

ODVISNOST OD ALKOHOLA IN URGENTNA STANJA

Marko Pišljar

UVOD

Zasvojenost in nevarna uporaba alkohola je eden izmed pomembnejših zdravstvenih problemov. Le manjši del populacije se vključi v oblike zdravljenja odvisnosti. Pogosto je iskanje pomoči pri osebnem zdravniku ali v centrih za nujno prvo pomoč zaradi nujnih (urgentnih) stanj v povezavi z rabo alkohola. Njihove posledice so motnje višjih živčnih dejavnosti, vedenjske in telesne (somatske) motnje, poslabšanje drugih bolezni ali kombinacija opisanih. V prispevku bomo obravnavali nujna stanja v zvezi z rabo alkohola: zastrupitev z alkoholom, odtegnitveni sindrom, alkoholne psihotične motnje, depresije pri odvisnih od alkohola, recidiv kot nujno stanje.

ZASTRUPITEV Z ALKOHOLOM

Diagnostična merila vključujejo podatke o zaužitem alkoholu, klinično značilnem neprilagojenem vedenju ali psiholoških spremembah in enem ali več značilnih fizioloških znakov zastrupitve (zabrisan govor, slaba koordinacija gibov, nestabilnost pri hoji, nistagmus, motnje pozornosti ali spomina, stupor ali koma) (1). Z večanjem koncentracije alkohola v krvi se pojavljajo tudi klinični učinki. Pri koncentraciji alkohola med 20 in 100 mg v 100 ml krvi se pojavijo motnje mišične koordinacije, čustvene, osebne in vedenjske spremembe, motnje pozornosti, evforija, zaspanost. Z večanjem koncentracije alkohola, med 100 in 200 mg v 100 ml krvi, se pojavijo nevrološke motnje:

podaljšan reakcijski čas, nistagmus, ataksija, motnje koordinacije in napredujoče motnje spoznavnih funkcij. Pri koncentraciji alkohola med 200 in 300 mg v 100 ml krvi se pojavijo slabost, bruhanje in huda ataksija, t.j. znaki akutne zastrupitve. Če se koncentracija alkohola veča do 400 mg v 100 ml krvi, povzroči hipotermijo, dizatrijo, amnezijo (anterogradna amnezija) in prvo stopnjo anestezije. Pri vrednostih alkohola, večjih od 400 mg na 100 ml krvi, se pojavijo koma, nevarnost zastoja dihanja in smrt. Natančna koncentracija alkohola, pri kateri se pojavljajo omenjene motnje, je odvisna od tolerance, tako da se pri osebi z veliko toleranco koma lahko pojavi šele pri 600 mg alkohola v 100 ml krvi (2).

V diferencialni diagnozi zastrupitve z alkoholom so najpomembnejše zastrupitve z uspavali, hipoglikemija, diabetična ketacidoza, poškodba glave, jetrna encefalopatija, stanje po epileptičnem napadu in encefalitis.

Zastrupljenca z alkoholom, ki je pri zavesti, navadno ni potrebno bolnišnično zdraviti. Pri bolniku, ki je zaradi zaužitega alkohola v komi, je nujna intenzivna obravnava, pomembni so nadzor in vzdrževanje dihalne in srčne funkcije. Prepričati pa se moramo, da bolnik ob alkoholu ni zaužil še druge droge, ki bi lahko dodatno zavrta osrednje živčevje.

Patološka zastrupitev z alkoholom označuje nenadno agitirano, agresivno, psihotično stanje bolnika, ki ga je povzročilo zaužitje minimalne količine alkohola. Bolnika moramo zaščititi pred poškodovanjem sebe ali drugih, potrebno je parenteralno dajanje antipsihotika in po potrebi fizično varstvo (3).

ALKOHOLNI ODTEGNITVENI SINDROM (AOS)

AOS je skupina znakov in simptomov, ki se razvijejo pri odvisnikih od alkohola 6 - 24 ur po zadnji zaužiti alkoholni pijači. Pogosto se AOS pri odvisniku pojavi po poškodbi ali bolezni oz. hoteni vzpostavitvi abstinence. Znaki in simptomi AOS so navadno nasprotni neposrednemu farmakološkemu učinku alkohola (tabela 1).

Zgodnji odtegnitveni simptomi in znaki vključujejo tesnobo, vznemirjenost (agitacijo), nespečnost, znojenje, slabost, bruhanje, tresenje, povišan krvni pritisk in pulz. Alkoholni odtegnitveni epileptični napadi (navadno tipa grand mal) nastopijo 12 - 48 ur po vzpostavitvi abstinence. Alkoholni odtegnitveni delirij ali delirium tremens se tipično razvije 48 - 72 ur po zadnji pijači in

sledi značilnim znakom in simptomom zgodnje odtegnitve. Močno so izraženi znaki zvečane aktivnosti simpatičnega živčevja (4).

V obsežni raziskavi je imelo 8 % bolnikov, sprejetih v splošno bolnišnico, AOS. 8 % od teh (0,65 % vseh bolnikov, vključenih v raziskavo) je ob tem prebolelo halucinozo ali epileptični odtegnitveni napad (5). Umrljivost pri odtegnitvenem deliriju je 1-5 % in je večja ob pozno postavljeni diagnozi, nepravilnem zdravljenju ali hkratnih drugih zdravstvenih problemih.

Tabela 1: Simptomi in znaki alkoholnega odtegnitvenega sindroma.

anksioznost, razburjenost	glavobol
slušne motnje	slabost in bruhanje
neorientiranost	odtegnitveni konvulzivni napadi
delirij	moteno zaznavanje rahlega dotika
znojenje	tresenje
tahikardija, hipertenzija	moteno vidno zaznavanje
hipertermija	

Patofiziologija

Patofiziologija AOS je zapletena. Dolgotrajna zastrupitev z alkoholom vpliva na številne živčne prenašalce. Gama amino butirična kislina (GABA) je glavni zaviralni prenašalec v osrednjem živčevju. Dosedanje raziskave so dokazale, da etanol spreminja gensko in s tem polipeptidno izraženo receptorjev GABA. Zmanjšano število receptorjev GABA je po abstinenci od alkohola odgovorno za številne simptome AOS. Dolgotrajna zastrupitev z alkoholom zavira tudi spodbujevalne prenašalce osrednjega živčevja z delovanjem na n-metil d-aspartat (NMDA) glutamatni receptor. Abstinenca od alkohola prepreči zaviranje receptorjev NMDA in poveča glutaminično aktivnost (5,6,7).

Dolgotrajna zastrupitev z alkoholom spodbudi tudi druge prenašalne mehanizme. Povečano je prenašanje dopamina, ki bi bil lahko odgovoren za halucinacije. Močnejše je izražena noradrenergična simpatična aktivnost in zvečano je izločanje kortizona.

Zdravljenje AOS

V večini primerov AOS ne potrebuje zdravniškega posega in izzveni v 2 do 7 dneh po vzpostavitvi abstinence. V hujših primerih potrebujejo bolniki z

AOS ob odtegnitvi medicinski nadzor. Bolj ko so izraženi simptomi in znaki AOS, večja je potreba po medicinskem posegu, s tem pa zmanjšujemo možnost razvoja resnejših zapletov. Za oceno izraženosti AOS so razvijali standardizirano klinično ocenjevalno lestvico. Največjo zanesljivost, ponovljivost ter veljavnost ima CIWA–Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised) (8). Lestvica je uporabna za delo v psihiatričnih in detoksikacijskih oddelkih, pa tudi drugih bolnišničnih oddelkih, npr. kirurških. Uporabljamo jo za oceno stopnje AOS in spremljanje zdravljenja tako telesno zdravih bolnikov z AOS kot bolnikov s hkratno telesno boleznijo. Ocenjevalna lestvica omogoča hitro oceno klinične slike, pomaga pa nam tudi v nadaljevanju kliničnega posega. Ocena s CIWA-Ar, ki je manjša od 10, kaže na blažji AOS, za katerega ni potrebno zdravljenje z zdravili.

Glavni cilj zdravljenja je zmanjšati možnost zapletov AOS, kot so hujša bolnikova vznemirjenost, odtegnitveni epileptični napadi in alkoholni delirij, ob tem pa izzvati čim manj stranskih učinkov zdravljenja, kot je npr. sedacija.

V začetni obravnavi bolnika z AOS moramo oceniti telesno stanje (pankreatitis, gastritis, jetrne bolezni, krvavitve v prebavila...), psihično stanje in možnost nadaljnjega razvoja AOS. Potrebna je natančna anamneza pitja alkohola in uživanja drugih drog.

Bolniki, ki so predhodno že preboleli delirij ali AOS, imajo več možnosti, da bodo ponovno imeli odtegnitveni sindrom. Stopnjo AOS napovedujejo še drugi dejavniki: število detoksikacij, količina in trajanje pitja, velika koncentracija alkohola v krvi brez izraženih znakov zastrupitve ali z odtegnitvenimi znaki, hkratno jemanje pomirjeval, hkratne druge zdravstvene motnje (bolezen, poškodba) (tabela 2).

Tabela 2: Napovedovalci stopnje alkoholnega odtegnitvenega sindroma.

Hujši alkoholni odtegnitveni sindrom v anamnezi
Velika koncentracija alkohola v krvi, brez znakov zastrupitve
Odtegnitveni znaki z veliko koncentracijo alkohola v krvi
Hkratna uporaba pomirjeval – uspaval
Hkratni drugi zdravstveni problemi

Primeren laboratorijski pregled vključuje celotno krvno sliko, elektrolite, magnezij, kalcij, fosfat, jetrne encime, seč, določitev alkohola v izdihanem zraku ali v krvi. Za izključitev pričakovanih hkratnih bolezni je potreben RTG prsnega koša, tuberkulinski test, EKG, testi na virusni hepatitis in spolno prenosljive bolezni.

Farmakološka oskrba: Z zdravljenjem AOS želimo zmanjšati odtegnitvene simptome. Temeljni kamen zdravljenja AOS so pomirjevala – uspavala, ki imajo navzkrižno toleranco z alkoholom. Zaradi večje varnosti, boljšega učinka in manjše možnosti zlorabe priporočajo uporabo benzodiazepinov bolj kot nebenzodiazepinskih pomirjeval(9). Benzodiazepini delujejo predvsem na GABA/benzodiazepinske receptorje in noradrenergični prenašalni sistem. Klinično sprejemljiva zamenjava je phenobarbital, ki pa ima ob večjih odmerkih manjšo stopnjo varnosti. Benzodiazepini z dolgim delovanjem (diazepam, klordiazepoksid) so učinkovitejši pri preprečevanju odtegnitvenih epileptičnih napadov, večje pa je tveganje za pretirano uspavanje, posebno pri starejših ali bolnikih z jetrnimi okvarami. Benzodiazepin s krajšim delovanjem, npr. lorazepam, je pri teh bolnikih primernejši. Opozoriti je potrebno, da nekateri benzodiazepini hitreje povzročajo odvisnost, predvsem tisti s hitrim začetkom delovanja (diazepam, alprazolam, lorazepam). Uspešno v programih zdravljenja uporabljajo še klometiazol. Benzodiazepine dajemo na splošno v oralni obliki, zaradi dobre absorpcije, redkeje mišično ali izjemoma venozno ob hujšem odtegnitvenem sindromu. Večina benzodiazepinov razen lorazepama se po mišični aplikaciji slabo absorbira.

Tabela 3: Zdravljenje alkoholnega odtegnitvenega sindroma.

Ocenjevanje – spremljanje:

ocena bolnikovega stanja s CIWA-Ar vprašalnikom vsakih 4 do 8 ur, dokler število točk ni < 8 do 10.

Od simptomatike odvisen vzorec zdravljenja:

*- diazepam 10 do 20 mg vsako uro, če je CIWA-Ar \geq 8 do 10,
- ponovi CIWA-Ar 1 uro po vsakem odmerku; na tej osnovi oceni potrebo po nadaljnjem zdravljenju.*

Strukturiran vzorec zdravljenja:

*- diazepam 10 do 20 mg na 6 ur (4 odmerke),
- zatem 5 mg na 6 ur (8 odmerkov),
- če simptomi ne izzvenijo, daj večji odmerek.*

Uporabljamo lahko druge benzodiazepine v ustreznem odmerku.

Med zdravljenjem AOS je zaradi navzkrižne tolerance običajno potrebno uporabiti velike odmerke benzodiazepinov. Zdravimo lahko po strukturiranem – ustaljenem redu, 1 do 3 dni dajemo npr. diazepam 5 do 10 mg vsakih 4 do 6 ur, potem pa v naslednjih štirih dneh postopno zmanjšujemo odmerek

(tabela 3). Možno je uporabiti obremenilni odmerek, npr. diazepam 20 mg vsako uro do dve uri do umiritve. Danes poudarjamo individualizirano obliko predpisovanja odmerka zdravila (symptom-triggered therapy), v skladu z izraženo simptomatiko, ki jo določimo s pomočjo ocenjevalne lestvice CIWA-Ar. Tako lahko zmanjšamo količino zdravila in čas trajanja zdravljenja (9).

Druga zdravila: Priporočamo uporabo tiamina 100 mg dnevno zaradi preprečitve Wernickejeve encefalopatije. Zaradi splošnega pomanjkanja vitaminov je smiselno njihovo nadomeščanje. Treba je vzdrževati ustrezno ravnotežje telesnih tekočin in uravnnavati elektrolite. Ob hujši agitaciji in halucinacijah občasno uporabljamo skupaj z benzodiazepini antipsihotike (haloperidol 2 - 5 mg/6 ur). Za zdravljenje AOS redkeje uporabljamo karbamazepin 400 - 800 mg dnevno. Za zdravljenje motenj simpatičnega živčevja pri AOS uporabljamo klonidin in druge alfa-adrenergične zaviralce (klonidin 0,1 - 0,2 mg/8 ur, atenolol 50 - 100 mg dnevno). Blokatorje beta, klonidin in antipsihotike vedno uporabljamo skupaj z benzodiazepini.

Alkoholni odtegnitveni epileptični napadi

Napadi se pojavljajo pri 3 - 10 % odvisnikov od alkohola. Napadi so generalizirani tonično klonični, EEG pa je praviloma normalen. V 90 % se pojavljajo napadi po nenadni prekinitvi pitja alkohola. Pri nekaj odstotkih oseb, odvisnih od alkohola, se epileptični napadi pojavljajo po izzveneli epilepsiji v otroštvu ali poškodbi oz. okužbi možganov. Zato priporočamo diagnostično obravnavo vsakega prvega odtegnitvenega epileptičnega napada. Diagnostična ocena naj vključuje EEG, CT in/ali MRI in druge laboratorijske teste.

Za zdravljenje odtegnitvenih napadov rutinske uporabe antikonvulzivov ne priporočamo. Smiselna je uporaba benzodiazepinov, samih ali skupaj z antiepileptiki, kot sta npr. karbamazepin ali fenitoin (10).

Alkoholni odtegnitveni delirij

Pri oskrbi bolnikov z alkoholnim odtegnitvenim delirijem je potrebno stalno spremljanje simptomov in znakov AOS, zaradi nadzora nemira pa je treba ustrezno odmerjati benzodiazepine. Nadomeščati moramo tekočine in elektrolite, vnašati tiamin in druge vitamine. Delirij pogosto sprožijo poškodbe skeleta, predvsem glave, in druge bolezni, zato je vedno potrebna posebna pozornost ter usmerjene preiskave. Ko je bolnik deliranten, ga mora nujno

spremljati usposobljena oseba. Čeprav popolnoma varnega pomirjevala za nosečnice ni, je zdravilo izbire pri nosečnicah z grozečim alkoholnim delirijem fenobarbital (2).

Bolnišnični medicinski nadzor je potreben le pri majhnem odstotku odvisnih oseb, pri tistih, kjer je tveganje za razvoj alkoholnega delirija, odtegnitvenih epileptičnih napadov ali težje oblike AOS veliko. Bolnikom, ki imajo na CIWA-Ar več kot 20 točk, je potrebno zagotoviti bolnišnično zdravljenje. Posebno pozornost je potrebno dati starejšim osebam z AOS, osebam z drugimi boleznimi (diabetes, srčna obolenja, hipertenzija, poškodbe itd.).

ALKOHOLNA PSIHOTIČNA MOTNJA

Pri približno 3 % oseb, odvisnih od alkohola (OA), se lahko pojavijo psihotični fenomeni, tako v obdobju uživanja alkohola kot po njem, vendar jih ni mogoče razložiti na osnovi akutne zastrupitve in niso del samega odtegnitvenega stanja. Motnjo označujejo halucinacije kompleksnih vsebin, izkrivljenje zaznav, blodnje, psihomotorične motnje in čustvene motnje, ki lahko variirajo od prestrašenosti do ekstatičnosti. Zavest je običajno jasna. Alkoholna psihotična motnja se pojavlja le ob dolgotrajnem in močno izraženem uživanju alkohola ter postopoma spontano izzveni, praviloma ob vzpostavitvi abstinence. Priporočena je uvedba antipsihotikov, po potrebi pa tudi anksiolitikov.

DEPRESIJA PRI OSEBAH, ODVISNIH OD ALKOHOLA

Depresija je pri osebah, odvisnih od alkohola, pogost pojav, vsaj 30 % odvisnikov (OA) preboli epizodo resne depresije (11). 70 % depresij je sekundarnih, le 5-10 % OA ima primarno depresijo (12). Pogosteje prebolevajo depresijo ženske. V večini primerov depresija z abstinenco spontano izzveni v nekaj dneh ali največ 4 tednih. Zaskrbljujoča je velika nevarnost samomora, saj 10 - 15 % odvisnih od alkohola umre zaradi samomora. V raziskavi samomorov v Sloveniji za obdobje 1946 - 1966 je Tomorjeva ugotovila, da je bilo med moškimi samomorilci 45 % odvisnih od alkohola (13). Depresije pri OA so v večini primerov sekundarne in etiološko kompleksne. Pogosti znaki so razdražljivost, tesnoba, izguba zanimanja, motnje

koncentracije in pozornosti, občutja krivde, zmanjšano samospoštovanje, upočasnjeno, motnje apetita. Specifične so motnje spanja. Depresije so pri SOA težje prepoznavne. Aleksitimija je prisotna pri več kot polovici bolnikov.

Z ozirom na samomorilno ogroženost je obravnava odvisne osebe z depresijo pogosto nujna. Zdravljenje depresije pri OA je možno le v povezavi z zdravljenjem odvisnosti. V večjem delu zbledijo simptomi in znaki depresije z zdravljenjem odvisnosti same, redko pa je potrebna ustrezna uporaba antidepresivov.

RECIDIV KOT NUJNO STANJE

Bolnik, odvisen od alkohola, potrebuje nujno pomoč, ko zaradi fizioloških in psiholoških motenj ob razviti odvisnosti ne more prenehati s pitjem ter je zaradi posledic odvisnosti zdravstveno in socialno ogrožen. Poleg tega potrebuje nujno pomoč tisti bolniki v recidivni situaciji, ki izražajo izrazito anksioznost ali depresijo. Pri recidivih ugotavljajo hujše depresije v 20-30 % (14), zato je nujna obravnava recidiva pri odvisnih od alkohola z jasno depresijo in krivdnimi občutji.

SKLEP

Bolniki, odvisni od alkohola, potrebujejo v primeru urgentnih stanj natančno diagnostiko, intenzivno spremljanje in oceno ter ustrezno zdravljenje. AOS ima visoko prevalenco, vendar je v večini primerov blag ter ne potrebuje medikamentoznega zdravljenja. Pri manjšem delu bolnikov je lahko življenjsko ogrožujoč, v tem primeru potrebuje intenziven nadzor in farmakološko podprto detoksikacijo v bolnišnični enoti. Po ustrezni obravnavi AOS ali drugih nujnih stanj, ki so v zvezi z alkoholom, bi morali bolnika usmeriti k alkoholologu zaradi ustreznega nadaljnjega zdravljenja osnovne bolezni – to je odvisnosti od alkohola.

1. Kaplan HI, Sadock BJ, Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins,1995:775-91.
2. Benzer DG. Management of alcohol intoxication and withdrawal. In: Miller NS (ed), Principles of Addiction Medicine. Chevy Chase: American Society of Addiction Medicine inc. 1994:1-7.
3. Chang G, Kosten TR. Emergency management of acute drug intoxication. In: Lowinsous JH, Ruiz P, Millman RB (eds). Substance abuse. Comprehensive Textbook. Baltimore: Williams and Wilkins, 1992: 437-44.
4. Kasser C, Geller A, Howell E, Wartenberg A. Detoksifcation: principles and protocols. In: Miller NS (ed), Principles of Addiction Medicine. Chevy Chase: American Society of Addiction Medicine inc. 1997:1-51.
5. Hall W, Zador D. The alcohol withdrawal syndrome. Lancet 1997; 349: 1897-900.
6. Xian-Jue Hu, Ticku MT. Functional characterization of a kindling-like model of ethanol withdrawal in cortical cultured neurons after chronic intermitent ethanol exposure. Brain Research 1997;767:228-34.
7. Tsai GE, Ragan PD, Chang BS et al. Increased glutamergic neurotransmission and oxidative stress after alcohol withdrawal. Am J Psychiatry, 1998;155:726-40.
8. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Maranys CA, Sellers EM. Assesment of alcohol withdrawal: The Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). Br J Addiction 1989; 84: 1353-57.
9. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal. JAMA,1997;278:144-51.
10. Kasser C. The role of phenytion in the management of alcohol withdrawal syndrome. American society of Addiction medicine, 1994: 1-9.
11. Roy A, De jong J. Depression among alcoholics, relationship to clinical and cerebrospinal fluid variables. Arch Gen Psychiatry 1991; 48.
12. Schuckit MA. Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorder. Am J Psychiatry 1986;143:140-7.
13. Milčinski L. Samomorilnost pri alkoholikih in drugih odvisnikih. Psihoterapija 9.1982.
14. Hatsukami D, Pickens RW. Posttreatment depression in an alcohol and drug abuse population. Am J Psychiatry 1982;139:1563-6.

PRILOGA: DOPOLNJENA OCENA KLINIČNEGA STANJA BOLNIKA V PROCESU ODVAJANJA OD ALKOHOLA (CIWA-Ar)

Bolnik:

Pulz:

Datum:

Čas:

Krvni pritisk:

<p>SLABOST IN BRUHANJE:</p> <p>Vprašajte: Ali vam je slabo? Ali ste bruhalil?</p> <p>Opazovanje:</p> <p>0. <i>ni slabosti in bruhanja</i></p> <p>1. <i>rahla slabost brez bruhanja</i></p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4. <i>slabost se pojavlja v intervalih s siljenjem na bruhanje</i></p> <p>5.</p> <p>6.</p> <p>7. <i>stalna slabost, pogosto siljenje na bruhanje in bruhanje</i></p>	<p>MOTNJE ZAZNAVANJA RAHLEGA DOTIKA:</p> <p>Vprašajte: Ali čutite ščemet na telesu, imate občutek zbadanja, pekoč občutek ali občutek odrevenelosti? Ali imate občutek gomazenja pod kožo?</p> <p>Opazovanje:</p> <p>0. <i>nič</i></p> <p>1. <i>zelo rahel občutek srbenja, zbadanja, pekočega ali odrevenelosti</i></p> <p>2. <i>rahel občutek srbenja, zbadanja, pekočega ali odrevenelosti</i></p> <p>3. <i>zmeren občutek srbenja, zbadanja, pekočega ali odrevenelosti</i></p> <p>4. <i>zmerno močne halucinacije</i></p> <p>5. <i>močne halucinacije</i></p> <p>6. <i>zelo močne halucinacije</i></p> <p>7. <i>stalne halucinacije</i></p>
<p>TRESENJE (TREMOR):</p> <p>Roke v predročenu in prsti razširjeni</p> <p>Opazovanje:</p> <p>0. <i>nič tremorja</i></p> <p>1. <i>ni opazen, (za)čuti se ob dotiku prstov na prste</i></p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4. <i>zmerno, bolnikove roke so v predročenu</i></p> <p>5.</p> <p>6.</p> <p>7. <i>močno, bolnikove roke so v predročenu</i></p>	<p>MOTNJE V SLUŠNEM ZAZNAVANJU:</p> <p>Vprašajte: Ali se bolj zavedate zvokov okrog sebe? Ali so ti zvoki neprijetni? Ali vas plašijo? Ali slišite kaj, kar vas vznemirja? Ali slišite glasove, za katere veste, da jih ni?</p> <p>Opazovanje:</p> <p>0. <i>niso prisotne</i></p> <p>1. <i>zelo blag občutek neprijetnosti</i></p> <p>2. <i>blago neprijeten občutek ali strah</i></p> <p>3. <i>zmerno neprijeten občutek ali strah</i></p> <p>4. <i>zmerno hud neprijeten občutek ali strah</i></p> <p>5. <i>močne halucinacije</i></p> <p>6. <i>izjemno močne halucinacije</i></p> <p>7. <i>stalne halucinacije</i></p>

<p>PAROKSIZMALNO ZNOJENJE:</p> <p>Opazovanje: <i>0. ni opaznega znojenja</i> 1. 2. 3. 4. <i>opazne potne srage na čelu</i> 5. 6. 7. <i>oblivanje potu</i></p>	<p>MOTNJE VIDNEGA ZAZNAVANJA:</p> <p>Vprašajte: Ali se vam svetloba zdi premočna? Je barva drugačna? Ali vas boljijo oči? Ali vidite kaj, kar vas vznemirja? Ali vidite stvari, za katere veste, da jih ni?</p> <p>Opazovanje: <i>0. niso prisotne</i> 1. <i>zelo majhna občutljivost</i> 2. <i>majhna občutljivost</i> 3. <i>zmerna občutljivost</i> 4. <i>zmerno močna občutljivost</i> 5. <i>močne halucinacije</i> 6. <i>izjemno močne halucinacije</i> 7. <i>stalne halucinacije</i></p>
<p>ANKSIOZNOST:</p> <p>Vprašajte: Ali ste živčni?</p> <p>Opazovanje: <i>0. anksioznosti ni, sproščen</i> 1. <i>šibka anksioznost</i> 2. 3. 4. <i>zmerna anksioznost, obvladana, sklepamo na prisotnost anksioznosti</i> 5. 6. 7. <i>stanje enakovredno akutnim stanjem panike, kot jih lahko opazimo pri hudem deliriju ali akutnih psihotičnih motnjah</i></p>	<p>GLAVOBOL, OBCUTEK PRITISKA V GLAVI:</p> <p>Vprašajte: Ali imate drugačen občutek v glavi? Ali to čutite, kot da bi imeli obvezo okrog glave?</p> <p>Ne upoštevajte vrtoglavice ali oмотice, drugače pa ocenjujte resnost stanja.</p> <p><i>0. ni prisotno</i> 1. <i>zelo blago</i> 2. <i>blago</i> 3. <i>zmerno</i> 4. <i>zmerno močno</i> 5. <i>močno</i> 6. <i>zelo močno</i> 7. <i>izjemno močno</i></p>
<p>VZNEMIRJENOST:</p> <p>Opazovanje: <i>0. normalna aktivnost</i> 1. <i>malo nad normalno aktivnostjo</i> 2. 3. 4. <i>zmerna vznemirjenost in nemir</i> 5. 6. 7. <i>med razgovorom koraka po sobi ali močno opleta z rokami</i></p>	<p>ORIENTACIJA:</p> <p>Vprašajte: Kateri dan je danes? Kje ste? Kdo sem jaz?</p> <p>Opazovanje: 0. se orientira in je sposoben seštevati 1. ni sposoben seštevati ali ni popolnoma časovno orientiran (datum) 2. časovno ni orientiran (datum), moti se največ za 2 dneva 3. časovno ni orientiran (datum), moti se več kot za 2 dneva 4. prostorsko in /ali osebnostno neorientiran</p>

Seštevek: _____ (največ 67)

Sullivan et al. Br J Addiction 1989;84:1353-57.