



Organiczne zaburzenia lękowe u 29-letniego mężczyzny: opis przypadku

Organic anxiety disorder in a 29-year-old male patient: case report

MAGDALENA JASZKE, ANETA ŚLĘZAK, JERZY MATYSIAKIEWICZ, ROBERT T. HESE

Z Katedry i Oddziału Klinicznego Psychiatrii w Tarnowskich Górach
Śląskiej Akademii Medycznej Wydziału Lekarskiego w Zabrze

STRESZCZENIE

Cel. Przedstawienie trudności diagnostycznych i terapeutycznych w przypadku pacjenta z rozpoznaniem organicznych zaburzeń lękowych.

Przypadek. 29-letni pacjent z epilepsją oraz encefalopatią wczesno-dziecięcą w wywiadzie, przyjęty do Kliniki Psychiatrii bez zgody w trybie wnioskowym.

Komentarz. Zwrócono uwagę na znaczenie leczenia szpitalnego w przypadkach ograniczonych możliwości diagnostyki ambulatoryjnej.

SUMMARY

Objective. To present diagnostic and therapeutic difficulties in a patient diagnosed with organic anxiety disorder.

Case. A 29-year-old male patient with epilepsy and a history of encephalopathy in early childhood was admitted to a Psychiatry Ward on a motion for his compulsory treatment brought by the family and supported by the guardianship court.

Commentary. The importance of hospitalization was highlighted in cases where possibilities of outpatient diagnostics are limited.

Słowa kluczowe: organiczne zaburzenia lękowe/ opis przypadku

Key words: organic anxiety disorders / case report

Według klasyfikacji ICD-10, organiczne zaburzenia lękowe spełniają kryteria uogólnionych zaburzeń lękowych, zaburzeń z napadami lęku lub ich obu, lecz spowodowane są przez zmiany organiczne wywołujące dysfunkcje mózgu [1]. Występowanie tego rodzaju zmian może być związane z takimi chorobami o.u.n., jak: udary, guzy, a także padaczka [2].

Z literatury wynika, że zaburzenia lękowe występują głównie w przebiegu padaczki skroniowej, lecz mogą też towarzyszyć innym postaciom tej choroby. Oprócz lęku, u osób chorujących na padaczkę spotyka się również depresję, zaburzenia urojeniowe i omamy, organiczną chwiejność afektywną, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i zaburzenia dysocjacyjne [3, 4, 5, 6].

OPIS PRZYPADKU

29-letni pacjent został przyjęty do Oddziału Klinicznego Psychiatrii w trybie wnioskowym, zgodnie z art. 29 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, z podejrzeniem zaburzeń schizotypowych.

Od 6 roku życia chory był leczony neurologicznie z powodu padaczki. Od 1995 r. był też leczony w poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży z rozpoznaniem encefalopatii wczesnodziecięcej oraz epilepsji. W dostępnej dokumentacji brak danych dotyczących rodzaju napadów. Na podstawie wywiadu z rodzicami można wnioskować, że były to napady nieświadomości. Po kilku latach napady ustąpiły i leczenie przeciwpadaczkowe zakończono.

W 17 roku życia, będąc z ojcem poza domem, chory doznał napadu panicznego lęku.

Od tego czasu do momentu hospitalizacji nie opuszczał domu, nie dbał o higienę osobistą, zaniedbał swoje zainteresowania. Od 2001 r. pacjent był pod opieką PZP dla dorosłych. Początkowo rozpoznawano u niego zespół depresyjno-lękowy schizofrenopodobny na podłożu organicznym, zespół apatyczno-abuliczny, następnie diagnoza zaczęła ewoluować w kierunku zaburzeń schizotypowych. W trakcie leczenia w PZP odbyło się kilka sporadycznych wizyt domowych lekarza psychiatry, jednakże – jak wynika z wywiadu z rodzicami chorego – w trakcie tych wizyt nigdy nie doszło do dokładnego badania psychiatrycznego, ponieważ pacjent nie wpuszczał lekarzy do swojego pokoju. Cały proces leczenia opierał się głównie na wizytach rodziców chorego w poradni i zaocznym ordynowaniu leków. Prawdopodobnie opisane trudności w nawiązaniu kontaktu werbalnego i wycofanie pacjenta z życia społecznego zdecydowały o rozpoznaniu zaburzeń schizotypowych. W całej dokumentacji z PZP brak wzmianki o ewentualnych objawach wytwórczych.

Ten zaoczny sposób leczenia, prowadzony głównie na podstawie wywiadów lekarza z rodzicami, nie przyniósł spodziewanych efektów. Stan psychiczny pacjenta stopniowo pogarszał się: chory od wielu tygodni nie brał kąpieli, nie wychodził ze swojego pokoju, w którym panował bałagan i fetor psujących się resztek pożywienia. Sytuacja doprowadziła do złożenia przez rodziców wniosku o przymusową hospitalizację. Dołączone do wniosku zaświadczenie lekarza psychiatry wystawione zostało na podstawie informacji

uzyskanych od rodziców, co jest niezgodne z Ustawą o ochronie zdrowia psychicznego.

Pacjent w ciągu kilkuletniego leczenia w PZP przyjmował: maprotylinę, bromazepam, lorazepam (3 mg/die), kwas walproinowy (800 mg/die), diazepam, perazynę (150 mg/die), alprazolam (0,5 mg/die), risperidon (3 mg/die), sulpiryd (600 mg/die).

W momencie przyjęcia chory był zaniedbany, brudny, praktycznie nie nawiązywał kontaktu werbalnego, objawy psychotyczne były trudne do oceny. Po tygodniowym pobycie w szpitalu zaczął nawiązywać kontakt słowny, wykonywać proste czynności higieniczne i opuszczać łóżko. Wychożeniu pacjenta z sali towarzyszył silny lęk; chory bał się, że upadnie, nie potrafił utrzymać równowagi.

W wykonanych badaniach laboratoryjnych oraz w EKG nie stwierdzono odchyleń od normy.

EEG: na tle dobrze zorganizowanej czynności podstawowej, w odprowadzeniach tylny-skroniowych i potylicznych po stronie prawej rejestruje się dość liczne fale theta 6–7 c/sek. Podczas HW w odprowadzeniach skroniowych obustronnie naprzemiennie co do strony rejestruje się bardzo nieliczne fale ostre wyróżniające się amplitudą względem rytmu podstawowego. Zapis nieprawidłowy – zmiana zlokalizowana w okolicach tylnych mózgu po stronie prawej i bardzo dyskretne zmiany napadowe w okolicach skroniowych podczas HW.

TK głowy: asymetria ułożeniowa. W lewym płacie mózdku, po podaniu dożylnym środka cieniującego uwidoczniło się niewielkie kręte naczynie (obraz jak w przypadku malformacji naczyniowej), wskazane poszerzenie diagnostyki o angio-MR, angio-TK lub DSA. Poza tym gęstość substancji szarej i białej prawidłowa. Nie uwidoczniło obszarów nieprawidłowego gromadzenia środka kontrastowego. Układ komorowy nadnamiotowy prawidłowej wielkości, nieprzemieszczony, symetryczny. Komora IV prawidłowa. Struktury tylnojamowe prawidłowe.

Konsultacja okulistyka z badaniem dna oka: dno oka – tarcza nerwu wzrokowego okrągła, w poziomie dna, o wyraźnych obrysach, pień naczyniowy przesunięty donosowo. Naczynia odpowiednie do wieku. Refleks płamkowy i dołczkowy zachowany.

Konsultacja neurologiczna: podejrzenie malformacji naczyniowej mózgu; padaczka w wywiadzie.

Badanie angio-MR: nie uwidoczniło cech malformacji naczyniowej.

Badanie psychologiczne: wyniki testów psychoorganicznych (Bender, Benton, DUM) wskazują na dyskretne cechy organicznego uszkodzenia o.u.n. Sprawność intelektualna określona na podstawie skali WAIS/r wskazuje na przeciętny poziom rozwoju ogólnego z dysfunkcjami charakterystycznymi dla encefalopatii wczesnodziecięcej.

Pod koniec hospitalizacji wypowiedzi pacjenta były logiczne, orientacja auto- i allopsychiczna w normie, zachowanie adekwatne do sytuacji, afekt prawidłowo modulowany, nastroj zbliżony do wyrównanego, napęd psychomotoryczny

nieco obniżony. Myślenie i zamiarom suicydalnym stanowczo zaprzeczał. Poprawa kontaktu słownego pozwoliła wykluczyć występowanie objawów psychotycznych. Analiza przebiegu zaburzeń i rozmowa z chorym na temat objawów w przeszłości pozwoliła stwierdzić, że objawy wytwórcze nigdy nie występowały. Nie zaobserwowano cech rozszczepienia osobowości. Utrzymywał się lęk przed samodzielnym opuszczaniem budynku oraz problemy z nawiązywaniem kontaktów interpersonalnych.

Na podstawie wyników wykonanych badań i obrazu klinicznego rozpoznano organiczne zaburzenia lękowe.

Obecnie pacjent nadal jest pod kontrolą przyklinicznej PZP, gdzie zgłasza się systematycznie w towarzystwie rodziców. Objawy wytwórcze nie występują. Od momentu opuszczenia szpitala do chwili obecnej przyjmuje: kwas walproinowy 1,0/die, sertralinę 0,1/die oraz lorazepam 0,002 g/die z tendencją do stopniowej redukcji dawki. Chory dba o własną higienę, wykonuje obowiązki domowe, rozwija swoje zainteresowania, opuszcza dom w towarzystwie innych osób.

KOMENTARZ

Powyższy opis kliniczny przedstawia pacjenta z zaburzeniami lękowymi na podłożu organicznym, u którego w dzieciństwie stwierdzono padaczkę oraz encefalopatię wczesnodziecięcą.

Zwracają uwagę znaczne problemy z postawieniem adekwatnej diagnozy w trakcie leczenia w PZP. Prawdopodobnie przyczyną był ograniczony kontakt z pacjentem i trudności z przeprowadzeniem badania. Nie usprawiedliwia to jednak zaocznego prowadzenia leczenia i działań niezgodnych z Ustawą o ochronie zdrowia psychicznego.

Opisany przypadek pokazuje, jak ważny jest bezpośredni kontakt lekarza z pacjentem. Uwidacznia również rolę diagnostyki i leczenia szpitalnego w przypadkach, w których ambulatoryjne prowadzenie pacjenta sprawia trudności. Pomimo, że leczenie i diagnostyka w trybie wnioskowym były prowadzone zaocznie, a więc w gruncie rzeczy bezprawnie, doprowadziły do podjęcia skutecznej terapii.

PIŚMIENNICTWO

1. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10 (ICD-10).
2. Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. Psychiatria. Tom 2. Wrocław: Urban & Partner; 2002: 131–2.
3. Smith P, Wallace S. Padaczka – kliniczny przewodnik. A – Medica Press; 2003: 182–99.
4. Scheepers M, Kerr M. Epilepsy and behaviour. *Curr Opin Neurol* 2003; 16 (2): 183–7.
5. Kanner AM, Palac S. Neuropsychiatric complications of epilepsy. *Curr Neurol Neurosci Reports* 2002; 2 (4): 365–72.
6. Marsh L, Rao V. Psychiatric complications in patients with epilepsy: a review. *Epilepsy Res* 2002; 49 (1): 11–33.