

# Co může psychiatrie, aneb vymizení příznaků nemoci nezaručuje kvalitní život

**MUDr. Michaela Paličková**

CNS-CENTRUM TŘINEC, s. r. o., Privátní psychiatrická a psychosomatická klinika, Třinec

Kazuistika uvádí případ 23leté ženy, která vyhledala mou psychiatrickou ambulanci pro depresivní ladění v roce 2007. Tehdy měla přítele a byla zaměstnána v zahradnictví. V krátkém časovém sledu podstoupila opakovanou ústavní léčbu, při níž byla aplikována celá řada psychofarmak. Po užití antidepresiv u ní došlo k přesmyku do hypománie, bipolární afektivní porucha byla během hospitalizace v léčebně (dle mého minimálně diskutabilně) překlasifikována na akutní psychotickou poruchu. Po stabilizaci psychického stavu pacientky jsem na její žádost ambulantní cestou zredukovala dávku psychofarmak. Přestože je aktuální psychický stav pacientky stabilizován, v jejím klinickém obraze dominuje dysforie z toho, že nemá práci ani přítele, navíc u ní hrozí recidiva. Stěží se dá tedy tvrdit, že je šťastnější než před léčbou. Výsledek a průběh její léčby považuji za v mnohém podnětný a inspirativní, proto hodný pozornosti.

**Klíčová slova:** limity diagnostiky, bipolární afektivní porucha, nežádoucí účinky psychofarmak, nemoc a kvalita života.

## *The Power of Psychiatry, or Disappearance of Symptoms Does Not Guarantee Quality Life*

A case report is presented of a 23-year-old woman who presented to my psychiatric practice with depressive mood in 2007. She then had a boyfriend and was working in a garden centre. In a short time interval, she underwent repeated inpatient treatment during which a wide number of psychiatric drugs were administered. Following the use of antidepressants, she had a shift to hypomania and, during her institutional stay, bipolar affective disorder was reclassified to acute psychotic disorder (which was debatable in my view). Following the stabilization of the patient's mental status, I reduced the number of psychiatric drugs at her request on an outpatient basis. Although the patient's current mental status is stable, her clinical presentation is dominated by dysphoria due to loss of both her boyfriend and work; in addition, there is a risk of recurrence. Therefore, it can hardly be stated that she is happier than prior to the treatment. I consider the outcome and course of her treatment challenging and inspiring in many aspects, thus deserving attention.

**Key words:** the limits of psychodiagnosics, bipolar affective disorder, adverse effects of psychiatric medication, disease and the quality of life.

Psychiat. pro Praxi 2009; 10(2): 89–91

## Úvod

Nabízím čtenářům kazuistiku jako ilustraci jedné z modalit přechodu deprese k bipolární afektivní poruše (i s možným posunem k jiné psychotické poruše). Jde o kazuistiku, která po mém soudu může generovat i některé obecnější otázky, třeba tu po mohutnosti psychiatrie jako efektivní pomoci trpícímu člověku. Při zpracování sdělení jsem vycházela jednak z vlastních vyšetření, ale také z propouštěcích zpráv psychiatrické léčebny v Opavě, z psychiatrického oddělení v Třinci i z psychologického vyšetření a z ambulantní dokumentace jiných lékařů.

## Anamnéza (při vyšetření v únoru 2009)

**Rodinná anamnéza:** sestra jednorázově v péči psychiatrické ambulance, jinak bez psychiatrické heredity, rodiče žijí, matka se léčí se srdcem, otec je zdravý.

**Osobní anamnéza:** prodělala běžné dětské nemoci. S ničím se somaticky neléčí, sledované nemoci nejuje. Operace slepého střeva, úrazy: našťipnutý 4. prst levé horní končetiny. Úraz s bezvědomím – v 6 letech se topila, možná bylo bezvědomí, neví, zda byla v nemocnici.

**Gynekologická anamnéza:** dosud nerodila, menstruace nyní pravidelná, kontrola v gynekologické ambulanci pravidelně.

**Sociální anamnéza:** je nejmladší ze tří dětí – má dvě sestry, dětství pěkné, někdy utíkala z domu, svobodná, bezdětná, měla přítele asi 3 a půl roku – rozešli se, žije s rodiči, s prostřední sestrou se občas hádá, jinak vztahy doma harmonické.

**Pracovní anamnéza:** je vyučená cukrářkou, zaměstnána jako dělnice – na jatkách, v tiskárně, v zahradnictví, úřad práce, příznán částečný invalidní důchod, nyní si požádala o plný invalidní důchod (psychiatrická indikace).

**Abúzus:** alkohol jen okrajově – preferovala víno a pivo, nyní s léky neužívá, nekouří, drogy nebere, automaty nevyhledává, dluhy nemá. Řidičský průkaz vlastní, ale aktivně nejedí, zbrojní pas nemá, dosud nebyla trestána.

**Alergická anamnéza:** nejuje.

## Psychiatrická anamnéza

Pacientka byla sledována v *psychologické ambulanci* dle vlastního tvrzení cca od roku 2006. Následně přišla bez doporučení do

*psychiatrické ambulance*, kterou navštěvovala od února 2007, tehdy byla hodnocena jako periodická depresivní porucha – středně těžká depresivní fáze, užívala paroxetin 20 mg pro die, alprazolam 0,25 mg dlp., sulpirid 100 mg pro die, docházka na kontroly do psychiatrické ambulance pravidelně každý měsíc.

Poprvé jsem pacientku vyšetřila v dubnu 2007, tehdy užívala paroxetin 20 mg pro die, s touto medikací byl psychický stav pacientky stabilizován – pacientka byla při vyšetření klidná, usměvavá, spánek popisovala jako kvalitní, negovala jakékoliv potíže.

Na kontrole v květnu 2007 doprovázející **přítel referoval** o zhoršení jejího stavu: Je to nyní hrozné, chová se několik dní šíleně, mluví z cesty, je divoká, pořád mává rukama, on neví, co s tím má dělat. Přijela včera za ním taxíkem, musel ho platit. V noci nespí, začala pít alkohol, vůbec se mu to nelíbí, neví, co s tím má dělat.

Pro hypomanické ladění jsem proto pacientku odeslala k hospitalizaci **na psychiatrické oddělení v Třinci**, kde byla hospitalizována celkem 17 dní. Její hmotnost při přijetí byla 71,5 kg.

**Část zprávy při přijetí:** V poslední době spí asi méně, připouští, že dvě tři hodiny, ale jí to stačí. Něco nakoupila, ale všechno potřebuje nebo to potřebuje maminka – nakoupila jí různé pánvičky a věci do kuchyně, které maminka vždy chtěla, tak jí udělala radost. Dluhy nemá, vždy všechno vrátí. Zlobí se na přítele, že kvůli němu přišla o práci, protože ho nemá mistrová ráda a ji za to potrestala propuštěním. Nyní se s přítelem nedá mluvit, ona mu chce pořád něco kupovat a on nic nechce, ona si s ním povídá, on se hádá, je podrážděný, večer za ním jela a on neměl vůbec radost. Ona se má dobře, nespí, ale jí to nevádí, aspoň udělá různé věci. Vadí jí, že ji nikdo nechápe, chce dělat jen dobře a všichni se pak na ni zlobí. Šla třeba na procházku se psem, který jí utekl, a všichni se pak zlobili a byli na ni zlí. Se seznamováním nikdy neměla problém, teď pomáhala bezdomovci vyplnit nějaké papíry, aby vyhrál auto, on byl pak tak rád, že jí dal i pusu. Byla i v hospodě, alkohol sama nevyhledává, ale když jí ho kupovali a dávali, tak ho vypila, ale hned to zapíjela džusem. Lidé jí asi sledují, ale nevádí jí to, když se jim líbí, tak ať se podívají.

**Z propouštěcí zprávy:** K potlačení hypomanického ladění a následné stabilizaci fórie nasazen valproát, na přechodnou dobu klonazepam. Na oddělení se pacientka zadaptovala bez potíží, u vizit nenápadná, klidná, na nic si nestěžuje – pouze na nekvalitní spánek kvůli chrápání spolupacientky. Spolupráce s pacientkou problematickejší – vzhledem k značně simplexnímu osobnostnímu formátu – není schopna pochopit své potíže, nutnost pravidelného užívání léků – opakovaně musíme pacientku edukovat – efekt však nejistý. Na začátku hospitalizace hypomanického ladění, následně již manické projevy nebyly pozorovány. Redukována dávka klonazepamu a po krátké observaci pacientka dimitována. Propuštěna jako bipolární afektivní porucha – hypomanická fáze v červnu 2007, práce neschopna, doporučena medikace: valproát 1500 mg pro die, klonazepam 1 mg pro die, zopiklon 7,5 mg dlp ½-1 tbl při nespavosti.

Hned v den propuštění z psychiatrického oddělení se pacientka dostavila na kontrolu do mé ambulance. Hospitalizaci si pochvalovala, zároveň se těšila domů. Vypsala jsem jí recepty a vydala rozpis užívání léků.

Pacientka léky neužívala, po deseti dnech byla přivezena do ambulance matkou, která referovala: „Dcera rozvěšuje špinavé prádlo po stromech na zahradě, přestříhala doma kabely od TV a snad i od DVD, ostříhala se, vyholila si

obočí, chodí po vesnici, se všemi se seznamuje a vykládá různé nesmysly.“

**Při přijetí do psychiatrické léčebny Opava:** SPP – lucidní, orientována, bizarní zjev – oholené obočí a části vlasů na čele, formálně spolupracující, řeč lehce setřelá, patrný medikamentózní útlum, i přes něj logorhoická, narušen společenský odstup, občasně tyká, zvýšená nabídka myšlenek, projev pseudoinkohorentní, forie elevovaná, manifoldní chování anamnesticky – nakupování, seznamování, hyperaktivita, bez známek abúzu alkoholu, neexplorovány halucinatorní prožitky či sourodější bludnou produkci, bez projevů úzkosti či tenze. Primárně simplexní formát osobnosti. Anosognose.

**Z propouštěcí zprávy z PL Opava:** Pacientka odeslána pro nepřiléhavé maniformní chování. Zpočátku inkoherentní, nepřiléhavá a agitovaná, omezen kontakt s realitou, bylo nutno zahájit elektrokonvulzivní terapii (4×ECT), terapie z risperidonu změněna na olanzapin v kombinaci s haloperidolem, pro minimální efekt změna na zuclopenthixol... Pro hypersalivaci opět změna v medikaci – nasazen quetiapin – pro nepřiléhavost a paranoiditu posílena medikace risperidonom, v dalším průběhu zlepšení v kontaktu, přiléhavá, bez anxiety, bez psychotické produkce, profiluje se premorbidně simplexní osobnost. Pacientka projevila zájem o pokračování v léčbě na psychiatrickém oddělení v Třinci – telefonicky domluveno.

**V psychiatrické léčebně v Opavě** hospitalizována od druhé poloviny června do začátku srpna 2007 jako akutní polymorfni psychotická porucha s příznaky schizofrenie, doporučená medikace: valproát 1000 mg pro die, quetiapin 800 mg pro die, risperidon 3 mg pro die, následně k doléčení přeložena na psychiatrické oddělení Třinec.

**Na psychiatrickém oddělení v Třinci:** ... Na důvody hospitalizace v PL Opava si pacientka pamatuje jen částečně. Jako nejhorší popisuje „slimání“ po lécích... Pacientka apsyhotická, normoformická, klidná, podrobivá, pozorován postmedikamentózní útlum. Pro vysokou hladinu valproátu (120,4) postupně redukována jeho dávka, opakovaně upravováno složení a dávkování psychofarmak... Pacientka dimitována 31. 8. 2007, klidná, normoformická, apsyhotická, spánek kvalitní, subjektivně se cítí normálně, labore apta od 1. 9. 2007, doporučeny kontrolní odběry hladiny valproátu, medikace: valproát 1500 mg pro die, quetiapin 400 mg pro die, risperidon 4 mg pro die. Hmotnost při propuštění 77 kg.

Na hospitalizaci v PL Opava mě nejvíce „zaujalo“ tamní diagnostické zhodnocení a medikace, s níž byla pacientka propuštěna. Rozhodně

bych se sama spíše přiklonila k diagnóze bipolární afektivní porucha – manická fáze s psychotickými příznaky, která daleko spíše korespondovala s aktuálním profilem pacientky. Stejně tak v případě výstupní medikace by bylo dle mého adekvátnější navýšení dávky valproátu, sama bych volila spíše přikombinování antipsychotika první generace, např. haloperidolu.

Po těchto hospitalizacích docházela pacientka na kontroly vždy s matkou, která doma dohlížela na pravidelné užívání léků. Při následných ambulantních kontrolách jsem zjistila obezitu pacientky (96 kg – již od 88 kg jsme začali redukovat dávku psychofarmak, váha se však nadále zvyšovala), galaktoreu a tardivní dyskinezy jazyka. Pacientka odmítala nadále léky užívat, proto jsme se dohodly na postupné redukci psychofarmak. Pacientka i matka byly poučeny, že v případě jakéhokoliv zhoršení psychického stavu se mají okamžitě dostavit na ambulantní kontrolu. Postupně jsem redukovala až vysadila valproát a risperidon, přiorinovala biperiden. V dalším kroku jsem redukovala dávku quetiapinu i biperidenu.

**Psychologické vyšetření** v únoru 2008 před žádostí o invalidní důchod (FDT, ROR, MMPI) se závěrem: „postpsychotický defekt osobnosti, přetrvávající výrazná introvertovanost, staženost, výrazná pohotovost k anxiózní reaktivitě při běžné zátěži, narušení sociálního fungování, špatný sociální úsudek, výrazná senzitivní vztahovčnost až paranoidní nastavení, snížené testování reality, rigidní myšlení, vážne vyhodnocování a vzhled k běžným sociálním situacím, vyčerpávanost osobnostní mechanismy vůči běžné zátěži, dissimulační projekce, není náhled vzhledem k proběhlému onemocnění“.

**Nynější onemocnění:** Na poslední ambulantní kontrole (začátkem února 2009) byla pacientka klidná, psychotické příznaky nevyexplorovány, byla dysforická z toho, že nemá práci ani přítele. Aktuální váha je 91 kg, pacientka nyní již bez galaktorey, tardivní dyskinezy nezaznamenány – dle slov matky mírnější intenzity. Pacientka užívá 100 mg quetiapinu a 2 mg biperidenu denně, pacientka souhlasí s užíváním těchto minimálních dávek léků. Byl jí přiznán částečný invalidní důchod, nyní je zažádáno o přezkoumání – žádost o plný invalidní důchod. Pacientka dochází pravidelně na kontroly co dva měsíce.

## Závěr

Během půl roku byla 23letá žena celkem 3× hospitalizována na psychiatrii. Postupně byla překlasičkována z depresivní fáze přes periodickou depresivní poruchu na bipolární

afektivní poruchu a následně na polymorfní psychotickou poruchu s příznaky schizofrenie. Medikovala paroxetin, sulpirid, alprazolam, valproát, klonazepam, haloperidol, olanzapin, risperidon, zopiklon, zuclopenthixol, promethazin, metotrimeprazin, quetiapin, biperiden. V průběhu její léčby došlo též k výskytu celé řady nežádoucích účinků psychofarmak, mezi nimiž dominoval především markantní přírůstek váhy, dále galaktorea a v neposlední řadě tardivní dyskinézy. Všechny tyto nežádoucí účinky zásadním způsobem ovlivnily osobní i profesní život pacientky, která v průběhu léčby přišla jak o práci, tak o partnera. Netřeba dodávat, že to zpětně ovlivnilo její psychický stav a v důsledku i další léčbu jako takovou. Po návratu z ústavní do ambulantní péče u ní došlo k postupné stabilizaci psychického stavu. Předchozí nežádoucí účinky se podařilo zčásti zmírnit (tardivní dyskinézy méně časté, mírný pokles váhy) a z části eliminovat (vymizení

galaktorey). Za léčebný úspěch to však asi lze považovat jen stěží, protože právě kumulace nežádoucích účinků v předchozí léčbě nyní demotivují pacientku v jejím pokračování a podvazují její důvěru v ni, což se prakticky projevuje tak, že (nikoli překvapivě) odmítá užívání dalších léků. Pacientka sice původně trvala na úplném vysazení veškeré medikace, nakonec však souhlasila s postupnou redukcí (takže její aktuální medikovaná denní dávka je 100 mg quetiapinu a 2 mg biperidenu). Z mého lékařského pohledu lze tedy sice její stav na poslední ambulantní kontrole označit za (vzhledem k předchozímu) relativně uspokojivý (pacientka byla klidná, normoforická, svůj spánek popsala jako kvalitní, negovala paranoiditu, stejně jako halucinace, v jejím chování se žádné nápadnosti neprojevovaly), přesto se však domnívám, že u ní s velkou mírou pravděpodobnosti může dojít k recidivě právě z důvodu nízkých dávek užívaných psychofarmak. Osobní negativní zkušenost,

kterou pacientka prošla, tak může být jednou z příčin toho, proč se lze obávat, že pacientku znovu čeká tentýž cyklus. Je-li zdraví, jak praví jeho definice, štěstím, pak se asi lze oprávněně tázat, zda by tato pacientka mohla být šťastná, i kdyby se neléčila, stejně tak ale tento případ generuje otázku, nakolik ji právě konkrétní léčba, kterou podstoupila, pomohla nebo přitížila, zda tomu mohlo být i jinak, a tedy co může a zmůže psychiatrie?

---

**MUDr. Michaela Paličková**

CNS-Centrum Třinec, s. r. o.

Privátní psychiatrická a psychosomatická klinika

Kaštanova 268, 739 61 Třinec

michaela.palickova@seznam.cz

---