCHÓZACH

seriózna. Je aj otázka, v akom rozsahu pomáha procesu reštitúcie opísaný systematicky pamäťový tréning, lebo je nesporné, že štandardná medikamentózna liečba je pri Korsakovovej psychóze prvoradá, bezkonkurenčná. Porovnávaciu štúdiu viacerých pacientov (v jednej skupine by bola len medikamentózna liečba a v druhej medikamentózna liečba spolu s pamäťovým tréningom) nevieme poskytnúť. Myslíme si však, že adjuvantná psychoterapia má svoj význam. Aj pri akútnych alkoholických psychózach typu DT a alkoholickéj halucinózy, kde prispieva k získaniu nozognózie, mierni nepokoj, agitovanosť. Pri chronických psychózach mieri na hlbšie poruchy, no vynára sa ešte problém reverzibility, podľa ktorej by sme si mali určiť, ako dlho uskutočňovať aktívnu terapiu (Kunda a spol., 1979).

Záver

Prax poukazuje na možnosť ovplyvnenia chronických alkoholických psychóz, konkrétne Korsakovovej psychózy pamäťovým tréningom v širšom terapeutickom kontexte. V jednotlivých prípadoch efekt terapie sa sledoval priebežne psychodiagnosticky. V jednom podrobnejšie referovanom prípade sa stav sledoval Wechslerovou škálou pamäti, ktorá poukazovala na rozkolísanosť výkonov. Najlepšie výsledky sa dosiahli po pridaní nootropík a protrahovaného inzulínu v spojení s intenzívnym pamäťovým tréningom. Aj napriek ireverzibilite stavu, vyúsťujúceho do alkoholickéj demencie, nezavrhuje vhodnosť aplikácie tohto náročného programu, ktorý vždy prispieva k zlepšeniu nozognózie, mierni nepokoj a agitovanosť, akceleruje liečebný proces. Pri chronických alkoholických psychózach z hľadiska efektívnosti terapie sa v hodnotení dostáva do popredia problém reverzibility – ireverzibility stavu.

LITERATÚRA

- Keller, M.: A lexicon of disablements related to alcohol consumption. In: Alcohol Related Disabilities. Geneva, WHO, 1977, str. 23 – 60
- Kunda, S. – Kršňák, M. – Frank, V. – Vojtková, E. – Bútorá, M.: Klinika alkoholizmu. Osveta, Martin, 1988, 249 str.
- Kunda, S. – Blažejová-Vojtková, E.: Koncepcia individuálneho podchodu v rámci špecializovanej terapie alkoholizmu. In: 3. medzinárodný simpozium socialistických strán po psychoterapii. Leníngrad, 1979, str. 120 – 122
- Tschersich, A.: Klinik, Verlauf und Prognose des alkoholischen Korsakows-syndroms. Fortschr Neurol Psychiatr, 46, 1978, str. 519 – 563

Do redakcie prišlo dňa: 22. 11. 1990

Adresa autora: MUDr. S. Kunda, CSc., Čs. armády 27, 974 Banská Bystrica