LEKSYKON MŁODEGO PSYCHIATRY

17–18 LISTOPADA 2023
ŁÓDŹ

OD KAZUISTYKI DO STANDARDU

ORGANIZATOR grupa Conway

Przypadek 1

Granica świadomej zgody u pacjentów z otępieniem - artykuł 22 Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego.

Zuzanna Peła

Granica świadomej zgody na hospitalizację u pacjenta z otępieniem

Art. 22 ust. 2 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

Lek Zuzanna Peła

Art. 22 ust.2 Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego

- Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie lub osoby upośledzonej umysłowo

niezdolnej do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i leczenia

następuje po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.

- -> zmiana w 2005 roku,

„"W przypadku poważnych wątpliwości co do zdolności wyrażenia zgody przez osobę z zaburzeniami psychicznymi, odnotowuje się ten fakt w dokumentacji medycznej, którą przedstawia się sędziemu wizytującemu szpital"

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie

z dnia 2 marca 2017 r. VII SA/Wa 786/16

- Przepisy ustawy z 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego stanowią **lex specialis** do określonego w ustawie z 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta obowiązku wyrażenia zgody przez pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach

z dnia 27 czerwca 2013 r. I ACa 361/13

- **Zamknięte leczenie psychiatryczne prowadzi co najmniej do ograniczenia wolności pacjenta**,

jednakże w uzasadnionych sytuacjach jest ono konieczne z uwagi na jego dobro i potrzebę zapewnienia mu właściwej diagnostyki i leczenia.

Postanowienie Sądu Najwyższego
I CSK 402/08 LEX nr 560512

- Sąd powinien wykładać art. 22-29 ustawy z 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego ściśle i jako istotną dyrektywę swojego postępowania traktować wymóg, by **rozstrzygnięcie, które poweźmie, było celowe z punktu widzenia dobra i interesu osoby,** której dotyczy.

Otępienie

- **Wg ICD-10** :
- powodem otępienia jest organiczna choroba (uszkodzenie mózgu) najczęściej przewlekła i postępująca. Jest to zaburzenie nabyte i nie obejmuje niepełnosprawności intelektualnej Istotą otępienia są **zaburzenia funkcji poznawczych**, ale dla obrazu klinicznego otępienia typowe są również zaburzenia zachowania i emocji, wyrażające się m.in. zmianami w osobowości.
- **Wg ICD 11:**
- otępienie znajduje się w grupie zaburzeń neuropoznawczych
- Demencja charakteryzuje się obecnością znacznych upośledzenia w dwóch lub więcej obszarach poznawczych w stosunku do oczekiwanego, biorąc pod uwagę wiek jednostki i ogólny poziom funkcjonowania poznawczego przed chorobą (…), **nie ogranicza się do pamięci**
- Upośledzenia funkcji poznawczych nie można przypisać normalnemu starzeniu się i są one na tyle poważne, że znacząco zakłócają niezależność jednostki w wykonywaniu codziennych czynności.
- Zakłada się, że upośledzenie funkcji poznawczych można przypisać podstawowej nabytej chorobie układu nerwowego, urazowi, infekcji lub innemu procesowi chorobowemu wpływającemu na mózg, stosowaniu określonych substancji lub leków, niedoborom żywieniowym lub narażeniu na toksyny lub etiologii. może być nieokreślony

Pacjent 1.

- Pacjentka l.76 przywieziona przez rodzinę po udaremnionym **intencjonalnym przyjęciu leków w celach samobójczych.** Wg relacji rodziny – wielokrotne deklaracje rezygnacyjne na tle relacjonowanych dolegliwości bólowych.
- Raz hospitalizowana psychiatrycznie, leczona nieregularnie psychiatrycznie.
- Stan psychiczny: **Spokojna. Orientacja zachowana**. Na zadawane pytania odpowiada po linii, rozwlekle, dygresyjnie, wielowątkowo, lepkie tematycznie, bez uchwytnych zaburzeń treści myślenia. Nastrój obniżony, chwilami chwiejny, napęd adekwatny dla wieku i chorób współistniejących, afekt zalegający. Neguje omamy, nie sprawia wrażenia halucynacyjnej, neguje myśli i tendencje S. Obecne cechy organicznego uszkodzenia OUN, cechy zaburzonej wtórnie do nich osobowości.
- Zgoda na leczenie, przyjęcie za zgodą
- MMSE: 21/30, CDT: 9/10,
- Otępienie w stopniu lekkim oraz organiczne zaburzenia osobowości

Pacjent 2.

- Pacjent 78l, przywieziony do Szpitala po interwencji ZRM, **błąkał się po osiedlu** w samej bieliźnie, wszedł do bloku, w którym nie mieszka i nie wiedział, jak się tam znalazł, twierdził, że wojsko go dostarczyło w miejsce zdarzenia, poszli dalej, a on został. Pacjent **zaniedbany higienicznie, ubrany nieadekwatnie** do warunków pogodowych. Wg ZRM=-> pacjent już kilka razy znajdywany błąkający się po osiedlu
- Hospitalizowany jednokrotnie psychiatrycznie (F06.3). Leczy się w POZ, nie leczy się psychiatrycznie, przyjmuje **Nasen** 1 tabl czasami na wieczór
- W IP: obecnie pacjent **pogodny, spokojny, prawidłowo podaje dane osobowe, siatka czasu zaburzona.** Całkowicie bezkrytyczny względem wczorajszych wydarzeń, przekonany, że razem z wojskiem robił ozdoby. Wypowiedzi po linii pytań, bez ewidentnych treści urojeniowych. Pacjent z cechami organicznego uszkodzenia OUN – dygresyjny, wielowątkowy, lepki tematycznie. W obrazie klinicznym **widoczne deficyty funkcji poznawczych**. W chwili obecnej nie sprawia wrażenia halucynującego, przeczy omamom. Neguje myśli i tendencje S .
- Zgoda na leczenie, przyjęcie za zgodą
- MSE: 24/30, CDT: 9/10 Badanie kontrolne, MMSE: 20/24, CDT: 7/10
- Otępienie w stopniu lekkim, pdp majaczenie w okresie przed hospitalizacją

Pacjent 3.

- Pacjent lat 84, skierowany z innego szpitala, gdzie przebywał w ramach SOR z powodu zaburzeń zachowania, był w domu agresywny, pobudzony, zjadał niejadalne przedmioty z podłogi.
- Do tej pory niehospitalizowany psychiatrycznie, leczony w PZP z rozpoznaniem depresji
- Przy przyjęciu pacjent **w utrudnionym kontakcie ze względu na zaburzenia funkcji poznawczych i niedosłuch**. **Niedoorientowany co do daty**. W nastroju obojętnym. Nie wypowiada spontanicznie treści urojeniowych. **Okresowo sprawia wrażenie halucynującego** wzrokowo. Neguje występowanie myśli samobójczych.
- Zgoda na leczenie, przyjęcie za zgodą
- Podczas pierwszego badania w Oddziale; Przytomny, **orientacja autopsychiczna prawidłowa, allopsychiczna zaburzona w czasie, prawidłowa w miejscu**, świadomość jasna, kontakt słowno-logiczny możliwy do nawiązania, nastrój obojętny, afekt spłycony, obecnie nie sprawia wrażenia halucynującego, urojeń nie wypowiada, myśli samobójcze neguje, nie przejawia czynnych zaburzeń zachowania, w dobrym stanie somatycznym. Możliwe falujące zaburzenia świadomości w okresie przedszpitalnym - okres ten pokryty niepamięcią.
- MMSE- 15/30,
- Zespół otępienny o nasileniu umiarkowanym

Pacjent 4.

- Pacjentka 72 letnia przewieziona z innego szpitala. Wg relacji córki od kilku dni **nie poznaje członków rodziny, dezorganizująca się w zachowaniu,** siedzi ubrana przy drzwiach gotowa do wyjścia, córka obawia się że chce uciec z domu. Córka podaje, że zaburzenia zachowania nasilają się w godzinach nocnych. Ponadto odmawia przyjmowania płynów i pokarmów oraz leków. W dniu przyjęcia pacjentka **pobudzająca się psychoruchowo**, **agresywna w stosunku do rodziny, splątana** - wezwano ZRM.
- Ostatnio hospitalizowana w Oddziale Paliatywnym wypisana z rozp. nowotworu płuc naciekającym opłucną, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, niewydolnością serca, cukrzycą typu II, niedoczynnością tarczycy.
- W IP : przytomna, odpowiada na pytania po linii, **orientacja autopsychiczna niepełna (błędnie podaje wiek), allopsychiczna niedokładna w miejscu, zniesiona w czasie,** nastrój obojętny, afekt nieco spłycony, nie sprawia obecnie wrażenia halucynujcej, neguje myśli i tendencje S.
- Zgoda na leczenie, przyjęcie z art. 22.2
- MMSE- 13/30,
- Otępienie w stopniu umiarkowanym

Pacjent 5.

- Pacjentka lat 78 skierowana do szpitala z SOR, przywieziona przez ZRM**, błąkając się na ulicy**.
- Dotychczas nie leczona psychiatrycznie. W wywiadzie: nadciśnienie tętnicze, przewlekła choroba niedokrwienna serca, choroba zwyrodnieniowa stawów.
- W IP pacjentka **prawidłowo podaje imię i nazwisko, myli wiek**, mieszka z córką, zięciem i wnukami, „ ale mnie dziś przewróciła", w trakcie badania rozmawia z nieobecnym mężczyzną, wydane mu polecenia, prowadzi z nim dialog, „ mamy razem spać, to mój przyjaciel, nie wiem gdzie ten pan pracuje", odpowiada na pytania mężczyzny, „ to nie powinno was interesować, ona musi zjeść, kto jest lekarzem" Wielomówna, w widocznym niepokoju, zaprzecza myślom samobójczym, **widoczne zaburzenia funkcji poznawczych. Pacjentka zaniedbana**. Brak informacji co do przyjmowanych leków
- Zgoda na leczenie, przyjęta w myśl art. 22.2
- MMSE-14/30,
- Otępienie w stopniu umiarkowanym

Pacjent 6.

- Pacjent 93 letni przywieziony do Szpitala przez ZRM wezwane przez przechodniów na przystanku MPK z uwagi na dezorganizację zachowania. "nie potrafi powiedzieć, gdzie mieszka, ani skąd się znalazł (...) podaje, że przyjechał na pogrzeb teścia. Podaje różne adresy głównie z wiosek w okolicy Kutna. Wielokrotnie pyta o to samo. "Gdzie moja czapka", mając ją na głowie". Pacjent podaje, że leczył się w tut. Szpitalu, brak danych w historii. Ubrany nie do końca adekwatnie. Dopytywany nie potrafił określić, gdzie jest, dlaczego przyjechał do Łodzi. Wywiad z pacjentem mało wiarygodny z uwagi na zaburzenie funkcji poznawczych. brak dokumentacji medycznej.
- W IP: "pacjent spokojny, pogodny. Podaje imię i nazwisko, nie jest w stanie określić, gdzie jest obecnie. **Orientacja auto i allopsychiczna zaburzone.** Na zadawane pytania odpowiada przeważnie po linii, chwilami niespójnie, nie zawsze logicznie. Kontakt słowno- logiczny nieco utrudniony z uwagi na niedosłuch. W obrazie klinicznym zauważalne deficyty funkcji poznawczych. Treści urojeniowych nie wypowiada, dopytywany neguje. Omamom przeczy, nie sprawia wrażenia halucynującego. Neguje myśli i tendencje S".
- Zgoda na leczenie, przyjęty w myśl art. 22.2
- MMSE- 6/30,
- zespół otępienny o nasileniu głębokim

Granica świadomej zgody

- Brak opublikowanych orzeczeń dot. Art. 22 ust.2

Świadoma zgoda

- Pacjent nie jest w stanie ze względu na swój stan zdrowia psychicznego wyrazić zgody na przyjęcie do szpitala ani uczestniczyć w procesie podejmowania decyzji co do leczenia

- Pacjent nie jest w stanie ze względu na stój stan zdrowia psychicznego i somatycznego **zrozumieć sytuacji przyjmowania do szpitala, celu hospitalizacji i konieczności leczenia**

Świadoma zgoda

- Zdolność do dokonania konkretnego wyboru spośród dwóch zjawisk
- Umiejętności oceny elementów trafnych, tj. obiektywnie pozytywnych dla pacjenta
- Zdolności do racjonalizacji wyboru,
- **Ogólnej umiejętności przyjmowania oraz rozumienia informacji**,
- **Zdolności rozpoznawania specyfiki sytuacji, w jakiej się znajduje** (tzn, wie np. że został przewieziony do szpitala w związku z konkretnymi zachowaniami, jakie miały miejsce),
- **Faktycznej zdolności do zrozumienia doświadczanego problemu** (dostrzeżenia konsekwencji podjętej przez siebie decyzji),
- Umiejętności połączenia uzyskanej informacji z działaniami związanymi z własnym stanem zdrowia.

Dyskusja - > granica świadomej zgody u pacjentów z otępieniem

- Obecnie brak dokładnej granicy świadomej zgody u pacjenta z otępieniem.
- Przesłankami, które należy ocenić są:

- Okoliczności hospitalizacji
- Stan świadomości
- Orientacja
- Stopień otępienia,
- Obecność objawów wytwórczych,

- Dziękuję Państwu za uwagę

Przypadek 2

Klozapina i duloksetyna, czy to połączenie może się udać?

Natalia Marszalec

KLOZAPINA I DULOKSETYNA, CZY TO POŁĄCZENIE MOŻE SIĘ UDAĆ?

LEK. NATALIA MARSZALEC

ODDZIAŁ XI

MAZOWIECKIE SPECJALISTYCZNE CENTRUM ZDROWIA W PRUSZKOWIE

PSYCHIATRYCZNA IZBA PRZYJĘĆ

24- letni pacjent, leczony psychiatrycznie od 2007r. został przywieziony do IP MSCZ celem przyjęcia do szpitala w trybie art. 29 UoOZP.
Pacjent od kilku lat nie wychodził z domu, zaniedbywał higienę, zastygał w różnych pozach, prowadził samorozmowy, ograniczał spożywanie posiłków, unikał kontaktów z innymi osobami, nawet członkami rodziny.

WYWIAD

- Leczony od 2007r. Psychiatrycznie , dotychczas hospitalizowany dwukrotnie w oddziałach psychiatrycznych dla nieletnich z różnymi rozpoznaniami : OCD, reakcje adaptacyjne pod postacią zaburzeń lękowych, indukowane zaburzenia urojeniowe, moczenie nocne i zanieczyszczanie (brak pełnej dokumentacji)
- Choroby somatyczne i stałe leki (-)
- Alkohol i SPA (-)
- Wywiad rodzinny obciążony schizofrenią - matka i siostra
- Kawaler, bezdzietny, mieszka z rodzicami.
- Wykształcenie średnie, po ukończeniu szkoły nie podejmował pracy zarobkowej.

PO PRZYJĘCIU DO ODDZIAŁU

Przy pierwszym badaniu w oddziale pacjent był badany przyłóżkowo ze względu na lęk przed opuszczeniem sali obserwacyjnej.

Stan psychiczny : Świadomość jasna, zorientowany autopsychicznie prawidłowo, allopsychicznie niedokładnie. W kontakcie trudnym, powierzchownym, wylękniony, w nastroju obojętnym, nieco spowolniały. Afekt blady. Na pytania odpowiadał pojedynczymi słowami. Urojeń samoistnie nie wypowiadał. MS, TS negował.

W ODDZIALE

W oddziale wdrożono leczenie **amisulpirydem do 800mg/d i olanzapiną do 20mg/d.**

Ze względu na duży lęk wymagał podawania benzodiazepin – clorazepatu do 20mg/d.

EFEKTY?

Pacjent w oddziale był izolujący się, zastygający w różnych pozach, mutystyczny,
zaniedbywał swoje potrzeby higieniczne, wymagał pomocy personelu pielęgniarskiego przy myciu się
(odprowadzony pod prysznic zastygał pod strumieniem wody).
Urojeń samoistnie nie wypowiadał, omamy negował.
Obserwowano duży lęk i niepokój, wymagał podawania benzodiazepin.

W wyniku wdrożonego leczenia nie uzyskano istotnej poprawy w stanie psychicznym pacjenta.

Po ok. 2 miesiącach hospitalizacji zadecydowano o wdrożeniu leczenia **klozapiną.**

KLOZAPINA

British Journal of Medical Practitioners, 2019, Volume 12 Number 2

BJMP 2019;12(2):a015

Combination Therapy for Treatment Resistant Schizophrenia

James Paul Pandarakalam

According to the most common definition of TRS, if patients present with persistent, moderate to severe, positive disorganization or negative symptoms together with poor social and work function over a prolonged period of time after at least 2 adequate trials of neuroleptic drugs, they may meet the criteria of having TRS. [11] A common agreement is that adequate drug treatment requires a duration of 4 to 10 weeks, a dosage equivalent to 1000 mg/d of chlorpromazine, and trials of 2 to 3 different classes of antipsychotic drugs. [12] The current treatment guidelines recommend 2 or more treatment trials of atypical antipsychotics at adequate dosages. Adequate response to treatment has been defined as at least a 20% reduction in symptoms as measured by rating scales. Typical antipsychotics can also be used for 4 to 6 weeks to screen for TRS.

CZY UZYSKALIŚMY WYSTARCZAJĄCĄ POPRAWĘ?

Przy włączaniu leku kontrolowano parametry życiowe i laboratoryjne,
obserwowano przejściową nieznaczną neutropenię.

Stan psychiczny pacjenta zaczął ulegać istotnej poprawie. Pacjent był bardziej chętny do rozmów z lekarzem, okresowo opuszczał swoją salę. Obserwowano znacznie mniejszy lęk i niepokój,
odstawiono benzodiazepiny i włączono pregabalinę.

Zwiększanie dawki leku kontynuowano do 300mg/d, uzyskując st. terapeutyczne leku 418,7 ng/ml.

Pacjent pozostawał jednak **nadal w obniżonym nastroju i napędzie, czas spędzał głównie w łóżku, musiał być motywowany przez personel do dbania o higienę i jedzenia.**

DALSZE KROKI W ODDZIALE

Z uwagi na istotnie obniżony napęd, nastrój i objawy negatywne zadecydowano o dołączeniu **duloksetyny.**

Po ok. 6 tygodniach stosowania leku w dawce 60mg/d uzyskano znaczną poprawę funkcjonowania pacjenta w oddziale przy dobrej tolerancji leku.

Pacjent **zaczął sam dbać o higienę, był bardziej chętny do rozmów, wychodził na spacery pod opieką terapeuty.**

WYPIS

Po 4 miesiącach hospitalizacji pacjent został wypisany w stanie optymalnej poprawy,
w nastroju i napędzie wyrównanym, bez cech ostrej psychozy,
zainteresowany podjęciem pracy po wypisie, leczeniem i swoją przyszłością.

Zalecane leki przy wypisie :

- Klozapina 100 mg 1-1-1
- Duloksetyna 60 mg 1-0-0
- Pregabalina 75mg 2-2-1

WĄTPLIWOŚCI TERAPEUTYCZNE

Można mieć wątpliwości, co do zasadności wprowadzenia klozapiny u pacjenta w trakcie pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej w wieku dorosłym.

Biorąc jednak pod uwagę kilkukrotną modyfikację farmakoterapii, wystąpienie objawów niepożądanych w trakcie wcześniejszego leczenia, brak poprawy klinicznej po dwóch miesiącach leczenia dwoma neuroleptykami w maksymalnych dawkach oraz obciążenie dziedziczne schizofrenią zadecydowano o wdrożeniu klozapiny.

WĄTPLIWOŚCI TERAPEUTYCZNE

U pacjenta w celu poprawy funkcjonowania istotne było leczenie objawów negatywnych. Ze względu na znacznie obniżony napęd, lęk i wycofanie zadecydowano o dołączeniu **duloksetyny** z dobrym efektem.

Z uwagi na dobrą reakcję na duloksetynę kontynuowano jej stosowanie, jednak również brano pod uwagę terapię lurazydonem lub kariprazyną.

Terapii tymi lekami nie wprowadzono w pierwszym rzucie leczenia objawów negatywnych z uwagi na długi czas stabilizacji farmakoterapii i oczekiwania na efekty oraz próbę uniknięcia stosowania większej ilości leków przeciwpsychotycznych.

KLOZAPINA + DULOKSETYNA?

Duloxetine as adjunctive treatment to clozapine in patients with schizophrenia: a randomized, placebo-controlled trial

Umberto Mico'[a], Antonio Bruno[a], Gianluca Pandolfo[a], Vincenzo Maria Romeo[a], Domenico Mallamace[a], Concetta D'Arrigo[b], Edoardo Spina[b,c], Rocco A. Zoccali[a] and Maria Rosaria A. Muscatello[a]

Antidepressant drugs have often been used as an augmentation strategy for those patients who have demonstrated a suboptimal response to clozapine. The present 16-week double-blind, randomized, placebo-controlled trial study aimed to explore the efficacy and tolerability of duloxetine add-on pharmacotherapy on clinical symptomatology and executive cognitive functioning in a sample of patients with treatment-resistant schizophrenia receiving clozapine. After clinical and neurocognitive assessments, the patients were randomly allocated to receive, in a double-blind design, at a dose of 60 mg per day of duloxetine or a placebo. A final sample of 33 patients completed the study. The results obtained indicate that duloxetine added to stable clozapine treatment showed a beneficial effect on the negative and general psychopathological symptomatology in a sample of treatment-resistant schizophrenic patients. With regard to executive cognitive functions, duloxetine augmentation of clozapine had no significant effects. The findings provide evidence that duloxetine augmentation of clozapine treatment is safe and well tolerated and may be of benefit for patients who are partially responsive to clozapine monotherapy. *Int Clin Psychopharmacol* **26:303–310** © **2011 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.**

International Clinical Psychopharmacology 2011, **26**:303–310

Keywords: augmentation, clozapine, duloxetine, schizophrenia

[a]Department of Neurosciences, Section of Psychiatry, Psychiatric and Anaesthesiological Sciences, [b]Department of Clinical and Experimental Medicine and Pharmacology, Section of Pharmacology and [c]Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), Centro Neurolesi 'Bonino-Pulejo', Messina, Italy

Correspondence to Dr Maria Rosaria A. Muscatello, Department of Neurosciences, Psychiatric and Anesthesiological Sciences, Policlinico Universitario Via Consolare Valeria, Messina 98125 Italy
Tel: +090 22212092; fax: +090 695136;
e-mail: mmuscatello@unime.it

Received 4 April 2011 **Accepted** 8 August 2011

WNIOSKI

- Przy wprowadzeniu duloksetyny u pacjentów stosujących klozapinę, należy pamiętać, iż **duloksetyna może zwiększać stężenie klozapiny we krwi.** Konieczne jest dostosowanie dawki i częstsze monitorowanie stężenia klopzainy we krwi w początkowych etapach farmakoterapii.

- Uzyskane wyniki badań oraz doświadczenie empiryczne wskazują, że duloksetyna dodana do stabilnej terapii **klozapiną wykazuje korzystny wpływ na negatywną i ogólną symptomatologię psychopatologiczną pacjentów ze schizofrenią lekooporną**.

- Połączenie to jest bezpieczne, dobrze tolerowane i może przynosić korzyści pacjentom, którzy częściowo reagują na monoterapię klozapiną.

DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ

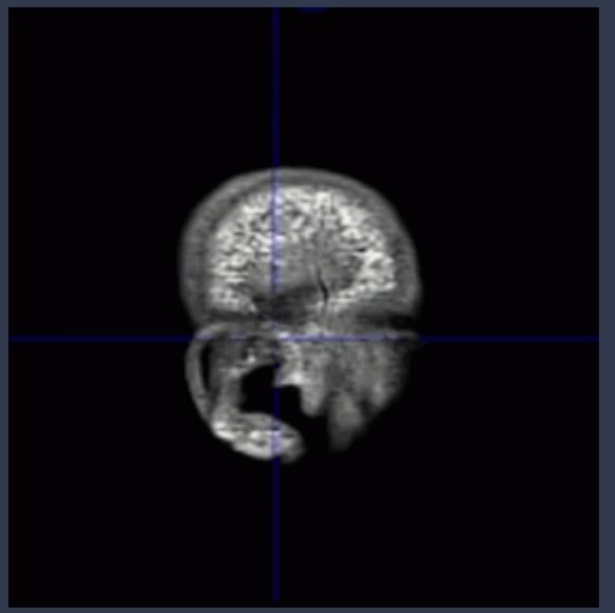
Przypadek 3

Terapia EW w przebiegu schizofrenii lekoopornej - dylematy prawne i terapeutyczne.

Robert Bartkiewicz

Terapia EW w przebiegu schizofrenii lekoopornej - dylematy prawne i terapeutyczne

Robert Bartkiewicz



Historia choroby

- ➔ Pacjentka, 50 lat, leczona psychiatrycznie od 2005r. z rozpoznaniem schizofrenii. Bez istotnych obciążeń internistycznych, neurologicznych, bez historii SPA, padaczki, urazów głowy.
- ➔ Hospitalizowana psychiatrycznie ok. 7-krotnie
- ➔ Pozostawała pod regularną opieką psychiatry. Leki przyjmowała wg zaleceń.
- ➔ **Obecne pogorszenie stanu psychicznego od ok. miesiąca pod postacią obniżenia nastroju, nasilenia niepokoju, myśli rezygnacyjne, kilkakrotnie zwiewne halucynacje słuchowe.**
- ➔ **W wywiadzie trudna sytuacja osobista.**
- ➔ Przyjmowane leki:
  olanzapina 0-0-20 mg
  aripiprazol 30-0-0 mg
  karbamazepina 200-0-0 mg
  hydroksyzyna 10-0-10 mg

Przebieg hospitalizacji

- ➔ Początkowo:
  odstawienie karbamazepiny
  wdrożona kariprazyna 1,5 mg
- ➔ Stan psychiczny pacjentki ulegał stopniowemu pogorszeniu - ujawniała urojenia winy, kary, ksobne, urojeniowo nastawiona do personelu, nastrój labilny, znaczne nasilenie lęku i niepokoju
- ➔ Dodatkowe obciążenia osobiste (śmierć teściowej, pobyt ojca w szpitalu)
- ➔ włączenie lamotryginy, odstawienie kariprazyny, włączenie haloperidolu.
- ➔ Mimo zastosowanej modyfikacji leczenia, przyjmowania przez pacjentkę 3 leków p/psychotycznych w maksymalnych dawkach stan pacjentki ulegał deterioracji. Pacjentka relacjonowała halucynacje słuchowe i wzrokowe. Potwierdzała myśli i zamiary “S”. Dokonała powierzchownych okaleczeń. Okresowo paralogiczna w wypowiedziach. Wymagała kilkukrotnego użycia przymusu bezpośredniego pod postacią zabezpieczenia 4-kończynowego.

Przebieg hospitalizacji

Badanie EEG i TK głowy - bez patologicznych zmian

"Wczoraj na oddziale powiesiła się przeze mnie pielęgniarka. Słyszałam zapinany worek. Dziś na obchodzie ma być telewizja w tej sprawie. Widziałam też jak doktor płacze z tego powodu. Pójdę do więzienia albo zostanę tu na zawsze. Wszyscy na mnie patrzą, wiedzą co zrobiłam"

"Wczoraj widziałam na podłodzę pacjentkę, która popełniła samobójstwo. Ja już nie wiem co jest prawdą, a co nie"

"Przeprowadzacie na mnie eksperymenty z haloperidolem"

Pacjentka cofnęła zgodę na hospitalizację. Hospitalizowana dalej w oddziale na mocy art. 28 UoOZP. Zaproponowano pacjentce zabiegi EW - pacjentka pozostawała ambiwalentna wobec zabiegów / brak możliwości uzyskania świadomej zgody.

Pacjentka zaczęła odmawiać przyjmowania płynów i pokarmów. Pojawiające się objawy katatoniczne.

I co dalej?

Art. 32 ust. 1 Ustawy o zawodzie lekarza *"Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, (…), po wyrażeniu zgody przez pacjenta."*

Art. 33. UoZL

1. *Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym.*
2. *Decyzję o podjęciu czynności medycznych w okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem.*

EW są traktowane jako zabieg podwyższonego ryzyka, dlatego gdy chory nie zgadza się na nie lub też nie może w naszej ocenie wyrazić na nie świadomej zgody, składamy wniosek o wydanie zgody na wykonanie zabiegów ze wskazań życiowych w sądzie rejonowym. Powinien on zawierać nazwę podmiotu leczniczego, który występuje z wnioskiem, dane osoby, u której chcemy wykonać EW oraz uzasadnienie wykonywania zabiegu.

Zwołano konsylium lekarskie składające się z 3 lekarzy specjalistów i podjęto decyzję o wykonaniu zabiegów EW ze wskazań życiowych. Sporządzono protokół wyższej konieczności oraz przesłano zawiadomienie do odpowiedniego sądu rejonowego.

Pacjentka przeszła pomyślnie kwalifikacje do zabiegów.

PROTOKÓŁ WYŻSZEJ KONIECZNOŚCI

Łódź dnia 04.05.2023

Po przeprowadzeniu badania psychiatrycznego, ocenie stanu somatycznego pacjenta oraz wnikliwej analizie dostępnej dokumentacji medycznej :

~~Pana~~/Pani*

....

~~Pacjenta~~/pacjentki * oddziału F .... Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łodzi

Konsylium lekarskie obraduje w dniu 04.05.2023 .... w składzie :

1. Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa ....
2. Ordynator/ Kierownik Oddziału ... .
3. Lekarz prowadzący .. ..
4. Kierownik Pracowni EW ....

Stwierdziło iż u ww. pacjenta/pacjentki* niezdolnego/-j do wyrażenia świadomej zgody na leczenie W formie pisemnej z powodu obecnego stanu psychicznego, pacjentka z znacznym niepokojem na podłożu doznań psychotycznych wymaga unieruchomienia, niewspółpracująca, wypowiada liczne treści urojeniowe, potwierdza głosy, otrzymuje przedłużone leczenie, powoduje znaczne ryzyko zachowań impulsywnych, autoagresywnych i samobójczych motywowanych treściami psychotycznymi.

Istnieją wskazania życiowe do wykonania cyklu zabiegów elektroterapii , tj. zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby ~~pacjentowi~~/pacjentce* niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Szczegółowe powody powyższej decyzji są następujące:

Aktualny stan psychiczny uzasadnia zastosowanie terapii elektrowstrząsowej ze wskazań życiowych w trybie pilnym. Znaczne ryzyko zachowań autoagresywnych, samobójczych motywowanych treściami psychotycznymi.

....

W związku z tym zdecydowano o rozpoczęciu leczenia za pomocą cyklu zabiegów elektroterapii oraz w dniu .... powiadomiono pisemnie właściwy sąd opiekuńczy o rozpoczęciu leczenia za pomocą cyklu zabiegów elektroterapii bez zgody pacjenta/pacjentki*.

Pieczątki i podpisy członków konsylium

*r.

Przebieg zabiegów

Na wykonanych 6 pierwszych zabiegów EW - tylko jeden skuteczny (trwający >30s).

Zadecydowano o zmianie stosowanego podczas zabiegu anestetyku z propofolu na etomidat.

Brak poprawy skuteczności zabiegów oraz nieznaczna poprawa kliniczna.

Po wykonaniu 11 zabiegu EW zdecydowano się na konsultację z kierownikiem pracowni EW -> zalecono podanie 300 mg teofiliny 30 minut przed zabiegiem oraz wydłużenie cyklu zabiegów do łącznej liczby 17.

Kolejne zabiegi w większości skuteczne, znaczna poprawa kliniczna pacjentki.

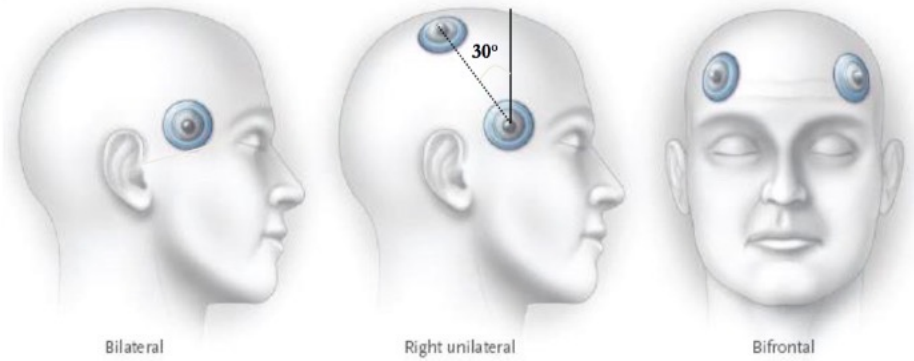
Teoria...

Próg drgawkowy zależy od:

- wieku,
- płci,
- ilości tkanki tłuszczowej,
- przyjmowanie leków przeciwpadaczkowych (benzodiazepiny!),
- rodzaju znieczulenia,
- stosowanego przyłożenia elektrod - standardowo dwuskroniowa stymulacja.

Co jeśli próg drgawkowy jest za wysoki?

- hiperwentylacja,
- zmiana stosowanego znieczulenia,
- ksantyny,
- restymulacja.



Teoria...

Standardowe wartości progu drgawkowego dla stymulacji bilateralnej wynoszą 50-250 mC.

Próg drgawkowy ustalany jest przez miareczkowanie ładunku elektrycznego.

Dlaczego miareczkowanie jest istotne?

Stosowanie wysokich wartości ładunku elektrycznego, istotnie przekraczających próg drgawkowy, przyczynia się do nasilenia niepożądanych objawów poznawczych.

Mechanizm działania ECT:

- teoria neurotropowa - zwiększona neurogeneza w zakręcie obręczy i hipokampie,
- klasyczna teoria monoaminowa,
- teoria neuroendokrynna,
- teoria antykonwulsyjna

Dalsza historia pacjentki

Pacjentka wypisana do domu po 1 zabiegu przypominającym w poprawie stanu psychicznego na poniższych lekach

olanzapina 0-0-20 mg
aripiprazol 30-0-0 mg
haloperidol 5-5-5 mg

Pacjentka stawiła się na 5 kolejnych zabiegów przypominających. Pozostawała w utrzymującej się stabilniej poprawie stanu psychicznego. Zalecone leki przyjmowała. Bez istotnych DN stosowanego leczenia farmakologicznego oraz długotrwałych DN zabiegów EW.

Okres ostrej psychozy pokryty niepamięcią.

Wątpliwości

Czy zastosowane leczenie farmakologiczne było adekwatne do stanu psychicznego pacjentki?

Czy postępowanie prawne było poprawne i uzasadnione?

Jakie leki przeciwlękowe, sedujące można doraźnie podać w trakcie zabiegów EW?

Dziękuję za uwagę

Przypadek 4

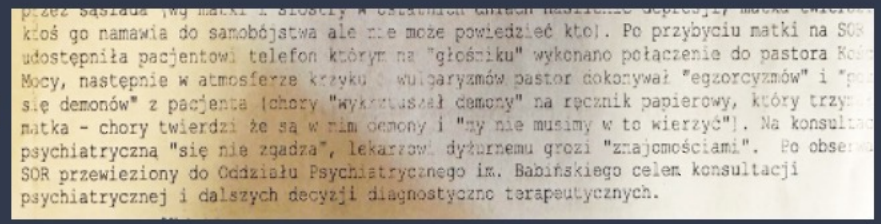
Schizofrenia prosta-pułapki diagnostyczne.

Robert Bartkiewicz

Schizofrenia prosta – kontrowersyjna diagnoza?

Robert Bartkiewicz

Historia choroby



(...) Po przybyciu matki na SOR udostępniła pacjentowi telefon, którym na "głośniku" wykonano połączenie do pastora Kościoła Mocy, następnie w atmosferze krzyku i wulgaryzmów pastor dokonywał "egzorcyzmów" i "pozbył się demonów" z pacjenta (chory "wykrztuszał demony" na ręcznik papierowy, który trzymała matka - chory twierdzi te są w nim demony i "my nie musimy w to wierzyć").

Pacjent, lat 23, skierowany na psychiatryczną IP z SORu, gdzie przebywał z powodu zasłabnięcia. Dzień wcześniej wchodził na barierki balkonu, składał deklaracje suicydalne. Wymagał zastosowania przymusu bezpośredniego na SOR oraz w trakcie transportu.

Pacjent bardzo zaniedbany higienicznie, z wszawicą, wychudzony. Bezdomny przez uprzednie 2 tygodnie.

Leczony psychiatrycznie od wielu lat z rozpoznaniem uzależnienia od benzodiazepin (klonazepam, alprazolam), zaburzeń osobowości, zaburzeń lękowych i schizofrenii. Wcześniej dwukrotnie hospitalizowany psychiatrycznie i jednokrotnie detoksykacyjnie.

Negatywna historia epilepsji oraz urazów głowy.

Zalecone leki przyjmował nieregularnie w różnych dawkach.

W IP agresywny, pobudzony, zdezorganizowany w zachowaniu, w wypowiedziach absurdalny. Ewidentnych treści urojeniowych nie wypowiadał. Omamom przeczył. Negował myśli i zamiary samobójcze. Nie można wykluczyć dysymulacji. Przyjęty do szpitala w myśl art. 23 UoOZP ze względu na ryzyko zachowań zagrażających.

Przebieg hospitalizacji

W czasie pierwszego badania pacjent znacznie spowolniony psychoruchowo, odpowiedzi odroczone, okresowo nie po linii, zubożałe, ześlizgi myślowe, otamowania. Wypowiedzi udziwnione, stereotypowe, dereistyczne. W oddziale w zachowaniu zdezorganizowany, zaniedbujący się higienicznie. Nastrój obojętny. Afekt blady. Dopytywany treści urojeniowych nie wypowiadał. Negował halucynacje i pseudohalucynacje. Do zdarzenia na SORze oraz przyczyn bezdomności odnosił się niejasno. “Miałem mieszkanie, ale nie mogłem w nim przebywać.” Negował myśli i zamiary suicydalne. Sen zaburzony.

Przy przyjęciu u pacjenta wdrożono substytucyjne leczenie diazepamem.

Przebieg hospitalizacji

W oddziale funkcjonował średnio. Raczej wycofany, nie nawiązujący spontanicznie relacji z innymi pacjentami, konfliktowy. Skłonny do zachowań gwałtownych. Podejrzliwy, okresowo napięty wobec personelu pielęgniarskiego. Zgłaszał lęk, niepokój, zaburzenia snu. Nie ujawniał cech czynnej psychozy.

Badanie EEG głowy - bez nieprawidłowości.

W trakcie rozmowy z sędzią na temat pobytu w szpitalu znacznie ambiwalentny wobec leczenia, abuliczny.

W trakcie hospitalizacji wdrożono:
karbamazepinę 200-0-200 mg (P=9,6 mikrog/ml),
olanzapinę 0-0-20 mg,
arypiprazol 30-0-0 mg,
okresowo doraźnie chlorprothixen.

Stopniowo, powoli odstawiono leki z grupy benzodwuazepin.

Przebieg hospitalizacji

Pacjent w oddziale pozostawał pod opieką psychologa. W badaniach psychologicznych bez istotnych klinicznie deficytów poznawczych wskazujących na niepełnosprawność intelektualną.

W trakcie hospitalizacji, po włączeniu leczenia farmakologicznego uzyskano stopniową poprawę stanu psychicznego:

- pacjent bardziej zadbany higienicznie, czysty, również w większym stopniu dbający o otoczenia.
- wypowiedzi bardziej spontaniczne, zborne, bez odroczenia, ześlizgi myślowe i otamowania rzadkie,
- pacjent zaczął nawiązywać powierzchowne relacje z innymi pacjentami.

Przebieg hospitalizacji

Ze względu na wcześniejsze epizody odstawiania leków, nieprzestrzegania zaleceń, braku compliance zaproponowano pacjentowi formę leczenia iniekcjami domięśniowymi o przedłużonym uwalnianiu co 28 dni (LAI), na co pacjent wyraził zgodę.

Podano pacjentowi preparat - 400 mg arypiprazolu, po czym pacjent przyjmował, wg zaleceń w ChPL, 15 mg arypiprazolu przez następne 14 dni. Po zakończonej doustnej terapii aripiprazolem w poprawie stanu psychicznego opuścił oddział psychiatryczny.

Nadal obecne rezydualne objawy choroby (blady afekt, stereotypowość wypowiedzi, zubożenie myślenia), częściowy wgląd w proces choroby zachowany, deklaratywnie chcący kontynuować leczenie.

ICD-10

F20.6

Schizofrenia prosta

Zaburzenie to odznacza się powolnym, lecz postępującym rozwojem dziwactw w sposobie zachowania i niezdolnością do spełniania wymagań społecznych oraz całościowym spadkiem sprawności. Charakterystyczne objawy negatywne schizofrenii rezydualnej (np. spłycenie afektu, brak woli) rozwijają się bez jakichkolwiek poprzedzających zauważalnych objawów psychotycznych.

ICD-11/ DSM-5

Objawy pozytywne nadal nie są niezbędne do postawienia rozpoznania schizofrenii.

Rezygnacja z podtypów schizofrenii.

Wątpliwości

Postrzeganie diagnozy schizofrenii prostej w współczesnej psychiatrii?

Ryzyko wystąpienia ostrej psychozy w przyszłości?

Jakie ewentualnie diagnozy różnicowe trzeba uwzględnić?

Dziękuję za uwagę.

Przypadek 5

Schizofrenia lekooporna - problematyka kliniczna..

Krzysztof Piotrowski

Leksykon Młodego Psychiatry 2023

Schizofrenia-lekooporna Problematyka kliniczna

lek. Krzysztof Piotrowski

Definicja

- Brak odpowiedzi klinicznej po zastosowaniu przynajmniej dwóch prób leczenia różnymi lekami przeciwpsychotycznymi
- w odpowiedniej dawce (ekwiwalent 600 mg Chlorpromazyny / dobę)
- przez odpowiedni czas (przynajmniej 6 tygodni)
- z zachowaniem współczynnika współpracy na poziomie – ok 80 %

Wywiad

- Pacjent lat 42
- Od wielu lat pod opieką psychiatryczną
- Kilkukrotnie hospitalizowany psychiatrycznie
- Nieregularna opieka w PZP
- W przeszłości leczony z różnymi rozpoznaniami : F20, następnie F42, F41.2 Od 3 lat ponownie leczony z rozpoznaniem F20
- Kawaler, bezdzietny, nigdy nie był w poważnym związku
- Wykształcenie wyższe, nieaktywny zawodowo ze względu na przebieg choroby
- Ukończył liceum muzyczne - fortepian
- Rencista
- Bez cech uzależnienia od alkoholu i innych SPA
- Nigdy nie podejmował prób samobójczych, nie dokonywał samookaleczeń, nie prezentował zachowań zagrażających
- Wywiad rodzinny – ojciec schizofrenia, uzależnienie od alkoholu, brat uzależniony od alkoholu

Okoliczności hospitalizacji

- Zgłosił się samodzielnie, bez skierowania z powodu pogorszenia stanu psychicznego.
- Pogorszenie utożsamiał z modyfikacją leczenia – włączenie Arypiprazolu – kilka miesięcy przed hospitalizacją.
- Powinien przyjmować:
  Arypiprazol 30-0-0 mg
  Olanzapina 0-0-10 mg
- Kilka tygodni przed hospitalizacją samowolnie odstawił Arypiprazol ze względu na działania niepożądane.

Leczenie w przeszłości

- Przyjmował wiele preparatów leczniczych, po wielu zgłaszał działania niepożądane:
- Arypiprazol- nasilenie myśli natrętnych, doznań psychotycznych,
- Lurazydon- akatyzja,
- Risperidon- zawroty głowy, omdlenia,
- Ziprasidon- mowa bełkotliwa,
- Amisulpryd, Haloperidol- objawy pozapiramidowe- sztywność, drętwienie kończyn dolnych,
- Kwetiapina- dobra tolerancja, dobra odpowiedź
- Sertralina, Pregabalina, Klomipramina

Główne skargi pacjenta

- " Najbardziej dokuczają mi myśli bluźniercze. Nie mogę się im oprzeć. Dotyczą Boga. Nie chcę o tym mówić, a jestem osoba wierzącą, dlatego bardzo mi to dokucza. Mam takie stany, że toczę walkę. Jak się zagłębiam w siebie w myśli to czuję jakby ktoś mnie nadział na haczyk. Coś spina mnie w brzuchu. To co powiem wzbudza we mnie niepokój. Cały czas tak mam. Plus nie mogę używać słów, których chcę i próbuje je zamieniać na inne a potem mam wyrzuty sumienia."

Główne skargi pacjenta

- Dopytywany o omamy:
  „Sam nie wiem jak to z tym jest. To takie bardziej myśli, które przechodzą w formę podszeptów, czasem coraz głośniejszych czasem zupełnie cichutkich. One nakazują mi robić różne rzeczy albo rozmawiają o mnie, a kiedy się do tego nie dostosuję to nasilają się. Mówią mi różne rzeczy przez co nie mogę się skupić np: ostatnio jak jechałem tramwajem rzeczy typu - spocisz się, wysiądź, zrób to zrób tamto. Jak się nie dostosuję to staje się to nie do zniesienia, dlatego staram się słuchać."

Obraz kliniczny

- myśli natrętne o charakterze bluźnierczym,
- lęk, niepokój,
- pseudohalucynacje słuchowe- głosy komentujące, nakazujące,
- urojenia religijne, winy, ksobne, prześladowcze, nasyłania myśli,
- objawy negatywne choroby podstawowej: anhedonia, apatia, abulia, zaburzenie codziennego funkcjonowania, zubożenie emocjonalne,
- brak wglądu w prezentowany charakter objawów

Diagnoza

Schizofrenia

Wątpliwości / trudności kliniczne

- Mierna odpowiedź na leczenie neuroleptykami, okresy długotrwających nieleczonych zaostrzeń
- Liczne działania niepożądane przy stosowanym leczeniu, niechęć do stosowania leków
- Utrudniona współpraca w dyscyplinie leczniczej brak wsparcia ze strony rodziny
- Brak zgody na stosowanie preparatów w formie LAI
- Występowanie objawów pozytywnych i negatywnych choroby podstawowej
- Towarzyszące objawy obsesyjno-kompulsyjne

Leczenie

Leczenie

- Początkowo zwiększanie dawki stosowanej Olanzapiny, przy dawce 15-20 mg/d – skargi pacjenta na nadmierną sedację- odstawiono
- Włączono Kwetiapinę XR 400 mg/d
- Ze względu na przetrwałe objawy negatywne dodatkowo włączono Kariprazynę do 6 mg/d
- Wstępna poprawa, redukcja objawów pozytywnych, poprawa aktywności pacjenta

Działania niepożądane

Po ok 2 tygodniach od włączenia Kariprazyny:

- Istotnie wyrażone zaostrzenie doznań psychotycznych- uporczywie występujące pseudohalucynacje słuchowe, urojenia, silny lęk, niepokój, skłonność do podejmowania działań na tle pobudek psychotycznych
- Zaostrzenie spowodowało całkowitą destabilizacje funkcjonowania chorego.

Dalsza modyfikacja

- Odstawiono Kariprazynę
- Zdecydowano o włączeniu Klozapiny, stopniowym odstawieniu Kwetiapiny.
- Przy dawce Klozapiny 300 mg/d – niesatysfakcjonująca odpowiedź terapeutyczna
- Zdecydowano o konieczności włączenia terapii skojarzonej- zakwalifikowano pacjenta do zabiegów EW

EW

Działania niepożądane

- Pacjent przeszedł 9 zabiegów. Po konsultacji neurologicznej zdecydowano o odstąpieniu od kontynuowania leczenia elektroterapią, ze względu na wystąpienie łagodnych zaburzeń funkcji poznawczych.

- Po pewnym czasie zaburzenia funkcji poznawczych ustąpiły całkowicie, pacjent bez cech utrwalonych powikłań po zabiegach EW.

Poprawa stanu psychicznego

- Pomimo nieukończenia podstawowego cyklu zabiegów, po wdrożonym leczeniu elektroterapią i Klozapiną uzyskano istotną poprawę w zakresie nasilenia doznań psychotycznych oraz codziennego funkcjonowania pacjenta.
- Ze względu na utrzymujące się występowanie myśli natrętnych i kompulsji dodatkowo włączono Klomipraminę SR 0-0-75 mg.

Zastosowane leczenie

- Zabiegi EW- 9 zabiegów - 7 skutecznych, 1- wątpliwy, 1 - nieskuteczny- znaczna redukcja doznań psychotycznych.
- Klozapina max 300 mg/d tabl. doustnie- dobry efekt, dobra tolerancja
- Klomipramina max 75 mg/d tabl. doustnie - dobry efekt, dobra tolerancja

- Kwetiapina max 400 mg/d tabl. doustnie-odstawiono, modyfikacja leczenia
- Kariprazyna max 6 mg/d tabl. doustnie- zła tolerancja leku, istotne nasilenie doznań psychotycznych, odstawiono
- Olanzapina max 20 mg/d tabl. doustnie- nadmierna sedacja pacjenta, niezadowalający efekt leczenia, odstawiono
- Clonazepam max 4 mg/d inj. i.m. - odstawiono
- Clonazepam max 2 mg/d tabl. doustnie- odstawiono
- Lorazepam max 4 mg/d inj. i.m./ tabl. doustnie- odstawiono
- Hydroksyzyna max 60 mg/d tabl. doustnie - odstawiono

Wypis

- Wypisany w poprawie:
  Spokojny w zachowaniu, bez zachowań agresywnych, autoagresywnych czy impulsywnych, bez myśli natrętnych, kompulsji. Nastrój i napęd wyrównane w istotnej poprawie. Omamy negował. Okresowo wypowiadał utrwalone urojenia o treści religijnej, nie podejmował działań na ich tle. Nie prezentował nowych objawów wytwórczych. Sen i apetyt w granicach normy. Stanowczo negował myśli i tendencje suicydalne.

Wnioski

- Możliwe wystąpienie istotnych działań niepożądanych także przy lekach przeciwpsychotycznych III generacji
- Należy pamiętać o odpowiednio wczesnym włączaniu Klozapiny
- Terapia skojarzona EW+ Klozapina jako jedyna skuteczna forma leczenia dla niektórych pacjentów
- Leczenie schizofrenii lekoopornej nadal pozostaje istotnym problemem i wyzwaniem klinicznym

Dyskusja

Przypadek 6

Modyfikacje leczenia choroby afektywnej dwubiegunowej w ciąży – co robić, aby nie zaszkodzić?

Szymon Florek

ŚLĄSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W KATOWICACH

MODYFIKACJE LECZENIA CHOROBY AFEKTYWNEJ DWUBIEGUNOWEJ W CIĄŻY – CO ROBIĆ, ABY NIE ZASZKODZIĆ?

LEK. SZYMON FLOREK
ZAKŁAD PSYCHOPROFILAKTYKI
KATEDRY PSYCHIATRII
WNM W ZABRZU

Plan prezentacji

1. Opis przypadku
2. Wątpliwości kliniczne – dyskusja
3. Wnioski

Czas trwania prezentacji: 20 min

Opis przypadku

- 34-letnia kobieta
- Ciąża II do porodu II 23 HBD
- Leczona psychiatrycznie przez 18 lat z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej

Opis przypadku

- 7-dniowa obserwacja na Oddziale Neurologii po dwukrotnym napadzie padaczki
- przekazanie do Oddziału Klinicznego Psychiatrii w Tarnowskich Górach
- Dotychczas 2-krotnie hospitalizowana psychiatrycznie, ostatni raz 4 lata przed omawianym przyjęciem

Opis przypadku

- Leczenie lamotryginą z dobrym skutkiem przed hospitalizacją na O. Neurologii
- Odstawienie lamotryginy z powodu ciąży przez lekarza prowadzącego
- Wdrożenie kwetiapiny do dawki 500 mg/d w O. Neurologii
- Przy przyjęciu pacjentka niespokojna, w zachowaniu niedostosowana, okres snu nocnego skrócony do maks. 3 godzin.

Opis przypadku

23 HBD	29 HBD	30 HBD	33 HBD	34 HBD	36 HBD
• 500 mg/d kwietiapiny • 100 mg/d lamotryginy	• 650 mg/d kwetiapiny • 150 mg/d lamotryginy	• 700 mg/d kwetiapiny • 150 mg/d lamotryginy • 5 mg/d haloperidolu	• 750 mg/d kwetiapiny • 150 mg/d lamotryginy • 7,5 mg/d haloperidolu	• 650 mg/d kwetiapiny • 150 mg/d lamotryginy • 10 mg/d haloperidolu	• 600 mg/d kwetiapiny • 125 mg/d lamotryginy • 12 mg/d haloperidolu

Opis przypadku

MATKA- PACJENTKA

- Po porodzie poprawa stanu psychicznego

- Tydzień po porodzie pacjentka konsultowana w psychiatrycznej IP z powodu drażliwości, agresji werbalnej, nadmiernego pobudzenia psychoruchowego (75 mg/d lamotryginy, 600 mg/d kwetiapiny, 12 mg/d haloperidolu)

NOWORODEK

- Noworodek płci męskiej, 10/10 pkt w skali Apgar.

- W 7. dobie hospitalizacji przekazany do Oddziału Patologii Noworodka z uwagi na nieprawidłowości w zakresie parametrów gazometrycznych oraz utratę masy ciała pomimo prawidłowego karmienia.
Wypisany z w/w Oddziału z rozpoznaniem zakażenia układu moczowego. **Brak związku dolegliwości z leczeniem matki.**

Wątpliwości kliniczne

1. Należy rozważyć zasadność obniżenia dawki lamotryginy z powodu ciąży. Jak wskazują dotychczasowe badania – w przypadku stabilnego stanu psychicznego nie jest to wskazane.

THE LANCET
Neurology

Volume 17, Issue 6, June 2018, Pages 530-538

Articles

Comparative risk of major congenital malformations with eight different antiepileptic drugs: a prospective cohort study of the EURAP registry

Prof Torbjörn Tomson MD [a b *], Dina Battino MD [c *], Erminio Bonizzoni PhD [d], John Craig MB [e], Prof Dick Lindhout MD [f g], Prof Emilio Perucca MD [h i], Prof Anne Sabers MD [j], Prof Sanjeev V Thomas MD [k], Prof Frank Vajda MD [l]
EURAP Study Group†

Show more

Wątpliwości kliniczne

2. Kwestią sporną pozostaje etiologia napadów padaczki u pacjentki – być może wynikały one z odstawienia lamotryginy, jednak w rozpoznaniu na karcie informacyjnej z Oddziału Neurologii umieszczono kod ICD-10:
G 96.8 Inne określone zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego.

Home › Drugs › Article

Lamotrigine

A Review of its Use in Bipolar Disorder

Adis Drug Evaluation | Published: 17 September 2012 | 63, 2029–2050 (2003)

Download PDF

Access provided by Polish Consortium ICM University of Warsaw

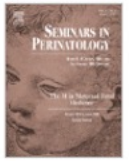
David R. Goldsmith, Antona J. Wagstaff, Tim Ibbotson & Caroline M. Perry

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU LECZNICZEGO

ELSEVIER

Seminars in Perinatology

Volume 37, Issue 4, August 2013, Pages 207-224



Seizures in pregnancy: Epilepsy, eclampsia, and stroke

Laura A. Hart MD [a], Baha M. Sibai MD [a b]

Wątpliwości kliniczne

3. Należy rozważyć, na ile zaburzenia snu były wywołane u pacjentki jej chorobą podstawową, a na ile przebiegiem ciąży.

Sleep Medicine
Volume 15, Issue 8, August 2014, Pages 853-859

Review Article

Chronic sleep loss during pregnancy as a determinant of stress: impact on pregnancy outcome

Laura Palagini [a], Angelo Gemignani [b], Susanna Banti [a], Mauro Manconi [c], Mauro Mauri [a], Dieter Riemann [d]

Show more

The American Journal of Psychiatry

Current Issue | Archive | About | Residents' Journal | AJP In Advance | Podcast | CME | Author Resources | Author and Reviewer Guidelines

Back to table of contents Previous Article Next Article

Reviews and Overviews

Full Access

Sleep Disturbance in Bipolar Disorder: Therapeutic Implications

David T. Plante M.D.John W. Winkelman M.D., Ph.D.

Published Online: 1 Jul 2008 | https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08010077

Wątpliwości kliniczne

4. Podczas hospitalizacji stosowano u pacjentki duże dawki leków o profilu sedującym, nie uzyskując jednak zadowalającego efektu klinicznego.
   Stan ten mógł być wywołany naturalnym przebiegiem choroby podstawowej, ciążą lub słabym działaniem leków.

Clinical Pharmacology & Therapeutics

Articles | Open Access

Treatment With Antipsychotics in Pregnancy: Changes in Drug Disposition

Andreas A. Westin, Malin Brekke, Espen Molden, Eirik Skogvoll, Ingrid Castberg, Olav Spigset

First published: 23 June 2017 | https://doi.org/10.1002/cpt.770 | Citations: 50

Wątpliwości kliniczne

Perinatal use of lurasidone for the treatment of bipolar disorder.

EXPORT ★ Add To My List © Request Permissions Database: APA PsycArticles Journal Article

Montiel, Catalina Newmark, Rebecca L. Clark, Crystal T.

Citation

Montiel, C., Newmark, R. L., & Clark, C. T. (2022). Perinatal use of lurasidone for the treatment of bipolar disorder. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 30*(2), 249–252. https://doi.org/10.1037/pha0000509

PHARMACOTHERAPY accp

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE | Open Access

Empiric dosing strategies to predict lamotrigine concentrations during pregnancy

Jessica M. Barry, Jacqueline A. French, Page B. Pennell, Ashwin Karanam, Cynthia L. Harden, Angela K. Birnbaum

First published: 20 July 2023 | https://doi.org/10.1002/phar.2856

Jessica M. Barry and Jacqueline A. French are co-first authors.

JOURNAL ARTICLE

Quetiapine dose optimisation during gestation: a pharmacokinetic modelling study FREE

Raj K S Badhan, Hannah Macfarlane

Journal of Pharmacy and Pharmacology, Volume 72, Issue 5, May 2020, Pages 670–681, https://doi.org/10.1111/jphp.13236

Published: 03 February 2020 **Article history**

Original Investigation FREE

February 14, 2022

Antiseizure Medication Concentrations During Pregnancy

Results From the Maternal Outcomes and Neurodevelopmental Effects of Antiepileptic Drugs (MONEAD) Study

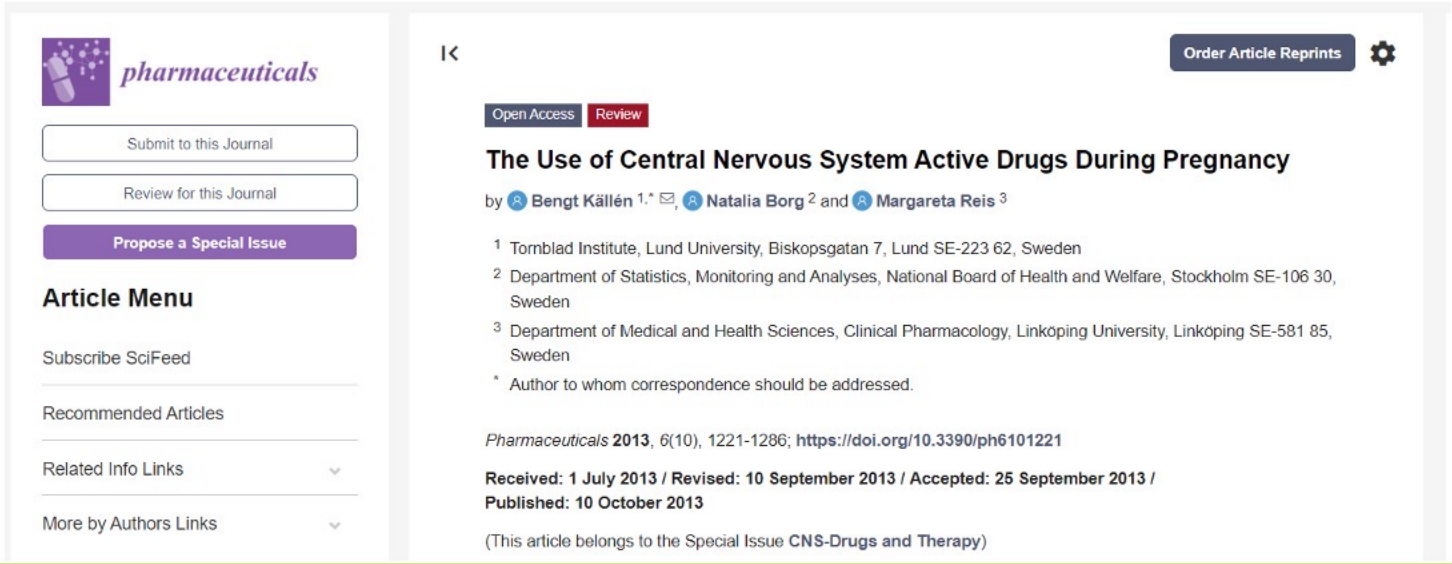
Page B. Pennell, MD[1,2]; Ashwin Karanam, PhD[3]; Kimford J. Meador, MD[4]; et al

Author Affiliations | Article Information

JAMA Neurol. 2022;79(4):370-379. doi:10.1001/jamaneurol.2021.5487

Wątpliwości kliniczne

5. Noworodek urodzony w stanie ogólnym dobrym został przekazany do dalszego leczenia do Oddziału Patologii Noworodka. W karcie informacyjnej z oddziału neonatologicznego umieszczono kod ICD-10: P04.1 Stan płodu i noworodka spowodowany stosowaniem innych leków u matki. Niemniej, niejasne jest, na ile nieprawidłowości te były związane z leczeniem pacjentki.



pharmaceuticals

Submit to this Journal

Review for this Journal

Propose a Special Issue

Article Menu

Subscribe SciFeed

Recommended Articles

Related Info Links

More by Authors Links

Order Article Reprints

Open Access Review

The Use of Central Nervous System Active Drugs During Pregnancy

by Bengt Källén [1,*], Natalia Borg [2] and Margareta Reis [3]

[1] Tornblad Institute, Lund University, Biskopsgatan 7, Lund SE-223 62, Sweden

[2] Department of Statistics, Monitoring and Analyses, National Board of Health and Welfare, Stockholm SE-106 30, Sweden

[3] Department of Medical and Health Sciences, Clinical Pharmacology, Linköping University, Linköping SE-581 85, Sweden

* Author to whom correspondence should be addressed.

Pharmaceuticals **2013**, *6*(10), 1221-1286; **https://doi.org/10.3390/ph6101221**

Received: 1 July 2013 / Revised: 10 September 2013 / Accepted: 25 September 2013 / Published: 10 October 2013

(This article belongs to the Special Issue **CNS-Drugs and Therapy**)

Jak przedstawiono wcześniej – dolegliwości noworodka nie wynikały z leczenia matki.

Wątpliwości kliniczne

6. Pacjentka zgłosiła się na psychiatryczną IP jednorazowo po porodzie, prawdopodobnie od tego czasu jej leczenie jest prowadzone ambulatoryjnie.

Perspectives

Full Access

Lamotrigine Dosing for Pregnant Patients With Bipolar Disorder

Crystal T. Clark, M.D., M.Sc., Autumn M. Klein, M.D., Ph.D., James M. Perel, Ph.D., Joseph Helsel, B.S., and Katherine L. Wisner, M.D., M.S.

Published Online: 1 Nov 2013 | https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13010006

Volume 170
Issue 11

November 2013
Pages 1240-1247

ELSEVIER

Epilepsy Research
Volume 85, Issue 1, July 2009, Pages 60-64

Prospectively assessed changes in lamotrigine-concentration in women with epilepsy during pregnancy, lactation and the neonatal period

Christina Fotopoulou [a], Rebekka Kretz [b], Steffen Bauer [c], J.C. Schefold [d], Bettina Schmitz [b], Joachim W. Dudenhausen [e], Wolfgang Henrich [e]

Wniosek

W przypadku prowadzenia terapii lekami, które nie mają potwierdzonego działania teratogennego należy rozważyć kontynuację leczenia nimi w trakcie ciąży.

Dziękuję za uwagę

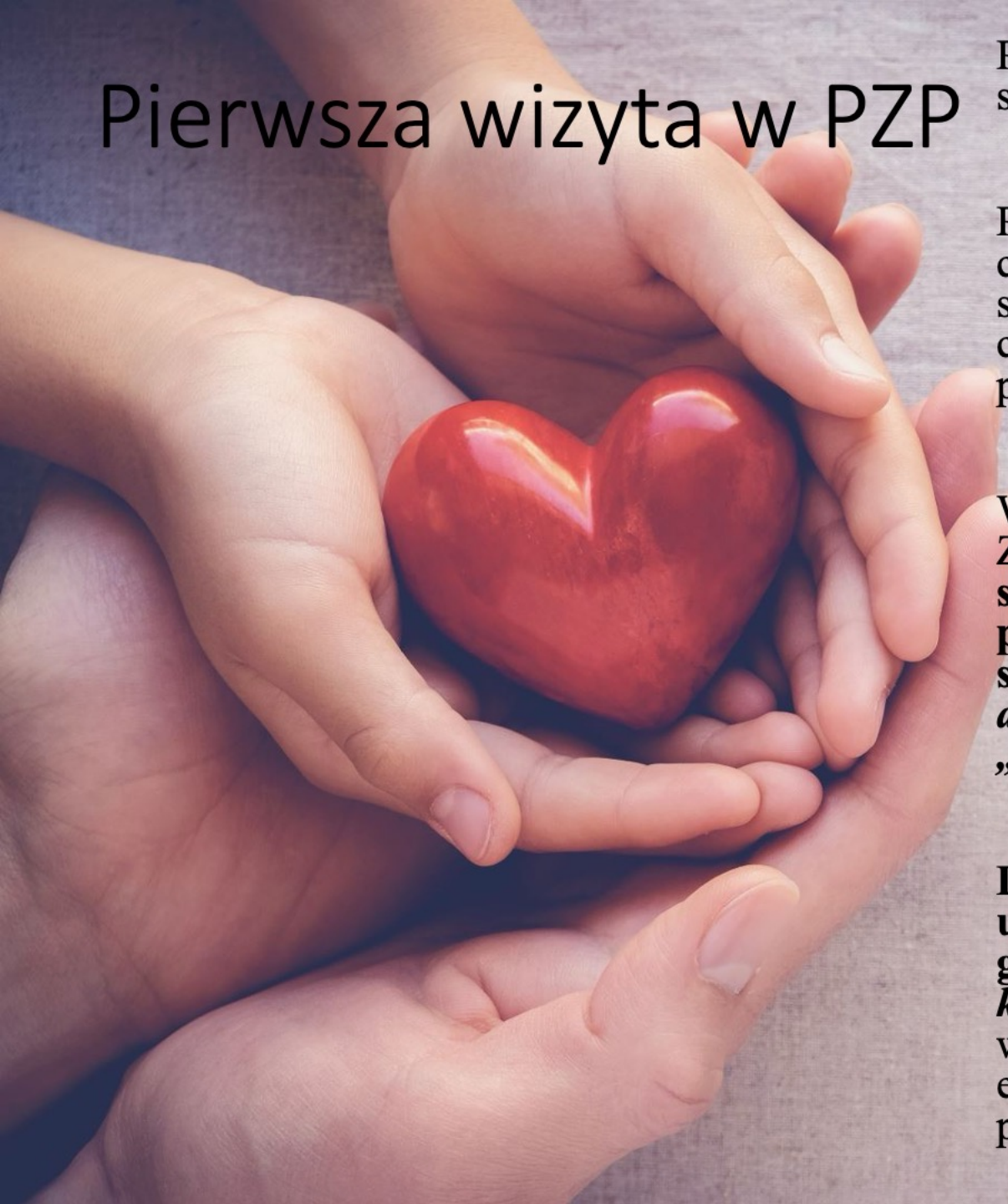
Przypadek 9

Boję się teraz wszystkiego - przypadek lęku uogólnionego po stracie ciąży.

Katarzyna Wachowska

„Boję się teraz wszystkiego”
lęk po stracie ciąży

Pierwsza wizyta w PZP



Pacjentka lat 24 zgłosiła się do poradni zdrowia psychicznego za sugestią lekarza POZ (po ok. 6 tygodniach).

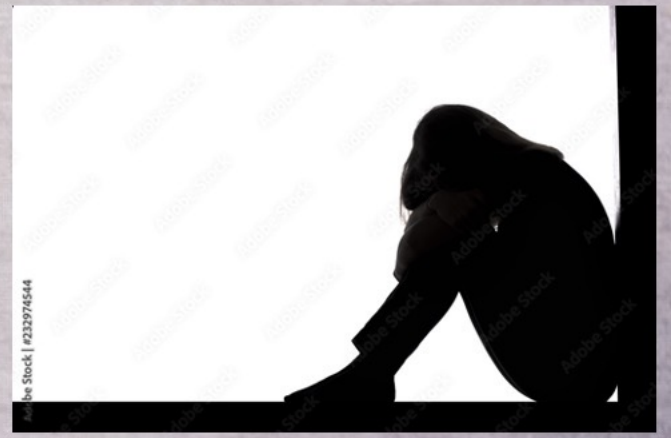
Pół roku przed konsultacją w PZP - poronienie w II trymetrze ciąży, trudna hospitalizacja ginekologiczna (początkowo były szanse, następnie kolejne badania wykluczyły tą możliwość, codziennie miała wykonywane USG które dokumentowało pogarszający się stan płodu).

W miesiącach po stracie ciąży pacjentka przebywała w domu na ZUS ZLA, odczuwając **ogólne osłabienie, wzmożoną senność, smutek i zamartwianie się. Mało aktywna, obawiała się powrotu do codziennych obowiązków. Okresowo wybudzała się w nocy z silnym uczuciem niepokoju, napięcia *„wychodzę z domu i wszystko sprawdzam, gaz, drzwi”*. Okresowo uczucie *„szumu” – „we mnie, wszędzie”*.**

**Dwukrotnie w przeciągu miesiąca doświadczyła silnego uczucia duszności, zatykania w klatce piersiowej, zawrotów głowy i uderzeń gorąca *„byłam pewna że umieram, że to koniec*” - zgłaszała się wówczas do SORów szpitali wielospecjalistycznych, gdzie miała wykonywane badania (EKG, echo serca, troponiny, badania laboratoryjne)– wykluczono podłoże somatyczne doznawanych objawów.

Stan psychiczny

Pacjentka zorientowana auto i allopsychicznie prawidłowo, bez zaburzeń świadomości. Wypowiedzi w linii pytań, wyczerpujące. Afekt syntymiczny z nastrojem. Nastrój obniżony, pacjentka relacjonowała lęk, niepokój, zamartwianie. Ewidentnych treści urojeniowych nie wypowiadała. Nie sprawiała wrażenia halucynujacej. Dopytywana przeczyła. Negowała myśli i tendencje s.



DGN

Zaburzenia lękowe z napadami lęku

Farmakoterapia wdrożona przez lekarza POZ ok. 6 tygodni przed konsultacją w PZP

- **Escitalopram 10mg** (lekarz POZ), częściowa poprawa
- Miała także zalecona **mirtazapinę (15mg)** od lekarza POZ, jednakże odstawiła nie mogła po niej zasnąć „*czułam napięcie niepokój*”.
- **lorazepam** doraźnie

Zalecenia z PZP

- skierowanie do **poradni psychologicznej** na diagnozę i psychoterapię
- **zwiększona dawka escitalopramu do 20mg/d**– wówczas ponownie przez kilka dni poczucie wzmożonego niepokoju, trudności z zaśnięciem.
- **dołączenie do farmakoterapii zamiast mirtazapiny – trazodonu** (75mg na wieczór)
- odstawienie lorazepamu!
- badanie eeg
- konsultacja neurologiczna ze względu na dodatni wywiad w kier licznych urazów głowy w przeszłości

Wizyta kolejna (2) w PZP po ok 4 tygodniach

- zalecone leki (**escitalopram 20mg i trazodon 25mg)** przyjmowała regularnie, tolerowała je dobrze (mniejszą dawkę trazodonu, obawia się DN).
- Relacjonuje niepełną poprawę w zakresie niepokoju, lęku. W okresie od ostatniej **wizyty 1 napad leku bezpośrednio w nocy po wizycie. W pierwszych dniach po uprzedniej wizycie nasilenie lęku i niepokoju, które minęło po ok 6 dniach, następnie subiektywne uczucie wyraźnej poprawy.**
- Poza tym w relacji pacjentki łatwiej jej także aktywizować się, wychodzić z domu. W nocy śpi lepiej po trazodonie. Przyjmuje regularnie 20mg escitalopramu i 1/3 trittico (a 75mg). Pacjentka relacjonuje dużą ostrożność w zwiększaniu dawki trazodonu, obawia się nadmiernej ilości leków
- **W oczekiwaniu na opiekę psychologiczną** – zgłosiła się do poradni, oczekuje na wyznaczenie terminu
- Zgodnie z zaleceniami całkowicie odstawiła alprazolam, bez obj odstawiennych
- EEG wykonane - zapis prawidłowy
- W oczekiwaniu na konsultację neurologiczną
- **Ciąża – neguje, ale przyznaje że nie jest pewna czy nie jest w kolejnej ciąży**

Wizyta kolejna w PZP (3) po ok tygodniu (nieplanowana)

Zorientowała się że jest w ciąży

Zgłosiła się celem modyfikacji leczenia. Relacjonuje okresowo niewielki niepokój, lęk, zamartwianie się głównie skoncentrowany wokół prawidłowego przebiegu ciąży, utrzymania jej. Przede wszystkim boi się wpływu leków na ciążę.

Podaje, że w ostatnim czasie nastąpiła całkowita redukcja napadów lęku

Omówiono z pacjentką możliwości terapeutyczne, możliwe działania wszystkich leków na rozwijający się płód

Po omówieniu z pacjentką, wspólnie z pacjentką zadecydowano o:

odstawieniu trazodonu,

redukcji escitalopramu do 10mg

dalszej obserwacji

Pilnej konsultacji psychologicznej, otoczenia pacjentki wsparciem (do tej pory oczekiwała na termin) – po interwencji udało się ustalić wizytę w ciągu tygodnia.

Wizyta kolejna w PZP (3) po ok tygodniu (nieplanowana) – stan psychiczny

Pacjentka zorientowana auto i allopsychicznie prawidłowo, bez zaburzeń świadomości. Pacjentka pogodna, relacjonuje dobre ogólne samopoczucie. Afekt syntymiczny z nastrojem. Nastrój w poprawie.

Wypowiedzi skoncentrowane wokół ciąży, wyraża nadzieję, że będzie przebiegała prawidłowo. W nocy sypia dobrze. Bez cech psychozy. Negowała myśli i tendencje s.

Dalsza historia

Pacjentka w kolejnych tygodniach bez konsultacji lekarskiej odstawiła całkowicie leki

Uczęszczała na spotkania z psychologiem

Do lekarza więcej nie przyszła

Ryzyko związane ze stosowaniem SSRI w ciąży

- Leki przeciwdepresyjne z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny są **uznane za zasadniczo dość bezpieczne*.**
- Jednakże ich stosowanie nie jest wolne od ryzyka!
- Stosowanie w okresie ciąży leków z grupy SSRI może się wiązać z: **większym ryzykiem nadciśnienia ciążowego matki, krwawienia u matki a w okresie okołoporodowym u noworodka – zespołem słabej adaptacji noworodka, przetrwałym nadciśnieniem płucnym (stosowanie SSRI w II połowie ciąży), porodem przedwczesnym, niższą masą urodzeniową, niższym wynikiem APGAR oraz większym ryzykiem hospitalizacji noworodka w OIT.**
- Opisywane są także **objawy odstawienne** u noworodków: drażliwość, nieustanny płacz, drżenia, zwiększone napięcie mięśniowe, problemy z karmieniem lub snem oraz działania niepożądane serotoninergiczne – drżenie, niepokój, sztywność mięśniowa.

*wyjątek stanowi PAROKSETYNA

Ryzyko braku leczenia ciężarnej

W leczeniu szczególnie dużą wartość ma **otoczenie kobiety wsparciem psychologicznym i psychoterapią.**

Nierozpoznane lub nieleczone zaburzenia psychiczne u matki w czasie ciąży **zagrażają zarówno kobiecie jak i dziecku**, mogą się bowiem wiązać z m.in. z porodem przedwczesnym, hipoglikemią noworodków, złymi wynikami neurorozwojowymi i zaburzeniami więzi. Do skutków okołoporodowych zalicza się anomalie łożyska, małe płody w stosunku do wieku ciążowego, dyskomfort płodu i poród martwy.

Negatywnie mogą także wpływać na komunikację i współpracę pacjentki z personelem medycznym, wtórnie zagrażając matce i dziecku.

Gdy kobieta planuje ciążę:

1. Omówienie z pacjentką **potencjalnego zagrożenia oraz korzyści związanych z odstawieniem lub przyjmowaniem leków** (takich jak nawrót choroby, działania teratogenne). Należy zwrócić pacjentce uwagę, że każda decyzja niesie pewne ryzyko.

2. Najbezpieczniejsze pod względem potencjału teratogennego jest unikanie przyjmowania jakichkolwiek leków w czasie I trymestru. Taka postępowanie może **wiązać się z ryzykiem nawrotu** choroby. Do rozważenia jest także kontynuowanie leczenia najmniejszą możliwą dawką (lub zamiana leku na inny o krótszym czasie półtrwania) do czasu potwierdzenia ciąży lub kontynuacja przyjmowania leku przez cały okres ciąży w najmniejszej możliwej dawce.

3. **Blisko 50% ciąż jest nieplanowanych - zawsze należy wziąć pod uwagę możliwość ciąży i wykonać test ciążowy przed rozpoczęciem potencjalnie teratogennej farmakoterapii kobietom w wieku rozrodczym.**

4. Jeżeli przyjmowany przez pacjentkę lek ma działanie teratogenne lub zachodzą takie podejrzenia należy **zamienić lek na bezpieczniejszy**.

5. Należy **unikać stosowania wielu leków** jednocześnie gdyż efekt szkodliwy dla płodu może się zwiększać.

6. Warto zwrócić pacjentce uwagę, że **część leków psychiatrycznych** ma negatywny wpływ na funkcje seksualne.

Nieplanowana ciąża

Nie panikować! Ocenić obiektywnymi metodami czy pacjentka jest w ciąży oraz oszacować - w miarę możliwości - wiek ciąży.

Przed 17. dniem ciąży – rozważyć przerwanie/zakończenie farmakoterapii; po 60. dniu ciąży - podjąć decyzję na spokojnie.

W miarę możliwości zmniejszyć dawkę.

Leki w dawkach subterapeutycznych lub substancje przyjmowane których stosowanie nie znajduje wskazań w Evidence Based Medicine – odstawić.

Nie odstawiać gwałtownie litu; ostrożnie zaprzestać przyjmowania niektórych leków przeciwdepresyjnych.

Wątpliwości

- Postępowanie z ciężarną/kobietą starającą się o ciążę – w tym przypadku należało się spodziewać że będzie chciała ponownie zajść w ciążę
- Czy można było zacząć działać na 2 wizycie? (pacjentka przypuszczała, że może być w ciąży)
- Krótki okres leczenia
- Wybrała całkowitą rezygnację z farmakoterapii
- Ryzyko na przyszłość?

Dziękuję za uwagę

Przypadek 10

Czy po szczepieniu przeciw HPV można rozwinąć psychozę? Przypadek organicznych zaburzeń urojeniowych u 46-letniej pacjentki.

Natalia Marszalec

CZY PO SZCZEPIENIU PRZECIWKO HPV MOŻNA ROZWINĄĆ PSYCHOZĘ? PRZYPADEK ORGANICZNYCH ZABURZEŃ UROJENIOWYCH U 46-LETNIEJ PACJENTKI

LEK. NATALIA MARSZALEC

LEK. BARTŁOMIEJ MIĄSEK

ODDZIAŁ XI

MAZOWIECKIE SPECJALISTYCZNE CENTRUM ZDROWIA W PRUSZKOWIE

PSYCHIATRYCZNA IZBA PRZYJĘĆ

46- letnia kobieta, dotychczas nieleczona psychiatrycznie, zgłosiła się na IP MSCZ z powodu pogorszenia stanu psychicznego i zdrowia somatycznego od 2 miesięcy, które według niej miało mieć swój początek 2 dni **po szczepieniu przeciwko HPV.**

AKTUALNE DOLEGLIWOŚCI W IZBIE PRZYJĘĆ

Według jej relacji, 2 dni po szczepieniu zaczęła doświadczać **drętwienia i mrowienia całego ciała, łącznie ze skórą twarzy i głowy.** Dodatkowo relacjonowała **„zanik mięśni”** (bez innych objawów świadczących o pogorszeniu sprawności mięśniowej.)

Inne objawy :

- zaburzenia pamięci (nie pamiętała wykonywanych wcześniej czynności, rozmów z klientami),
- zaburzenia snu,
- stopniowe wycofanie z życia zawodowego,
- nieradzenie sobie z codziennymi obowiązkami – nie była w stanie wykonywać podstawowych czynności domowych, zamieszkała ok. miesiąc temu z rodzicami

WYWIAD

- Deklaratywnie bez chorób przewlekłych (Czy na pewno?)
- Leki stałe (-) - w przeszłości **przez ok. 20 lat przyjmowała antykoncepcję hormonalną**
- Urazy głowy, napady padaczkowe w przeszłości (-)
- Alkohol, SPA (-)
- Wywiad rodzinny w kierunku chorób : Siostra dziadka ch. Alzheimera
- Rozwódka, bezdzietna. Mieszka sama. Obecnie w związku partnerskim na odległość od kilku miesięcy, wykonała szczepienie na HPV ze względu na wywiad infekcji HPV u obecnego partnera
- Wykształcenie wyższe, ukończyła studia na wydziale matematyki, MBA. Wysokofunkcjonująca, pracowała w korporacjach IT. Prowadzi od 10 lat własne studio pilatesu, jest trenerką pilatesu.

DWA TYGODNIE WCZEŚNIEJ….

- Diagnostyczna hospitalizacja dwudniowa w Oddziale Neurologii:

MRI – **nieokreślone zmiany naczyniopochodne OUN**

EMG - zaburzenia czucia skórnego pod postacią **tężyczki utajonej**.

Dodatkowo rozpoznano **nadciśnienie tętnicze.**

- W badaniu neurologicznym – bez objawów ogniskowego uszkodzenia OUN

- Wykluczono Zespół Guilliana- Barrego oraz boreliozę.

- Po dwóch dniach została wypisana z rozpoznaniami: **Obserwacja w kierunku podejrzewanych zaburzeń układu nerwowego (Z03.3) oraz Zaburzenia adaptacyjne (F43.2).**

W ODDZIALE OGÓLNOPSYCHIATRYCZNYM

- Pacjentka początkowo była izolująca się, nieufna.
- Relacjonowała problemy z orientacją przestrzenną w oddziale, twierdziła ,że nie potrafi nauczyć się topografii oddziału. Prosiła o odprowadzenie na salę.
- Wypowiadała **niekorygowalne treści urojeniowe o charakterze dysmorfofobicznym, hipochondrycznym, cenestetycznym oraz zubożenia.**
- **Potwierdzała myśli S z konkretnymi planami suicydalnymi.**

W ODDZIALE OGÓLNOPSYCHIATRCZYNYM

W oddziale wdrożono leczenie **olanzapiną 7,5mg/d** uzyskując już przy stosunkowo niewielkiej dawce redukcję lęku, niepokoju oraz **zmniejszenie zaangażowania emocjonalnego** w treści urojeniowe,

zaobserwowano **istotną poprawę funkcjonowania w oddziale i aktywizację pacjentki.**

DIAGNOSTYKA W MSCZ

- Ponownie wykonano MRI głowy - uwidoczniono **utrwalone zmiany naczyniopochodne niedokrwienne, leukoarajozę oraz cechy zaniku korowego** wyrażone poszerzeniem przestrzeni okołomózgowych na sklepistości
- Odchylenia w badaniach laboratoryjnych - wykryto **dodatnie IgG przeciwko EBV**
- EEG- zapis ze śladowymi zmianami uogólnionymi z zaznaczeniem przewagi w prawej półkuli mózgu i okolicy czołowo-ciemeniowej
- W USG Jamy brzusznej- **hepatomegalia** – wątroba powiększona, jednorodna, wystaje spod łuku na 6cm (bez zmian w bad. lab)

DALSZE KROKI W ODDZIALE

- Ze względu na niewyjaśnioną hepatomegalię zmieniono olanzapinę na **arypiprazol w dawce 15mg/d** uzyskując dalszą poprawę stanu psychicznego.

- Do leczenia ze względu na podwyższone wartości BP dołączono **bisprolol 1,25mg/d**

WYPIS

- Po 3 tygodniach hospitalizacji pacjentka została wypisana **z rozpoznaniem organicznych zaburzeń urojeniowych (podobnych do schizofrenii) – F06.2** z zaleceniami dalszej diagnostyki i opieki neurologicznej, internistycznej i psychiatrycznej.

- Stan przy wypisie : W jasnej świadomości, dobrym spontanicznym kontakcie słownym, nastrój i napęd wyrównane. Spontanicznie nie relacjonowała treści urojeniowych jednak, **po dopytaniu wypowiadała treści urojeniowe jak poprzednio, z mniejszym zaanagażowaniem emocjonalnym,** racjonalizowała je. Bez formalnych zab. myślenia. Omamy negowała, swoim zachowaniem nie zdradzała ich przeżywania. Przeczyła Ms i Ts.

PO WYPISIE

- Ponownie konsultowana neurologicznie - stwierdzono **nieznane podłoże organicznego uszkodzenia mózgu.**
- Nie zgłosiła się do poradni hepatologicznej.
- W PZP z uwagi na akatyzję zgłaszaną przez pacjentkę po arypiprazolu, zmieniono na rysperydon 2mg, bez poprawy klinicznej. Nie podejmowała pracy, nie jeździła samochodem, relacjonowała „pustkę w głowie". Spontanicznie nie wypowiadała urojeń.
- Utrzymywanie się obniżonego nastroju i napędu – dołączono duloksetynę 60mg/d oraz z uwagi na deklaratywnie utrzymującą się akatyzję zmieniono rysperydon na olanzapinę 7,5mg/d.
- Pacjentka po 3 miesiącach przestała pojawiać się na wizytach w PZP.

WĄTPLIWOŚCI KLINICZNE

- Zauważalną poprawę stanu psychicznego pacjentki obserwowano po włączeniu leczenia przeciwpsychotycznego ➡ dolegliwości relacjonowane przez pacjentkę są doznaniami psychotycznymi?

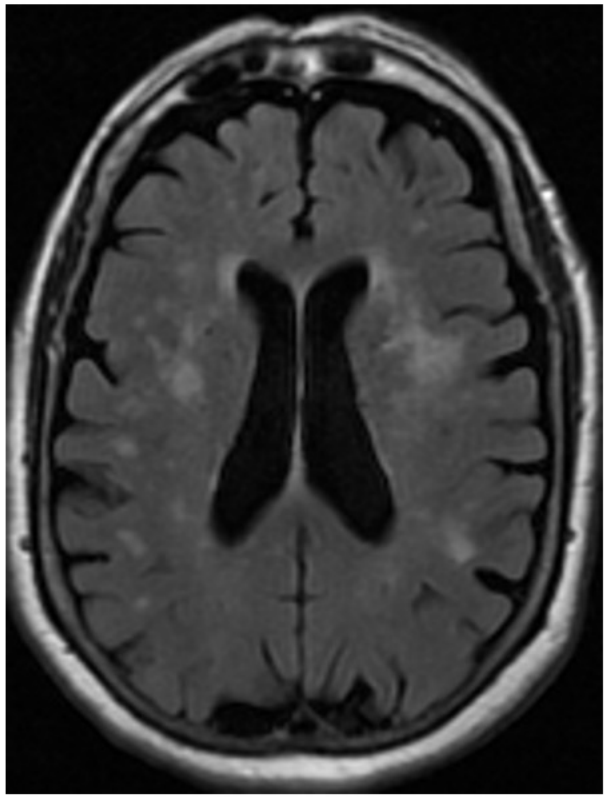
- Niewyrównane wartości BP i brak przyjmowania leków ➡ **utrwalone zmian naczyniopochodnych niedokrwienne OUN oraz leukoarajoza ➡ organiczne zaburzenia urojeniowe**

- Brak precyzyjnego wywiadu = nie można wykluczyć, iż może mieć to związek z uprzednio rozwijającymi się zaburzeniami psychicznymi, których początek trudno zdefiniować w czasie.

- Objawy somatyczne pod postacią drętwienia i mrowienia ciała mogą być występować w tężyczce utajonej, którą rozpoznano u pacjentki.

Dość krótka obserwacja pacjentki w szpitalu, spowodowana niechęcią do dłuższej hospitalizacji oraz wątpliwości kliniczne przemawiają za dalszą diagnostyką, obserwacją i różnicowaniem objawów z innymi jednostkami chorobowymi.

LEUKOARAJOZA



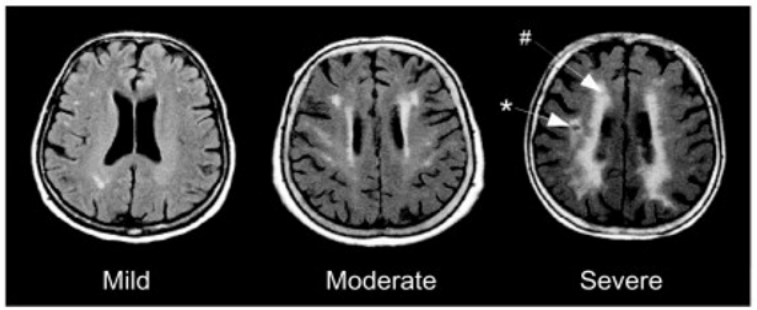
https://en.wikipedia.org/wiki/Leukoaraiosis#/media/File:Leukoaraiosis.jpg

- Pojęcie radiologiczne określające rozlane zmiany w istocie białej mózgu, zlokalizowane głównie wokół komór mózgu i wykrywane w badaniach obrazowych jako zmiany hipodensyjne w TK **oraz hiperintensywne w sekwencji T2 oraz FLAIR w MRI**.

- Jako czynnik patogenetyczny leukoarajozy proponuje się **przewlekły proces niedokrwienny np. spowodowany niewyrównanym NT.** Leukoarajoza może objawiać się deficytami neurologicznymi i **zaburzeniami funkcji poznawczych**.

- Leukoarajoza może być wczesnym stadium **Choroby Binswangera** (leukoencefalopatii podkorowej)

CHOROBA BINSWANGERA (LEUKOENCEFALOPATIA PODKOROWA)



Źródło: Blahak, 2015

- W chorobie Binswangera dochodzi do zwężenia i spadku przepływu krwi w drobnych naczyniach mózgu, gdzie również są zmiany miażdżycowe. Przyczyną jest **wieloletnie nieleczone lub źle kontrolowane NT** z epizodami istotnych spadków ciśnienia, prowadzące do **leukoencefalopatii i niszczenia istoty białej.**

Objawy :

- Wczesne zaburzenia chodu, niestabilność chodu, dyzartria
- Zespół pozapiramidowy : **sztywność mięśniowa, drżenie,** bradykinezja- spowolnienie ruchowe ;
- Zespół dysfunkcjonalny (deficyt funkcji wykonawczych): **planowania, formułowania celów, abstrakcyjnego myślenia, elastyczności, organizowania**, sekwencjonowania działania np. trudności z przygotowaniem posiłków, zarządzaniem finansami
- **Zaburzenia pamięci, zaburzenia zachowania, zaburzenia nastroju**

CZY OBJAWY MOGĄ MIEĆ ZWIĄZEK ZE SZCZEPIENIEM NA HPV?

W niewielu publikacjach próbowano powiązać czasowo występowanie nietypowych działań niepożądanych u pacjentek po szczepieniu na HPV, jednak taki ciąg przyczynowo- skutkowy bardzo jest kontrowersyjny i potrzebne są szersze badania na temat.

Clin Epidemiol. 2017; 9: 465–473.
Published online 2017 Sep 12. doi: 10.2147/CLEP.S135318
PMCID: PMC5602377
PMID: 28979164

Psychiatric conditions and general practitioner attendance prior to HPV vaccination and the risk of referral to a specialized hospital setting because of suspected adverse events following HPV vaccination: a register-based, matched case–control study

Tina Hovgaard Lützen,[1] Bodil Hammer Bech,[2] Jesper Mehlsen,[3] Claus Høstrup Vestergaard,[1] Lene Wulff Krogsgaard,[1] Jørn Olsen,[4] Mogens Vestergaard,[1] Oleguer Plana-Ripoll,[5] and Dorte Rytter[2]

▸ Author information ▸ Copyright and License information PMC Disclaimer

Being referred to an HPV center because of suspected adverse events after vaccination was associated with use of psychiatric medication and hospitalization due to a psychiatric disorder in the 5 years prior to HPV vaccination. Referrals were also associated with higher frequency of GP attendance and use of talk therapy or psychometric test in the 5 years prior to HPV vaccination. Although the study has identified these associations, other designs are needed to shed light on the causal mechanisms and directions behind the associations.

PREVENT CANCER with the HPV VACCINE

The Human Papillomavirus (HPV) is one of the most common sexually transmitted infections.

It can lead to cancer, including cervical cancer.

HPV

HPV-RELATED CANCERS
CAN BE EFFECTIVELY PREVENTED.

GIRLS & BOYS
CAN GET THE HPV VACCINE
for free as part of routine school vaccination programs.

The vaccine is given in: **2 DOSES, SIX MONTHS APART** in those under 15 years old;

3 DOSES for older individuals.

IT HAS PROVEN TO BE SAFE & EFFECTIVE.

In 2017, **ONE-THIRD** of grade 6 students were **NOT** immunized against **HPV**

CERVICAL CANCER

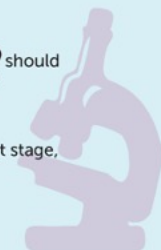
2019 ESTIMATE
190 People will be **DIAGNOSED** with **CERVICAL CANCER** & **45** People **WILL DIE FROM THE DISEASE** in B.C.

MOST PEOPLE diagnosed with cervical cancer **ARE BETWEEN THE AGES OF 30 & 60.**

ALL people who have engaged in sexual activity **ARE AT RISK** of **HPV-RELATED CANCERS.**

Women between the ages of **25-69** should be **SCREENED** for **CERVICAL CANCER EVERY THREE YEARS**

If cervical cancer is caught at its earliest stage, the chance of survival is more than **85%**



DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ

Przypadek 12

Interna, neurologia czy psychiatria- różne oblicza dysocjacji.

Anna Dunalska

INTERNA NEUROLOGIA czy PSYCHIATRIA?

różne oblicza dysocjacji

ANNA DUNALSKA

Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia w Pruszkowie

Warszawski Uniwersytet Medyczny

PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

PIERWSZA WIZYTA

marzec 2023

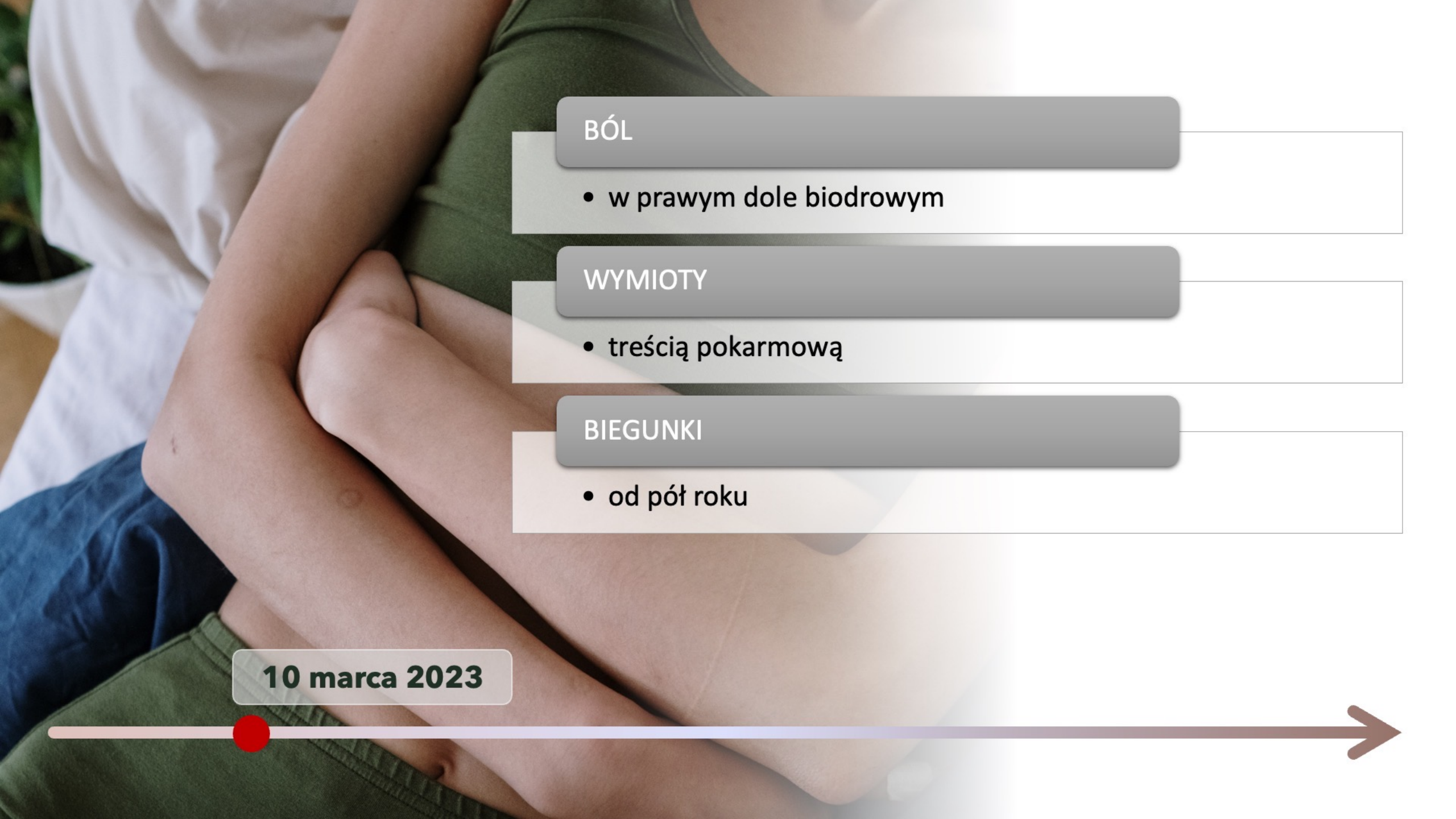
powód zgłoszenia-
podejrzenie czynnościowych zaburzeń neurologicznych

- drżenie
- osłabienie siły mięśniowej
- bóle mięśni
- zaburzenia chodu

marzec 2023

luty 2023

- uraz barku prawego w trakcie tańca
- USG: zapalenie mięśnia dwugłowego ramienia
- leczenie przeciwbólowe- diklofenak
- redukcja bólu, poprawa motoryki
- ból ramienia lewego i unieruchomienie w ortezie
- ból i drżenie mięśni czworogłowych ud, trudności w poruszaniu się, utrzymaniu równowagi oraz drżenie kończyn górnych



BÓL

- w prawym dole biodrowym

WYMIOTY

- treścią pokarmową

BIEGUNKI

- od pół roku

10 marca 2023

10 marca 2023
wizyta POZ
skierowanie na SOR
oddział chorób wewnętrznych
nieswoiste zapalenie jelit ?

kolonoskopia z pobraniem wycinków
brak odchyleń
gastroskopia
brak odchyleń
badanie ginekologiczne
brak odchyleń
10–15 marca 2023

napad bólu mięśni wybudzający ze snu

interwencja dyżurowa- doraźny lek przeciwbólowy

badanie przez lekarza prowadzącego

drżenie i ból przy aktywnym ruchu kończyn

brak odchyleń w trakcie ruchów biernych

redukcja objawów przy dystrakcji

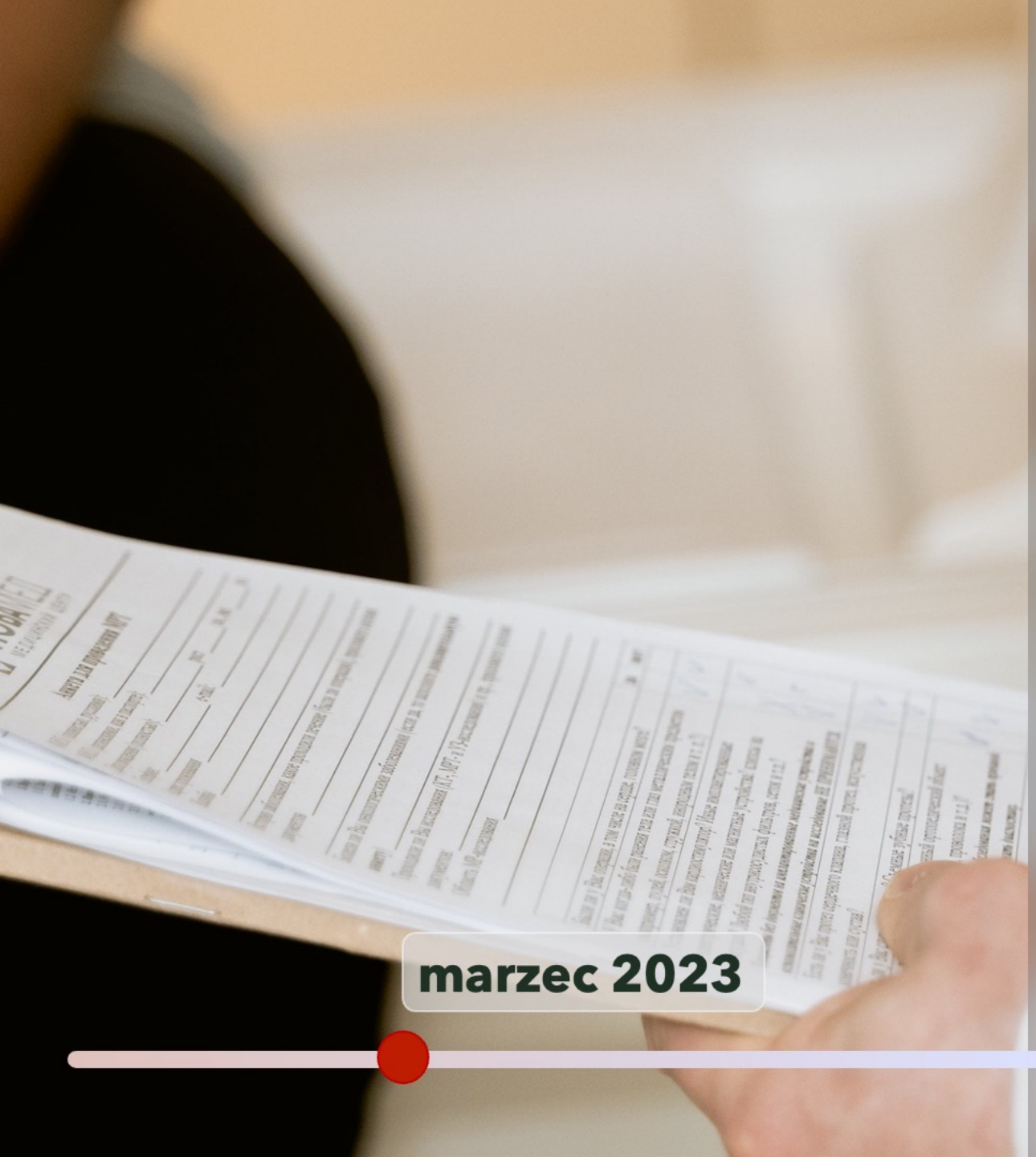
15 marca 2023

skargi na **ból** w okolicy mięśni czworogłowych ud i w okolicy stawu barkowego lewego

W badaniu neurologicznym:

- całościowo **obniżona siła mięśniowa**
- test Hoovera +/-
- **drżenie** kończyn górnych, P>L, o zmiennym nasileniu, podatne na sugestię
- **zaburzenia chodu**: chód niepewny, zaburzenia mniej wyrażone przy szybkim poruszaniu się

marzec 2023



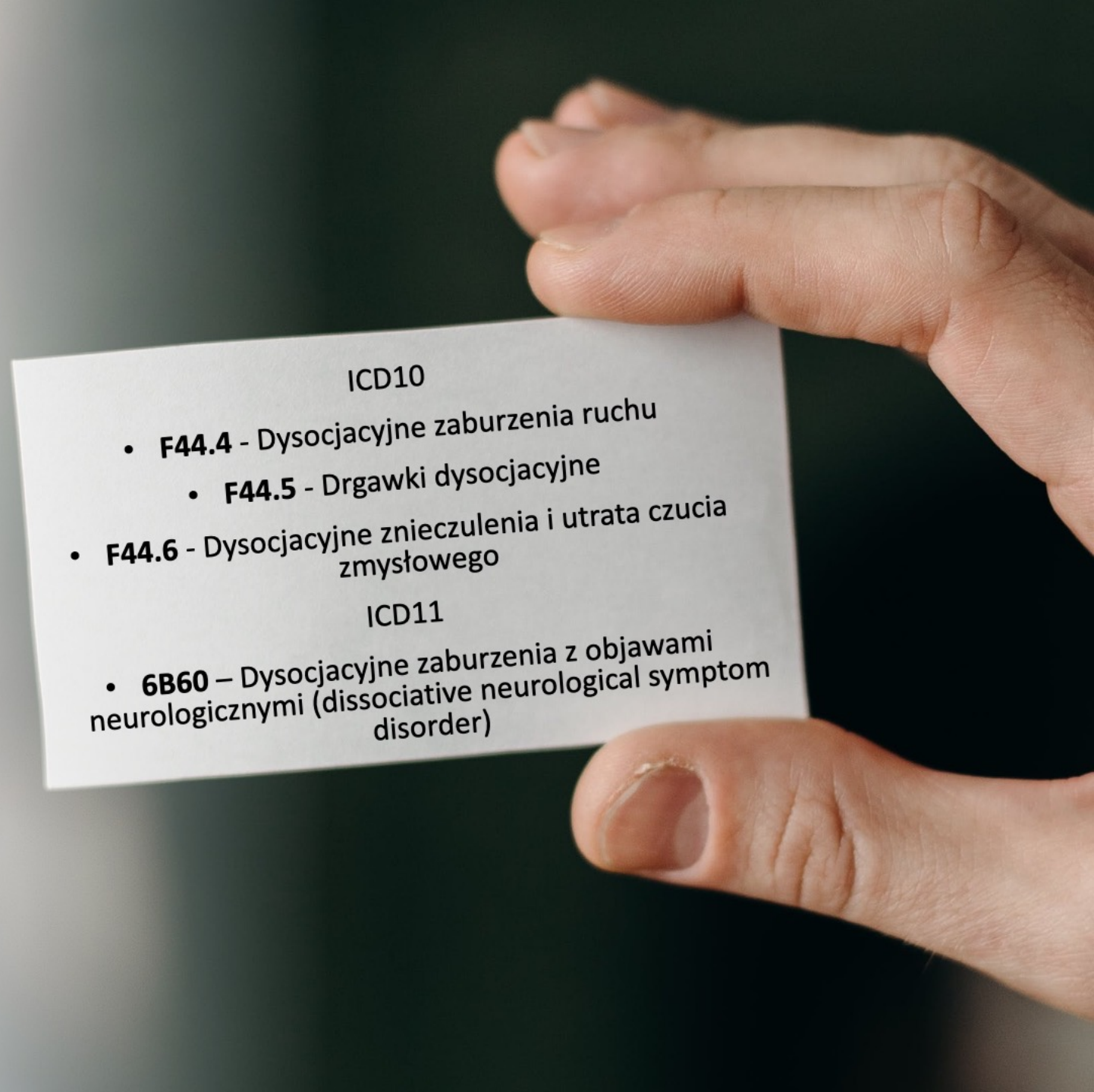
marzec 2023

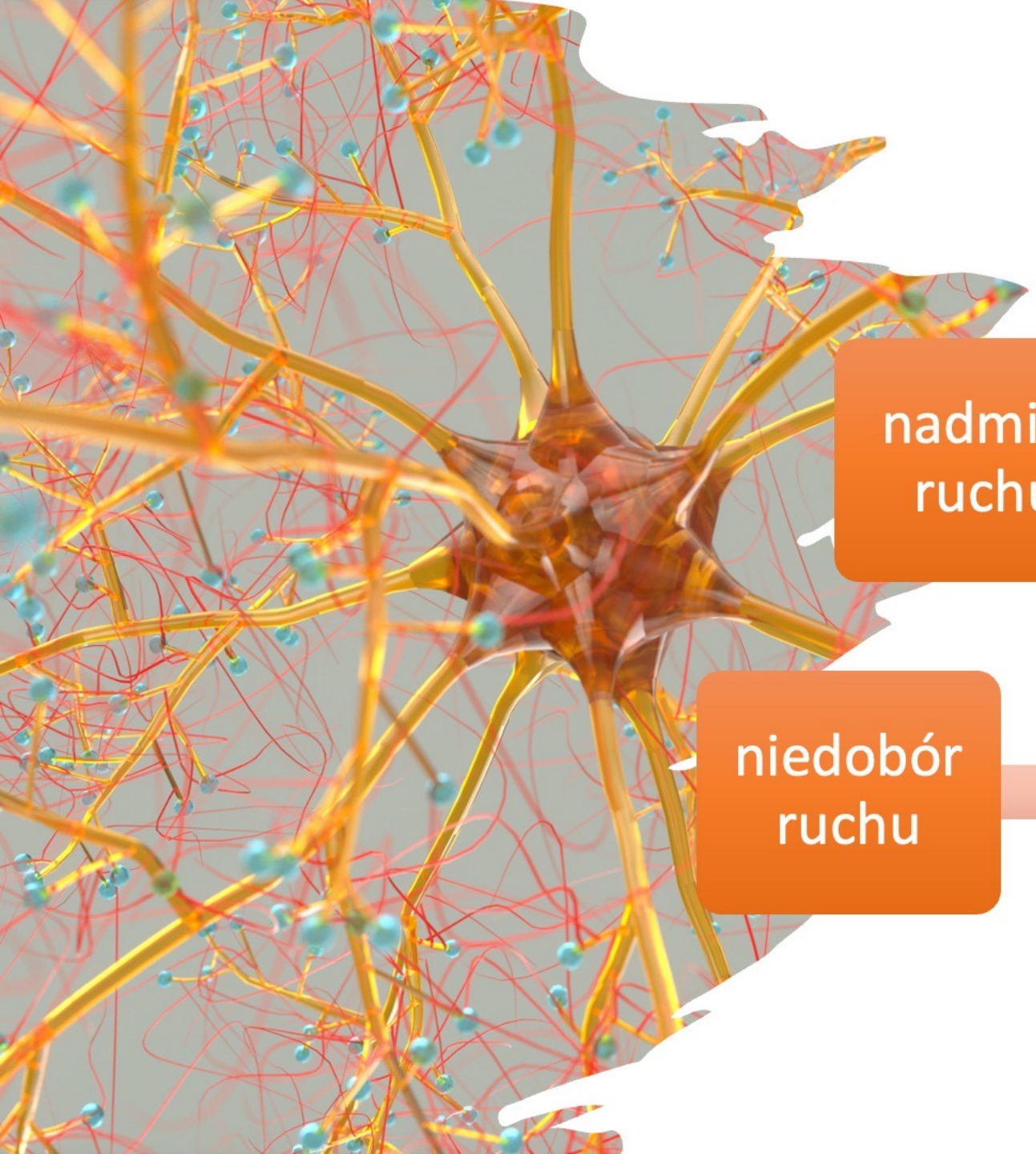
nastrój: *skołowanie,* obawy związane z niezrozumiałymi dolegliwościami
sen: zaburzony z powodu dolegliwości bólowych

Podczas rozmowy pacjentka była spokojna, dostosowana. Bez zaburzeń świadomości, wszechstronnie zorientowana. Kontakt słowno-logiczny prawidłowy. Nastrój wyrównany, afekt syntymiczny, prawidłowo modulowany, napęd w normie. Bez objawów niepokoju. Nie sprawiała wrażenia halucynującej. Nie wypowiadała myśli i tendencji S.

FND

- **objawy neurologiczne**
- **zmienne pod wpływem dystrakcji i specjalnych manewrów**
- **niespójne z obecnie znanymi chorobami neurologicznymi**





zaburzenia osiowe

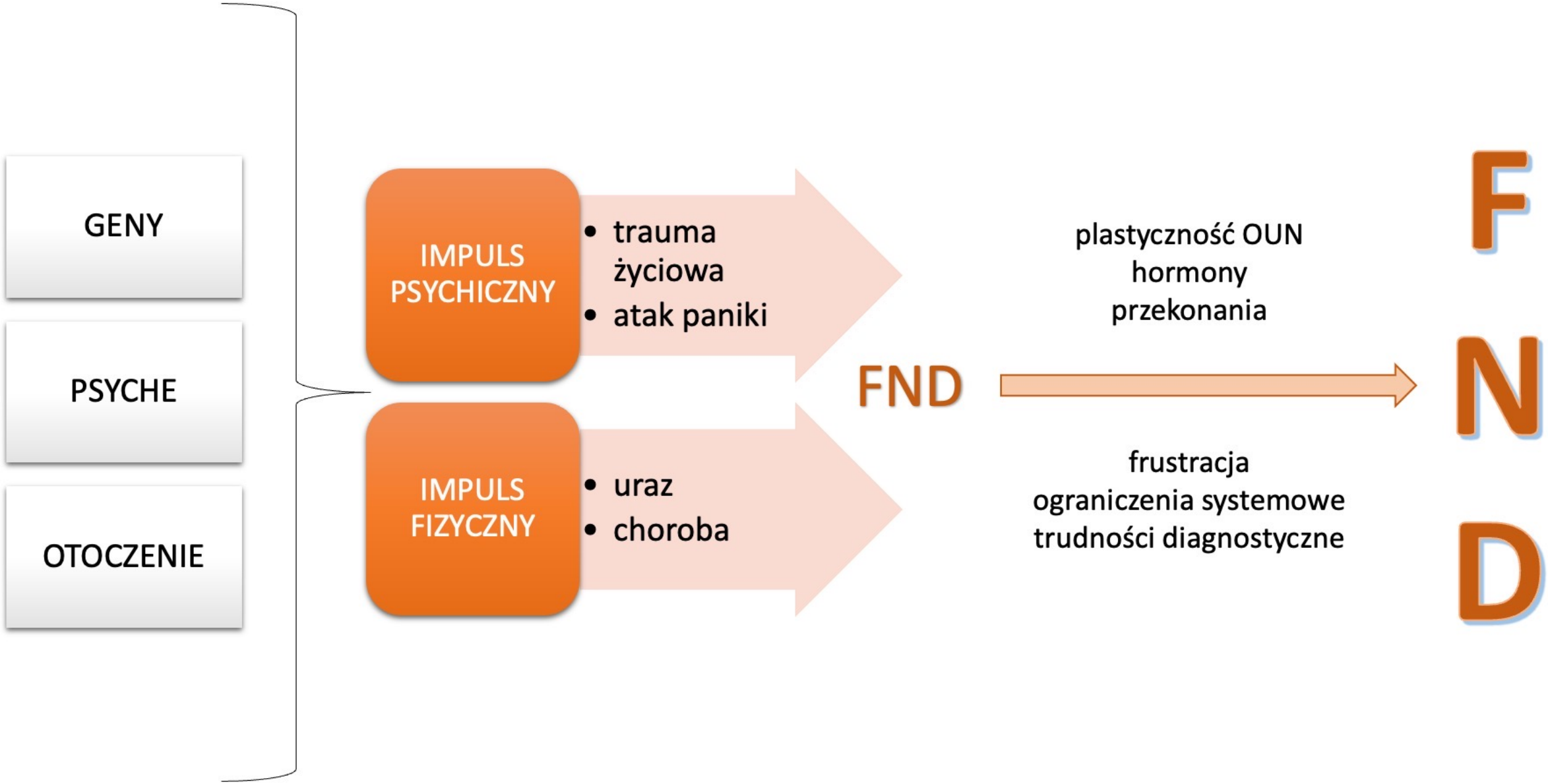
nadmiar ruchu

zaburzenia czuciowe

niedobór ruchu

CZYNNOŚCIOWE ZABURZENIA NEUROLOGICZNE

napady


GENY
PSYCHE
OTOCZENIE
IMPULS PSYCHICZNY
• trauma życiowa
• atak paniki
IMPULS FIZYCZNY
• uraz
• choroba
FND
plastyczność OUN
hormony
przekonania
frustracja
ograniczenia systemowe
trudności diagnostyczne
F
N
D

pogorszenie funkcjonowania

- objawy depresyjne: spadek nastroju, anergia, abulia, anhedonia, zaburzenia snu, apetytu
- izolacja społeczna, trudności w nauce
- omdlenia

I próba S i hospitalizacja

- stan po samozatruciu lekami
- diagnoza: epizod depresyjny
- leczenie: mianseryna, następnie sertralina

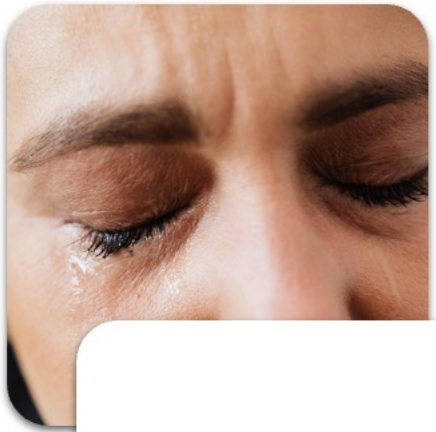
II próba S w trakcie hospitalizacji

- poprzez powieszenie

2000r. **2010r.**

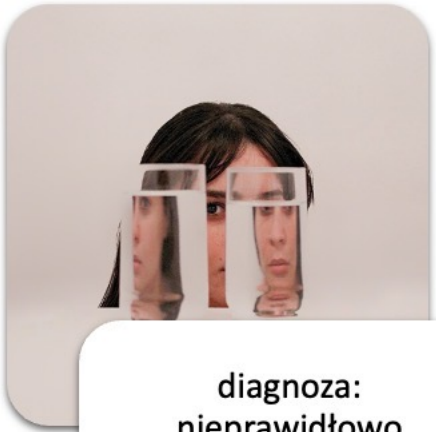
zgłoszenie przestępstwa na prokuraturę → poprawa stanu psychicznego → wypis → recepta: sertralina 100mg-0-0, mianseryna 0-0-30mg

zachowania autoagresywne w formie samookaleczeń



napięcie, myśli samobójcze, zaburzenia apetytu, snu i koncentracji

II hospitalizacja psychiatryczna



diagnoza: nieprawidłowo kształtująca się osobowość- podejrzenie osobowości chwiejnej emocjonalnie
recepta: pernazyna 25mg-25mg-25mg

2011r.

myśli
i zachowania
autoagresywne

terapia
poznawczo-
behawioralna

podejrzenie
PTSD

konsultacja
psychiatryczna

2016r.

mianseryna	spadki ciśnienia tętniczego	
chlorprotiksen	spadki ciśnienia tętniczego	
sertralina	mała skuteczność	krwawienia z nosa
escitalopram	krwawienia z nosa	
tianepetyna	mała skuteczność	
lamotrygina	zła tolerancja	
BDZ, zolpidem	zła tolerancja	

PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

PIERWSZA WIZYTA

pregabalina
(do dawki 150mg-0-150mg)

skierowanie
na konsultację
neurologiczną

marzec 2023

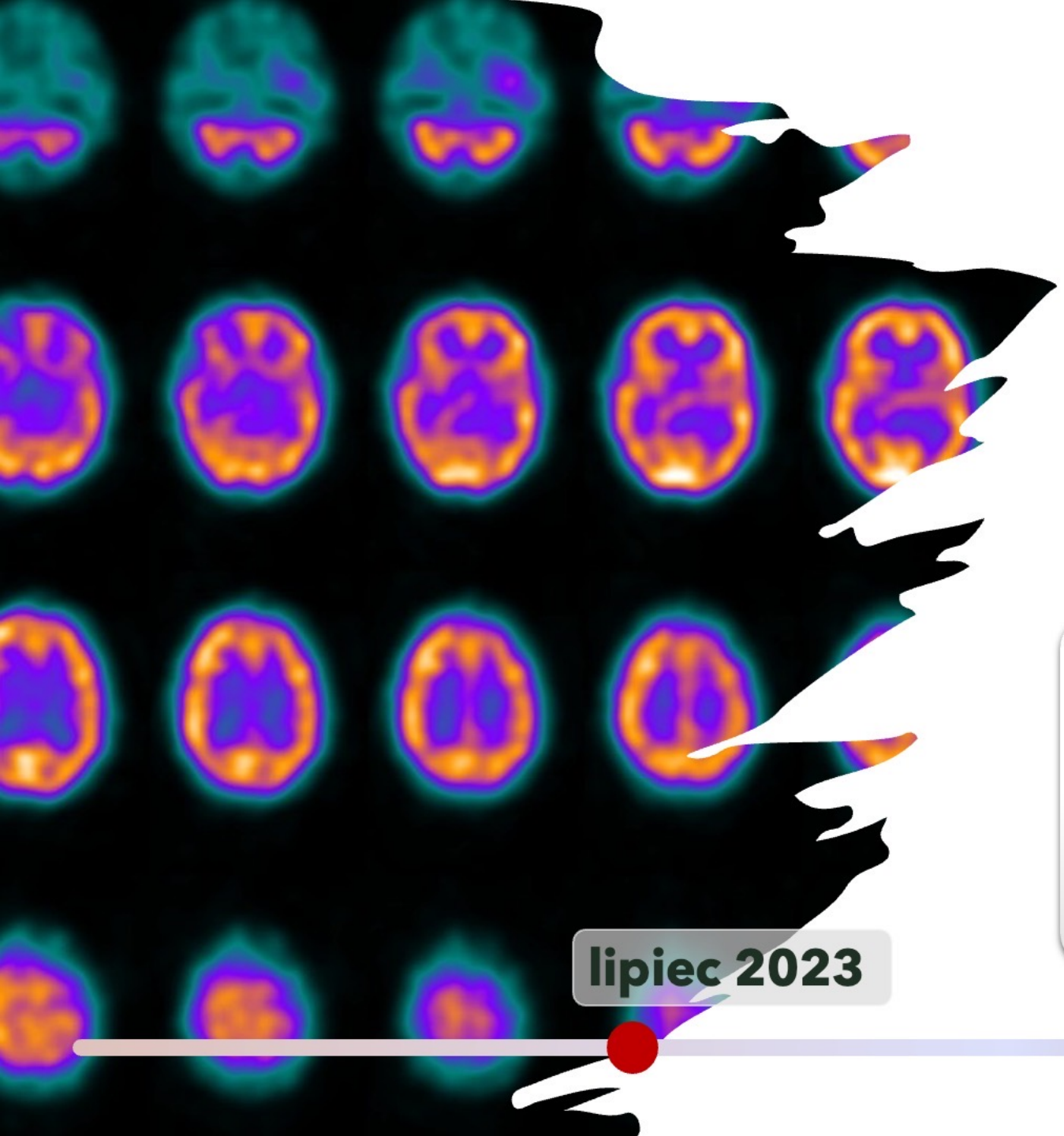
konsultacja w poradni neurologicznej

hospitalizacja na oddziale neurologii

wykluczenie znanych chorób neurologicznych

potwierdzenie **czynnościowego** podłoża objawów neurologicznych

maj-czerwiec 2023



badanie SPECT ośrodkowego układu nerwowego z wykorzystaniem Tc-99m HMPAO w celu oceny perfuzji mózgowej

w ocenie wizualnej, obserwuje się obniżony wychwyt radiofarmaceutyku w zakresie ***prawego płata skroniowego wraz z sąsiednim fragmentem płata potylicznego****, potwierdzony dodatkowo w analizie tabeli odchyleń standardowych z uwzględnieniem wzorców populacyjnych*

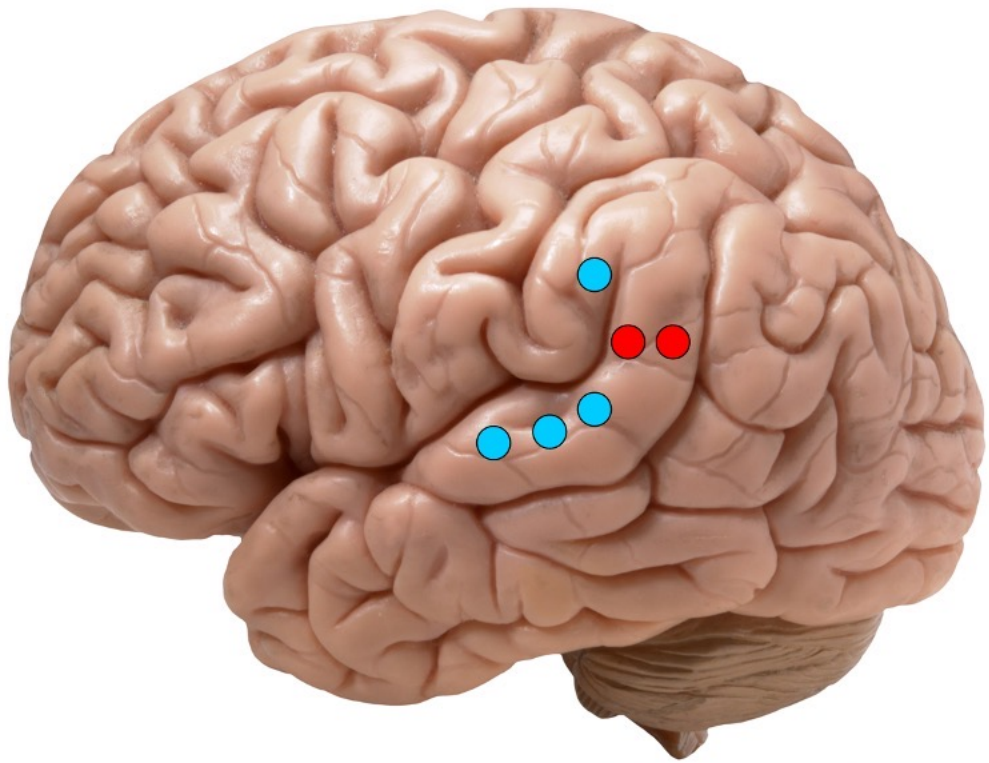
lipiec 2023

Jak działa mózg osoby z czynnościowymi zaburzeniami ruchowymi?

- zaburzenia czynności motorycznych
- zaburzenia regulacji emocjonalnej
- zmiany w autonomicznym układzie nerwowym

NIEPRAWIDŁOWA INTERAKCJA LIMBICZNO-MOTORYCZNA

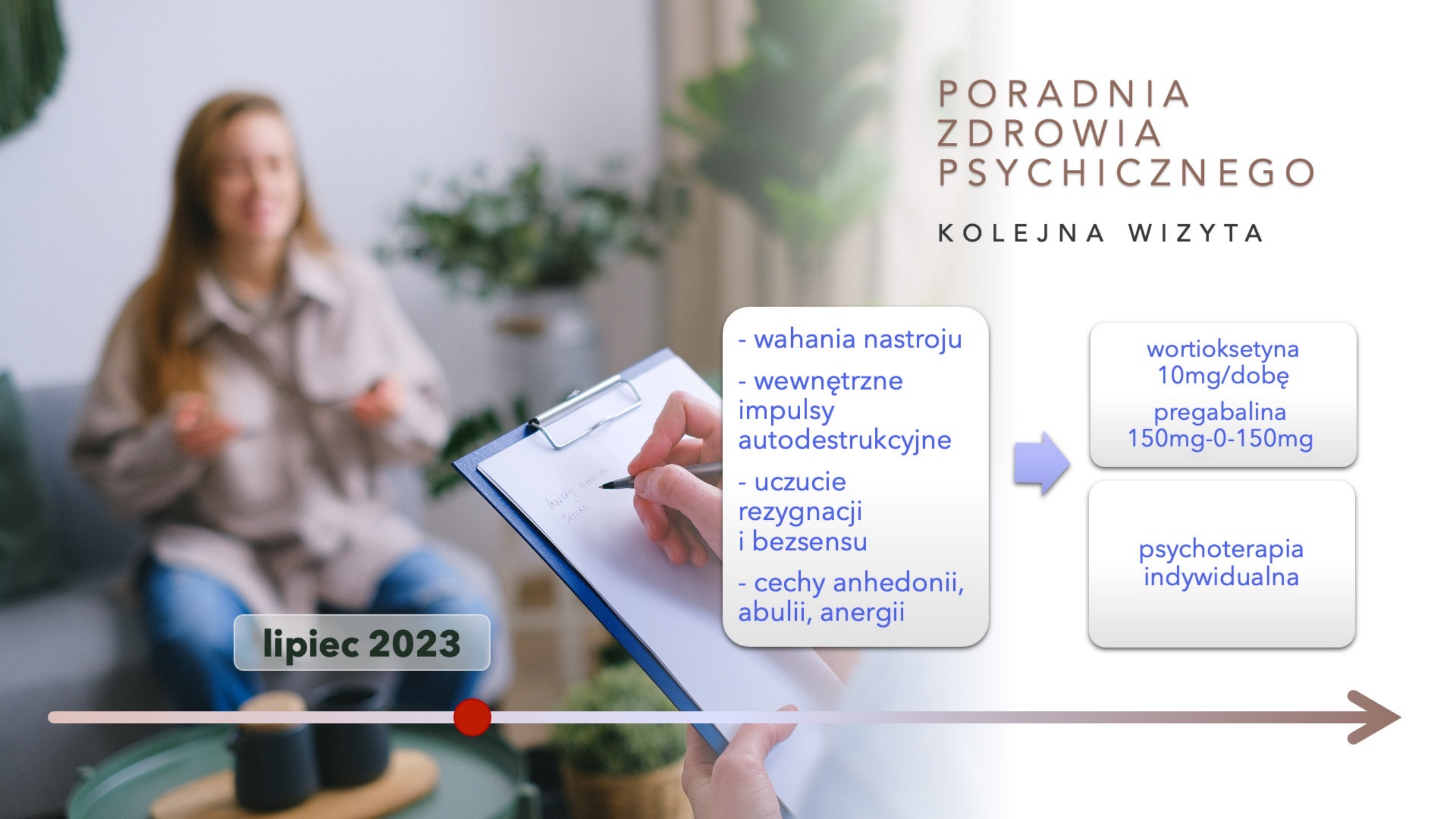
- ↓ aktywności grzbietowo-bocznej kory przedczołowej
- ↓ aktywności kory ciemieniowej
- ↓ **aktywności połączenia skroniowo-ciemieniowego**
- ↑ perfuzji czołowej
- ↑ aktywności ciała migdałowatego i istoty szarej okołowodociągowej podczas negatywnych bodźców emocjonalnych



Credit: Neuronicus & _DJ_

obniżony wychwyt radiofarmaceutyku w zakresie **prawego płata skroniowego** wraz z sąsiednim fragmentem płata potylicznego

zmniejszona aktywność w zakresie **prawego płata skroniowego** wraz z sąsiednim fragmentem płata potylicznego



PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

KOLEJNA WIZYTA

lipiec 2023

- wahania nastroju
- wewnętrzne impulsy autodestrukcyjne
- uczucie rezygnacji i bezsensu
- cechy anhedonii, abulii, anergii

wortioksetyna 10mg/dobę

pregabalina 150mg-0-150mg

psychoterapia indywidualna

PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

KOLEJNA WIZYTA

wortioksetyna 10mg/dobę
pregabalina 2x150mg/dobę

- brak poczucia poprawy
- brak działań niepożądanych

samowolne odstawienie przez pacjentkę pregabaliny

nawrót dolegliwości bólowych

psychoterapia indywidualna

ekspozycja na wspomnienie traumy z dzieciństwa

nasilenie objawów dysocjacyjnych

wrzesień 2023

nawracające, natrętne żywe wspomnienia urazu

zachowania autoagresywne wtórne do flashbacków

unikanie sytuacji związanych z urazem, np. przeglądanie akt sprawy

objawy dysocjacji: epizody amnezji, depersonalizacja, stupor, czynnościowe zaburzenia neurologiczne

zaburzenia snu, zaburzenia nastroju, uczucie rezygnacji i bezsensu

sierpień-wrzesień 2023

Pacjentka podczas rozmowy była reaktywnie niespokojna, ale dostosowana. Wszechstronnie zorientowana. W kontakcie słowno-logicznym falującym wtórnie do dekompensacji dysocjacyjnych. Okresowo zastygająca, mutystyczna. Relacjonowała myśli natrętne związane z traumatycznym wydarzeniem. Nastrój obniżony, afekt syntymiczny, prawidłowo modulowany, napęd zmienny. Nie sprawiała wrażenia halucynującej. Bez zamiarów samobójczych.

PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

KOLEJNA WIZYTA

wrzesień 2023

objawy zespołu stresu pourazowego, depresyjne i dysocjacyjne

wortioksetyna 15mg/dobę

pregabalina 75mg-0-75mg

psychoterapia indywidualna

wortioksetyna
15mg/dobę
pregabalina
2x150mg/dobę
psychoterapia
indywidualna
poprawa

Dziękuję
za uwagę

Przypadek 13

Czuję się jako czarna plama na tęczowym świata kilimie, czyli o psychozie okresu menopauzalnego słów kilka.

Magdalena Dutsch-Wicherek

Lek. Magdalena Maria Dutsch-Wicherek
Mentorka prof. dr hab. Agata Szulc

Czuję się jako czarna plama na tęczowym świata kilimie, czyli o psychozie okresu menopauzalnego słów kilka.

Women with a parasol, facing left.
A study Claude Monet 1886

Mazowieckie Specjalistyczne
Centrum Zdrowia
im. prof. Jana Mazurkiewicza

Oszalałam, wzywałam pomoc na balkonie, dzwoniłam na policję i 112. Przestraszyłam się, że mąż mnie zostawi.

Od roku wydaje mi się, że jestem żywym trupem.

Psychicznie jestem już właściwie w niebycie, uczucie totalnej lewitacji duchowej

Przy przyjęciu:

obniżenie nastroju, w wypowiedziach paralogiczna, dereistyczna, omamy wszystkich modalności. Liczne urojenia.

- Dotychczas niehospitalizowana psychiatrycznie.
- W przeszłości dwa okresy obniżonego nastroju, mogące stanowić epizody depresji poporodowej.

- Objawy narastały od dwóch lat – początek…
- Od stycznia nasilenie…
- Tydzień przed hospitalizacją…
- W dnu przyjęcia wystąpiły nasilone urojenia prześladowcze i podstawienia. Pacjentka wybiegła na balkon, zaczęła wzywać pomocy. Bliscy wezwali Zespół Ratownictwa Medycznego.

- Bez obciążeń somatycznych.
- Ostatnia miesiączka 2 lata temu, od tego czasu przyjmowała HTZ.

Ciotka od strony ojca popełniła samobójstwo. Nadużywanie alkoholu przez ojca.

Wywiad rodzinny i środowiskowy:

- mężatka – relacja z mężem…
- córka – partner, wyprowadzka, ten sam pracodawca…
- syn – wyprowadzka, ślub, dziecko z drodze...
- matka…

W oddziale Pacjentka zaprezentowała się w dużym lęku psychotycznym.

„Odpoczęłam w oddziale”

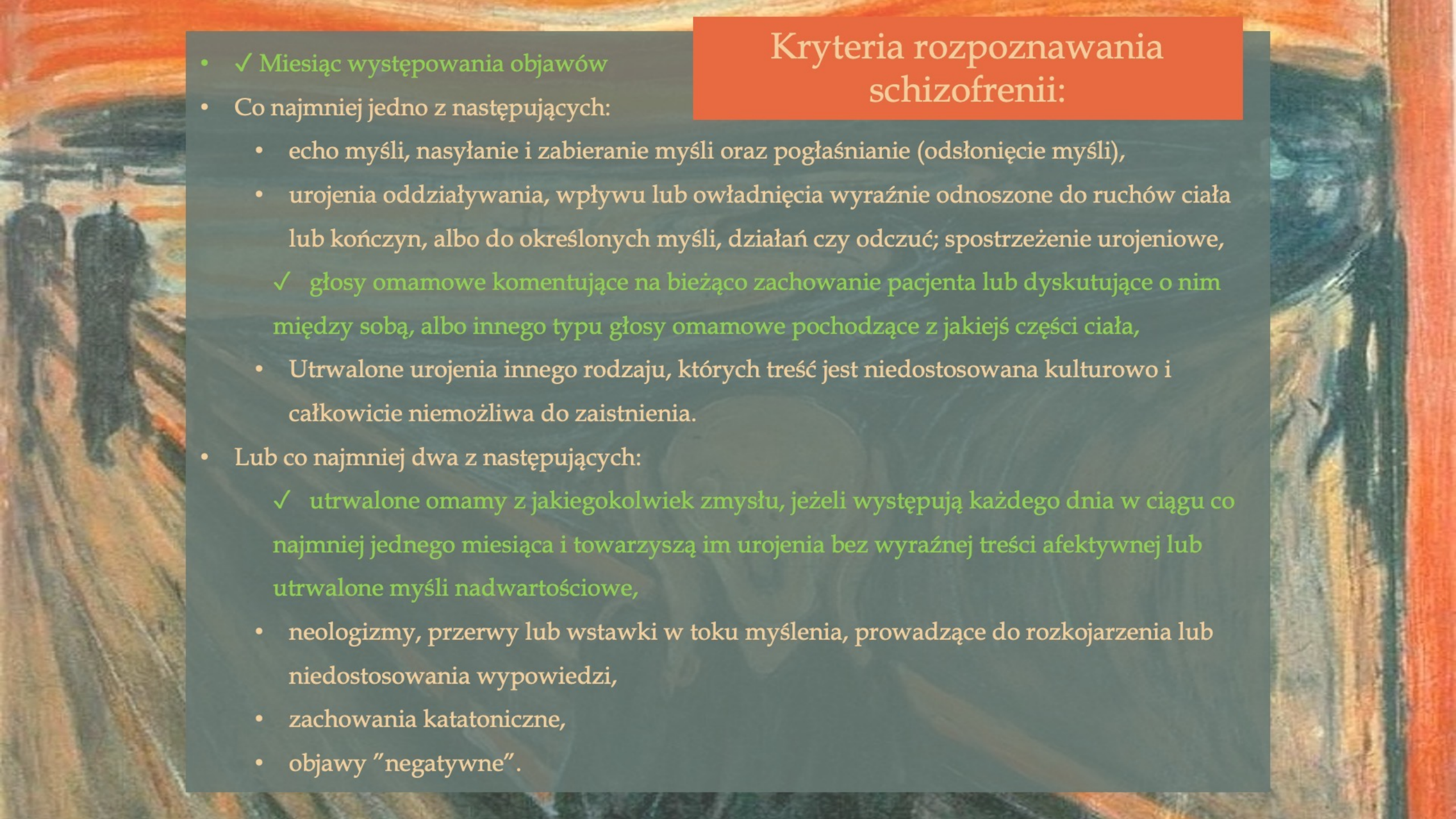
Włączono arypiprazol 30 mg z bardzo dobrym skutkiem.

Wykonano diagnostykę obrazową
TK głowy, rezonans magnetyczny – bez odchyleń.
EEG w nomie.

Wypisana po miesiącu w remisji.

Ostatnia wizyta kontrolna
2 tygodnie temu.

Rozpoznanie?



Kryteria rozpoznawania schizofrenii:

- ✓ Miesiąc występowania objawów
- Co najmniej jedno z następujących:
  - echo myśli, nasyłanie i zabieranie myśli oraz pogłaśnianie (odsłonięcie myśli),
  - urojenia oddziaływania, wpływu lub owładnięcia wyraźnie odnoszone do ruchów ciała lub kończyn, albo do określonych myśli, działań czy odczuć; spostrzeżenie urojeniowe,
  - ✓ głosy omamowe komentujące na bieżąco zachowanie pacjenta lub dyskutujące o nim między sobą, albo innego typu głosy omamowe pochodzące z jakiejś części ciała,
  - Utrwalone urojenia innego rodzaju, których treść jest niedostosowana kulturowo i całkowicie niemożliwa do zaistnienia.
- Lub co najmniej dwa z następujących:
  - ✓ utrwalone omamy z jakiegokolwiek zmysłu, jeżeli występują każdego dnia w ciągu co najmniej jednego miesiąca i towarzyszą im urojenia bez wyraźnej treści afektywnej lub utrwalone myśli nadwartościowe,
  - neologizmy, przerwy lub wstawki w toku myślenia, prowadzące do rozkojarzenia lub niedostosowania wypowiedzi,
  - zachowania katatoniczne,
  - objawy ”negatywne”.

Kryteria rozpoznawania ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi:

✓ Co najmniej dwa tygodnie.

- Dwa z trzech:
  - ✓ nastrój obniżony,
  - ? anhedonia,
  - zmniejszona energia lub zwiększona męczliwość.
- Objaw lub objawy (w sumie osiem):
  - ✓ spadek zaufania lub szacunku dla siebie
  - ✓ nieracjonalne poczucie winy
  - ✓ nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie
  - ✓ skargi na zmniejszona zdolność myślenia lub skupienia się, albo jej przejawy jak niezdecydowanie lub wahanie się,
  - ✓ pobudzenie lub zahamowanie aktywności psychoruchowej,
  - ✓ zaburzenia snu,
  - zmiany łaknienia wraz z odpowiednią zmianą wagi.
- Jedno z następujących:
  - ✓ urojenia inne niż typowo schizofreniczne,
  - osłupienie depresyjne.

Kryteria rozpoznawania zaburzenia schizoafektywnego:

? Zaburzenie spełnia kryteria jednego za zaburzeń afektywnych o umiarkowanym lub ciężkim nasileniu.

- Objawy należące do jednej z wymienionych poniżej grup występują wyraźnie przez większość czasu w okresie co najmniej 2 tygodni:
  - echo myśli, nasyłanie i zabieranie myśli oraz pogłaśnianie (odsłonięcie myśli),
  - urojenia oddziaływania, wpływu lub owładnięcia wyraźnie odnoszone do ruchów ciała lub kończyn, albo do określonych myśli, działań czy odczuć; spostrzeżenie urojeniowe,

    ✓ głosy omamowe komentujące na bieżąco zachowanie pacjenta lub dyskutujące o nim między sobą, albo innego typu głosy omamowe pochodzące z jakiejś części ciała,
  - Utrwalone urojenia innego rodzaju, których treść jest niedostosowana kulturowo i całkowicie niemożliwa do zaistnienia.
  - Wybitnie niedostosowane lub rozkojarzone wypowiedzi, albo częste używanie neologizmów,
  - Przerywane, lecz częste pojawianie się niektórych form zachowania katatonicznego

PSYCHOZA INWOLUCYJNA LUB KLIMAKTERYCZNA

Dr fil. i med. TADEUSZ BILIKIEWICZ
PROFESOR AKADEMII MEDYCZNEJ W GDAŃSKU

PSYCHIATRIA KLINICZNA

WYDANIE DRUGIE ZNACZNIE ROZSZERZONE

WARSZAWA 1960
PAŃSTWOWY ZAKŁAD WYDAWNICTW LEKARSKICH

PSYCHOSOMATIC MEDICINE—VOL. III, NO. 4, OCTOBER, 1941

THE INVOLUTIONAL PSYCHOSES: A SOCIO-PSYCHIATRIC STUDY*

WM. MALAMUD, M.D., S. L. SANDS, M.D., AND I. MALAMUD, M.A.**

najczęstszych psychoz tego okresu należy depresja. Odznacza się ona wybitnym lękiem, częste bywają też tutaj postacie z podnieceniem psychoruchowym *(melancholia agitata)*. Urojenia hipochondryczne są tutaj szczególnie silnie podkreślone. Często stwierdzić można ogromną rolę czynników reaktywnych. Czasem można mówić wręcz o mieszanym zespole depresyjno-histerycznym. W dawnym piśmiennictwie znaleźć można określenie *hystero-melancholia*, które niesłusznie wyszło z użycia. Obecność składników histerycznych w obrazie klinicznym pogarsza rokowanie. Znane są też mieszane zespoły depresyjno-schizofrenoidalne. Poza składnikami melancholii stwierdza się wówczas mniej lub więcej wyraźną sztywność afektu, brak łączności uczuciowej z otoczeniem, autyzm, zachowanie negatywistyczne, pewną sztuczność wyrazu lub pustą pozę. Urojenia grzeszności zatracają tu znamienne poczucie winy, a w to miejsce wchodzą urojenia prześladowcze lub przynajmniej wyraźnie zaznaczona nieufność. Czasem w wyniku leczenia ustępują składniki melancholii, a pozostają lub nawet wzmacniają się składniki schizofreniczne. Te mieszane zespoły są oporniejsze na leczenie, ale rokowanie bynajmniej nie jest beznadziejne, zwłaszcza przy leczeniu wstrząsami insulinowymi i largaktylem. Naj-

Pogląd nasz, że nie istnieją psychozy inwolucyjne jako odrębne jednostki nozologiczne, doznał ostatnio wzmocnienia ze strony *Stenstedta*, autora monografii na temat melancholii inwolucyjnej (1959). Autor ten przebadał 307 przypadków endogennej depresji okresu starzenia się, ponadto blisko 2000 ich bliższych krewnych i doszedł do wniosku, że nie może być mowy o jednolitości etiologicznej melancholii inwolucyjnej. Dlatego autor uważa za bardziej słuszną nazwę „endogenne zaburzenia afektywne", na które składają się również późne fazy cyklofrenii. Zasada polietiologii zaburzeń psychicznych, związanych ze starzeniem się, zdobywa sobie zresztą uznanie coraz powszechniej.

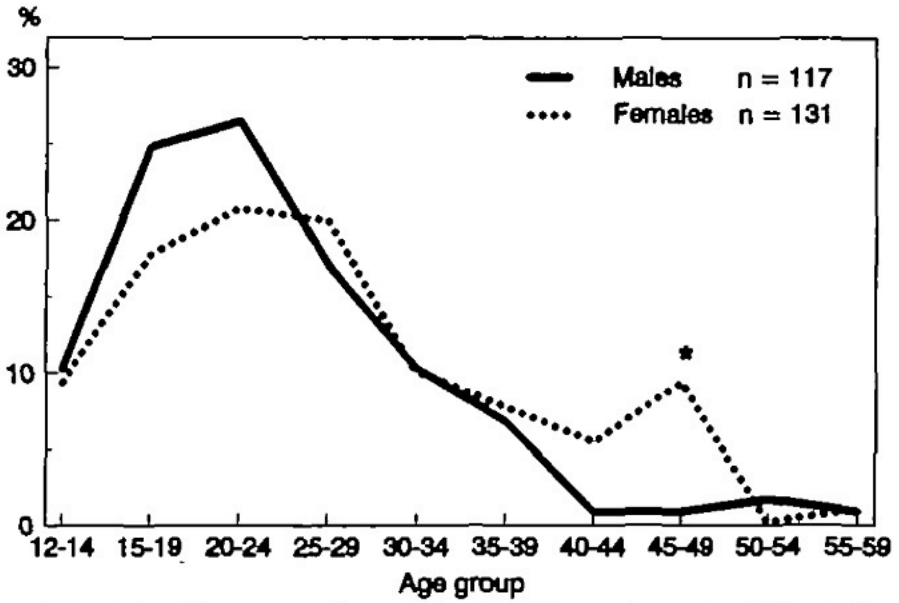
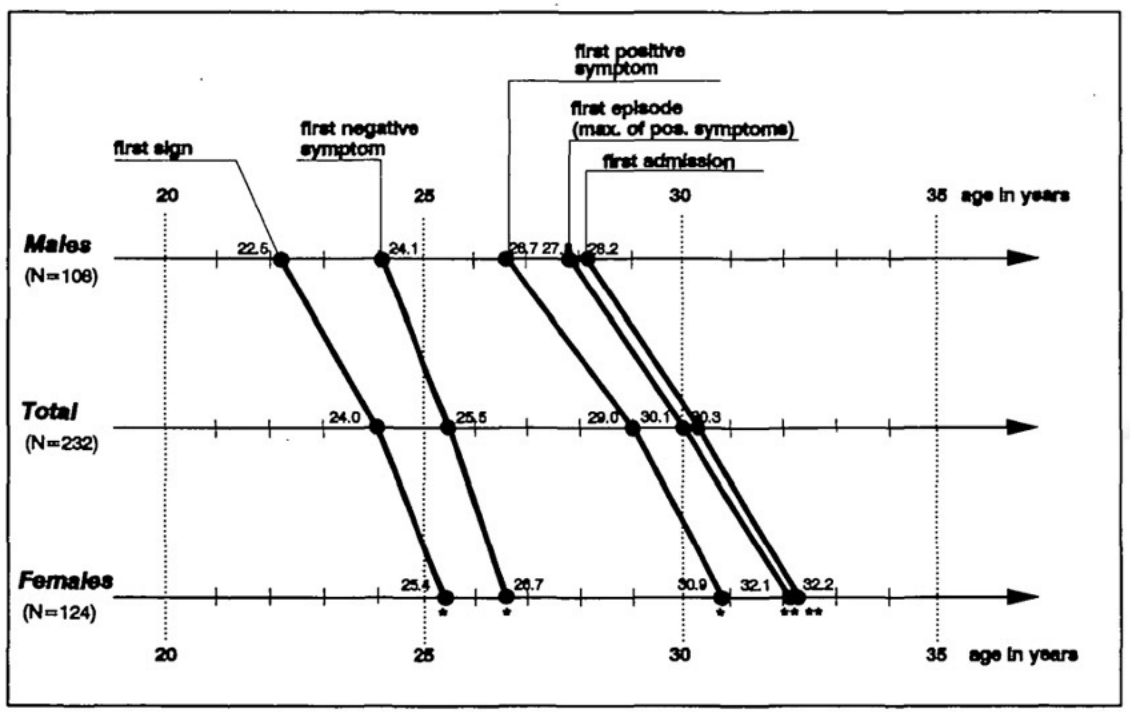


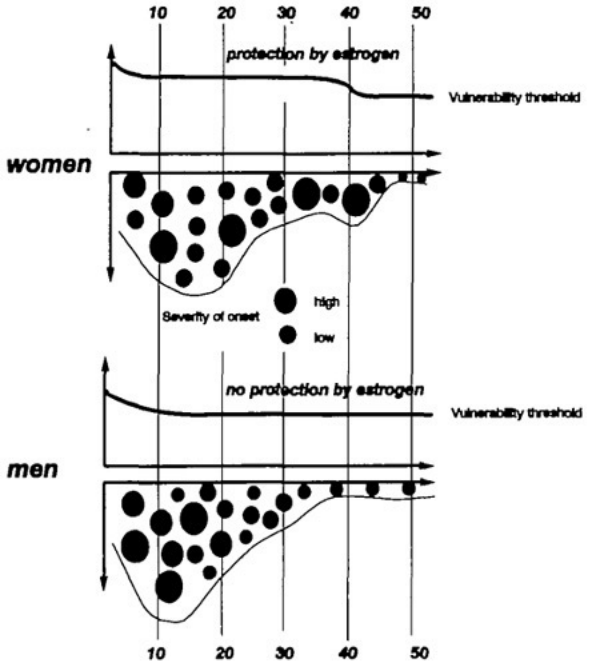
Figure 1. Mean age values at five definitions of onset until first admission



Difference between men and women: $^{*}p \leq 0.05$; $^{**}p \leq 0.01$. (First episode sample of broad definition schizophrenia, $n = 232$.)

Schizophrenia diagnoses = International Classification of Diseases–9 295, 297, 298.3, 298.4 (World Health Organization 1978); subjects are from the ABC (age, beginning, course) sample—Mannheim, Heidelberg, Rhine-Neckar District, Upper Palatinate District; $^{*}p < 0.05$. Adapted from Häfner et al. 1993*b*.

Figure 5. A theoretical model of age-dependent effects of different vulnerability thresholds in women and men

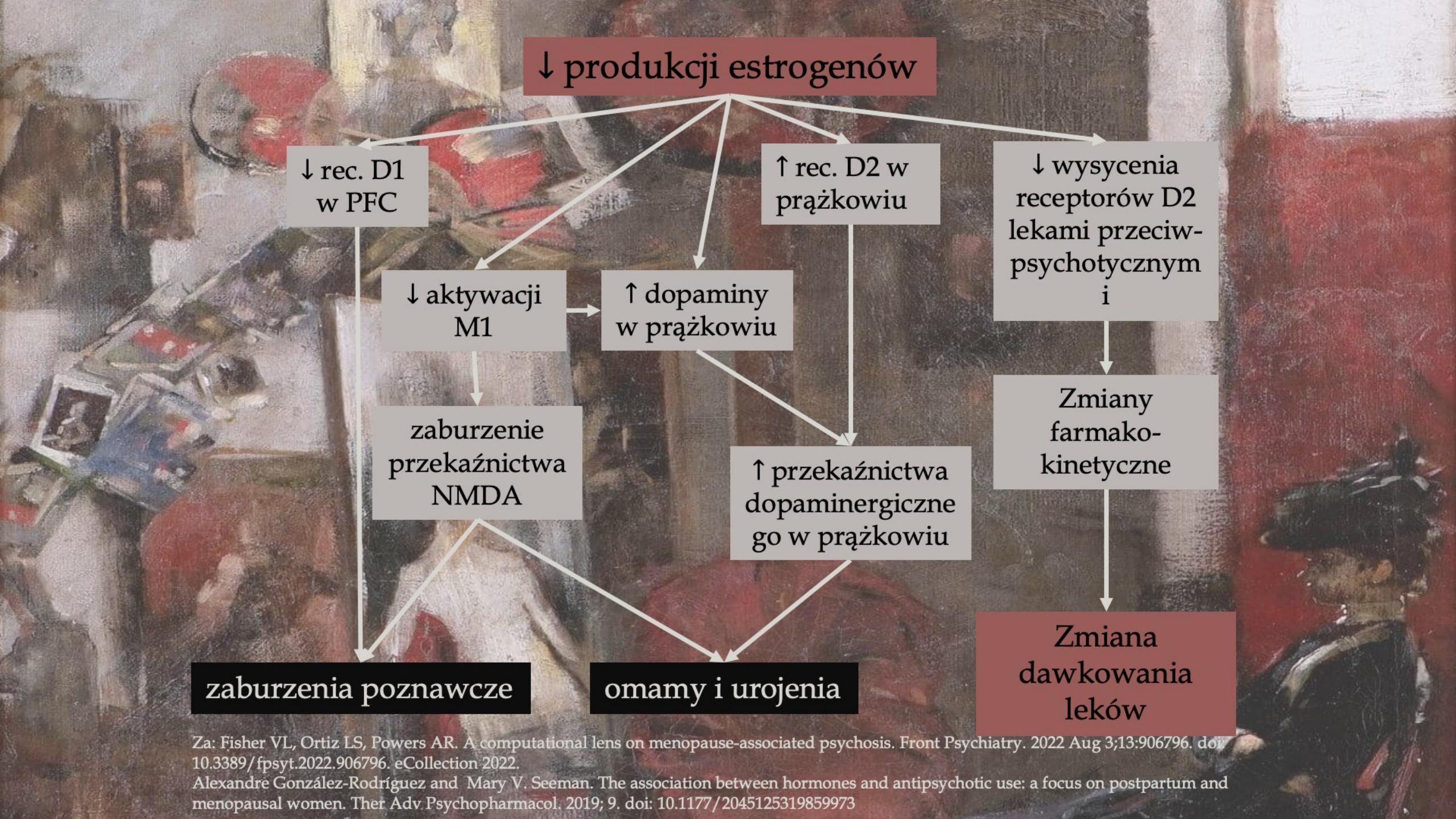


H Häfner, W an der Heiden, S Behrens, et al.. Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia. Schizophr Bull. 1998;24(1):99-113. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033317.

TEORIA ESTROGENOWA

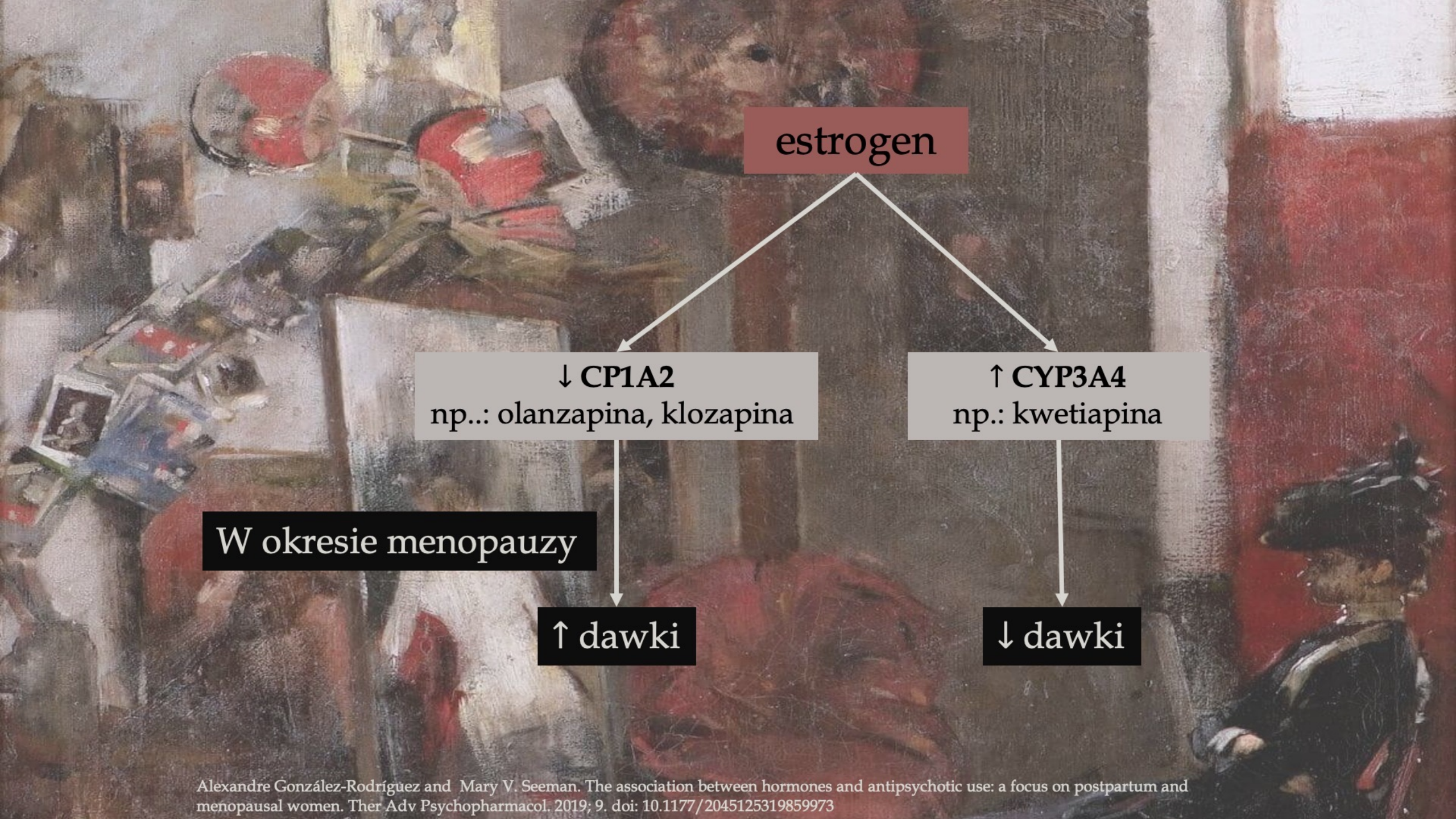
- Kobiety ze schizofrenią mają niższy poziomy estrogenów, w porównaniu do kobiet zdrowych.
- Przyjęcia w zaostrzeniu psychozy częściej występują w okresach życia związanych ze spadkiem hormonów: okres poporodowy, menopauza, faza lutealna cyklu

- (+) NA, (+) S, (+) Ach, (+) NMDA,
- (-) GABA
- (+) D1 w korze przedczołowej, (-) D2 w prążkowiu,
- zmniejsza ekscytotoksyczność,
- korzystnie moduluje oś HPA,
- zwiększać wrażliwość komórek na NGF,
- podnosi także poziom BDNF w hipokampie i śródmózgowiu.



Za: Fisher VL, Ortiz LS, Powers AR. A computational lens on menopause-associated psychosis. Front Psychiatry. 2022 Aug 3;13:906796. doi: 10.3389/fpsyt.2022.906796. eCollection 2022.

Alexandre González-Rodríguez and Mary V. Seeman. The association between hormones and antipsychotic use: a focus on postpartum and menopausal women. Ther Adv Psychopharmacol. 2019; 9. doi: 10.1177/2045125319859973



Alexandre González-Rodríguez and Mary V. Seeman. The association between hormones and antipsychotic use: a focus on postpartum and menopausal women. Ther Adv Psychopharmacol. 2019; 9. doi: 10.1177/2045125319859973

Cochrane Library

Trusted evidence.
Informed decisions.
Better health.

Title Abstract Key

Cochrane Reviews | Trials | Clinical Answers | About | Help

Cochrane Database of Systematic Reviews | Review - Intervention

Estrogen for schizophrenia

Wan Lian LC Chua, Angelica Izquierdo de Santiago, Jayashri Kulkarni, Ann Mortimer Authors' declarations of interest

Version published: 19 October 2005 Version history

https://doi.org/10.1002/14651858.CD004719.pub2

Authors' conclusions

Adjunctive estrogen with or without progesterone does not appear to offer convincing advantages over placebo. Before any more research is undertaken in this area, all completed and unpublished work should be made available in order to ensure that more trials are justified.

Schizophrenia

RALOKSYFEN – rs1042597, rs2234693

Review Article | Open access | Published: 10 January 2018

The effect of raloxifene augmentation in men and women with a schizophrenia spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis

Janna de Boer ✉, Merel Prikken, Wan U. Lei, Marieke Begemann & Iris Sommer

npj Schizophrenia **4**, Article number: 1 (2018) | Cite this article

7739 Accesses | **52** Citations | **10** Altmetric | Metrics

Abstract

Recognizing the robust sex differences in schizophrenia prevalence, the selective estrogen receptor modulator (SERM) raloxifene is a likely candidate for augmentation therapy in this disorder. Therefore, a systematic search was performed using PubMed (Medline), Embase, PsychInfo, and Cochrane Database of Systematic Reviews. Randomized controlled trials investigating the effect of raloxifene in schizophrenia spectrum disorders were included in the quantitative analyses. Outcome measures were psychotic symptom severity, depression, and cognition. Meta-analyses were performed using Comprehensive Meta-Analysis software. A random-effects model was used to compute overall weighted effect sizes in Hedges' *g*. Nine studies were included, investigating 561 patients with a schizophrenia spectrum disorder. Raloxifene was superior to placebo in improving total symptom severity ($N=482$; Hedge's $g=.57$, $p=0.009$), as well as positive ($N=561$; Hedge's $g=0.32$, $p=0.02$), negative ($N=561$; Hedge's $g=0.40$, $p=0.02$), and general ($N=526$; Hedge's $g=0.46$, $p=0.01$) subscales, as measured by the Positive and Negative Syndrome Scale. No significant effects were found for comorbid depression and cognitive functioning. Altogether, these results confirm the potential of raloxifene augmentation in the treatment of schizophrenia.

PROGESTERON?

CHOLESTEROL

↓

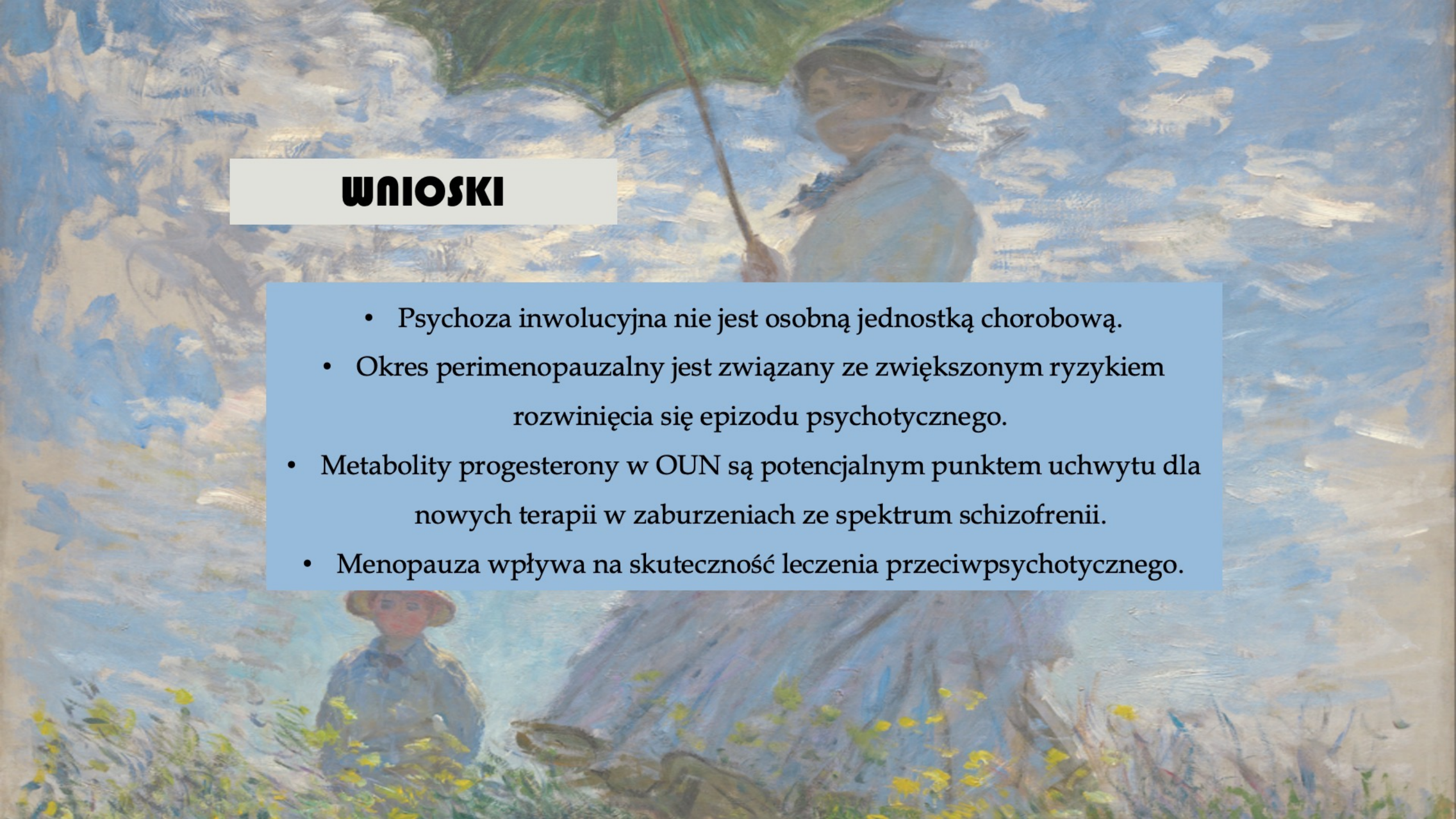
PREGNENOLON

↓

PROGESTERON

↓

ALLOPREGNANOLON



WNIOSKI

- Psychoza inwolucyjna nie jest osobną jednostką chorobową.
- Okres perimenopauzalny jest związany ze zwiększonym ryzykiem rozwinięcia się epizodu psychotycznego.
- Metabolity progesterony w OUN są potencjalnym punktem uchwytu dla nowych terapii w zaburzeniach ze spektrum schizofrenii.
- Menopauza wpływa na skuteczność leczenia przeciwpsychotycznego.

Dziękuję za uwagę!

Lista obrazów w kolejności zaprezentowania:

1. Claude Monet, *Women with a parasol, facing left*, 1886,
2. Ivan Rudakou, *Tworki*, 2022,
3. Olga Boznańska, *Wnętrze pracowni*, 1895,
4. Olga Boznańska, *Matka z dzieckiem (portret kobiety z małą dziewczynką)*, 1893,
5. Olga Boznańska *Autoportret*, ok. 1906,
6. Olga Boznańska *Autoportret z pędzlem i kwiatami*, ok. 1906,
7. Edvard Munch, *Krzyk*, 1893,
8. Edvard Munch, *Melancholia*, 1894,
9. Edvard Munch, *Despair*, 1894,
10. Olga Boznańska, *Motyw z Paryża*, ok. 1907,
11. Olga Boznańska, *W pracowni*, 1890,
12. Olga Boznańska, *Wnętrze pracowni*, 1913,
13. Claude Monet, *Kobieta z parasolem*, 1875.

Bibliografia:

- Bilikiewicz T, Psychiatria Kliniczna, PZWL, Warszawa 1960, wyd. 2.
- Fisher VL, Ortiz LS, Powers AR. A computational lens on menopause-associated psychosis. Front Psychiatry. 2022 Aug 3;13:906796. doi: 10.3389/fpsyt.2022.906796. eCollection 2022.
- González-Rodríguez, A.; Monreal, J.A.; Seeman, M.V. The Effect of Menopause on Antipsychotic Response. Brain Sci. 2022, 12, 1342.
- Alexandre González-Rodríguez and Mary V. Seeman. The association between hormones and antipsychotic use: a focus on postpartum and menopausal women. Ther Adv Psychopharmacol. 2019; 9. doi: 10.1177/2045125319859973
- Soria V, González-Rodríguez A, Huerta-Ramos E, et al. Targeting hypothalamic-pituitary-adrenal axis hormones and sex steroids for improving cognition in major mood disorders and schizophrenia: a systematic review and narrative synthesis. Psychoneuroendocrinology, vol. 93, 2018, 8-19, doi: 10.1016/j.psyneuen.2018.04.012.

Estrogen

- C Finocchi, M Ferrari. Female reproductive steroids and neuronal excitability. Neurol Sci 2011 May:32 Suppl 1:S31-5. doi: 10.1007/s10072-011-0532-5.
- Galea LAM, Wide JK, Barr AM. Estradiol alleviates depressive-like symptoms in a novel animal model of post-partum depression. Behav Brain Res. 2001;122(1).
- Sichel DA, Cohen LS, Robertson LM, Ruttenberg A, Rosenbaum JF. Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. Biol Psychiatry. 1995;38(12).
- Stoffel EC, Craft RM. Ovarian hormone withdrawal-induced "depression" in female rats. Physiol Behav. 2004;83(3).
- Gregoire AJP, Kumar R, Everitt B, Henderson AF, Studd JWW. Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. Lancet. 1996;347(9006).
- Moses-Kolko EL, Berga SL, Kalro B, Sit DKY, Wisner KL. Transdermal estradiol for postpartum depression: A promising treatment option. Vol. 52, Clinical Obstetrics and Gynecology. 2009.
- Sohrabji F, Greene LA, Miranda RC, Toran-Allerand CD. Reciprocal regulation of estrogen and NGF receptors by their ligands in PC12 cells. J Neurobiol. 1994;25(8).
- Sohrabji F, Miranda RC, Toran-Allerand CD. Estrogen differentially regulates estrogen and nerve growth factor receptor mRNAs in adult sensory neurons. J Neurosci. 1994;14(2)
- Zhou Y, Watters JJ, Dorsa DM. Estrogen rapidly induces the phosphorylation of the cAMP response element binding protein in rat brain. Endocrinology. 1996;137(5).
- Cardona-Gomez P, Perez M, Avila J, Garcia-Segura LM, Wandosell F. Estradiol inhibits GSK3 and regulates interaction of estrogen receptors, GSK3, and beta-catenin in the hippocampus. Mol Cell Neurosci. 2004;25(3).

Progesteron i allopregnanolon:

- Marx CE, Lee J, Subramaniam M, Rapisarda A, Bautista DC, Chan E, Kilts JD, Buchanan RW, Wai EP, Verma S, Sim K, Hariram J, Jacob R, Keefe RS, Chong SA. Proof-of-concept randomized controlled trial of pregnenolone in schizophrenia. Psychopharmacology (Berl) 2014;231:3647–3662
- Marx CE, Keefe RS, Buchanan RW, Hamer RM, Kilts JD, Bradford DW, Strauss JL, Naylor JC, Payne VM, Lieberman JA, Savitz AJ, Leimone LA, Dunn L, Porcu P, Morrow AL, Shampine LJ. Proof-of-concept trial with the neurosteroid pregnenolone targeting cognitive and negative symptoms in schizophrenia. Neuropsychopharmacology. 2009;34:1885–1903.
- Breier A, Buchanan RW. The effects of metabolic stress on plasma progesterone in healthy volunteers and schizophrenic patients. Life Sci. 1992;51:1527–1534.
- Khisti RT, Deshpande LS, Chopde CT. The neurosteroid 3α-hydroxy-5α-pregnan-20-one affects dopamine-mediated behavior in rodents. Psychopharmacology (Berl) 2002;161:120–128.
- Martino Belvederi Murri, Flaminia Fanelli, et al. Neuroactive Steroids in First-Episode Psychosis: A Role for Progesterone? Schizophr Res Treatment 2016:2016:1942828. doi: 10.1155/2016/1942828. Epub 2016 Sep 22.
- M Singh, C Su. Progesterone, brain-derived neurotrophic factor and neuroprotection. Neuroscience. 2013 Jun 3:239:84-91. doi: 10.1016/j.neuroscience.2012.09.056.Epub 2012 Oct 2.

Przypadek 15

Plastelina na neurony - psychoza podopalaczowa.

Katarzyna Wachowska

Plastelina na neurony-psychoza podopalaczowa

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego

Pacjent lat 29, przywieziony do izby przyjęć szpitala psychiatrycznego przez zaniepokojoną rodzinę gdyż w domu był **pobudzony, agresywny wobec bliskich, rozdrażniony, niespokojny** – rodzina podawała że nie może opanować jego zachowania, *„nie radzą sobie z nim kompletnie*”.

Potwierdzają że obserwują u pacjenta doznania o charakterze psychotycznym **- *"był przekonany że jest panem, jest demonem, diabłem, że wszystko może, będzie zabijał i niszczył wrogów*".**

W relacji bliskich **już uprzednio agresywny w trakcie odstawienia narkotyków** - głównie werbalnie –groził, krzyczał.

Okresowo nie pamiętał części wydarzeń.

Od ok. 10 lat SPA, obecnie głównie dopalacze

Alkohol sporadycznie.

Przyjmuje benzodiazepiny z nielegalnych źródeł w dużych - trudnych do jednoznacznego określenia – ilościach.

wynosi z domu przedmioty i sprzedaje żeby kupić SPA

w dzieciństwie operacja neurochirurgiczna, guz mózgu

Przy przyjęciu – stan psychiczny

Przy przyjęciu w izbie przyjęć pacjent w znacznym niepokoju psychomotorycznym, wielomówny, wypowiadał treści o charakterze urojeń wielkościowych, potwierdzał nasilone halucynacje słuchowe, słyszał m.in. ***„głosy diabła”.***

Niechętny podczas zbierania wywiadu, zaznaczone problemy z pamięcią i koncentracją uwagi. Zdezorientowany względem daty. Napęd wzmożony, nastrój drażliwy, dopytywany negował myśli i tendencje samobójcze.

Potwierdzał że słyszy **liczne głosy różnych ludzi – głównie mężczyzn; przepowiadają mu śmierć, karę, grożą; głosy lokalizował poza swoim ciałem – mówił że dochodzą zza ściany, z piekła, zza okna – zmieniał w czasie wersję wielokrotnie.**

W kontakcie z personelem drażliwy, napinający się, wielkościowy. Afekt niedostosowany, labilny.

Potwierdzał w okresie przedszpitalnym przyjmowanie SPA – ***palił „plastelinę” czyli „hasana”***

Obecny ciąg narkotykowo-alkoholowo-benzodiazepinowy od ok 2mcy

Uprzednio wielokrotnie detoksykowany w warunkach szpitalnych oraz hospitalizowany na oddziałach ogólnopsychiatrycznych w związku z zaburzeniami zachowania i zaburzenia psychotycznymi w przebiegu używania SPA BNO. Ogółem ok. 30 hospitalizacji psychiatrycznych.

Wyraził zgodę na hospitalizację, namawiany przez rodzinę.

Pierwsze badanie w oddziale

Początkowo badanie przy łóżku pacjenta, ponieważ konieczne było zastosowanie przymusu bezpośredniego – **pobudzony, podejmował aktywność motywowaną doznaniami psychotycznymi, w zachowaniu zdezorganizowany– uderzał pięściami w ściany, szarpał łóżkiem, groził personelowi - znaczne ryzyko dla siebie i innych**.

Leczenie:

- Diazepam 10-10-10mg i.m.
- Haloperidol 2,5-2,5-2,5mg i.m.
- Po ok. 24 godzinach spokojniejszy, zakończono przymus bezpośredni.

Drugie badanie w oddziale – po zakończeniu przymusu bezpośredniego

Pacjent wchodzi do pokoju, zajmuje wskazane miejsce, na pytania odpowiada chętnie, wyczerpująco i nieco dygresyjnie. Afekt niedostosowany, zmienny. Napęd nadal wzmożony, jednakże wyraźnie spokojniejszy w zachowaniu. Wesołkowaty, wobec personelu skracający dystans, okresowo wielkościowy, drwiący. Spontanicznie ujawnia urojenia wielkościowe. W trakcie badania nie sprawia wrażenia halucynującego, dopytywany potwierdza ***„głosy chłopaków, mówią że się wpier… że tu jestem i żeby wypier…”***

Prawidłowo podaje dane personalne, miejsce, pobieżnie zorientowany co do czasu

Hospitalizowany psychiatrycznie po raz kolejny, pod nieregularną opieką psychiatryczną od ponad 10 lat.

Drugie badanie w oddziale – po zakończeniu przymusu bezpośredniego

Wielokrotnie hospitalizowany na oddziale detoksykacyjnym i w oddziałach ogólnopsychiatrycznych, po wypisach nigdy nie podejmował terapii uzależnienia ani leczenia psychiatrycznego lub psychologicznego ambulatoryjnie

W przeszłości miał zalecone m.in.. kwas walproinowy, karbamazepinę ale leki zawsze odstawiał bez konsultacji z lekarzem, po wypisie ze szpitala nie kontynuował leczenia ambulatoryjnie

Pacjent podaje, że od ok. 10 lat zażywa narkotyki, głownie dopalacze, również alkohol okresowo ciągami

Regularnie pali dopalacze - „hasan” „guma” „plastelina”.

Pacjent mówi, że zażywa narkotyki „*by się niczym nie przejmować, uciszyć emocje, wyciszyć się*”, podaje że pod wpływem dopalaczy uspokaja się. Zażywa także w tym celu benzodiazepiny ostatni raz ok tydzień przed przyjęciem, które nabywa „*na rynku*”. ”*Idę sobie, jest taka babcia i ona pyta czy bym nie chciał klonazepamu?”*

„hasan”
„fake hash” „sztuczny haszysz” „plastelina”

Hasan to syntetyczna wersją haszyszu (inne nazwy sztuczny haszysz, fake hash) i występuje w postaci plastycznej masy do palenia. Najczęściej jest ona w kolorze brązowym, żółtym lub czarnym (stąd porównanie do psiej kupy). Sprzedawany jest w przezroczystych woreczkach strunowych bez etykiety. Produkt ten po raz pierwszy pojawił się w Łodzi.

Według informacji podanych przez GIS, w dotychczas zabezpieczonych przez policję produktach wykryto syntetyczny kannabinoid 4F-MDMB-BINACA, który już w bardzo niskim stężeniu oddziałuje na receptory kannabinoidowe i jest silniejszy od THC, psychoaktywnego składnika marihuany.

Źróło zdrowie.radiozet.pl

Wywiad

Pacjent wychowany w rodzinie pełnej, z rodzicami dobry kontakt. To rodzice przywieźli pacjenta do izby, mieszka z nimi, oni w trakcie hospitalizacji organizowali ośrodek terapii uzależnień

ukończył szkołę średnią, choć z trudnościami

od okresu szkoły średniej regularnie palił marihuanę, stopniowo „próbował" wielu różnych narkotyków, w szczególności eksperymentował z dopalaczami **(*„rozdawali przy szkole, braliśmy, a co tam"*)**

wykształcenie średnie, obecnie nie pracuje, nie ma środków, mieszka z rodzicami, którzy go utrzymują

Wywiad

próby samójcze - neguje

rodzinny wywiad psychiatryczny - w dalszej rodzinie ZZA, prawdopodobnie F20

uzależnienia - dopalacze, alkohol, benzodiazepiny

napady padaczkowe - ostatni napad ok 5-6lat temu, zaleconych na stałe leków nie przyjmuje

uczulenia na leki - neguje

konflikty z prawem - neguje

operacja mózgu w dzieciństwie – guz

uraz, wypadki, utrata przytomności - neguje

Leki na stałe, współchorobowość somatyczna - neguje

W oddziale

Pacjent początkowo silnie pobudzony, żywo halucynujący – słyszał głosy kolegów mówiące o śmierci oraz głos szatana który go wzywał oraz widział w sali szpitalnej monitory które ***„transferują obraz prosto do piekła” „gdzie diabły czekają na niego”***

Spokojniejszy, ale nadal spontanicznie wypowiadał urojenia ***„pokonuję umysłem chorobę” „spojrzałem i wszystko się naprawiło”*** (wielkościowe, posłannictwa, prześladowcze)

Wyraźnie zaznaczony niedostosowany afekt i dezorganizacja toku myślenia, rozkojarzenie

Wypowiedzi dygresyjne, skracające dystans, wielkościowe w stosunku do personelu i innych pacjentów

Hospitalizacja

W kolejnych dniach leczenia:

Pacjent w kontakcie słowno-logicznym, bez zaburzeń świadomości. Nastrój w normie, afekt niedostosowany. **W kontakcie skracający dystans, nieco wyższościowy, chwilami dezorganizujacy się. Rozmawiał z lekarzem chętnie, wielomówny, wielowątkowy, w wypowiedziach okresowo dziwaczny. Spontanicznie wypowiadał urojenia wielkościowe. Podawał, że dolegliwości w postaci halucynacji znacząco się zmniejszyły, choć nadal obecne.** Negował myśli i tendencje samobójcze.

diazepam w stopniowo zmniejszanej dawce

Redukcja haloperidolu, zamiana na formę doustną

karbamazepina 200mg-0-200mg,

olanzapina 0-0-10mg.

Hospitalizacja

Przez cały okres hospitalizacji **zmienny w zachowaniu, impulsywny, wobec personelu wulgarny, skracający dystans.**

- W kontakcie słowno-logicznym, bez zaburzeń świadomości, zorientowany auto- i allopsychicznie. Nastrój zmienny, wzmożony napęd psychoruchowy, afekt niedostosowany, labilny. W kontakcie wielomówny, skracający dystans, chwilami napinający się, drażliwy, głośny. Spontanicznie wypowiadał urojenia wielkościowe ***"pokonałem umysłem chorobę, zmiotłem ją„ „tego już nie ma, jestem zdrowy”***. W toku dalszej hospitalizacji negował halucynacje. Stanowczo neguje myśli i tendencje samobójcze, jak mówi: "*ja kocham życie"*.
- Pacjent deklarował motywację do podjęcia terapii uzależnień "*chcę zakończyć z tym świństwem"*.

Wypis, zalecenia

Pacjent wypisany w stanie ogólnym dobrym, orientacja autopsychiczna i allopsychiczna prawidłowa. Nastrój i napęd w granicach normy, afekt modulujący żywo. Kontakt słowno-logiczny zachowany. **Pacjent wypowiadał się krytycznie o wcześniej wypowiadanych treściach urojeniowych i doświadczanych halucynacjach - wiążąc je z działaniem zażywanych substancji.**

Deklarował motywację do utrzymania abstynencji od substancji psychoaktywnych oraz chęć do podjęcia terapii uzależnienia. Stanowczo negował myśli i tendencje suicydalne.

Rozpoznanie

- F19.5 – zaburzenia psychotyczne spowodowane używaniem wielu różnych substancji – tu: dopalacze, alkohol, benzodiazepiny
- F07-zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu

Przykłady dopalaczy Poniżej przedstawiono przykłady produktów handlowych, w skład których wchodzą nowe substancje psychoaktywne („dopalacze"). Zestawienie za [5] Zawilska J.: Nowe związki psychoaktywne („dopalacze"). Część 1. Informacje ogólne. Med. Prakt. Psychiatria, 2016; 1: 45–50

Syntetyczne kanabinomimetyki

UR-144

– Amulet Kierowcy

– Amulet Ochronny

– Cząstka Boga Rama (Ratri, Ganga, Himawanti, Kalita, Kunti, Lalita, Saka, Sziwa, Surja, Uszas, Genesz, Indra, Jawa, Narayana)

– Cząstka Boga Rama (Aswin, Angi, Ganesz, Ganga, Siwa, Sziwa, Himawanti, Indra, Jawa, Kali, Kunti, Lakszmi, Lalita, Narayana, Varuna) znad indyjskich gór i dolin Gangesu

Syntetyczne katynony

3-MMC

– Cząstka Boga BHIMA (Burga, Djaus, Rudra, Durga, Bramha, Mitra, Prythiwi, Waju) znad indyjskich gór i dolin Gangesu

– Cząstka Boga Burga (Durga, Vishu, Waju, Mitra, Prythiwi)

– C12 środek czyszczący do złota

– Cherry Kokolino

– substrat środków czyszczących

– EXCLUSIVE KOKOLINO substrat środków czyszczących

– Czereśniowy (różne zapachy) dym – Czeszący grzebień – środek pochłaniający wilgoć

– Rozpałka do pieca w kolorze… (różne kolory)

– Ekstrakt Scarlet Fire – Kosior – Mocarz

5-Fluoro-UR-144

– Amulet Ochronny – Cząstka Boga Rama (Ganga, Angi, Himawanti, Indra, Jawa, Kali, Kunti, Siwa, Sziwa) Gangesu – Czereśniowy dym – Mocarz

AM-2201

– PC CLEAN S2 – Śruba – Grizly – HARDCORE by Waikkiki Be – środek pochłaniający wilgoć

5-Fluro-AKB

Źródło:
https://sklep.hydrex.pl/Dopalacze-wszystko-co-musisz-o-nich-wiedziec-blog-pol-1618822187.html

Około 202 000 wyników (0,20 s)

Dopek.eu
https://dopek.eu

Dopalacze forum dyskusyjne i sklepy opinie | Dopek.eu ...

Dopalacze forum dyskusyjne i sklepy opinie | Dopek.eu. Witamy na forum Dopek.eu - jedynym wiarygodnym centrum wiedzy i wymiany informacji na temat research ...

Dopalacze sklepy · Ogłoszenia z forum · Chemcentrum.nl · Drenigma.net

Forum dopalacze
https://forum.dopalajmy.com

Forum dopalacze - Dopalajmy.com - dopalacze forum, używki ...

FORUM DOPALAMY · **Forum** Info. W tym miejscu znajdziesz wszystkie informacje na temat korzystania z **Forum** Dopalajmy oraz najnowsze ogłoszenia. · Konkursy · WIELKI ...

Załoga Forum · Katys-candys.vn · ENZO-CHEM.CC · Sklepy partnerskie

Dopal.org
https://dopal.org › forumdisplay

Forum Dyskusyjne o Używkach i RC - Dopalacze sklepy

Największe polskie **forum** o używkach i **dopalaczach** bez cenzury gdzie spotkasz ludzi i firmy z branży, przeczytasz opinie, dowiesz się jakie sklepy są uczciwe ...

Wątpliwości

- Organiczne zaburzenia osobowości, dodatni wywiad uszkodzenia OUN – utrudniający kontrolę zachowania, abstynencję i podjęcie terapii uzależnienia
- Współuzależniona rodzina

Dziękuję za uwagę

Przypadek 16

Lekooporna depresja psychotyczna.

Katarzyna Bliźniewska-Kowalska

Wykład na zlecenie firmy Janssen

Lekooporna depresja psychotyczna

- opis przypadku-

dr n.med. Katarzyna Bliźniewska-Kowalska
Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Łodzi

Pierwsza wizyta w Izbie Przyjęć

Mężczyzna, lat 65, zgłosił się do IP w towarzystwie rodziny z powodu pogorszenia stanu psychicznego od 2 tygodni.

Powód zgłoszenia się/przyjęcia: Pacjent planował samobójstwo, chciał powiesić się na działce (myśli suicydalne z tendencją do realizacji). Od kilku dni przeświadczenie o śledzeniu przez inne osoby, podawał że jego przygotowania do samobójstwa ktoś nagrywał (urojenia prześladowcze, ksobne). Pacjent w ostatnim czasie miał w pracy dużo zadań, które go przerastały. Pacjent skarżył się na bezsenność (nie przespał 7 nocy). Obniżony apetyt.

Dotychczasowe leczenie psychiatryczne: Pacjent leczony z powodu zaburzeń depresyjnych od 5 lat - wówczas pierwszorazowa hospitalizacja. Pacjent przez 4,5 roku leki przyjmował nieregularnie. W okresie ostatnich 6 miesięcy pogorszenie stanu psychicznego- udał się do psychiatry otrzymał mirtazapinę 30 mg na noc, walproinian 2x500mg- z poprawą. Jednak od 2 tygodni ponownie pogorszenie, od 5 dni myśli samobójcze. W wywiadzie uzależnienie od alkoholu – około 2 letni okres abstynencji.

Wstępna DGN: F32.3 – Epizod ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi

Decyzja: przyjęcie do szpitala

Ocena stanu psychicznego

Pacjent bez zaburzeń świadomości, w zdawkowym kontakcie słownym, zorientowany auto- i allopsychicznie prawidłowo.

Nastrój obniżony. Afekt słabo modulowany. Napęd psychoruchowy obniżony.

Nie sprawiał wrażenia halucynującego. Dopytywany halucynacjom i pseudohalucynacjom przeczył. Indagowany wypowiadał liczne treści urojeniowe- urojenia nihilistyczne, winy, kary, prześladowcze.

W postawie rezygnacyjny, wycofany, nieufny, okresowo w niepokoju, lęku.

Podczas badania negował myśli i tendencje suicydalne.

Farmakoterapia

Podczas hospitalizacji zmodyfikowano leczenie farmakologiczne:

mirtazapina max. 45mg – odstawiono

walproinian max. 2x500mg – odstawiono

włączono

paroksetyna do 40mg/dobę (40mg-0-0)

olanzapina do 20mg/ dobę (5-0-15mg)

Informacje z dokumentacji medycznej

Podczas ostatniej hospitalizacji psychiatrycznej (5lat temu) pacjent został przeniesiony do Oddziału Chorób Zakaźnych z podejrzeniem neuroboreliozy.

Rozpoznanie potwierdzono badaniem serologicznym płynu mózgowo-rdzeniowego.

Pacjent wówczas otrzymał trzytygodniowe leczenie cefriaksonem. Początkowo opisywany jako podejrzliwy. Od drugiego tygodnia terapii w Oddziale Chorób Zakaźnych obserwowano stopniową poprawę stanu psychicznego pacjenta.

Badania laboratoryjne

Borelioza - p/c **IgG** (Krew żylna, surowica): **> 240,0 AU/ml - obecne**

[Nieobecne: < 10 Wątpliwe: 10 - 15 Obecne: > 15]

Borelioza - p/c **IgM** (Krew żylna, surowica): **25,4 AU/ml - obecne**

[Nieobecne: < 18 Wątpliwe: 18 - 22 Obecne: > 22]

Tyreotropina (TSH) trzeciej generacji (L69): **1,220 µlU/mL** [0,350 — 4,940]
Wolna trijodotyronina (FT3) (O55): **4,48 pmol/L** [2,63 — 5,70]
Wolna tyroksyna (FT4) (O69): **11,74 pmol/L** [9,00 — 19,00]

Witamina B12 (O83): **416 pg/ml** [187 — 883]
Kwas foliowy: **15,7 ng/ml** [4,6 — 18,7]

Konsultacja neurologiczna

Pacjent z rozpoznaniem depresji psychotycznej, myślami samobójczymi.

W wywiadzie przebyta w 2014 r. neuroborelioza. Był z tego powodu leczony w oddziale chorób zakaźnych. Uzależnienie od alkoholu.

Pacjent w kontakcie słownym , mowa prawidłowa , odpowiedzi nielogiczne. Chód prawidłowy. Spełnia wszystkie polecenia . Prawidłowo zorientowany .

Nerwy czaszkowe : prawa gałka oczna w wytrzeszczu, źrenice równe, prawidłowo reagują na światło, ruch gałek ocznych w pełnym zakresie, oczopląs nieobecny, spłycony prawy fałd nosowo-wargowy, słabiej szczerzy zęby po prawej, język w linii pośrodkowej .

Kończyny górne : napięcie, siła mięśniowa symetryczne, odruchy słabe P=L , próba palec -nos w normie

Kończyny dolne : napięcie, siła mięśniowa symetryczne, odruchy ścięgniste -brak . Dodatni objaw Babińskiego po prawej. próba pięta -kolano prawidłowa, czucie symetryczne .

W badaniach dodatkowych podwyższone przeciwciała IgG Boreliozy >240AU/ml i nieznacznie IgM 25,4 AU/ml .

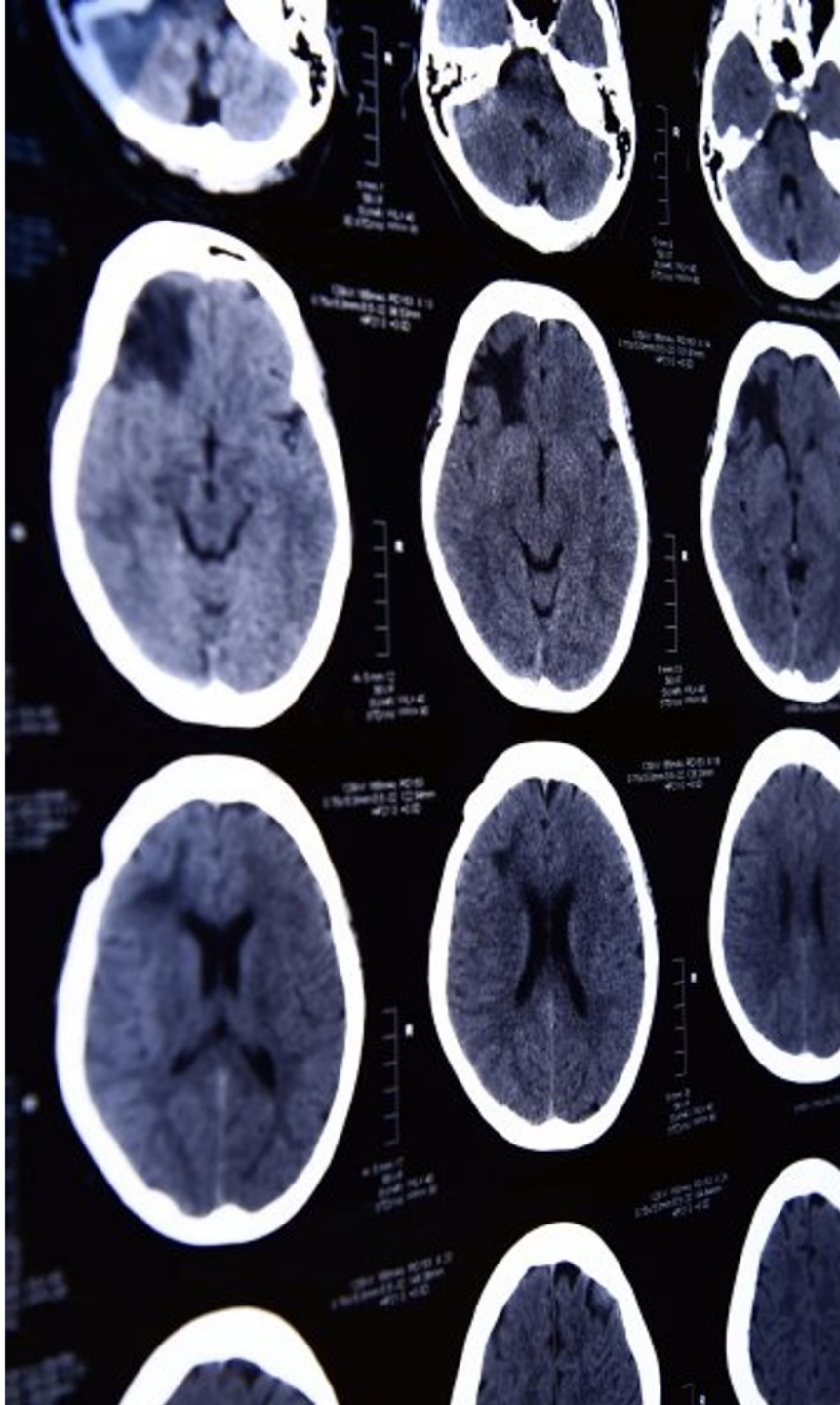
Wskazane badanie CT mózgowia z kontrastem w trakcie bieżącej hospitalizacji w celu wykluczenia guza mózgu .

Dgn. Przebyta neuroborelioza w 2014 r. Depresja psychotyczna. ZZA .

Wynik TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym -opis badania

W dwufazowym badaniu TK głowy tkanki mózgowia o typowej strukturze i gęstości, bez zmian ogniskowych.

Badanie nie wykazuje ognisk patologicznego wzmocnienia kontrastowego. Układ komorowy prawidłowej szerokości, symetryczny, bez przemieszczeń.Rezerwa płynowa przymózgowa zachowana. Struktury tylnej jamy i kości czaszki nie wykazują zmian.



BRAK POPRAWY

Pacjent w obniżonym nastroju, Leczenie psychiatryczne nie przyniosło zadawalających efektów, podobnie przy poprzednim epizodzie (w 2014r) również długo nie uzyskiwano poprawy do momentu zastosowania antybiotykoterapii. Fakt rozpoznania wówczas boreliozy, korelacja czasowa między uzyskaniem wówczas poprawy, a leczeniem antybiotykiem oraz obecna oporność na leki psychiatryczne wskazują na zasadność ponownego poszerzenia opieki o diagnostykę w Oddziale Chorób Zakaźnych. W dniu wypisu pacjent w zachowaniu spokojny, bez agresji i autoagresji, bez myśli i tendencji suicydalnych.

Z uwagi na dodatnie wyniki testów serologicznych (Borelioza - p/c IgG > 240,0 AU/ml - obecne, Borelioza - p/c IgM 25,4 AU/ml -obecne) pacjent został skierowany do Oddziału Chorób Zakaźnych, celem poszerzenia diagnostyki i ewentualnego leczenia.

Druga wizyta w Izbie Przyjęć Konsultacja psychiatryczna

Po hospitalizacji w Oddziale Chorób Zakaźnych, gdzie potwierdzono diagnozę neuroboreliozy i włączono antybiotykoterapię, pacjent został skierowany do IP celem konsultacji psychiatrycznej.

Pacjent po zakończonym leczeniu w szpitalu zakaźnym po rozpoznanej Boreliozie – miesięczna hospitalizacji. Wcześniej leczony z rozp. ciężkiego epizodu depresji w SPZOZ. Obecnie po leczeniu zgłosił się osobiście celem ustalenia dalszego leczenia w warunkach PZP – pacjent neguje chęć leczenia szpitalnego. Stosuje regularnie Olanzapine w dawce 5 – 0 – 15 mg i Paxtin 40 mg rano.

Obecnie po leczeniu pacjent spokojny, dobry kontakt werbalny, bez zaburzeń świadomości. Nastrój i napęd wyrównany. Afekt moduluje prawidłowo. Bez formalnych zaburzeń myślenia. Neguje halucynacje. Neguje myśli suicydalne. Treść myślenia bez uchwytnych zaburzeń. Pacjent zmotywowany do leczenia w warunkach PZP. Spontanicznie wypowiada plany na przyszłość. Bez pilnych wskazań do hospitalizacji. Somatycznie stan dobry. Ustalono utrzymanie leczenia i skierowano do PZP. Poinformowany o postępowaniu w/r zmian stanu psychicznego.

- Krętki przenoszone są przez kleszcze, najczęściej przez Ixodes ricinus lub Ixodes persulcatus. Do infekcji dochodzi po ugryzieniu przez kleszcza będącego nosicielem bakterii. Patogeny dostają się do skóry wraz ze śliną kleszcza.
- Początkowo infekcja jest ograniczona do okolicy wkłucia. W typowym przebiegu w ciągu kilku dni lub tygodni od ukąszenia przez zainfekowanego kleszcza pojawia się charakterystyczny rumień wędrujący.
- Wczesnym etapem rozsiewu infekcji mogą być niespecyficzne objawy grypopodobne.
- W kolejnym stadium nieleczonej boreliozy dochodzi do dalszego rozprzestrzeniania się krętków. Bakterie mogą przedostawać się do różnych organów - wykazano szczególne powinowactwo krętków Borrelia do błony maziowej stawów i układu nerwowego. Poza tym bakterie często atakują mięsień sercowy oraz oczy.

Neuroboreliozą określa się infekcję krętkami Borrelia, w której przebiegu występują objawy neurologiczne. Mogą one dotyczyć zarówno obwodowego, jak i ośrodkowego układu nerwowego. Gdy dochodzi do zajęcia układu nerwowego, objawy mogą układać się w następujące zespoły:

– Zespoły wczesne:

• „aseptyczne” zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu,

• porażenie nerwów czaszkowych (najczęściej nerw twarzowy)

• zapalenie korzeni nerwowych i nerwów.

– Zespoły późne:

• encefalopatie,

• poliradikulopatie czuciowo-ruchowe,

• zapalenie mózgu i rdzenia

Kryteria neuroboreliozy
wg European Federation of Neurological Societies (EFNS)

– objawy neurologiczne przemawiające za neuroboreliozą
– pleocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym
– wewnątrzoponowe wytwarzanie przeciwciał przeciwko B. burgdorferi.

Spełnienie dwóch spośród powyższych kryteriów pozwala ustalić prawdopodobne rozpoznanie neuroboreliozy. Jeśli trzecie kryterium nie jest spełnione, wówczas po upływie sześciu tygodni powinna zostać potwierdzona obecność w surowicy przeciwciał przeciwko B. burgdorferi

Tabela 2. **Rekomendacje European Federation of Neurological Societies (EFNS) [25]**

Postać neuroboreliozy	Zalecany lek	Zalecana dawka dobowa	Droga podania	Czas leczenia
Wczesna neuroborelioza (potwierdzona lub prawdopodobna) ograniczona do nerwów obwodowych, nerwów czaszkowych, korzeni nerwowych	Doksycyklina	200 mg	doustnie	14 dni
	Ceftriakson	2 g	dożylnie	
	Penicylina	20 mln j.		
	Cefotaksim	6 g		
Wczesna neuroborelioza z zajęciem OUN (zapalenie rdzenia kręgowego, zapalenie mózgu, zapalenie naczyń mózgowych)	Cetriakson	2 g	dożylnie	14 dni
Późna neuroborelioza z zajęciem nerwów obwodowych i ACA	Doksycyklina	200 mg	doustnie	3 tygodnie
	Ceftriakson	2 g	dożylnie	
Późna neuroborelioza z zajęciem OUN (zapalenie rdzenia kręgowego, zapalenie mózgu, zapalenie naczyń mózgowych)	Cetriakson	2 g	dożylnie	3 tygodnie

ACA – *acrodermatitis chronica atrophicans*, przewlekłe zanikowe zapalenie skóry kończyn

Brodziński S, Nasierowski T. Psychosis in Borrelia burgdorferi infection – part I: epidemiology, pathogenesis, diagnosis and treatment of neuroborreliosis. Psychiatria Polska. 2019;53(3):629-640. doi:10.12740/PP/97336.

Podsumowanie

- Przy braku zadawalającej odpowiedzi na leczenie należy re-ewaluować diagnozę biorąc pod uwagę schorzenia somatyczne.

- Objawy psychotyczne mogą występować w przebiegu chorób infekcyjnych.

- Mimo że neuroborelioza jako jednoznaczna przyczyna zaburzeń psychotycznych i afektywnych występuje jedynie kazuistycznie, jest to jednostka chorobowa, którą należy brać pod uwagę w diagnostyce różnicowej. W szczególności taka hipoteza wymaga rozważenia w zaburzeniach o nietypowym obrazie klinicznym.

Przypadek 17

Wnikliwa obserwacja i cierpliwość.

Kacper Łoś

Wnikliwa obserwacja i cierpliwość

UNIWERSYTET MEDYCZNY
W BIAŁYMSTOKU

Dr n. med. Kacper Łoś

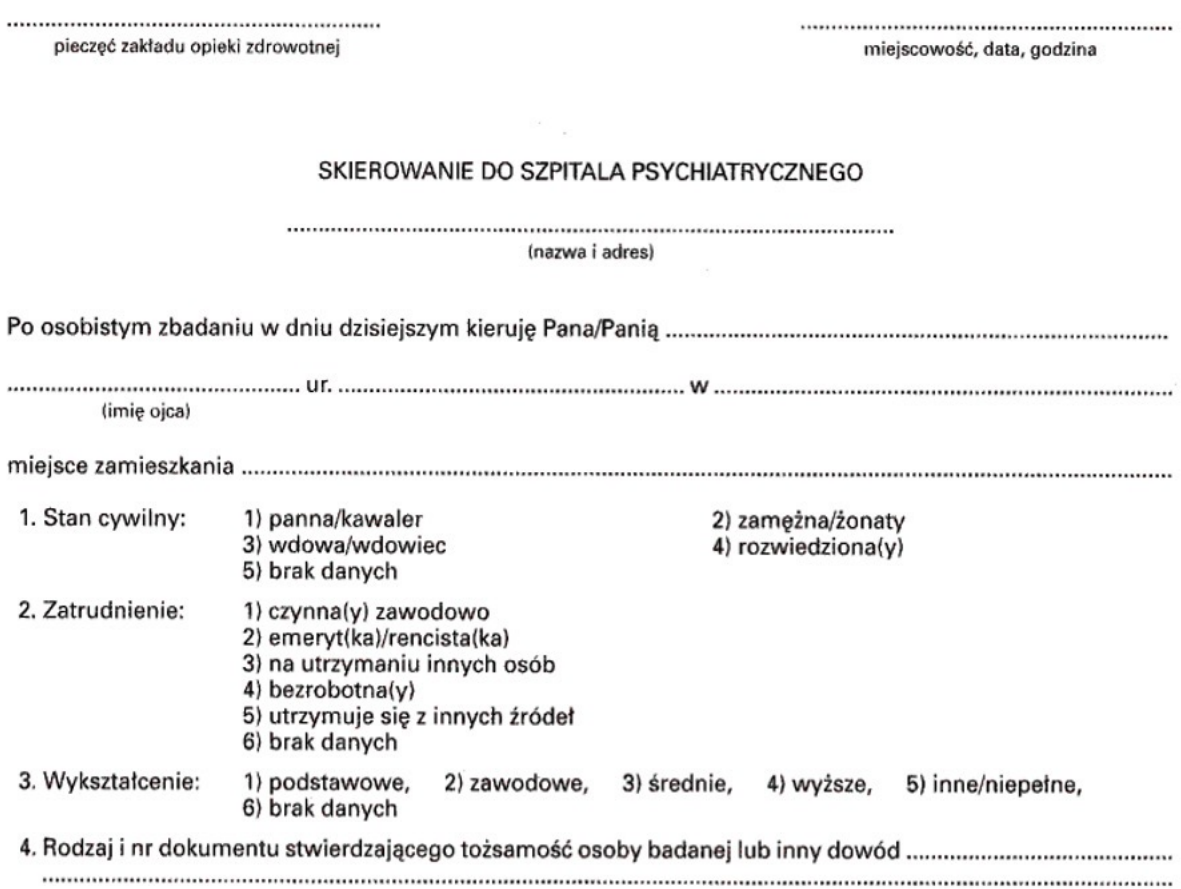
Lekarz, mgr psychologii

Klinika Psychiatrii UMB

Samodzielny Publiczny Psychiatryczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
im. dr. Stanisława Deresza
w Choroszczy

Wywiad chorobowy

- Dotychczas jednokrotnie hospitalizowany w szpitalu psychiatrycznym z rozpoznaniem **F19.1**
- Skierowany przez lekarza psychiatrę 16 dni po poprzednim wypisie
- Od wypisu utrzymywały się obniżony nastrój, napęd, apatia
- W tygodniu przed przyjęciem pacjent znacznie ograniczył spożywanie pokarmów, zrezygnował z pracy, unikał wszelkich kontaktów



.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....
miejscowość, data, godzina

SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

.....
(nazwa i adres)

Po osobistym zbadaniu w dniu dzisiejszym kieruję Pana/Panią .....

..... ur. ..... w .....
(imię ojca)

miejsce zamieszkania .....

1. Stan cywilny: 1) panna/kawaler 2) zamężna/żonaty 3) wdowa/wdowiec 4) rozwiedziona(y) 5) brak danych

2. Zatrudnienie: 1) czynna(y) zawodowo 2) emeryt(ka)/rencista(ka) 3) na utrzymaniu innych osób 4) bezrobotna(y) 5) utrzymuje się z innych źródeł 6) brak danych

3. Wykształcenie: 1) podstawowe, 2) zawodowe, 3) średnie, 4) wyższe, 5) inne/niepełne, 6) brak danych

4. Rodzaj i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby badanej lub inny dowód .....
.....

28 – letni mężczyzna

Wykształcenie: **średnie**

Zawód: **pracownik fizyczny**

Stan cywilny: **kawaler**

Zaniedbany higienicznie,

wpisujący się w wygląd

otoczenia

Dotychczas stosowane leczenie

- Z poprzedniego oddziału wypisany z częściową poprawą
- Pacjent był leczony **olanzapiną** 10mg/d, **kwasem walproinowym** 600mg/d w dwóch podzielonych dawkach
- Przed samym wypisem dołączono **arypiprazol** 15mg/d

Les jeux terribles (1925), Giorgia de Chirico – włoskiego malarza, twórcy malarstwa metafizycznego, uznawanego za prekursora surrealizmu.

Wypowiedzi ujawniały

- Urojenia prześladowcze, religijne, winy i grzeszności.

- Pacjent mówił, że jest wszystkiemu winny, twierdził, że jest złym dzieckiem i złym pracownikiem a przez narkotyki zniszczył życie sobie i innym.

- Ponadto, podawał w wątpliwość, czy lekarz prowadzący rzeczywiście jest lekarzem, dopytywał, czy rozmowy są nagrywane i zamieszczane w internecie.

Zdzisław Beksiński, AB80

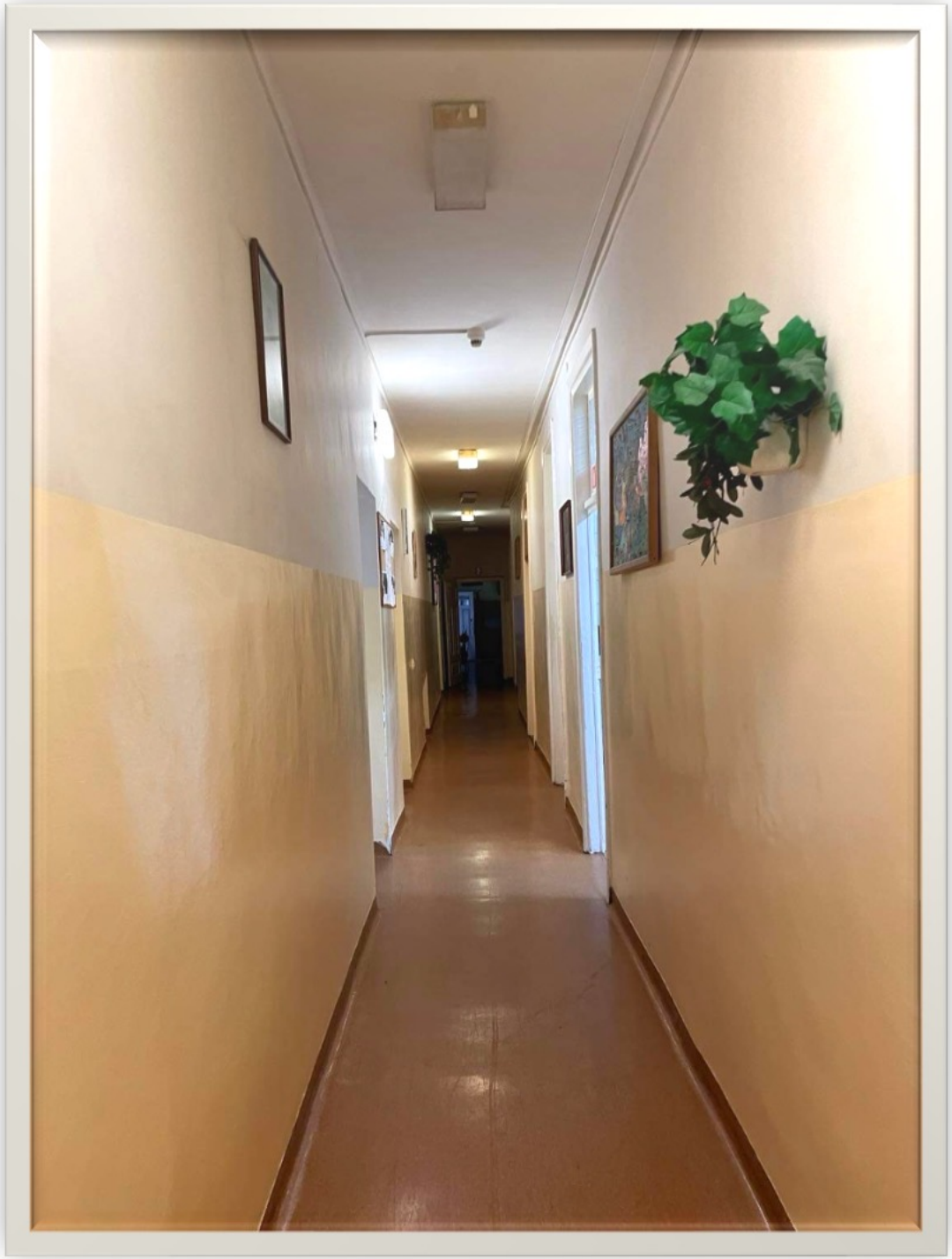
W oddziale

- Przebywał głównie w łóżku
- Chodził w kapturze, czapce
- Nie nawiązywał kontaktu z innymi pacjentami
- Niechętnie wstawał na posiłki

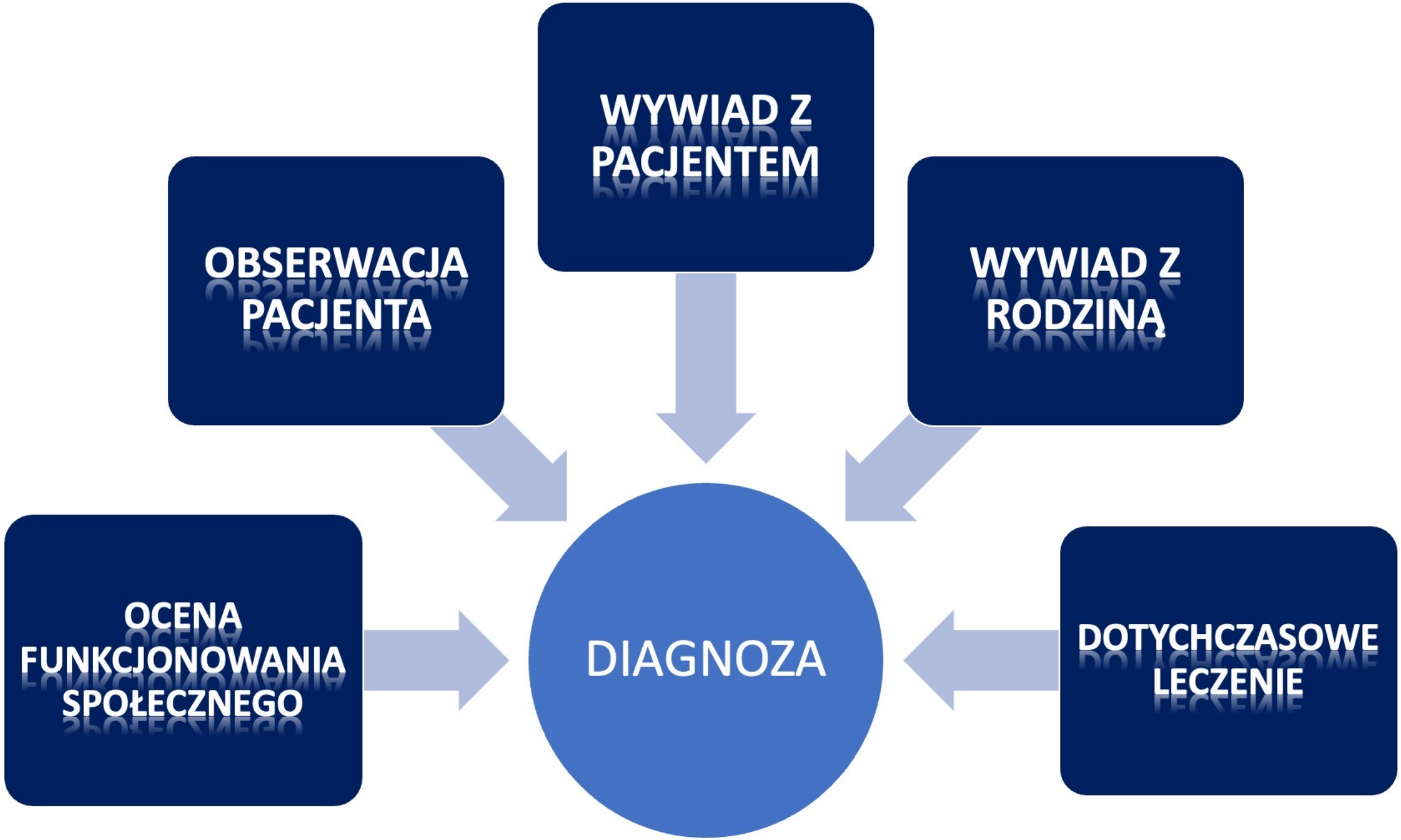
Vincent van Gogh- Szpital w Arles; 1889

W oddziale

- Przebywał głównie w łóżku
- Chodził w kapturze, czapce
- Nie nawiązywał kontaktu z innymi pacjentami
- Niechętnie wstawał na posiłki



Wpisujący się w wygląd otoczenia

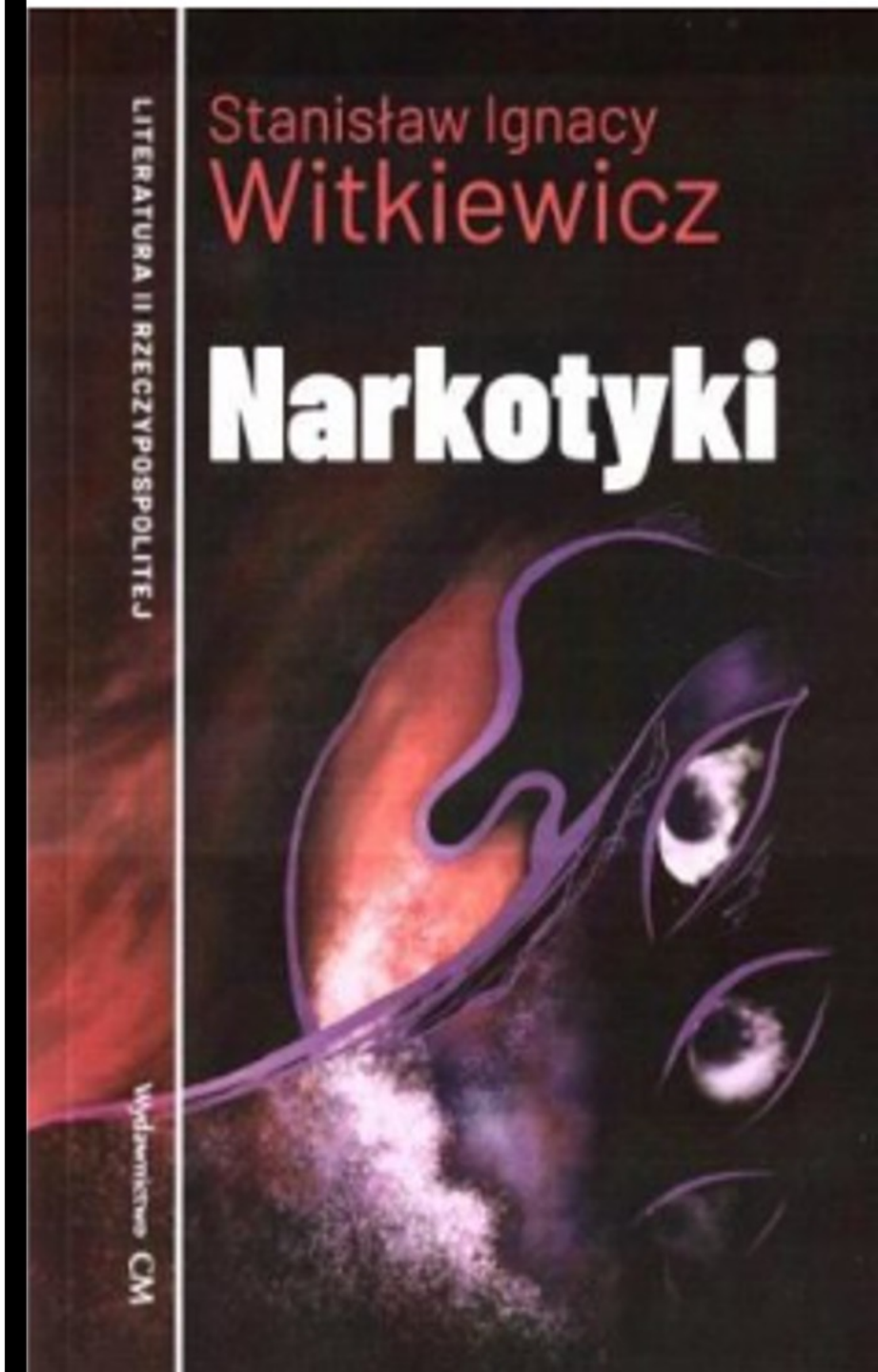

WYWIAD Z PACJENTEM
OBSERWACJA PACJENTA
WYWIAD Z RODZINĄ
OCENA FUNKCJONOWANIA SPOŁECZNEGO
DIAGNOZA
DOTYCHCZASOWE LECZENIE

Zaburzenia spowodowane używaniem kilku substancji

Substancje były przyjmowane w sposób chaotyczny, bez zwracania uwagi na ich rodzaj:

- Kannabinole
- Grzyby psylocybinowe
- Dopalacze
- Tytoń
- „*coś jeszcze na pewno, nie wiem co*”

F19.1

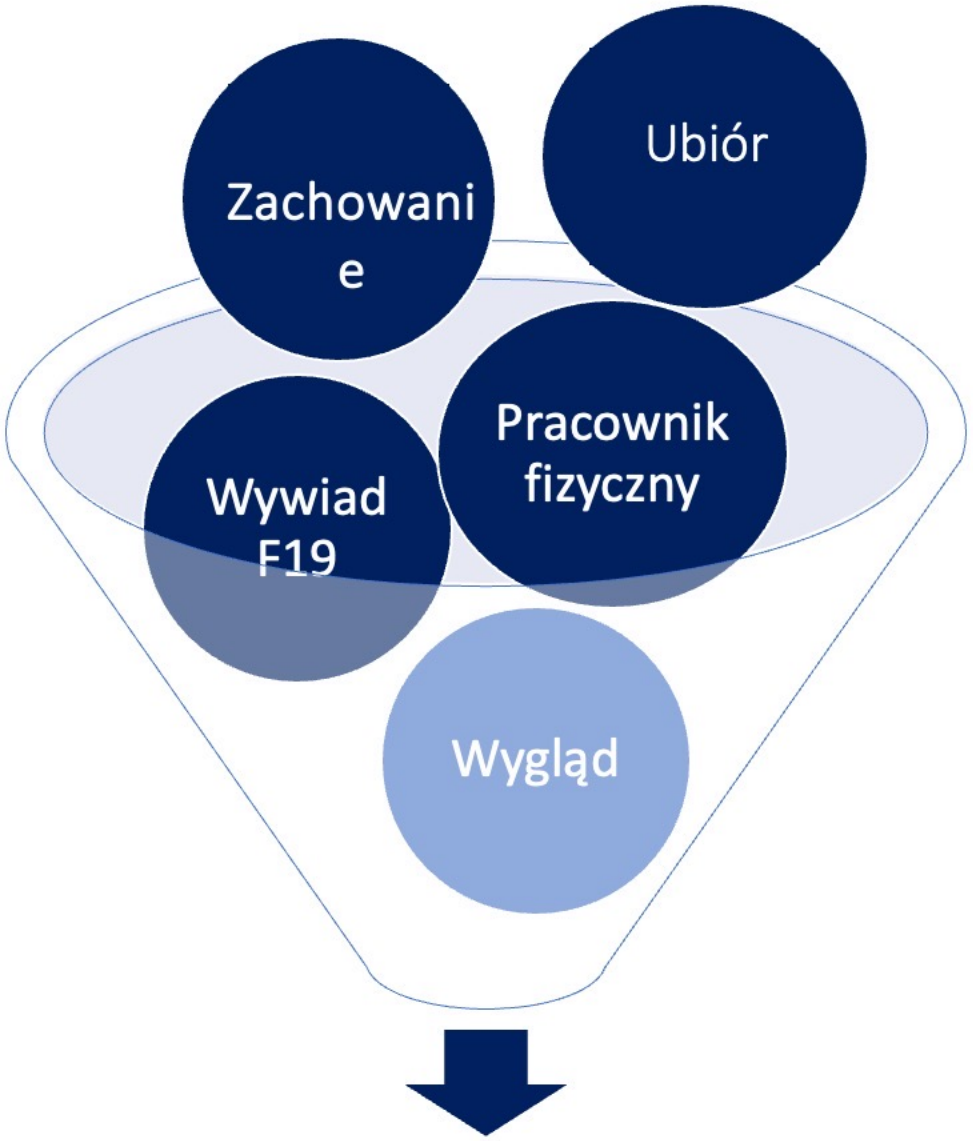


Ostre zatrucie

„Jest zjawiskiem przemijającym. Intensywność zatrucia zmniejsza się z czasem i przemija, jeśli przyjmowanie substancji nie jest ponawiane. Powrót do zdrowia jest całkowity, o ile nie dochodzi do uszkodzenia tkanek lub innych powikłań”

F19.1

„Cytat z ICD-10”



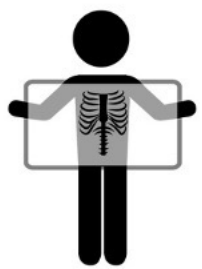
EFEKT GOLEMA

Wpływ niskich (nadmiernie zaniżonych) oczekiwań wobec konkretnej osoby na rzeczywiste osiągnięcia, określa się efektem Golema

Badania

Toksykologia

Biochemia, morfologia

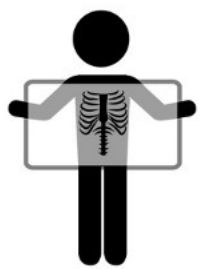


Obrazowe

Badania

Toksykologia

Biochemia, morfologia



Obrazowe

Wracając do leczenia

- Pacjent był leczony olanzapiną, kwasem walproinowym, następnie dołączono arypiprazol – z niewielkim skutkiem terapeutycznym.

- Zwiększono olanzapinę do 20mg/d, utrzymano arypiprazol, odstawiono kwas walproinowy

- **Ustąpiły urojenia**, jednak **napęd i nastrój nie ulegały poprawie. Kontakt z pacjentem dalej był utrudniony, tok myślenia spowolniały.**

Wypisać czy nie ?

- Chcemy pomagać szybko
- Sytuacja prawdopodobnie podobna do tej z poprzedniego oddziału
- Brakuje nam: **Cierpliwości, Wytrwałości ??**

Salwador Dali, Trwałość pamięci

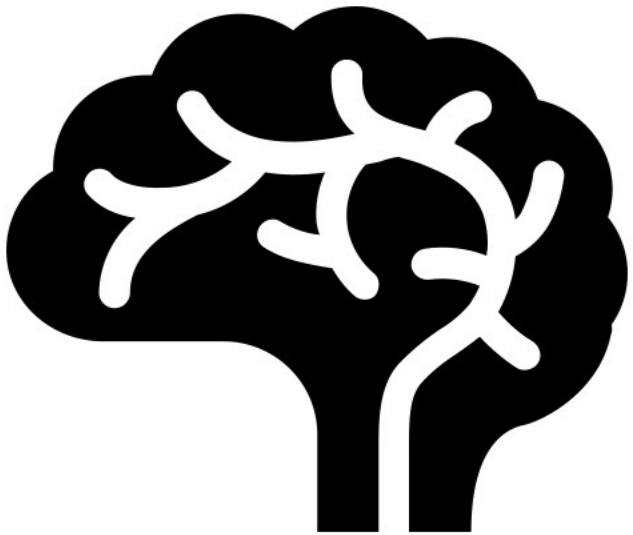
Decyzja – leczymy dalej

- Do leczenia włączono **amisulpryd** w dawce do 400 mg/d, stopniowo odstawiając dotychczas stosowane leki.

- Poprawił się napęd, wycofały się objawy wytwórcze. Mężczyzna zaczął nawiązywać kontakty z rodziną i innymi pacjentami.

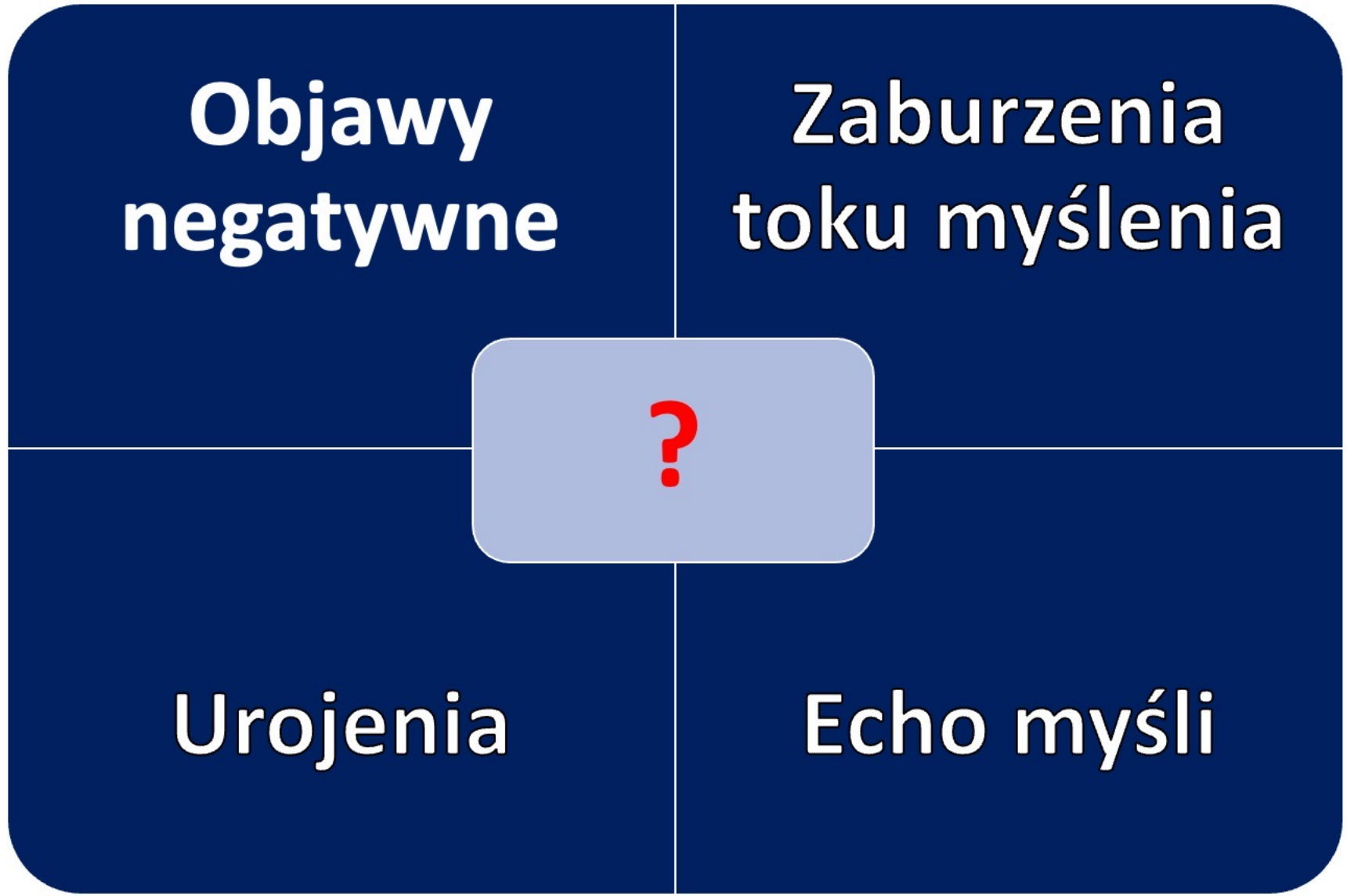
W trakcie rozmowy z lekarzem pacjent podkreślił, że w przeszłości palił marihuanę jedynie dwukrotnie. Twierdził, że wcześniej wspominał o licznych narkotykach, ponieważ tak nakazywał mu wewnętrzny głos.

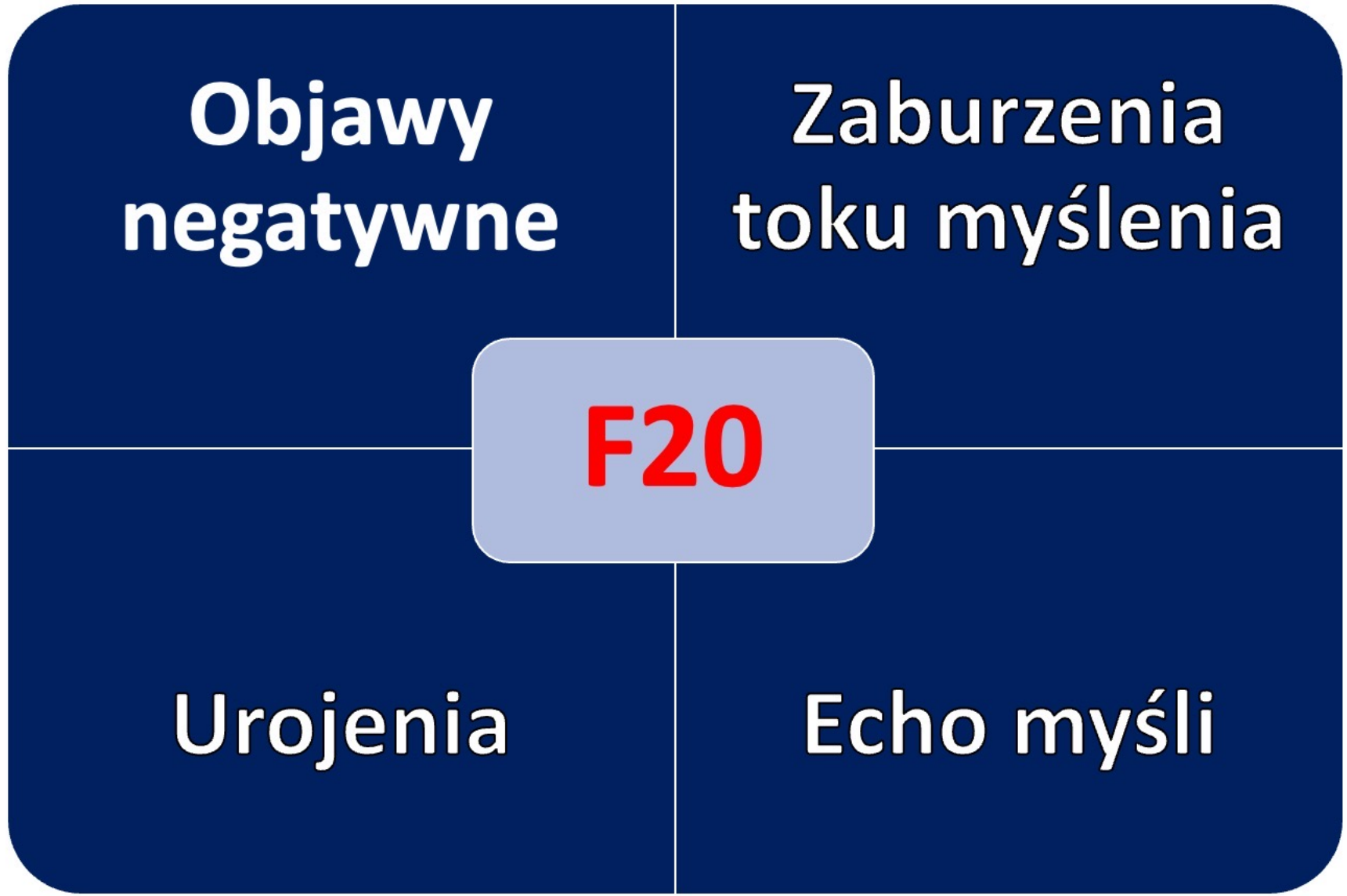
Był przekonany, że ściągnął na siebie i rodzinę ogromną tragedię.



Według pacjenta powodem sięgnięcia po marihuanę były coraz gorsze kontakty z rówieśnikami – nie chciał się z nimi spotykać, wolał pozostawać sam w domu. Miał wrażenie, że wszyscy go obmawiają, dlatego wycofał się z życia towarzyskiego. Sądził, że dzięki marihuanie powróci do normalnego funkcjonowania.

Był przekonany że inni znają jego myśli.


Objawy negatywne
Zaburzenia toku myślenia
?
Urojenia
Echo myśli


Objawy negatywne
Zaburzenia toku myślenia
F20
Urojenia
Echo myśli

- Pacjent rozpoczął stosowanie SPA, aby złagodzić pierwsze objawy procesu chorobowego.
- Jeśli pacjent zostałby wypisany ze szpitala zbyt wcześnie, otrzymałby rozpoznanie F19, a stan pacjenta wykazywałby jedynie częściową poprawę.
- Przypadek zwraca uwagę na konieczność **wnikliwej obserwacji i konieczności cierpliwego oczekiwania na całkowitą poprawę stanu psychicznego.**

Pomagajmy cierpliwie

Dziękuję za uwagę ;)

Kacper Łoś

me and you
forever TM

Przypadek 18

Dylematy diagnostyczne w psychiatrii wieku rozwojowego.

Aleksander Nowakowski

DYLEMATY DIAGNOSTYCZNE W PSYCHIATRII WIEKU ROZWOJOWEGO

ALEKSANDER NOWAKOWSKI

1 HOSPITALIZACJA 2021

- Pacjentka lat 15
- Dotychczas niehospitalizowana
- Przyjęta po próbie samobójczej przez podcięcie żył
- Styczeń 2018 – diagnoza zespołu Aspergera
- Od 2018 pod opieką psychologiczną w postaci terapii indywidualnej oraz treningu umiejętności społecznych
- Od 2019 leczona ambulatoryjnie w PZPD
- W chwili przyjęcia leczona sertraliną w dawce 150mg – brak efektu terapeutycznego

1 HOSPITALIZACJA 2021

- Przy przyjęciu relacjonowała problemy z koncentracją, trudności z zapamiętywaniem, lęk uogólniony bez objawów somatycznych
- Twierdziła, że często wizualizuje sobie sceny zagrożenia, samookaleczenia lub samobójstwa
- Twierdziła, że często wikła się w toksyczne relacje rówieśnicze, ma trudności z tworzeniem trwałych i prawidłowych relacji rówieśniczych
- Dodatkowo: obniżenie apetytu, celowe unikanie jedzenia celem redukcji masy ciała
- Podczas 1 hospitalizacji w I klasie LO – zagrożenie z sześciu przedmiotów

Wywiad

- CIPI, urodzona siłami natury w 40 hbd, 10 APGAR
- Matka negowała używki w ciąży, nieleczona, w trakcie trwania ciąży matka pacjentki relacjonowała przemoc fizyczną ze strony jej partnera – ojca biologicznego dziewczynki
- W 1r.ż dziewczynki matka rozstała się z ojcem biologicznym
- Od 2 r.ż. dziewczynki kolejny partner matki
- Rozwój wczesnodziecięcy pacjentki zaburzony brakiem raczkowania
- Rozwój mowy prawidłowy
- Szczepiona zgodnie z kalendarzem szczepień

Wywiad

- Żłobek w wieku 17msc – problemy z separacją od matki
- Przedszkole w 3 r.ż. – problemy adaptacyjne, lęk separacyjny
- Szkoła w wieku lat 7, bez problemów z adaptacją, bez problemów rówieśniczych
- W szkole podstawowej: trudności z kontrolą emocji, częste pobudzenia psychoruchowe, w momentach niepowodzenia wybiegała z klasy, niszczyła kartkówki, miała problemy z porozumiewaniem się
- W VI klasie SP ofiara przemocy rówieśniczej, od tego momentu samookaleczenia celem redukcji napięcia
- W VIII klasie SP matka rozstała się z partnerem – pacjentka twierdziła, że była świadkiem przemocy fizycznej oraz psychicznej ojczyma w stosunku do matki

Wywiad

- Pacjentka pod opieką poradni neurologicznej ze względu na migrenowe bóle głowy, w bad. obrazowych (TK) oraz w EEG bez odchyleń od normy, prawidłowo
- Wywiad rodzinny w kierunku chorób psychicznych negatywny

1 HOSPITALIZACJA 2021

- Na Oddziale:
  - pacjentka okresowo niewspółpracująca,
  - dyssymulująca,
  - opozycyjno-buntownicza wobec matki, niekiedy również personelu,
  - obserwowano łatwą drażliwość,
  - dużą impulsywność,
  - sztywność poznawczą,
  - Pacjentka podawała występowanie flashbacków z trudnych dla niej wydarzeń z przeszłości

1 HOSPITALIZACJA 2021

- W trakcie hospitalizacji
  - napady paniki,
  - objawy dysocjacyjne – drgawki dysocjacyjne,
  - okresowe ograniczenia przyjmowania posiłków,
  - dwukrotnie impulsywne próby samobójcze przez zadzierzgnięcie
- Leczenie: olanzapina, paroksetyna
- Wypisana na żądanie matki przed zakończeniem procesu diagnostyczno-leczniczego
- Wypisana z rozpoznaniami:
  - F43.2 – zaburzenia adaptacyjne
  - F84.5 – zespół Aspergera

2 HOSPITALIZACJA 2022

- Przyjęta z powodu myśli suicydalnych z tendencją do realizacji utrzymujących się przez około tydzień poprzedzający przyjęcie
- W marcu 2022 diagnoza w lecznictwie ambulatoryjnym postawiono diagnozę F20
- Pacjentka twierdziła, że słyszała głosy z wnętrza jej głowy, namawiające ją do dokonywania samookaleczeń czy samobójstwa
- W chwili przyjęcia negowała występowanie objawów wytwórczych
- Powtarzała I klasę liceum (liceum terapeutyczne)
- W chwili przyjęcia leczona: risperidon 2mg/d

2 HOSPITALIZACJA 2022

- W trakcie hospitalizacji:
  - Wycofana, izolująca się od grupy
  - Spłycony afekt
  - Objawy wytwórcze wszelkiej modalności negowała, potwierdzała ich występowanie w przeszłości
- Leczenie: arypiprazol
- Wypisana planowo z rozpoznaniami
  - F20 – schizofrenia
  - F84.5 – zespół Aspergera

3 HOSPITALIZACJA 2023

- Przyjęta po próbie samobójczej – próba lekowa, przyjęła kilkadziesiąt sztuk tabletek (hydroksyzyna, arypiprazol, paracetamol), próba spowodowana konfliktem rówieśniczym
- W chwili przyjęcia: lamotrygina 100mg/d, kwetiapina 150mg/d, trazodon 100mg/d
- Zapytana przyznała, że od ostatniej hospitalizacji kilkukrotnie podejmowała próby samobójcze (kolejna próba podcięcia sobie żył, stanie na torach kolejowych czy na krawędzi parapetu) – sytuacji tych nie zgłaszała
- Po 1 klasie LO – hospitalizacja w wakacje

3 HOSPITALIZACJA 2023

- W trakcie hospitalizacji:
  - Bardzo szybko nawiązała relacje z innymi dziećmi – szczególnie młodszymi
  - Aktywna, rozbawiona
- W związku z brakiem obserwowanych u pacjentki objawów dających podstawę postawienia diagnozy z. Aspergera – badanie ADOS-2
- Wynik nie wskazywał na spektrum autyzmu

3 HOSPITALIZACJA 2023

- Z poprzedniej dokumentacji przedstawionej przez matkę:
  - Badanie intelektu z 05/2013 (Wechsler) – rozwój umysłowy przeciętny (104)
  - Badanie intelektu z 06/2017 (Wechsler) – rozwój umysłowy na pograniczu normy (79)
- Zdecydowano o powtórzeniu badania intelektu metodą SB-5
- Uzyskany wynik wskazywał na upośledzenie umysłowe pacjentki w stopniu lekkim

3 HOSPITALIZACJA 2023

- W związku z pogarszającym się poziomem zdolności poznawczych pacjentki oraz historią neurologiczną (migrenowe bóle głowy) zdecydowano o wykonaniu badania obrazowego OUN
- Wykonano rezonans magnetyczny z kontrastem – naczyniak żylny w lewym płacie ciemieniowym oraz inne, mniejsze zmiany żylne

3 HOSPITALIZACJA 2023

- W trakcie hospitalizacji pacjentka negowała doznania omamowe
- Nie wypowiadała treści urojeniowych
- Nie prezentowała formalnych zaburzeń myślenia
- Objawy przypominające objawy psychotyczne wyjaśniała lękiem i rzutowała w przestrzeń własnej wyobraźni
- Opisuje, że doznawała objawów o charakterze pseudohalucynacji słuchowych oraz imperatywnych jednak nie spełniały one kryteriów czasowych do rozpoznania F20

3 HOSPITALIZACJA 2023

- Leczenie: nie modyfikowano: lamotrygina 100mg/d, kwetiapina 150mg/d, trazodon 100mg/d
- Wypisana planowo z rozpoznaniami:
  - F43.2 – zaburzenia adaptacyjne
  - F70 – upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim
  - F06.5 – inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu, albo chorobą somatyczną - organiczne zaburzenia dysocjacyjne

Nieprawidłowo rozwijająca się osobowość

- Chwiejność emocjonalna
- Zachowania autoagresywne
- Powtarzające się groźby lub działania samouszkadzające
- Trudności w funkcjonowaniu i nawiązywaniu trwałych relacji interpersonalnych
- Skłonność do angażowania się w intensywne i niestabilne relacje, często prowadzące do kryzysów emocjonalnych
- Stałe uczucie pustki wewnętrznej
- Skłonność do zachowań typu acting out

Schizofrenia

- Głosy omamowe pochodzące z jakiejś części ciała
- Brak spełnienia kryterium czasowego – przez większość czasu trwania epizodu choroby psychotycznej utrzymującego się przez co najmniej jeden miesiąc (lub okresowo w ciągu większości dni tego okresu)
- Zaburzenie nie jest warunkowane chorobą mózgu
- Jeżeli pacjent spełnia kryteria epizodu depresyjnego, kryteria schizofrenii muszą być spełnione przed wystąpieniem zaburzeń nastroju

Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu, albo chorobą somatyczną

- Potwierdzone badaniem somatycznym i neurologicznym uszkodzenie lub dysfunkcja mózgu
- Zachodzi przypuszczalny związek między pojawieniem się (lub znacznym zaostrzeniem) zaburzenia psychicznego, którego objawy mogą występować bezpośrednio lub z opóźnieniem, a leżącymi u ich podłoża chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu
- Brak dostatecznych przesłanek wskazujących na alternatywne uwarunkowanie zaburzeń psychicznych np. wyraźnego obciążenia rodzinnego klinicznie podobnymi lub powiązanymi zaburzeniami

Organiczne zaburzenia dysocjacyjne

- Spełnione kryteria dla F06
- Spełnia kryteria F44 – zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)
  - Przekonywające związki czasowe między wystąpieniem objawów a stresującymi wydarzeniami, trudnościami lub potrzebami
  - F44.5 – drgawki dysocjacyjne – nagłe i nieoczekiwane ruchy drgawkowe, blisko przypominające odmiany napadów padaczkowych lecz bez następowej utraty świadomości

Zaburzenia adaptacyjne

- Początek objawów w okresie od 1 miesiąc od narażenia na rozpoznawalny stresor
- Objawy którejś z form zaburzeń afektywnych F30-F39 lub F40-F48 lecz nie spełniające kryteriów żadnego z tych zaburzeń
- Kryterium czasowe do 6msc, wyjątkiem F43.21 reakcja depresyjna przedłużona – czas trwania nie przekraczający 2 lat

Upośledzenie umysłowe

- Niska sprawność procesów poznawczych
- Zmniejszona kompetencja społeczna

Zaburzenia hiperkinetyczne (zespoły napdpobudliwości ruchowej)

- Brak uwagi:
  - Częste niepowodzenia w utrzymaniu uwagi
  - Upośledzona umiejętność organizowania zadań i aktywności
  - Częste unikanie, silna niechęć do zadań wymagających wysiłku umysłowego
  - Gubienie rzeczy niezbędnych
  - Zapominanie w toku codziennej aktywności
- Impulsywność:
  - Przerywanie, przeszkadzanie innym
  - Udzielanie odpowiedzi pospiesznie
- Początek zaburzenia w wieku nie później jak 7 lat
- Kryteria spełnione w więcej niż jednym środowisku
- W kwestionariuszu Conners-3 poniżej progu odsiewowego

DZIĘKUJĘ

ZA UWAGĘ

Przypadek 19

Schizofrenia? OCD? Czy Schizo-OCD? Uważność w diagnozie zaburzeń psychicznych u adolescentów.

Bartosz Ścięgaj

Schizofrenia, OCD czy schizo-OCD? Uważność w diagnozie zaburzeń psychicznych u adolescentów

Bartosz Ścięgaj

Oddział Psychiatryczny dla Młodzieży

SP ZOZ im. J. Babińskiego w Łodzi

Plan prezentacji

- Przedstawienie zaburzenia schizo-obsesyjnego.
- Przypadek kliniczny pacjentki z zaburzeniem schizo-obsesyjnym.

- Cel prezentacji:

Przybliżenie zagadnienia zaburzeń schizo-obsesyjnych i związanych z nim wyzwań diagnostyczno-terapeutycznych. Przedstawienie znaczenia dokładnej diagnozy w zdrowiu psychicznym ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku rozwojowym.

Schizo-OCD

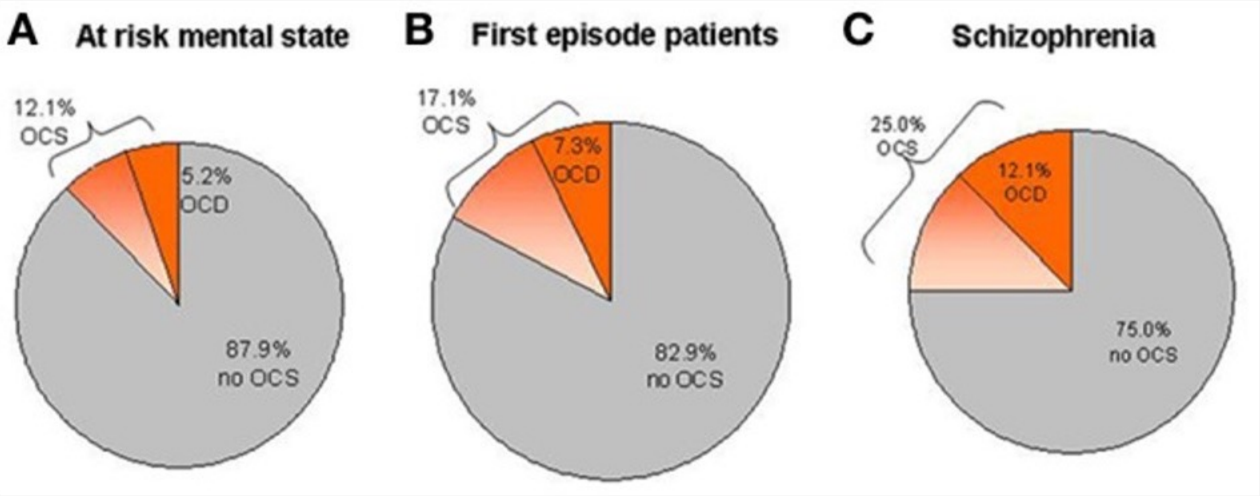
- Koncept schizo-obsesyjności został opisany po raz pierwszy przez *Hwang i Opler* w 1994 r. Wydane w tym samym roku kryteria DSM-IV umożliwiły postawienie podwójnej diagnozy powyższych zaburzeń.
- Spojrzenie na oba zaburzenia zostało potwierdzone przez niedawne zmiany w DSM-5, które wykluczyło OCD z rozdziału o zaburzeniach lękowych i uznało istnienie tzw. "zaburzenia ze spektrum schizofrenii". Podgrupa schizo-obsesyjna nie została włączona do najnowszej wersji podręcznika, rozpoznanie wspomnianego spektrum oraz możliwe istnienie "obsesji bez wglądu" integruje podgrupę schizo-obsesyjną w ciągłość między obsesjami a urojeniami.

  (*Scotti-Muzzi, E., & Saide, O. L., 2016)*
- Oba zaburzenia wpływają na mężczyzn i kobiety w równym stopniu, mają przewlekły przebieg i podobny początkowy okres początku objawów, z tendencją do wcześniejszego początku OCD.
- Komponenta neurorozwojowa i zmiany w obszarach mózgu (kora przedczołowa, przedni zakręt obręczy, jądro ogoniaste i wzgórze) zostały powiązane z obydwoma zaburzeniami.

  (Tibbo i Warneke, 1999; Gross-Isseroff i in., 2003).
- Terapeutyczna skuteczność leków przeciwpsychotycznych w przypadku zarówno schizofrenii, jak i OCD może sugerować patofizjologiczne pokrywanie się tych dwóch zaburzeń.

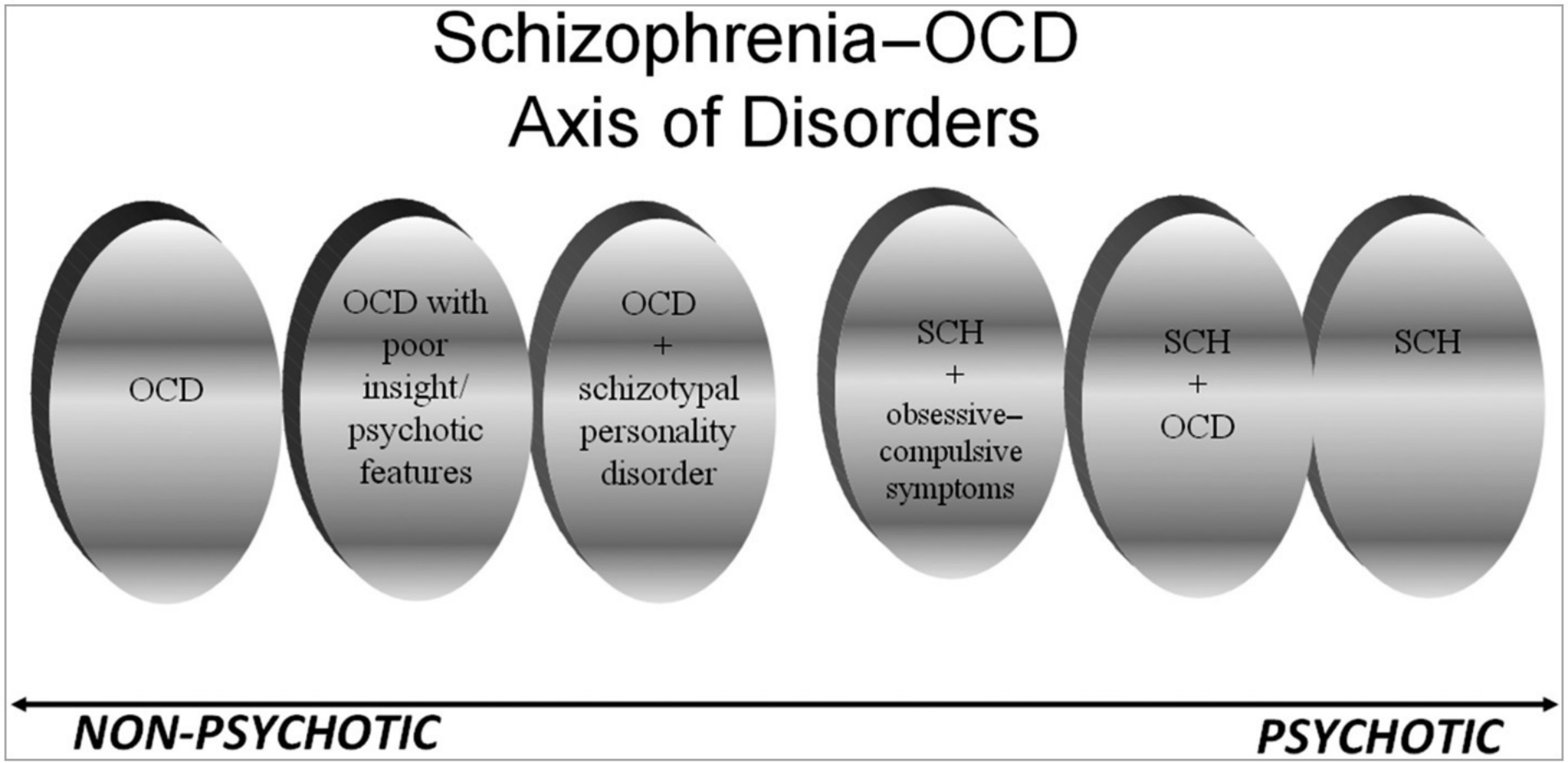
Schizo-OCD - epidemiologia

- Wskaźnik występowania schizofrenii w ogólnej populacji wynosi około 1%, natomiast prewalencja OCD to około 2-3%.
- Objawy obsesyjno-kompulsyjne (OCS) oraz OCD wydają się współwystępować u znaczącego odsetka pacjentów ze schizofrenią, z wskaźnikami prewalencji w zakresie od 10% do 64% dla OCS i od 7,8% do 31,7% dla OCD, przy czym nowsze badania wskazują na 25% dla OCS i 12% dla OCD.



Schirmbeck F, Zink M. Comorbid obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: contributions of pharmacological and genetic factors. Front Pharmacol. 2013

Oś OCD-schizofrenia



Poyurovsky, M. (n.d.). Conclusions and future directions. Schizo-Obsessive Disorder, 2013;

Schizo-OCD – kryteria diagnostyczne

- Objawy OCS są obecne i spełniają Kryterium A dla zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego w momencie przebiegu schizofrenii.
- Jeśli treść obsesji i/lub kompulsji jest powiązana z treścią urojeń i/lub halucynacji (np. kompulsywne mycie rąk z powodu głosów nakazujących), wymagane są dodatkowe typowe objawy OCD, które są przez osobę uznawane za nierozsądne i nadmierne.
- Objawy OCD są obecne przez znaczącą część całkowitego czasu trwania prodromalnego, aktywnego i/lub rezydualnego okresu schizofrenii.
- Obsesje i/lub kompulsje są czasochłonne (więcej niż 1 godzina dziennie), powodują stres lub znacząco zakłócają normalną rutynę, dodatkowo do upośledzenia funkcjonalnego związanego ze schizofrenią.
- Obsesje i kompulsje u pacjenta ze schizofrenią nie są wynikiem bezpośredniego działania leków przeciwpsychotycznych, nadużycia substancji lub czynników organicznych.

Poyurovsky M, Zohar J, Glick I, et al. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: implications for future psychiatric classifications. Compr Psychiatry. 2012;

Identyfikacja objawów obsesyjno-kompulsywnych w schizofrenii.

Kryterium wglądu	Pacjenci cierpiący na OCD zwykle spełniają trzy charakterystyczne cechy objawów: przypisują obsesje i kompulsje do własnego myślenia, wykazują krytycyzm co do objawów i próbują się im przeciwstawić. W szczególności pierwsze dwie właściwości pozwalają na różnicowanie od halucynacji i urojeń.
OCS niezwiązane wyłącznie z psychotyczną treścią	Powtarzające działania są kompulsjami tylko wówczas, gdy powstają w odpowiedzi na obsesje, a nie w odpowiedzi na ideacje psychotyczne. Nawracające, ego-dystoniczne myśli nie są obsesjami, jeśli obracają się wyłącznie wokół aktualnie występujących urojeniowych tematów.
Ponowna ocena OCS po ustąpieniu objawów psychotycznych	Jeśli pierwsze wystąpienie OCS ma miejsce jednocześnie z pierwszym zaostrzeniem psychotycznym, ostateczna decyzja o ważnym współwystępującym stanie powinna zostać odłożona do czasu ustąpienia objawów psychotycznych.
Obsesje prezentowane jako pseudohalucynacje	Podgrupa pacjentów z OCS, którzy odbierają swoje obsesje jako wyjątkowo uciążliwe i obciążające, może próbować się od nich zdystansować, używając wyrażeń takich jak "głosy" lub "obce treści myślowe", ale w większości przypadków zjawiska te można charakteryzować jako pseudohalucynacje.
OCS indukowane przez SGA	Pacjenci bez wcześniejszej historii OCS mogą rozwinąć te objawy podczas leczenia przeciwpsychotycznego SGA.

Schirmbeck F, Zink M. Comorbid obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: contributions of pharmacological and genetic factors. Front Pharmacol. 2013

Schizo-OCD - odrębności

Badania porównawcze przeprowadzone między grupami pacjentów ze schizo-OCD (OCD-S) oraz pacjentami ze schizofrenią bez OCD (Non-OCD-S) wykazały:

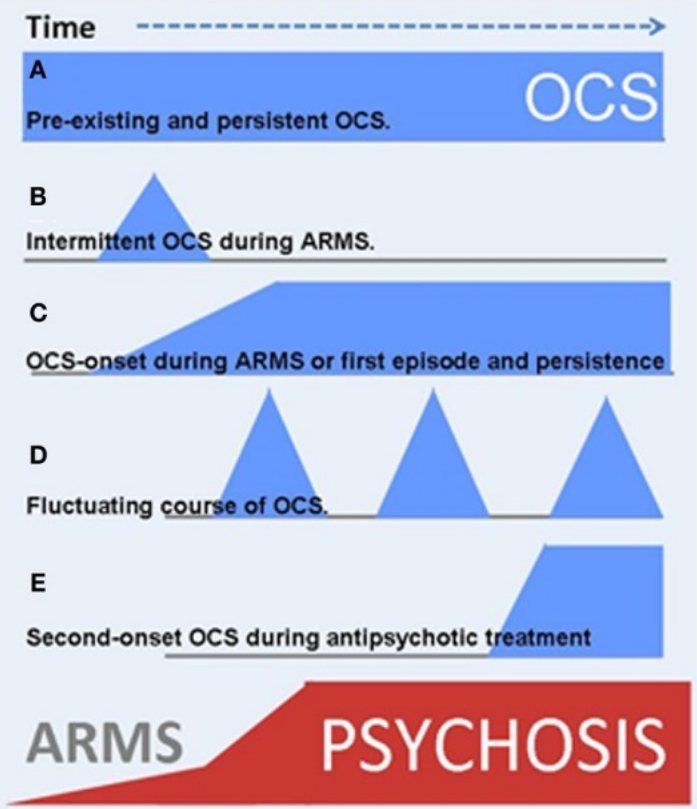
- Pacjenci ze schizofrenią i objawami obsesyjno-kompulsywnymi (OCS) mają bardziej nasilone objawy pozytywne i negatywne oraz niższą jakość życia (QOL). Nie stwierdzono większego nasilenia objawów schizofrenii u adolescentów.

  (Poyurovsky et al. 2007)
- Istnieje silna korelacja między intensywnością OCS i objawami schizofrenii a ogólnym funkcjonowaniem oraz jakością życia.
- Pacjenci OCD-S prezentowali wyższe nasilenie akatyzji oraz ruchów mimowolnych.
- Częstsze występowanie katatonii u pacjentów OCD-S w porównaniu z Non-OCD-S.
- W leczeniu pacjentów z grupy OCD-S częściej wykorzystywano neuroleptyki II gen. (SGA) oraz benzodiazepiny. Średnie dawki neuroleptyków były niższe niż w grupie Non-OCD-S. Wykorzystywano także leki z grupy SSRI/klomipraminę w wyższych dawkach.

  (*Krüger i wsp. 2000)*

Schizo-OCD - odrębności

- Zachorowanie na schizofrenię u pacjentów OCD-S w większości przypadków poprzedzone było pojawieniem się objawów OCD.



Schirmbeck F, Zink M. Comorbid obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: contributions of pharmacological and genetic factors. Front Pharmacol. 2013

Schizo-OCD – leczenie

- Terapia poznawczo-behawioralna z ekspozycją, połączona z SSRI/klomipraminą wykazuje największą skuteczność (40-60% pacjentów wykazuje oporność). SSRI preferowane ze względu na działanie antycholinergiczne oraz inne obj. niepożądane klomipraminy.
- Nie wykazano istotnej różnicy w skuteczności leków z grupy SSRI. W populacji adolescentów najczęściej stosuje się fluoksetyną, sertralinę, fluwoksaminę.
- Typowe NL nieskuteczne, sugerowane atypowe NL (arypiprazol, amisulpryd, rysperidon, olanzapina, klozapina, zyprazydon).
- Indywidualny dobór dawek w zależności od obserwowanych objawów klinicznych (przeciwstawne efekty działania SSRI i SGA u pacjentów z OCD-S i OCs-S).
- Udokumentowano przypadki OCS indukowanych (70%) oraz *de novo* (20-22%) u pacjentów leczonych klozapiną/olanzapiną. Nasilenie OCS obserwowano u poniżej 10% pacjentów leczonych arypiprazolem/amisulprydem. Różnice w indukcji OCS są najprawdopodobniej związane z działaniem na rec. $5HT_{2A}$ oraz D_2.

  (*Scotti-Muzzi, E., & Saide, O. L., 2016)*
- Udokumentowano pozytywny wpływ politerapii SGA (np. klozapina + arypiprazol) pozwalającej na stosowanie mniejszych dawek wobec monoterapii jednym lekiem.

  (Du Montcel i wsp. 2019)
- Augmentacja leczenia stabilizatorami nastroju (lamotrygina, kw. walproinowy) pozwala zredukować dawkę SGA.

  (*Schirmbeck F., Zink M.,2013*)

Przypadek kliniczny - pierwszy kontakt

- 16-letnia pacjentka pochodzenia ukraińskiego została przetransportowana do IP z oddziału pediatrycznego, gdzie przebywała przez 2 dni po intencjonalnym nadużyciu leków w celach samobójczych. Była to pierwsza próba suicydalna dziewczynki.
  Podczas badania na IP świadoma, prawidłowo zorientowana allo- i autopsychicznie, chętnie odpowiadała na pytania (kontakt utrudniony przez brak umiejętności wypowiadania się w j. polskim, w czym pomoc stanowiła mama). Nastrój wyraźnie obniżony, w widocznym niepokoju psychoruchowym, potwierdzała przymus bycia w ruchu. Potwierdzała ksobne odbieranie rzeczywistości, spontanicznie treści urojeniowych nie ujawniała, przeczyła omamom wszelkiej modalności. Apetyt zmniejszony, sen prawidłowy.

Przypadek kliniczny – wywiad rozwojowy i rodzinny

- Urodzona z CIIPII (pierwsze dziecko zmarło wkrótce po porodzie wskutek pdp. wady genetycznej).
- Wywiad urodzeniowy i rozwojowy prawidłowy, nie wskazujący na odrębności od normy.
- Wywiad rodzinny w kierunku zaburzeń psychicznych negatywny.
- Naukę szkolną rozpoczęła w wieku 6. lat – nie obserwowano opóźnień w realizacji obowiązku szkolnego.
- Rodzice pacjentki rozwiedli się gdy miała 8 lat – niedługo po rozwodzie dziewczynka trafiła z opieki matki pod opiekę dziadków matczynych. Matka odwiedzała dziewczynkę sporadycznie, w grudniu 2021 r. wyemigrowała do Polski w celach zarobkowych. Ojciec dziewczynki pozostawał w ciągłym kontakcie z dzieckiem, sporadycznie widując się z dziewczynką.
- Babcia pacjentki jest osobą mocno religijną. W trakcie pobytu dziewczynki pod opieką dziadków doszło do silnego pogorszenia sytuacji materialnej rodziny. Od tamtego momentu dziadek dziewczynki zwracał dużą uwagę na konieczność oszczędności w zużyciu mediów.
- Pacjentka narażona na wojnę, wspomina okres pobytu w schronie, braku dostępu do żywności; do Polski, do matki, przeprowadziła się w czerwcu 2022 r.
- Pacjentka potwierdziła jednorazowy incydent przyjmowania THC w sierpniu 2022 r.

Przypadek kliniczny – wcześniejsza historia leczenia

- W Ukrainie leczona od 14 r.ż. w kierunku OCD (brak dokumentacji medycznej). Pacjentka opisuje występowanie obsesji i kompulsji dotyczących czystości i bezpieczeństwa (częste, dokładne mycie rąk, wielokrotnie sprawdzanie, czy kuchenka gazowa jest wyłączona, czy światło jest zgaszone, sprawdzanie czy drzwi od mieszkania są zamknięte).
- Z czasem obsesje zaczęły nabierać dziwacznego charakteru - lęk przed znalezieniem się w równoległej rzeczywistości-, a kompulsje przybrały postać zaostrzających się rytuałów np. stanie w bezruchu początkowo przez kilka minut (z upływem czasu, wobec niepowodzeń w ich wypełnianiu coraz dłużej – do kilkunastu minut).
- Pacjentka w tym czasie leczona risperidonem z pozytywnym efektem. Brak informacji o leczeniu lekiem z grupy SSRI. Leczenie przerwane nagle w związku z wybuchem wojny i brakiem dostępności leku od lutego 2022 r.
- Pozytywny wywiad w kierunku zachowań autoagresywnych od około roku: dokonywanie powierzchownych cięć ostrym przedmiotem na kg i kd, bicie się po twarzy, uderzanie pięścią o ścianę.

Przypadek kliniczny – wcześniejsza historia leczenia cd.

- 3 tygodnie przed podjęciem pierwszej próby „S” (wrzesień-październik 2022) pacjentka była hospitalizowana przez miesiąc w innym oddziale psychiatrycznym z powodu występującego od około miesiąca narastającego pogorszenia funkcjonowania pod postacią: pobudzenia psychoruchowego, zmniejszonego zapotrzebowania na sen, odmowy przyjmowania posiłków i płynów (spadek m. ciała 8kg w ciągu 2 miesięcy), nagłej religijności, nielogicznych wypowiedzi.
- W trakcie hospitalizacji opisywano: dziwaczne zachowania religijne takie jak żegnanie się w sposób prawosławny przed każdorazowym wejściem do pomieszczenia, intensywne modlenie się klęcząc, całowanie podłogi, problemy w inicjacji oraz utrzymywaniu ciągłości snu nocnego. Była nadzorowana przez personel podczas przyjmowania posiłków. Wymagała doraźnej podaży benzodiazepin.
- W trakcie hospitalizacji wdrożono SGA (olanzapina 15mg/d) uzyskując względną poprawę stanu klinicznego (ustąpienie ostrych objawów psychotycznych).
- Pacjentkę wypisano z rozpoznaniem ostrych wielopostaciowych zaburzeń psychotycznych.
- W warunkach ambulatoryjnych, wobec braku obserwowanej poprawy w opinii matki, do leczenia dołączono kwas walproinowy w dawce 300mg/d oraz zwiększono dawkę olanzapiny do 20mg/d.

Przypadek kliniczny – stan pacjentki

- Podczas pogłębionego badania w oddziale pacjentka dopytywana ujawniła obecność urojeń nasyłania myśli (diabeł nasyła jej bluźniercze myśli na temat Ducha Świętego), urojenia grzeszności, winy. Powyższe utrzymywały się u pacjentki od około miesiąca przed pierwszą hospitalizacją.
- •Napęd nieco obniżony, nastrój obniżony, obserwowano bladość afektu.
- •Obserwowano niepokój ruchowy, akatyzję o zmiennym nasileniu.
- •Występowały obsesje (strach przed popełnieniem grzechu, strach przed pójściem do piekła za obrazę Boga) i kompulsje (modlenie się klęcząc, chodzenie na kolanach), które pacjentka rozróżniała od urojeń i wobec których zachowywała częściowy krytycyzm.
- •Nie obserwowano obsesji ani kompulsji występujących w przeszłości u pacjentki (czystość, bezpieczeństwo).
- •Nie obserwowano spowolnienia obsesyjnego.

Przypadek kliniczny – przebieg leczenia

- Pacjentka w chwili przyjęcia była leczona olanzapiną w dawce 20mg/d oraz kwasem walproinowym w dawce 300mg/d.
- Zmodyfikowano dotychczasowe leczenie olanzapiną (OLA) + walproinianem poprzez zmianę walproinianu na amisulpryd (AMI).
- Ze względu na występujące u pacjentki objawy motoryczne, silne uczucie lęku, pobudzenie psychoruchowe prowadzono leczenie BZD (lorazepam) w początkowym okresie hospializacji.
- Po skorygowaniu dawek OLA + AMI, wobec niepełnego efektu terapeutycznego zdecydowano o zmianie OLA na arypiprazol (ARI).
- U pacjentki zaobserwowano wystąpienie EPS – sztywności mięśniowej oraz znacznej hiperprolaktynemii, wobec czego zdecydowano o dyskontynuacji leczenia AMI, zastąpieniu go lurazydonem (LUR).
- Znaczne nasilenie akatyzji u pacjentki podczas leczenia LUR+ARI – korekta dawek: ↑LUR, ↓ARI pozwoliła uzyskać redukcję OCs.
- W związku z utrzymującymi się objawami motorycznymi zdecydowano o całkowitym odstawieniu ARI oraz włączeniu do leczenia kwetiapiny (KWE).
- Po ok. miesiącu leczenia LUR+KWE uzyskano całkowitą redukcję objawów wytwórczych, ożywienie afektu. Pacjentka nabrała krytycyzmu do występujących w przeszłości urojeń.
- W związku z utrzymującymi się po ustąpieniu psychozy obsesjami oraz obniżonym nastrojem włączono sertralinę (SER) uzyskując redukcję nasilenia OCs oraz normalizację nastroju.
- Pacjentkę przekazano do opieki ambulatoryjnej, zalecono podjęcie terapii w nurcie CBT w związku z utrzymującymi się obsesjami o miernym nasileniu.

Przypadek kliniczny – ponowna hospitalizacja

- Pacjentka po około 1,5 miesiąca została przetransportowana do tut. IP z oddziału pediatrycznego, gdzie przebywała przez dwa dni po intencjonalnym nadużyciu leków w celach samobójczych. Główną skargą pacjentki w ciągu 2 tygodni poprzedzających zdarzenie były narastające uporczywe myśli o tematyce religijnej (chęć klęczenia przez 2 godziny przed kapliczką), czystościowej (potrzeba dokładnego umycia zębów) oraz zachowania interpretowane przez pacjentkę, jako przymusowe: chodzenie na kolanach po ulicy, powtarzające się próby wyrecytowania z pamięci fragmentu Biblii bez pomyłki. Utrzymujące się ego-dystoniczne obsesje i kompulsje doprowadziły do stopniowego wyczerpania pacjentki oraz chęci dokonania samobójstwa. W IP pacjentka była płaczliwa, w pełnym kontakcie słowno-logicznym, napęd i nastrój obniżone. Negowała objawy wytwórcze, nie sprawiała wrażenia halucynującej. Potwierdzała wzrost nasilenia myśli natrętnych. Obecne duże poczucie winy w związku z niewypełnieniem obietnicy dotyczącej klęczenia przed kapliczką. Pacjentka odczuwała przymus tworzenia obietnic przed Bogiem, które musi wypełnić, jako dowód swojej gorliwości w wierze.
- W trakcie okresu opieki ambulatoryjnej nieznacznie podniesiono dawkę KWE.

Przypadek kliniczny – stan pacjentki

- Podczas badania w oddziale pacjentka prezentowała obniżony nastrój, płaczliwość, niechęć wobec kontaktów społecznych.
- Obserwowano niepokój ruchowy, akatyzję o zmiennym nasileniu, które w późniejszym czasie ustąpiły.
- Występowały obsesje o tematyce religijnej (natrętne rozważania czy jej uczynki były grzechem) i kompulsje (chodzenie na kolanach, przepraszanie innych osób za mimowolne słuchanie ich rozmów, przepraszanie za myślenie o innych w zły sposób), które pacjentka rozróżniała od urojeń i wobec których zachowywała częściowy krytycyzm.
- Występowały epizody wznowy objawów wytwórczych (urojenia religijne, ugłośnienie myśli, urojenia winy), podczas których pacjentka zatracała krytycyzm wobec OCs.
- W toku leczenia doszło do zaostrzenia dyskinez pod postacią tików ruchowych prostych zlokalizowanych głównie w obrębie twarzy.
- W toku hospitalizacji doszło do wystąpienia po raz pierwszy napadu padaczkowego toniczno-klonicznego, początkowo przypisywanego odstawieniu BZD. W dalszym ciągu pobytu u pacjentki odnotowano jeszcze dwa napady, co spotkało się z postawieniem rozpoznania padaczki.
- Nie obserwowano spowolnienia obsesyjnego.

Przypadek kliniczny – przebieg leczenia

- Pacjentka w chwili przyjęcia przyjmowała: LUR+KWE+SER
- Zmodyfikowano dotychczasowe leczenie, zmieniając lek SSRI z sertraliny (SER) na fluwoksaminę (FVX) – podniesienie dawki FVX poskutkowałą wznową objawów psychotycznych: urojenia religijne, ugłośnienie myśli, urojenia winy, oraz utraceniem krytycyzmu wobec prezentowanych OCs
- Ze względu na występujące u pacjentki objawy motoryczne, silne uczucie lęku, pobudzenie psychoruchowe prowadzono leczenie BZD (lorazepam, później klonazepam) w początkowym okresie hospitalizacji.
- Z powodu nawrotu urojeń u pacjentki dołączono leczenie AMI – szybkie odstawienie leku wobec pojawienia się działań niepożądanych: pojawienia się sztywności mięśniowej, dystonii, nasilenia ruchów mimowolnych (tiki).
- Zredukowano dawkę FVX, a później całkowicie odstawiono lek i zastąpiono go fluoksetyną małej dawce (FLU) w związku z utrzymującymi się objawami wytwórczymi.
- Zastosowano biperiden (BPD) w związku z utrzymującymi się objawami sugerującymi EPS polekowe po włączeniu AMI, z częściową redukcją objawów.
- U pacjentki wskutek zastosowanego leczenia doszło do ustąpienia ostrych EPS, a BPD odstawiono. Utrzymały się tiki ruchowe proste w obrębie twarzy i klatki piersiowej.
- Zmieniono LPP z LUR na OLA w związku utrzymującymi się objawami wytwórczymi (nasilenie urojeń winy) – po miesiącu dołączono RIS w niskiej dawce, który odstawiono ze względu na hiperprolaktynemię, następczo nieco zwiększając dawkę OLA. Dzięki zastosowanemu leczeniu uzyskano poprawę stanu klinicznego, ustąpienie urojeń, poprawę współpracy z pacjentką i uzyskanie przez nią częściowego wglądu w objawy chorobowe.
- Podczas leczenia FLU niedostateczna redukcja nasilenia OCs – niepełny krytycyzm wobec objawów.
- Zmiana FLU na klomipraminę (CPR) celem lepszej kontroli OCs – po zastosowanym leczeniu uzyskano redukcję nasilenia objawów.

Przypadek kliniczny – przebieg leczenia

- Wobec trudności w dostosowaniu dawek leków (OCs – objawy wytwórcze), oraz licznymi działaniami niepożądanymi przy podnoszeniu dawek SGA rozważano zakwalifikowanie pacjentki do EW.
- •W wykonanych badaniach neuroobrazowyuch (RM z kontrastem) nie wykazano zmian strukturalnych mogących sugerować przyczynę organiczną zaburzeń. Pacjentkę po wykluczeniu przeciwwskazań bezwzględnych zakwalifikowano do EW.
- •W związku z wystąpieniem u pacjentki napadów padaczkowych i postawieniem rozpoznania padaczki, została ona zdyskwalifikowana z EW.

Przypadek kliniczny – przebieg leczenia

- Pacjentka odzyskała częściowy krytycyzm wobec OCs po opanowaniu objawów wytwórczych wskutek zastosowanego leczenia OLA + RIS. Utrzymano remisję objawów wytwórczych pomimo odstawienia RIS.
- Dostosowanie dawki CPR pozwoliło na znaczną redukcję OCs, poprawiając jakość życia pacjentki. Zaobserwowano poprawę nastroju, aktywności, zmniejszenie nasilenia objawów motorycznych.
- OCs uległy znacznemu osłabieniu – pacjentka nadal przejawiała myśli natrętne o tematyce religijnej (rozważanie, czy dane zachowanie jest grzechem czy nie), cechowała się za to krytycyzmem, nie oddawała się kompulsjom.
- Ruchy mimowolne (tiki) utrzymywały się w dużym nasileniu i stały się głównym źródłem dyskomfortu dla pacjentki. W związku z dotychczasowymi trudnościami w dostosowaniu farmakoterapii zdecydowano o skoncentrowaniu się na pozafarmakologicznych metodach leczenia zaburzeń.
- W związku z wystąpieniem napadów całościowych u pacjentki oraz diagnozą padaczki włączono lamotryginę (LTR) z pozytywnym efektem.

Przypadek kliniczny – follow up

- Wobec optymalnej poprawy stanu zdrowia pacjentki, w porozumieniu z matką oraz pacjentką zdecydowano o wypisie i skierowaniu pacjentki do hostelu terapeutycznego. Zalecono podjęcie terapii CBT i dalszą ambulatoryjną opiekę psychiatryczną.
- Pacjentka postawiono diagnozy: F20, F42, G40
- Ustalone przy wypisie leczenie obejmowało: olanzapinę 15mg/d, lamotryginę 150mg/d oraz klomipraminę 112,5mg/d.
- Pacjentka powróciła do realizacji obowiązku szkolnego, nie wymagała większego wsparcia w zadaniach życia codziennego, zaangażowała się w aktywności charytatywne.

Podsumowanie

- Schizofrenia i OCD, pomimo odmiennego obrazu klinicznego mogą współwystępować, a objawy OCs występują u nawet 25% pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii.
- Ograniczony wgląd w objawy chorobowe, wynikający z współistniejącego stanu psychotycznego stanowi dla klinicystów wyzwanie pod kątem diagnostyki różnicowej OCs od ideacji urojeniowych.
- Dobór farmakoterapii przy współwystępowaniu OCs/OCD i schizofrenii sprawia trudności w związku z większą wrażliwością pacjentów na działania niepożądane leków w zakresie objawów motorycznych, możliwością indukcji OCs *de novo* lub nasilenia OCs w toku leczenia przeciwpsychotycznego, a także możliwości indukcji objawów psychotycznych przez stosowane leczenie w kierunku OCs.
- Związek między współwystępowaniem OCD i schizofrenii wymaga dalszych badań pod kątem wspólnych czynników etiologicznych.
- Brak jednolitych strategii leczenia zaburzeń schizo-obsesyjnych.
- Istnieje złożone powiązanie między schizofrenią a OCD na poziomie psychopatologicznym. Pomimo istnienia znaczącej zbieżności na poziomach neurobiologicznym i fenomenologicznym, schizofrenia i OCD to odrębne jednostki kliniczne. Dokładna diagnoza obu zaburzeń w ich "czystej" i nakładającej się formie jest niezbędna dla właściwego planowania leczenia i prognozy, jak również dla prowadzenia badań nad etiologią zaburzeń.

Literatura

1) Janas-Kozik M., Wolańczyk T. – Psychiatria dzieci i młodzieży, Tom 1. PZWL, ISBN 978-83-200-6446-9

2) Remberk B. – Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży. PZWL, ISBN 978-83-200-6149-9

3) Gmitrowicz A., Janas-Kozik M. – Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Medical Tribune, ISBN 978-83-949741-6-9

4) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. American Psychiatric Association. Washington D.C. 2013.

5) World Health Organization. ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision, 2nd ed. World Health Organization. 2004.

6) Schirmbeck F, Zink M. Comorbid obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: contributions of pharmacological and genetic factors. Front Pharmacol. 2013 Aug 9;4:99. doi: 10.3389/fphar.2013.00099. PMID: 23950745; PMCID: PMC3738863.

7) Krüger, S., Bräunig, P., Höffler, J., Shugar, G., Börner, I., & Langkrär, J. (2000). Prevalence of Obsessive-Compulsive Disorder in Schizophrenia and Significance of Motor Symptoms. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 12(1), 16–24. doi:10.1176/jnp.12.1.16

8) Awasthi S, Satapthy R. How Obsessive-Compulsive Symptoms Correlate with other Symptoms and Quality of Life in Schizophrenia? A Cross-Sectional Study. Indian J Psychol Med. 2023 Jul;45(4):383-389. doi: 10.1177/02537176231174063. Epub 2023 Jun 26. PMID: 37483586; PMCID: PMC10357916.

9) Poyurovsky, M., Faragian, S., Shabeta, A., & Kosov, A. (2008). Comparison of clinical characteristics, co-morbidity and pharmacotherapy in adolescent schizophrenia patients with and without obsessive–compulsive disorder. Psychiatry Research, 159(1-2), 133–139. doi:10.1016/j.psychres.2007.06.010

10) Poyurovsky, M., & Koran, L. M. (2005). Obsessive–compulsive disorder (OCD) with schizotypy vs. schizophrenia with OCD: diagnostic dilemmas and therapeutic implications. Journal of Psychiatric Research, 39(4), 399–408. doi:10.1016/j.jpsychires.2004.09.004

11) Devi, S., Rao, N. P., Badamath, S., Chandrashekhar, C. R., & Janardhan Reddy, Y. C. (2015). Prevalence and clinical correlates of obsessive–compulsive disorder in schizophrenia. Comprehensive Psychiatry, 56, 141–148. doi:10.1016/j.comppsych.2014.09.015

12) Scotti-Muzzi, E., & Saide, O. L. (2016). Schizo-obsessive spectrum disorders: an update. CNS Spectrums, 22(03), 258–272. doi:10.1017/s1092852916000390

13) Du Montcel, C. T., Pelissolo, A., Schürhoff, F., & Pignon, B. (2019). Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia: an Up-To-Date Review of Literature. Current Psychiatry Reports, 21(8). doi:10.1007/s11920-019-1051-y

14) Özdemir, Ö., Tükel, R., Türksoy, N., & Üçok, A. (2003). Clinical characteristics in obsessive-compulsive disorder with schizophrenia. Comprehensive Psychiatry, 44(4), 311–316. doi:10.1016/s0010-440x(03)00093-2

Przypadek 20

Czuję się lepiej ale... - pułapka spadku libido w trakcie leczenia SSRI.

Katarzyna Wachowska

Czuję się lepiej ale.....

W pułapce pogorszenia libido po SSRI

Pierwsza wizyta w PZP

Pacjentka lat 41, dotychczas nie była hospitalizowana psychiatrycznie, uprzednio jednokrotnie na wizycie u psychiatry ambulatoryjnie, zaleconych leków nie przyjęła gdyż, jak powiedziała *„wątpiła w ich skuteczność”*.

Obecnie zgłosiła się do PZP z powodu **pogorszenia samopoczucia od ok. 5mcy głównie obniżonego nastroju, smutku, anhedonii, wycofanie z relacji z bliskimi, płaczliwości, licznych wybudzeń w nocy, budzenia się rano z uczuciem zmęczenia, w ciągu dnia utrzymującej się drażliwości, nerwowości, zamartwiania się przyszłością. Okresowo czuje się nieco lepiej, ale przeważa obniżony nastrój.**

Dwa lata temu niespodziewana śmierć ojca, pacjentka odnalazła jego ciało w stanie zaawansowanego rozkładu. W tym samym okresie odkryła także zdradę męża (małżeństwo od 25 lat, dwoje dzieci, spostrzegała ich jako dobrze dobraną parę).

Od tych wydarzeń obserwuje u siebie systematycznie pogarszanie ogólnego funkcjonowania *„jestem już inną osobę, a chciałbym znów być sobą, być szczęśliwa” „zawsze tak cieszyłam się życiem, teraz nie mogę, nie potrafię….”*

Wychowywana przez matkę, relacja z nią dobra "moja najlepsza przyjaciółka" rodzice rozwiedli się gdy pacjentka miała 4 lata.

Pierwsza wizyta w PZP

Mieszka z mężem i dwójką nastoletnich dzieci – dobre relacje

Z mężem próbują odbudować relację, ***"jest to trudne"*.**

Pracuje zawodowo, wykształcenie średnie

Stan psychiczny

Pacjentka zorientowana auto i allopsychicznie prawidłowo, bez zaburzeń świadomości. Afekt smutny, płaczliwa. Nastrój obniżony. Skargi na anergię, anhedonię. Nie wypowiadała urojeń. Nie sprawiała wrażenia halucynującej, dopytywana przeczyła. Negowała myśli i tendencje s.

dgn – F32, epizod depresji umiarkowany

zalecenia
escitalopram 10mg
skierowanie do poradni psychologicznej - zalecono podjęcie psychoterapii

Kolejna wizyta (2) – po ok. miesiącu

Pacjentka zalecony lek – escitalopram 10mg przyjmowała regularnie, lek toleruje dobrze

Czuje się lepiej, **potwierdza poprawę stanu psychicznego: jest spokojniejsza, mniej nerwowa. Chciałaby mieć więcej energii do działania.**

Próbowała zapisać się na psychoterapię - długie terminy oczekiwania, będzie jeszcze próbować.

Stan psychiczny:

Pacjentka zorientowana auto- i allopsychicznie prawidłowo, bez zaburzeń świadomości. Nastrój w poprawie. Utrzymująca się obniżona energia do działania. Bez cech psychozy. Negująca myśli i tendencje "S". Sen w poprawie.

Zwiększono dawkę do **20mg escitalopramu**

Kolejna wizyta (3) po ok. miesiącu

Przepisane leki - escitalopram stosowała w dawce 20mg, **relacjonuje poprawę stanu psychicznego: poprawa nastroju, jest spokojniejsza, mniej nerwowa.**

Zgłasza pogorszenie libido *„jakby to dla mnie nie istniało” „jakbym już nie kochała partnera”* oraz okresowo wybudzenia w nocy *"jakbym już się wyspała"*

Stan psychiczny:

Pacjentka zorientowana auto- i allopsychicznie prawidłowo, bez zaburzeń świadomości. Nastrój w poprawie. Napęd w granicach normy. Skargi na wybudzenia nocne, spadek libido. Bez cech czynnej psychozy. Neguje myśli i tendencje "S".

Zalecono utrzymanie dawki escitalopramu, dołączono do leczenia trazodon (CR) w dawce 50mg na wieczór, zalecono psychoterapię.

Kolejna wizyta (4) po ok. 5 tygodniach

Pacjentka zgłosiła się na kolejną wizytę. Przepisane leki - escitalopram oraz trazodon przyjmuje we wskazanych dawkach, odczuwa dalszą, choć już niewielką poprawę w zakresie codziennego funkcjonowania **"*mniej się martwię, denerwuję, nie krzyczę jak kiedyś*". W nocy śpi lepiej. Utrzymuje się okresowe zamartwianie, poranna senność a w nocy wybudzenia.**

W ostatnim czasie pogorszenie już uprzednio trudnej sytuacji osobistej, nagromadzenie niekorzystnych wydarzeń życiowych (utrata pracy, kłopoty zdrowotne matki, konflikt z mężem).

Brak poprawy w zakresie libido ale jak podaje pacjentka **włączenie trazodonu zbiegło się z trudnymi wydarzeniami osobistymi, konfliktem z mężem więc trudne do oceny.**

Stan psychiczny:

Pacjentka zorientowana auto- i allopsychicznie prawidłowo, bez zaburzeń świadomości. Nastrój w poprawie. Napęd zmniejszony. Bez cech czynnej psychozy. Neguje myśli i tendencje "S".

Kolejna wizyta (5)

Pacjentka zgłosiła się na kolejną wizytę. Przepisane leki - **escitalopram oraz trazodon** przyjmuje we wskazanych dawkach, po początkowej poprawie zgłosiła obecnie **wyraźne, znaczne pogorszenie samopoczucia - obecnie senność, brak sił, brak energii, spadek libido. Okresowo trudności z zaśnięciem. Zamartwia się chorobą mamy. Okresowo lęk.**

Ze względu na pogorszenie mimo utrzymania dawki escitalopramu, po której uprzednio nastąpiła poprawa, **zaproponowano i omówiono zmianę escitalopramu na wenlafaksynę**. Pacjentka wyraziła zgodę.

W ostatnim czasie trudna sytuacja osobista, nagromadzenie niekorzystnych wydarzeń życiowych – utrata pracy, choroba matki, trudna relacja z mężem.

Stan psychiczny: Pacjentka zorientowana auto- i allopsychicznie prawidłowo, bez zaburzeń świadomości. Nastrój obniżony, afekt utrzymuje się smutny. Napęd zmniejszony. Bez cech czynnej psychozy. Neguje myśli i tendencje "S".

stopniowa redukcja escitalopramu i włączenie wenlafaksyny

zalecono psychoterapię-oczekuje na termin

Kolejna wizyta (6), ok. 3-4 tygodnie później

Pacjentka zgłosiła się na kolejną wizytę. Przepisane leki – **wenlafaksynę oraz trazodon** przyjmuje we wskazanych dawkach, odczuwa powolną poprawę w zakresie samopoczucia i aktywności – ***„czuje że mam siły, zapisałam się na doszkalający kurs oraz mam w tym miesiącu rozmowy w sprawie pracy", „mam lepszy nastrój, jest mi łatwiej poradzić sobie z trudnościami"***

Z mężem relacja w pogorszeniu *„nie mam chęci próbować"*

Zalecono kontynuację dotychczasowego leczenia, dalsza obserwacja

Wątpliwości

Kłopoty w relacji (zdrada, niechęć partnera do terapii) jako wpływające negatywnie na libido?

Brak opieki psychologicznej (pacjentka nadal oczekuje na rozpoczęcie psychoterapii)

Zbyt długo escitalopram (4 miesiące, z czego 3mce w dawce 20mg) przed zmianą na wenlafaksynę?

Za mało trazodonu?

Wenlafaksyna jako zły wybór – SPADEK LIBIDO, ale podyktowany pogorszeniem stanu psychicznego niezwiązanym ze sferą libido

Leki przeciwdepresyjne a libido

Zaburzenia seksualne mogą dotykać nawet 60% (!) osób przyjmujących leki przeciwdepresyjne

Szczególnym przypadkiem jest PSSD-przetrwałe zaburzenia seksualne po zakończeniu leczenia

Jak można pomóc?

Strategie niefarmakologiczne

Terapia indywidualna, par

Metody behawioralne

Farmakologiczne

Zamiana leku

Leki przeciwdepresyjne a libido

Dość rzadko (do 10%)
moklobemid
agomelatyna
bupropion

Pośrednie ryzyko (od 10% do 45%)
mirtazapina
escitalopram
duloksetyna

Często (powyżej 45%)
paroksetyna
citalopram
wenlafaksyna
sertralina

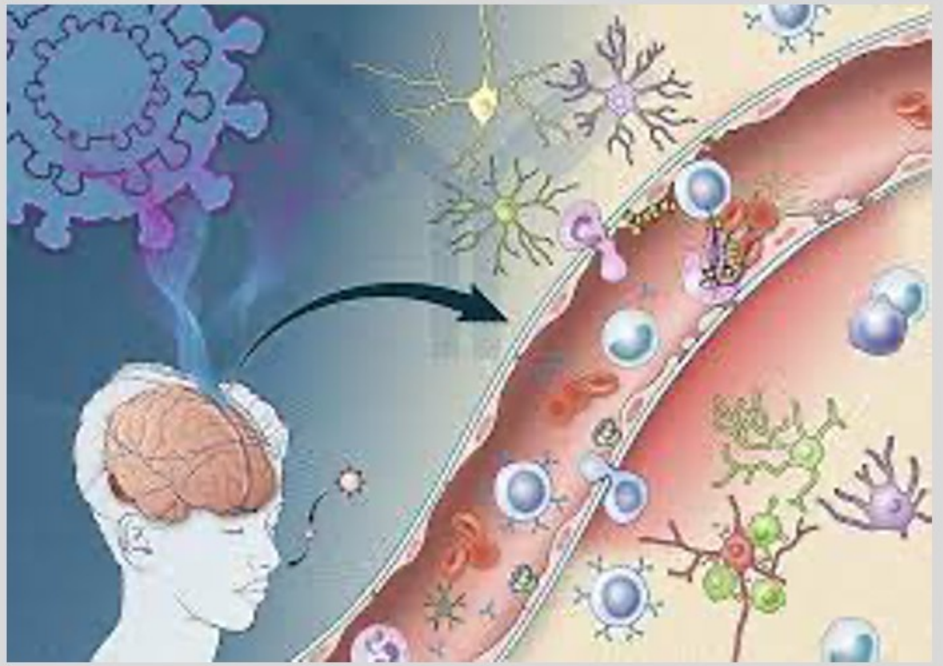
Dziękuję za uwagę!

Przypadek 21

Psychoza po infekcji COVID.

Katarzyna Wachowska

Psychoza po infekcji COVID

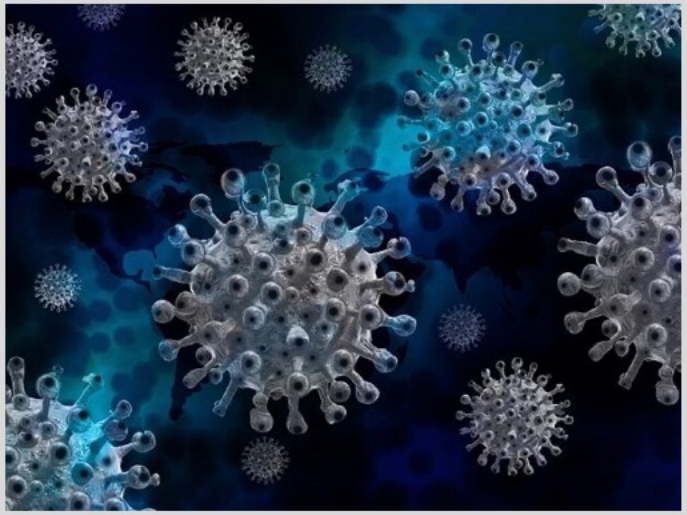


Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego

Pacjent lat 54, leczony psychiatrycznie ambulatoryjnie od kilku miesięcy, wcześniej nie był hospitalizowany w szpitalu psychiatrycznym.

Do lekarza psychiatry zgłosił się ok 3 mcy przed przyjęciem do szpitala z powodu **objawów lęku, natręctw myślowych, zaników pamięci, trudności w koncentracji uwagi**.

Po kilku próbach farmakoterapii w ramach opieki ambulatoryjnej, został skierowany do szpitala w celu poszerzenia diagnostyki i modyfikacji leczenia.



Wywiad

Pacjent poproszony na badanie zgłasza się chętnie, zajmuje wskazane miejsce, na pytania odpowiada obszernie, zgodnie z ich linią.

W związku małżeńskim od trzydziestu lat, relacja bardzo dobra, dwoje dzieci.

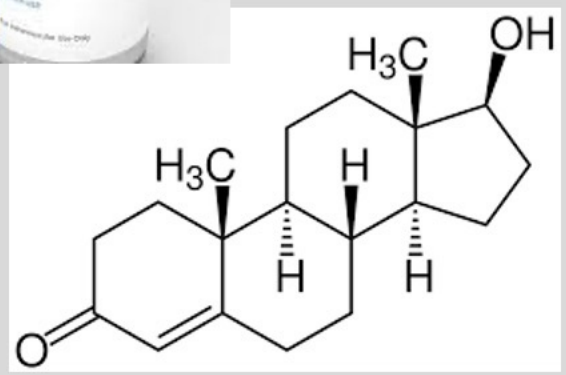
Wychowany w rodzinie pełnej, ma rodzeństwo. Neguje choroby psychiczne w rodzinie.

Wykształcenie średnie. **W wywiadzie wiele lat temu zatrucie tlenkiem węgla z koniecznością leczenia w ramach oddziału toksykologicznego**.

COVID i nie tylko....

Około pół roku przed hospitalizacją zachorował na **infekcję koronawirusową**, bez konieczności hospitalizacji.

Po infekcji wystąpiły **zaburzenia koncentracji uwagi, pogorszenie pamięci.**



Po wyzdrowieniu pacjent rozpoczął treningi na siłowni. Aby zwiększyć przyrost masy mięśniowej przyjmował **testosteron** – całkowicie poza kontrolą lekarską, nabywany na czarnym rynku. Początkowo czuł się bardzo dobrze, odczuwał wzrost libido, poprawę samopoczucia.

Do lekarza psychiatry po raz pierwszy zgłosił się ok. 3 miesięcy przed przyjęciem do szpitala (3 miesiące po infekcji COVD) - opowiada o początku odczuwanych objawów – ***„spacerowaliśmy z żoną, za rękę, było miło i przyjemnie; nagle, nie wiem skąd wróciło wspomnienie z okresu narzeczeństwa” „nie było mnie wtedy przy niej, ona była pod wpływem alkoholu i znajomy ją pocałował” „sama mi o tym wtedy powiedziała, płakała, martwiła się”***

Od wielu lat nie wracali do tamtej sytuacji. Nagle, podczas tego spaceru pacjent przypomniał sobie te wydarzenia, wspomnienia powróciły z dużym nasileniem, poczuciem jakby to było niedawno i bardzo wpływało na obecną sytuację życiową.

Odczuwał silny lęk, niepokój związany z tym wspomnieniem, gwałtowną potrzebę wyjaśnienia ówczesnych wydarzeń. Zaczął myśleć że doszło wówczas ***„do znacznie więcej niż pocałunku”***

Nie spał całą noc, dopytując żonę jak wówczas przebiegały wydarzenia, analizując to gdzie ona stała w pomieszczeniu, gdzie znajomy, czy na podstawie ustawienia ich ciał w przestrzeni można wnioskować że doszło do stosunku ***„żona nie była trzeźwa, może ona nie pamięta, chciałem wydobyć z niej te wspomnienia, przeanalizować”.***

W kolejnych dniach odnalazł i skonfrontował się z podejrzanym mężczyzną - okazało się, że do zdrady nie doszło – ***„ufam w to co powiedział, był ze mną szczery” ,mężczyzna wie takie rzeczy”.***

Pacjent rozmawiając z lekarzem płacze wspominając wydarzenia.

Pobyt w szpitalu

Pacjent w oddziale spokojny,w dobrym kontakcie słowno-logicznym, zorientowany auto i allopsychicznie prawidłowo, bez zaburzeń świadomości. Nastrój wysycony lękiem, napęd w granicach normy, afekt żywo modulowany. W wypowiedziach skoncentrowany na wydarzeniu sprzed lat, do którego od kilku miesięcy powraca myślami a także podejmuje związane z nim działania.

Początkowo ambulatoryjnie postawione rozpoznanie depresji, **włączono mirtazapinę i karbamazepinę**. Następnie modyfikacja farmakoterapii ambulatoryjnie - zalecono dołączenie - **olanzapiny**. Utrzymywały się nadal trudności w zakresie funkcjonowania poznawczego.

W okresie przedszpitalnym miał wykonane badania: rezonans magnetyczny (bz), dwukrotnie EEG (zapis z nieprawidłowościami)

Zalecono konsultację neurologiczną i psychologiczną.

Badanie psychologiczne
Pacjent poproszony na rozmowę terapeutyczną godzi się chętnie. W trakcie rozmowy w wyrównanym nastroju, afekt dostosowany. Nie prezentuje zaburzeń toku i treści myślenia. Myślom rezygnacyjnym i suicydalnym przeczy.
Krytyczny względem wydarzeń życiowych mających wpływ na hospitalizację.

Badanie neurologiczne

Pacjent w logicznym kontakcie słownym , prawidłowo zorientowany. Podaje ,że znajduje sie w szpitalu z powodu natarczywych myśli które pojawiły się ok pół roku temu, związanych z sytuacją z przeszłości, ok. 30 lat temu zdradą żony. Uprzednio przebył zakażenie COVID19 . Nie był z tego powodu hospitalizowany. Po zakażeniu wystąpiły zaburzenia koncentracji , pogorszenie pamięci . Przyjmował testosteron w celu przyrostu masy mięśniowej .

Wykonano badanie EEG , w którym uwidoczniono zmiany zlokalizowane w odprowadzeniach czołowo-skroniowo-ciemieniowych , bez zmian napadowych. Badanie RM mózgowia nie uwidoczniło zmian . Badanie psychologiczne ujawniło osłabienie funkcjonowania poznawczego pod postacią deficytów pamięci . W kolejnym badaniu EEG zmiany w okolicach skroniowych z tendencją do czynności napadowej .

W badaniu przedmiotowym stwierdza się niewielkie drżenie posturalne rąk , dodatnia próba Romberga , poza tym bez zmian w badaniu neurologicznym .

Wnioski :

- **Podejrzenie zmian organicznych OUN o etiologii pozapalnej (COVID19).**
- **Wskazane włączenie nicergoliny 3 x 10 mg, powtórne badanie EEG .**

EEG - opis

Badanie przeprowadzono w stanie czuwania .

Zapis słabo zróżnicowany przestrzennie .

Czynność podstawowa, podobna we wszystkich odprowadzeniach, składa się z fal theta 6-7 Hz i amplitudzie do 40 uV, które w odprowadzeniach czołowych współwystępuja z falami beta .

RZ zaznaczona. FS bez wpływu na zapis .

Podczas hyperwentylacji rejestruje się pojedyncze fale wolniejsze 5 Hz o amplitudzie do 60 uV .

Zapis z uogólnionymi zmianami nieprawidłowymi w postaci licznych fal theta 6-7 Hz .

Zmian napadowych nie zarejestrowano .

MRI - opis

Badanie nie wykazało odchyleń od normy:

Tkanki mózgowia o prawidłowym sygnale i strukturze.

Nie stwierdza się zmian ogniskowych, ognisk patologicznego wzmocnienia kontrastowego ani cech restrykcji dyfuzji w obu półkulach mózgu, móżdżku i pniu mózgu.

Układ komorowy symetryczny, nieposzerzony, bez przemieszczeń.

Rezerwa płynowa podpajęczynówkowa zachowana.

Rozpoznanie

- Na podstawie obrazu klinicznego, dynamiki zmian oraz badań dodatkowych i opinii neurologa, postawiono rozpoznanie **organicznych zaburzeń urojeniowych**.

- W EEG zmiany sugerujące organiczne podłoże obserwowanych objawów, prawdopodobnie pozapalne - iniekcja COVID około pół roku przed hospitalizacją.

- Zmodyfikowano farmakoterapię - odstawiono karbamazepinę i olanzapinę, włączono **pregabalinę i kwetiapinę** w stopniowo zwiększanej dawce - tolerancja leczenia dobra.

- Wypisany z zaleceniami kontynuacji leczenia psychiatrycznego, psychologicznego i neurologicznego w warunkach ambulatoryjnych. Zalecono abstynencję od używek ze szczególnym uwzględnieniem hormonalnych.

Wątpliwości

Co spowodowało objawy psychotyczne?

Powikłania po zatruciu tlenkiem węgla

- zaburzenia czynności poznawczych
- zaburzenia afektywne
- inne powikłania dotyczyły zaburzeń chodu i motoryki, neuropatii obwodowej, utraty słuchu, objawów piramidowych i pozapiramidowych oraz demencji i psychoz, które mogą być trwałe.
- Rezonans magnetyczny mózgu w sekwencjach T2-zależnych wykazał zwiększoną liczbę hiperintensywnych ognisk w porównaniu z ich liczbą w obrazie prawidłowym
- wykazano uszkodzenia jader podkorowych i atrofię hipokampa oraz innych struktur mózgu po upływie kilku lat od zatrucia, a także nieprawidłowe wyniki obrazowania tensora dyfuzji miesiąc po zatruciu.
- nieprawidłowości te nie są specyficzne dla zatrucia tlenkiem węgla.

Żródło
https://podyplomie.pl/medycyna/27072,zatrucie-tlenkiem-wegla

Review > Neurosci Lett. 2021 Jan 10:741:135491. doi: 10.1016/j.neulet.2020.135491.
Epub 2020 Nov 18.

COVID-19 and psychosis risk: Real or delusional concern?

Cameron J Watson [1], Rhys H Thomas [2], Tom Solomon [3], Benedict Daniel Michael [3], Timothy R Nicholson [4], Thomas A Pollak [4]

Review > Gen Hosp Psychiatry. 2021 Nov-Dec:73:84-100.
doi: 10.1016/j.genhosppsych.2021.10.003. Epub 2021 Oct 25.

COVID-19-associated psychosis: A systematic review of case reports

Colin M Smith [1], Elizabeth B Gilbert [2], Paul A Riordan [3], Nicole Helmke [2], Megan von Isenburg [4], Brian R Kincaid [2], Kristen G Shirey [2]

Results: Of 2396 articles, we included 40 reports from 17 countries, comprising 48 patients. The mean age of patients was 43.9 years and 29 (60%) were males. A total of 7 (15%) had a documented psychiatric history, 6 (13%) had a substance use history and 11 (23%) had a comorbid medical condition. Delusions were the most common (44 [92%]) psychiatric sign and psychosis lasted between 2 and 90 days. A total of 33 (69%) patients required hospitalization to a medical service and 16 (33%) required inpatient psychiatric admission. The majority (26 [54%]) of cases did not assess for delirium and 15 (31%) cases were judged to be of high risk of bias.

Conclusions: Despite the growing awareness of COVID-19's association with incident psychosis at a population level, cases of COVID-19-associated psychosis often lacked clinically relevant details and delirium was frequently not excluded. PROSPERO registration number: CRD42021256746.

Review > Curr Neuropharmacol. 2015 Jan;13(1):101-21.
doi: 10.2174/1570159X13666141210222725.

Anabolic-androgenic steroid use and psychopathology in athletes. A systematic review

Daria Piacentino [1], Georgios D Kotzalidis [1], Antonio Del Casale [2], Maria Rosaria Aromatario [3], Cristoforo Pomara [4], Paolo Girardi [5], Gabriele Sani [6]

Review > Sports Med. 2004;34(8):513-54. doi: 10.2165/00007256-200434080-00003.

Effects of androgenic-anabolic steroids in athletes

Fred Hartgens [1], Harm Kuipers

Affiliations + expand

PMID: 15248788 DOI: 10.2165/00007256-200434080-00003

Dziękuję za uwagę!