

Alkolik Halüsinozis

Murat Erdem¹, Mehmet Ak¹, Tunay Karlıdere², K. Nahit Özmenler³

¹Dr., ²Yrd.Doç.Dr., ³Doç.Dr., GATA Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

ÖZET

Şizofrenik bireylerde normal populasyonun dört katı oranında alkolizm saptanması, alkol bağımlılarının %43'ünde geçici varsanı ve sanrıların tespit edilmesi nedeni ile alkol bağımlılığı ve psikotik bozukluk yakından ilişkili görünmektedir. Alkol halüsinozisi genellikle canlı varsanılarla seyreden klinik bir tablodur. İşitme varsanıları bireyi tehdit eden, korkutan, ürküten niteliktedir. Üçüncü bir kişinin konuşması şeklinde algılanırlar. Alkolik halüsinozis alkol bağımlılığı erken yaşta başlayan, alkol tüketimi diğer alkol bağımlılarına göre daha fazla olan, alkole bağlı yaşam sorunları ile daha sık karşılaşan bireylerde ortaya çıkmaktadır. Muhtemel patofizyolojik mekanizmaları arasında nöronal membranlarda dopaminerjik transmisyon ve diğer nörotransmitter değişiklikleri, artmış beta karbolin seviyeleri, işitme sistemi bozuklukları bulunmaktadır. Bu tablonun seyri iyi olarak belirtilmekle birlikte olguların %10-20'sinin süregenleştiği bildirilmektedir. Alkolik halüsinozis nadir görülen, patofizyolojik mekanizmaları tam olarak tespit edilememiş olan ve ayırıcı tanısının iyi yapılması gereken bir klinik tablo olarak dikkati çekmektedir. Klinik pratikte seyrek karşılaşıldığı düşünülen bir alkolik halüsinozis olgusu sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Alkol bağımlılığı, psikotik bozukluk, halüsinozis.

(*Klinik Psikiyatri* 2005;8:146-149)

SUMMARY

Alcoholic Hallucinosis

There is a close relationship between alcohol dependency and psychotic disorder since alcoholism was found in schizophrenic individuals four times more than the normal population, and temporary hallucinations and delusions were detected in 43% of alcohol dependent individuals. Alcoholic hallucinosis is a clinical process, which continues generally with live hallucinations. Auditory hallucinations are the ones, which are threatening, frightening and scaring the individual in quality. They are perceived as talking of a third person. Alcohol hallucinosis arises in individuals whose alcohol dependency was started at early ages, alcohol consumption is more than other alcohol dependents and in the ones who face more frequently alcohol related life difficulties. In the possible pathophysiological mechanisms, there are dopaminergic transmission and other neurotransmitter changes, increased beta carbolin level, and auditory system deficits. Despite the good prognosis of the picture, 10-20% of the cases were stated as becoming chronic. Alcohol hallucinosis takes attention as a clinical picture, which is seen rarely, has pathophysiological mechanisms that are not detected exactly, and whose differential diagnosis must be well done. An alcohol hallucinosis case, which is thought to be seen rare in clinical practice, was presented.

Key Words: Alcohol dependency, psychotic disorder, hallucinosis,

GİRİŞ

Şizofrenik bireylerde alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığının yaygınlığı %12-43 oranında tanımlanırken aynı bireylerde normal populasyonun dört katı gibi yüksek oranda alkolizm olduğu belirtilmektedir (Soyka 1994). Ayrıca alkoliklerin %43'ünde geçici varsanı ve sanrılar saptanmaktadır (Schuckit 1982). Bu nedenle alkol bağımlılığı ve psikotik bozukluk yakından ilişkili gibi görünmektedir. Alkol bağımlılığı bulunan 643 bireyin ömür boyu kohort incelemesinde olguların %25'inde varsanı saptanırken toplam 48 hastanın (%7.4) DSM-III-R ya da ICD-10 tanı kriterlerine göre alkolik halüsinozis tanısı aldığı tespit edilmiştir (Tsuang ve ark. 1994).

Alkol halüsinozisi genellikle canlı varsanılarla seyreden klinik bir tablodur. On yıl ve daha uzun süreli alkol kullananlarda, 40-50 yaşlarında ortaya çıkar. Erkeklerde daha sık görülür. Aşırı miktarda alkol alımının kesilmesinden ya da alkol miktarının azaltılmasından kısa bir süre sonra ortaya çıkar (Özçubukçuoğlu ve ark. 1990). Ani başlangıç tipiktir (Soyka ve ark. 2000). İşitme varsanıları bireyi tehdit eden, korkutan, ürküten niteliktedir. Üçüncü bir kişinin konuşması şeklinde algılanırlar. Sesler TV, radyo, telsiz ya da ısıtma sistemlerinden geliyormuş gibi algılanabilir (Özçubukçuoğlu ve ark. 1990). Varsanılar kesik kesik ya da sürekli olabilir, bir anlık olabildiği gibi günlerce de sürebilir (Çifter 1980). Hasta varsanıları genellikle ciddiye alır, onlara karşılık verir, çoğu zaman varsanıların etkisiyle gerçeğe uymayan davranışlar sergiler (Özçubukçuoğlu ve ark. 1990, Çifter 1980). Bilişsel fonksiyonlar genelde etkilenmez, gerçeği değerlendirme, varsanılara yönelik olarak bozuktur (Özçubukçuoğlu ve ark. 1990). Alkolik halüsinozis tablosunda ayrıca sanrılar, anormal duygulanım, psikomotor huzursuzluk bulunabilir (Tsuang ve ark. 1994).

DSM-III-R'de alkolün oluşturduğu organik mental bozukluklar arasında sınıflandırılan alkol halüsinozisi tablosu (Amerikan Psikiyatri Birliği 1989), DSM-IV de ise alkol kullanımının yol açtığı psikotik bozukluk (varsanılarla ve sanrılarla giden), alkol yoksunluğu (algı bozukluklarıyla giden) gruplarında sınıflandırılmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). ICD-9'da organik psikozlar grubunun alkolik psikozlar bölümünde sınıflandırılan tablo,

ICD-10'da ise organik halüsinozlar içinde tanımlanmıştır (Dünya Sağlık Örgütü 1992).

Bu yazıda klinik pratikte seyrek karşılaşıldığı düşünülen bir alkolik halüsinozis olgusu sunulmuştur.

OLGU

62 yaşında erkek hasta. İşitme azlığı nedeni ile başvurduğu Kulak Burun Boğaz (K.B.B.) polikliniğince özbakımında bozukluk, dezorganize konuşma ve davranışlarının saptanması nedeni ile görüş alınmak amacıyla psikiyatri kliniğine gönderilmiş ve ilk muayene sonunda yatırılmıştır. Yorgun görünümlü hastanın heyecanlı davranışları mevcuttu. Bilinci açık, kişi, zaman ve yer yönelimi tamdı. Algıda zaman zaman kendisini suçlayan, eleştiren, zaman zaman da çok değerli bir kişi olduğu, üstün hizmet madalyası verileceği, bu nedenle düzenlenecek törene katılması gerektiğini ifade eden grandiyöz içerikli işitme varsanıları mevcuttu. Öznel yargılaması bozuk, düşünce akışı enkoherer, duygulanımı irritable ve öforik olmak üzere değişken olarak değerlendirildi. Düşünce içeriğinde grandiyöz temalı varsanıları ile uyumlu fikirler mevcuttu. Uyku azalmıştı. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Skalası (BPRS) değerlendirmesi 32 puandı.

Nörolojik muayenesinde ellerde hareketle artan istirahat tremoru sağ üstte daha belirgin bilateral disdiadokokinezi, sağ üstte dismetri mevcuttu. Romberg sallantılı, tandem yürüyüş başarısız olarak değerlendirildi.

Hastanın, premorbidinde heyecanlı, hareketli, dışa dönük birisi olduğu, yaklaşık yirmi yıldır alkol kötüye kullanımının bulunduğu, aile fertlerine karşı sık sık şiddet uyguladığı, bu nedenle ailesinin kendisini terk ettiği ve uzun süredir yalnız yaşadığı, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmadığı öğrenildi. Hasta yalnız yaşadığından ve alkol bağımlılığı öyküsünü kabul etmemesinden dolayı son bir yıldaki alkol kullanım süresi ve miktarı hakkında kesin bilgi elde edilemedi. Son olarak iki hafta önce alkol aldığını ifade eden hastanın arteriyel kan basıncı ve nabız değeri normal sınırlar içerisindeydi. Tam kan incelemesi normaldi, ancak serum üre: 108 mg/dl (15-44), kreatinin: 1.4 mg/dl (0.6-1.2), AST:142 U/L (10-40), ALT:97 U/L (10-40), GGT: 58 U/L (7-32) olarak tespit edildi.

Haloperidol 10 mg/gün tedavisi başlandı. Tedavinin üçüncü gününde algı bozuklukları kayboldu. Düşünce akışındaki bozukluk devam etmekteydi. Mini mental değerlendirmede 29 puan alan hastanın nörolojik muayene bulguları nedeni ile planlanan Bilgisayarlı Beyin Tomografisinde serebellum posteriorunda ve posterior oksipital bölgede subaraknoid kist ile uyumlu lezyon saptandı. Ancak mevcut nörolojik bulguları açıklamayacağı değerlendirildi. Hepatik enzim yüksekliği üç haftalık yatış döneminde devamlılık gösterdi. Üre ve kreatinin değerleri 24 saat sonra normal sınırlara geriledi. Üç haftalık yatış dönemi sonunda ruhsal muayenesinde düşünce akışının ayrıntıcı ve öznel yargılamasının bozuk olduğu değerlendirildi. Tremorları belirgin biçimde azaldı, romberg ve serebellar muayene bulguları normale döndü. Başka bir şehirde yaşaması nedeni ile bulunduğu şehirdeki bir merkezde takip edilmek üzere Haloperidol 5 mg/gün tedavisi ile taburcu edildi. Hastanın çıkış BPRS puanı 5 olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Hastada algı bozukluğunun bulunması, tablonun ani başlangıçlı olması nedeni ile genel tıbbi duruma bağlı deliryum, bunların yanında tablonun alkol alımının kesilmesi sonrası ortaya çıkması nedeni ile deliryum tremens düşünülmele birlikte hastanın bilincinin açık, dikkatinin normal olması, yönelim bozukluğunun bulunmaması, varsanılarının egosintonik olması ve sadece işitme varsanılarının bulunması, kliniğinin dalgalı seyir göstermemesi nedeni ile bu tanılar dışlandı. Ayrıca psikotik semptomların alkol kullanımının kesilmesiyle zamansal ilişki içerisinde olması ve başlangıç yaşının tipik olmaması nedeni ve süregen gidiş göstermemesi nedeni ile şizofrenik reaksiyon dışlandı. Tablo DSM-IV'e

göre alkol kullanımına bağlı psikotik bozukluk (varsanılarla giden) olarak değerlendirildi.

Alkol kullanımına bağlı psikotik bozukluk olguları, alkol bağımlılığı erken yaşta başlayan, diğer alkoliklere göre daha çok miktarda alkol tüketen, alkole bağlı yaşam sorunları ile daha fazla karşılaşan bireylerde ortaya çıkmaktadır (Çifter 1980). Bu bilgi olgunun sosyodemografik verileri ile örtüşmektedir. Alkol kullanımına bağlı psikotik bozukluk tanısı almış 34 hasta ile yapılan çalışmada ortalama alkol süresi 14.2 yıl olarak tespit edilmiştir (George ve Chin 1998). Olgunun alkol kullanım süresi 20 yıla yakındır. Alkol halüsinozisinin muhtemel patofizyolojik mekanizmaları arasında nöronal membranlarda dopaminerjik transmisyon ve diğer nörotransmitter değişiklikleri, artmış beta karbolin seviyeleri, işitme sistemi bozuklukları bulunmaktadır (Çifter 1980). Olgunun işitme azlığı yakınması ile öncelikle K.B.B. polikliniğine başvurusu bu bilgi ile uyumlu görünmektedir.

Alkole bağlı psikotik bozukluğun seyri genellikle iyi olarak belirtilmekle birlikte olguların %10-20 sinin süregenleştiği bildirilmektedir. Alkol kullanımına yeniden başlama durumunda yineleme riski yüksektir (Soyka 1996). Alkol halüsinozisi tanısı konmuş 25 hastanın %88'inde semptomların ortalama 18 günde azaldığı ya da ortadan kalktığı bildirilmiştir (Vicente Muelas 1990). Olgunun klinik tablosu tedavi ile kısa sürede düzelmiştir. Alkolik halüsinozis nadir görülen, patofizyolojik mekanizmaları tam olarak tespit edilememiş olan ve ayırıcı tanısının iyi yapılması gereken bir klinik tablo olarak dikkati çekmektedir.

Yazışma adresi: Dr. Murat Erdem, GATA Psikiyatri Anabilim Dalı, Etlik, Ankara, drmerdem@yahoo.com

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (1989) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 3. Baskı (DSM-III-R) (Çev. ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. Baskı (DSM-IV) (Çev. ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Çifter İ (1980) Organik Kaynaklı Ruhsal Tepkiler, 1. Baskı, Ankara, GATA Eğitim Yayınları, s.50.

- Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması. (Çev. ed.: MO Öztürk, B. Uluğ, Çev.: F. Çuhadaroğlu, İ. Kaplan, G. Özgen, MO Öztürk, M. Rezaki, B. Uluğ). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.

- George S, Chin C (1998) A 3 year case study of alcohol related psychotic disorders at Hospital Seremban, Med J Malaysia, 53:223-226.

- Özçubukçuoğlu A, Özşahin A, Erden C ve ark. (1990) Üç olgu

nedeniyle alkol hallüsinozisi, XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Yayınlar Kitabı, Cilt III, 79-84.

Schuckit MA ve ark. (1982) The history of psychotic symptoms in alcoholics. *J Clin Psychiatry*, 43:53-57.

Soyka M (1994) Addiction and schizoprenia. Nosological, clinical and therapeutic questions. 1.Alcoholism and schizoprenia. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 62:71-87.

Soyka M (1996) Alcohol induced hallucinosis. Clinical aspects, pathophysiology and therapy. *Nervenarzt*, 67:891-895.

Soyka M, Dresel S, Horak M ve ark. (2000) PET and SPECT findings in alcohol hallucinosis: case report and super-brief review of the pathophysiology of this syndrome. *World J Biol Psychiatry*, 1:215-218.

Tsuang JW ve ark.(1994) Characteristic of men with alcoholic hallucinosis. *Addiction*, 89:73-78.

Vicente Muelas N, Rios Rial B, Ochoa Mangado E (1990) Alcoholic hallucinosis:response to treatment. *Arch Neurobiol*, 53:192-195.