

## KVETIAPIN IN DUŠEVNE MOTNJE PRI PARKINSONOVI BOLEZNI

### *Prvi bolnik:*

78 – letni bolnik se je že 4 leta zdravil zaradi Parkinsonove bolezni. Od antiparkinsonikov je prejemal levodopo in karbidopo (Nakom 4 x ½ tbl ter Nakom R 1 tbl zv.). Poleg tega je prejemal gliklazid in insulin zaradi sladkorne bolezni, gabapentin zaradi posledic polinevropatije in finasterid zaradi hiperplazije prostate.

Pogosto je padal, v enem dnevu tudi po šestkrat. Zadnje leto je imel privide. Videl je kako k njemu pridejo sorodniki, sestre, nečaki. Dolgo je vedel, da to ni res, kasneje pa ni bil več čisto prepričan, kaj se v resnici dogaja. Menil je, da je nečak lump in da ga hoče ga ogoljufati.

Obsprejemu na Enoto za gerontopsihiatrijo je bil časovno zadovoljivo orientiran, krajevno pa pomanjkljivo. Bil je hipomimičen, potreboval je pomoč pri vstajanju iz stola in pri hoji, ki je bila podrsavajoča z drobnimi koraki. Psihomotorno je bil huje upočasnen. Zaradi izrazitih ekstrapiramidnih simptomov se nismo odločili za zmanjšanje odmerka levodope. Upošteva izrazite optične halucinacije smo uvedli kvetiapin v odmerku 2 x 100 mg. Prve dni je bil še vznemirjen, kasneje pa je postal bolj sproščen. Deset dni po sprejemu je menil, da bolje hodi kot pred sprejemom, moteča je bila le vrtoglavica, ki se je ublažila po zmanjšanem odmerku kvetiapina. Kljub še izraženim ekstrapiramidnim simptomom in občasnim fenomenom zmrznenja je ob odpustu samostojno hodil. Ni imel več prividov in vrtoglavic, le še razburljiv je bil občasno.

### *Drugi bolnik:*

79 letni bolnik se je devet let se zdravil zaradi Parkinsonove bolezni. Svojci so povedali, da je bil specialistu enkrat ali dvakrat, sicer pa je hodil k splošnemu zdravniku. Prejemal je levodopo in karbidopo (Nakom mite 2 x 100/25 mg), antiholinergik biperiden 3 x ½ tbl, terazosin zaradi hiperplazije prostate, antihipertenziv losartan s hidroklorotiazidom, acetilsalicilno kislino ter obliž z gliceriltrinitratom.

Zadnja leta se je težje gibal, bolj se je tresel. Pred dvema meseci so opazili, da ga je strah. Videl je crknjene mačke in podgane. Kasneje je bližnje obtoževal, da so mu pobrali denar. Bal se je vlomilcev. Imel je občutek, da gori, čeprav ognja ni videl. Predpisali so mu risperidon, pa se ni nič umiril temveč je ponoči odšel iz hiše. Žena ga je našla pri 100 metrov oddaljenem kozolcu. Naslednjo noč je zaklenila vrata. Zjutraj je videla odprto okno (prtilčje), moža pa je našla v hlevu (kjer sicer ni živine). Ni jim bilo jasno, kako je lahko splezal skozi okno, saj je že hodil s težavo. Ležal je na tleh, ves popraskan. Govoril je, da je bežal pred kravami, ki so ga teptale. Dogodkov se ob sprejemu ni spominjal. Zadnjega pol leta so opažali, da je pozabljal dogodke, ki so se zgodili nedavno. Spominjal pa se je dogodkov iz otroštva.

Ob sprejemu ni bil časovno, krajevno in situacijsko orientiran. Bil je izrazito redkobeseden, motorično upočasnen, nespontan, čustveno ustrezen. Prisotni so bili znaki parkinsonizma z blago rigidnostjo v zapestjih (UPDRS=2) in hipokineza v

prstih. Prisoten je bil izrazit upad spoznavnih sposobnosti (KPSS=9). Bil je dehidriran (sečnina=15,1, kreatinin 110). Laboratorijski izvidi so pokazali znižane vrednosti železa (5,5) in hemoglobina (Hb=102).

Ukinili smo risperidon in biperiden ter postopoma uvajali kvetiapin. Zaradi izrazito znižanega krvnega tlaka smo ukinili antihipertenziv. Ob tem smo prilagodili odmerek antiparkinsonika (Nakom 3 x 250/25 mg), bolnika smo rehidrirali ter uvedli železo zaradi sideropenične anemije. Sprva je bil še občasno razburljiv. Ob višjem odmerku 100 mg zj. in 150 mg zv. pa je postal vedenjsko ustrezen. Produktivne simptomatike in motenj spanja nismo več opažali. Opazno je bilo izboljšanje spoznavnih sposobnosti (KPSS=19) in mišičnega tonusa (UPDRS=1), hodil je brez težav.

*Asist. mag. dr. Aleš Kogoj, dr. med.  
Enota za gerontopsihiatrijo  
Psihiatrična klinika  
Studenec 48, 1260 Ljubljana Polje*

# SHIZOFRENIJA IN MULTIPLA SKLEROZA – OPIS PACIENTKE

## POVZETEK

Opisujem pacientko, ki se je sprva zdravila zaradi paranoidne shizofrenije, pozneje pa so ugotovili, da ima tudi multiplo sklerozo. Ob antipsihotični terapiji je pacientka dosegla relativno dobro, dolgo remisijo brez hospitalizacij. Po prekinitvi farmakoterapije se je produktivna psihopatološka simptomatika ojačala, do ponovne uvedbe antipsihotika. Opisujem spremembo pacientkinih gibalnih sposobnosti po menjavi antipsihotične terapije.

## UVOD

Shizofrenija in multipla sklerozo sta različni nevropsihiatrični motnji v delovanju osrednjega živčnega sistema. Iz nevrobiološkega vidika je shizofrenija motnja, ki jo povezujejo zlasti z neravnovesjem v delovanju dopaminergičnega sistema v možganih. Multipla sklerozo pa se kaže kot lokalizirana vnetna demielinizacija in izguba aksonov, v kar je vključen imunski sistem. Zanimivi so epidemiološki podatki o prekrivanju pojavljanja obeh motenj (1). Nekateri avtorji poudarjajo tudi podobnosti v kliničnem poteku obeh motenj, podobni starosti pričetka obeh motenj in morebitne skupne vzroke nastanka (1,2). Sklepajo, da se multipla sklerozo začne s psihopatološkimi fenomeni pri okrog 1% ljudi s to boleznijo (3). Znano je tudi, da se pri pacientih z multiplo sklerozo, pri katerih je prizadet temporalni režanj, pogosteje pojavljajo psihopatološki fenomeni (4). Opisujem pacientko, ki ima tako shizofrenijo kot tudi multiplo sklerozo.

## OPIS PACIENTKE

Devetinšestdeset letna pacientka se je prvič zdravila na psihiatrični kliniki v starosti 32 let, sprva ambulantno, nato bolnišnično, zaradi nanašalnih in preganjalnih blodenj, slušnih in nejasnih vidnih halucinacij ter derealizacijskih fenomenov. Že pred zdravljenjem so se pojavljale različne nespecifične telesne težave in brezvoljnost. Prejemala je nevroleptično in inzulinsko komatozno terapijo, vendar psihotična simptomatika ni docela izzvenela. Postavljena je bila diagnoza paranoidne shizofrenije. Tudi pacientkina mati, oče in brat so se zdravili na psihiatrični kliniki. Pacientka je bila leto dni zdravljena ambulantno z nevroleptiki, nato ponovno bolnišnično. Nekaj dni po drugem sprejemu na kliniko je pacientka padla in bila za trenutek brez zavesti. Poročala je, da ji odpovedala desna noga. Po padcu je bila brez moči po desni strani telesa, čutila je mravljinčenje. Ugotavljali so desnostransko flakcidno hemiparezo. Ukinili so nevroleptično terapijo. Pacientka je teden dni po padcu še ležala, navajala je parestezije po vseh okončinah, premestili so jo na nevrološko kliniko, kjer so ugotovili, da ima pacientka multiplo sklerozo. Redno je prejemala predpisana zdravila, od psihofarmakoterapije v obdobju

pred prekinitvijo flufenazin in sulpirid. Dosegla je relativno dobro remisijo, ki je trajala 31 let, brez bolnišničnega zdravljenja, vendar s še prisotnimi residualnimi blodnjami. Štiri leta po opustitvi terapije in ambulantnega zdravljenja se je produktivna psihopatološka simptomatika stopnjevala, pojavljale so se zlasti nanašalno preganjalne blodnje, ponovno je bila pacientka bolnišnično zdravljena, uveden je bil amisulprid v odmerku 2x200 mg; po nekaj tednih je pacientka vzpostavila kritičnost do blodenj. Ugotavljali so spastično hojo in spastično povišan mišični tonus. Mesec dni po odpustu so pacientko ponovno napotili na pregled k psihiatru zaradi paranoide shizofrenije in starostne oslabelosti.

Zaradi dodatne diagnostike pacientko napotijo na Internistično prvo pomoč s predlogom za nastanitev v dom starejših občanov. Pacientka je bila ponovno sprejeta na kliniko čez 10 dni, takrat je bila nepokretna, stežka je odgovarjala, bila je inkontinentna, globoko depresivna. Dan po sprejemu je pacientka navajala nanašalno preganjalne blodnje, urejene v sistem, ki so se nanašale na domače okolje. Po heteroanamnestičnih podatkih naj bi se pacientkine gibalne sposobnosti zmanjšale v zadnjem mesecu in pol pred sprejemom. Zamenjali smo terapijo amisulprida s kvetiapiinom, postopno do 2x100 mg šesti dan po sprejemu. Štiri dni po spremembi antipsihotika je pacientka ob pomoči fizioterapevtke stopila na noge, naslednji dan je ob pomoči hodila. Dan za tem je samostojno hodila, potrebovala pa je pomoč pri osebni higieni.

Po desetih dneh pacientka samostojno skrbi za lastno higieno, popolno samostojnost pri samooskrbi pa doseže po 2 tednih, ko odide v zdravilišče. Med bolnišničnim zdravljenjem je pacientka postopno dosegla kritičnost do pretekle psihopatološke simptomatike, razpoloženska lega je bila evtimna, gibalne sposobnosti so se bistveno izboljšale.

## **RAZPRAVLJANJE**

Pri opisani pacientki gre za sočasno pojavljanje tako paranoide shizofrenije kot tudi multiple skleroze. Ob rednem zdravljenju z antipsihotiki je pacientka dosegla relativno dobro remisijo brez hospitalnega zdravljenja. Zanimivo je bilo časovno sovpadanje pacientkinega izboljšanja gibalnih sposobnosti z zamenjavo antipsihotika med zadnjim bolnišničnim zdravljenjem, ki bi lahko bilo posledica fizioterapevtske oskrbe v bolnišnici, zamenjave antipsihotika, zmanjševanja produktivne psihopatološke simptomatike, izboljšanja splošnega telesnega stanja ali izzvenevanja morebitnega zagona multiple skleroze.

## **LITERATURA**

1. Stevens JR. Schizophrenia and multiple sclerosis. *Schizophr Bull* 1988; 14: 231–41.
2. Fritzsche M. Geographical and seasonal correlation of multiple sclerosis to sporadic schizophrenia. *Int J Health Geogr* 2002; 20: 5.
3. Jongen PJ. Psychiatric onset of multiple sclerosis. *J Neurol Sci*. 2006; 15; 245: 59–62.

4. Honer WG, Hurwitz T, Li DK, Palmer M, Paty DW. Temporal lobe involvement in multiple sclerosis patients with psychiatric disorders. Arch Neurol. 1987; 44: 187–90.

*Doc. dr. Peter Pregelj, dr. med.  
Psihiatrična klinika  
Studenec 48  
1260 Ljubljana-Polje*

# VLOGA KVETIAPINA PRI ZDRAVLJENJU BOLNICE S ČUSTVENO NEURAVNOTEŽENO OSEBNOSTNO MOTNJO – PRIKAZ BOLNICE

## OPIS BOLNICE

29-letna bolnica je od leta 2001 v psihiatrični obravnavi. Razlog prvega obiska psihiatra je bil dlje časa trajajoče depresivno razpoloženje. Odkar pomni, je izrazito tesnoba, včasih se za olajšanje duševne bolečine poreže in čuti prehodno olajšanje, ima občutja kronične praznine. Potrdila je izrazito čustveno nestabilnost, s pogostimi in izrazitimi nihanji razpoloženja, impulzivno vedenje, pogosta prenajanja z občasnim bruhanjem, tesnoba, težave v medosebnih stikih. Povišana stopnja tesnobe, ki je bila pogost razlog samopoškodbenega vedenja, se je še stopnjevala v stresnih situacijah, najbolj medosebnih stikih, kar pa je bolnica v pričetku zdravljenja slabo prepoznavala. Poleg samopoškodbenega vedenja je za zmanjševanje tesnobe pogosto nenadzorovano zlorabljala anksiolitike. L. 2003 je bila zaradi zdravljenja motnje hranjenja hospitalizirana, kasneje je nadaljevala z ambulantno psihiatrično obravnavo. Pomembnejši podatki iz osebne anamneze: rojena v 7. mesecu nosečnosti, brez posebnosti v kasnejšem razvoju, neurejene družinske razmere, oče jo je v otroštvu in mladosti zanemarjal in stalno zasmehoval, mama je branila očeta in je ni zaščitila.

Od 1. 2003 je bolnica ambulantno zdravljena s psihoterapijo v kombinaciji z medikamentozno terapijo. Bolnica je bila seznanjena in se izobražuje o naravi duševne motnje, uči se prepoznavati za njo pomembne stresorje. Od psihoterapevtskih metod so bile v pričetku obravnave uporabljane pretežno tehnike kognitivno vedenjske psihoterapije, kasneje v kombinaciji z dinamsko psihoterapijo, bolnica se je učila prepoznavanja za njo pomembnih stresnih dejavnikov, ki so stopnjevali tesnoba in posledično čustveno nestabilnost, impulzivnost in samopoškodbeno vedenje. Od medikamentozne terapije je sprva prejela antidepresiv iz skupine SSRI. Ob terapiji je dosegla stabilnejše razpoloženje. L. 2004 se je zaposlila na delovnem mestu, kjer je v stalnem stiku z ljudmi. Težave v medosebnih stikih so povečale stopnja stresa in posledično tesnobe, kar je ponovno težko kontrolirala, prihajalo je do pogostejših in izrazitejših poslabšanj bolezni. Izražale so se s povejšano tesnoba, izrazitejšim nihanjem razpoloženja, impulzivnostjo, samomorilnim vedenjem. Sprva je bolnica tesnoba ponovno zmanjševala s pogostim samopoškodbenim vedenjem ter zlorabo anksiolitikov. Zaradi pogostejših in izrazitejših poslabšanj smo poleg antidepresiva v terapijo uvedli nizke odmerke kvetiapina, do najvišjega dnevnega odmerka 200 mg.

V nadaljevanju zdravljenja, od 1.2004 do danes, je ob psihoterapiji v kombinaciji antidepresiva in kvetiapina bolnica v procesu terapije dosegla pomembno izboljšanje stanja. Boljše prepoznavanje in kontrolira simptome in motnjo, prenehala je s samopoškodbenim vedenjem. Čustveno je stabilnejša, potrjuje manj intenzivna čustvena nihanja, ob za njo stresnih situacijah je manj tesnoba. V terapiji redno jemlje antidepresiv iz

razreda SSRI in nizke odmerke kvetiapina, do 200 mg dnevno, anksiolitikov ne zlorablja več. V za njo izrazitejših stresnih situacijah, ki jih sedaj bolje obvlada z lastnimi psihološkimi mehanizmi, vzame po potrebi dodatni nizek odmerek kvetiapina. Navaja občutje, da ji zdravilo pomaga pri zmanjševanju tesnobe.

## TEORETIČNE OSNOVE

Čustveno neuravnotežena osebnostna motnja je po pojavnosti najpogostejša osebnostna motnja, pogosteje se pojavlja pri ženskah, razmerje med spoloma je 3:1 (1). Med poglavitne značilnosti bolezni sodijo slaba kontrola impulzov, neustrezni čustveni odzivi, čustvena nestabilnost, motnje v samopodobi, kronično občutje praznine in motnje spoznavnih sposobnosti. Poslabšanje bolezni se lahko manifestira kot prehodna psihotična dekompenzacija (sumničavost, nanašalnost, paranoidne ideacije, iluzije, derealizacija, depresionalizacija, zaznavne motnje). Za čustveno neuravnoteženo osebnostno motnjo so značilne motnje v medosebnih odnosih, kakor tudi v socialnem, poklicnem funkcioniranju. Stopnja samopoškodbenega vedenja in samomorilnosti je visoka (2). Vzroki za nastanek motnje so kompleksni in le delno znani. Genetski dejavniki in dejavniki okolja, zlasti zgodnje travmatske izkušnje iz otroštva lahko povzročijo neustrezno regulacijo čustev in impulzivnost, kar posledično vodi do disfunkcionalnega vedenja in psihosocialnih konfliktov, kar v začaranem krogu motnje ojača neustrezno regulacijo čustev in impulzivnost (3).

Pri zdravljenju bolnikov s čustveno neuravnoteženo osebnostno motnjo je najučinkovitejša kombinacija psihoterapije in medikamentoznega zdravljenja. Od psihoterapevtskih metod sta najučinkovitejši psihoanalitsko/psihodinamska terapija in dialektična vedenjska terapija (4). Med najpomembnejše ukrepe sodi stabilizacija terapevtskega odnosa in nadzor nad samopoškodbenim oziroma samomorilnim vedenjem. Namen medikamentoznega zdravljenja je v kombinaciji s psihoterapijo izboljšati kontrolo nad simptomi bolezni v primeru akutnega poslabšanja osnovne bolezni, v vzdrževalnem zdravljenju pa stabilizacija simptomov. Klinične izkušnje in raziskave so potrdile učinkovitost in varnost uporabe treh vrst zdravil: antipsihotikov, antidepresivov in stabilizatorjev razpoloženja. Nizki odmerki antipsihotikov so zdravilo izbora pri poslabšanju kognitivnih funkcij, zlasti pri prehodni psihotični simptomatiki. Antipsihotiki so v kombinaciji z antidepresivi učinkoviti pri stabilizaciji čustvenega odzivanja, depresivnega razpoloženja in impulzivnega, agresivnega ter samodestruktivnega vedenja. Učinki zdravljenja se pokažejo v nekaj dneh do tednih. Pri izboru in kombiniranju zdravil je treba upoštevati klinično sliko in morebitno pridružene komorbidne motnje (4-6). Predpisovanje anksiolitikov bolnikom s čustveno neuravnoteženo osebnostno motnjo se zaradi potenciala odvisnosti ne priporoča (4).

Pri načrtovanju zdravljenja moramo upoštevati pogosto komorbidnost čustveno neuravnotežene osebnostne motnje z drugimi duševnimi motnjami: komorbidnost

s katerokoli drugo diagnozo z osi I ali II, zlorabo psihoaktivnih substanc, nasilno vedenje, dolgotrajno samodestruktivno vedenje, travmo, posttravmatski stresni sindrom, disociativne značilnosti, psihosocialne stresorje, spol, starost, kulturološke dejavnike...

## **VLOGA KVETIAPINA PRI ZDRAVLJENJU ČUSTVENO NEURAVNOTEŽENE OSEBNOSTNE MOTNJE**

Atipični antipsihotik kvetiapin se je klinično in v do sedaj opravljenih raziskavah izkazal kot učinkovit pri zdravljenju bolnikov s čustveno neuravnoteženo osebnostno motnjo, tako v obdobju akutnih poslabšanj, kot tudi v vzdrževalnem zdravljenju. V literaturi se povprečni odmerki kvetiapina pri zdravljenju bolnikov s čustveno neuravnoteženo osebnostno motnjo gibljejo med 300 – 500 mg dnevno. Nizki odmerki kvetiapina učinkovito zmanjšajo kognitivne motnje v obdobju akutnih poslabšanj, zlasti psihotično simptomatiko, impulzivno, agresivno in samopoškodbeno vedenje, izboljša se razpoloženje. Pri bolnikih z izrazitejšimi nihanji razpoloženja in impulzivnega vedenja je kvetiapin v kombinaciji z antidepresivom in/ ali stabilizatorjem razpoloženja učinkovit pri zmanjšanju depresivnega razpoloženja in stabilizaciji bolnikov. Po daljšem obdobju jemanja kvetiapina je prišlo do izboljšanja funkcioniranja bolnikov in izboljšane kvalitete življenja (7-10). Kvetiapin je dobro prenosljivo zdravilo in ob uporabi nizkih odmerkov nima pomembnejših stranskih učinkov, kar ugodno vpliva na sodelovanje bolnikov s čustveno neuravnoteženo osebnostno motnjo, ki pogosto samovoljno prekinejo z zdravljenjem.

Pomemben dejavnik za sodelovanje bolnika s čustveno neuravnoteženo osebnostno motnjo in uspeh zdravljenja je terapevtski odnos in stališča ter odnos terapevta do duševne motnje. V zadnjih letih je bil narejen velik napredek v razumevanju čustveno neuravnotežene osebnostne motnje, njenih vzrokov, simptomov, poteka in zdravljenja. Pogosto spregledana motnja in pesimizem se postopoma zamenjujeta z znanjem in optimizmom – terapevtov in posledično tudi bolnikov, ki lahko zaživijo boljše kvaliteto življenja.

## **LITERATURA**

1. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2001 Jun; 58 (6): 590–6.
2. SkodolAE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dyck IR, Stout RL et al. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *Am J Psychiatry* 2002 Feb;159(2):276–83.
3. Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B et al. The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biol Psychiatry* 2002 Jun 15;51(12):951–63.



4. American Psychiatric Association, Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001 Oct;158(10 Suppl):1–52.
5. Cowdry RW, Gardner DL. Pharmacotherapy of borderline personality disorder: alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine, and tranlycypromine. *Arch Gen Psychiatry* 1988 Feb;45(2):111–9.
6. Soloff PH, George A, Swami N, Schulz PM, Ulrich RF et al. Progress in pharmacotherapy of borderline disorders: a double-blind study of amitriptyline, haloperidol, and placebo. *Arch Gen Psychiatry* 1986 Jul;43(7):691–7.
7. Perrella C, Carrus D, Costa E, Schifano F. Quetiapine for the treatment of borderline personality disorder; an open-label study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006 Oct 10; in press.
8. Bellino S, Paradiso E, Bogetto F. Efficacy and tolerability of quetiapine in the treatment of borderline personality disorder: A pilot study. *J Clin Psychiatry*; 2006 Jul;67(7):1042–6.
9. Villeneuve E, Lemelin S. Open-label study of atypical neuroleptic quetiapine for treatment of borderline personality disorder: impulsivity as main target. *J Clin Psychiatry* 2005 Oct;66(10):1298–303.
10. Hilger E, Barnas C, Kasper S. Quetiapine in the treatment of borderline personality disorder. *World J Biol Psychiatry* 2003 Jan;4(1):42–4.

*Bojana Avgustin, dr. med.  
Psihiatrična klinika  
Studenec 48  
1260 Ljubljana, Polje*