

# BOLNIK S PARANOIDNO SHIZOFRENIJO

*Dubravka Trampuž*

25-letni lesni tehnik je bil prvič pregledan pri psihiatru leta 2000 zaradi razbijanja srca, hude tesnobe, strahu pred ljudmi. Omenjal je tudi strah pred boleznijo in posledično kompulzivno umivanje rok. Preden je bil diagnostični postopek izpeljan v celoti, se je tesnoba stopnjevala do grozavosti, somatizacijska simptomatika je postajala vedno bolj bizarna in pridobivala obeležja haptičnih in cenestetičnih halucinacij. Opisovati je začel nanašalne in preganjalne blodnje ter fenomen vplivanja in branja misli.

Uvedena mu je bila nevroleptična terapija in to Risperdal, ki ga je postopoma zvišal na 6mg dnevno. Nanašalna paranoidna blodnjavost ter fenomeni vplivanja in branja misli so izzveneli. Strah je nekoliko popustil, ni pa povsem izzvenel. Zlasti opazni so ostali primanjkljaji na področju volje, kognicije in čustvovanja. Ob višanju terapevtskega odmerka je začel poročati o neprijetnih stranskih učinkih: konstipaciji, krčih v mišicah, nemirnih nogah, tresenju rok. Ob postopnem nižanju odmerka Risperdala in uvedbi Zyprexe je ekstrapiramidna simptomatika izzvenela. Opisoval je subjektivno izboljšanje. Tudi strah se je še dodatno ublažil. Postal je nekoliko bolj zgovoren in je ob kontrolah prvič več spregovoril o svojem notranjem doživljanju in težavah, ki ga spremljajo že od mladih let ob invalidnem očetu in mami, ki se že leta zdravi pri psihiatru.

Po več mesecih stabilne remisije je začel opuščati terapijo, ker ji je pripisoval, da je vzrok neprijetnih čudnih občutkov. Začutil je, da ga po Zyprexi sili, da brca z nogo. Postal je zopet nezaupljiv, vedno bolj redkobeseden. Občutja strahu so se stopnjevala, zlasti izven doma. Ko je hodil skozi drevored, se je tako izogibal drevesom, ker je imel ves čas občutek, da se nekdo skriva za njimi in ga opazuje. Zopet so se pojavili fenomeni vplivanja in branja misli. Po uvedbi Sulpirida 600mg dnevno so se hude notranje napetosti, nanašalnost, preganjalna blodnjavost in fenomeni vplivanja in branja misli omilili, niso pa povsem izzveneli. Še preden se je psihično stanje stabiliziralo, so se pričeli pojavljati napadi stopnjevane tesnobe in samomorilne misli. Zaradi vnovičnih napadov razbijanja srca in hudega strahu je soglašal s ponovno uvedbo Zyprexe 15 mg dnevno. Ko je čez nekaj mesecev poročal, da se je ponovno pojavilo neprijetno brcanje z nogami, spremljano z neprijetnimi in nenavadnimi občutki, smo mu terapijo vnovič zamenjali. Uvedli smo Seroquel, ki ga je postopoma zvišal na 600mg dnevno. Opisovati je začel zadovoljivo počutje. Strah je popustil. Ne spremlja ga več po ves dan, tako da je doma nekoliko bolj aktiven. Tudi v pogovoru je za

spoznanje bolj razgiban. Uspelo mu je celo odpraviti se v eno izmed terapevtskih skupnosti. Tudi po znižanju odmerka Seroquela na 400mg dnevno je psihično stanje stabilno.

*Dubravka Trampuž, dr.med.  
Psihiatrična klinika  
Center za izvenbolnišnično psihiatrijo  
Njogoševa ul. 4  
1000 Ljubljana*

# KLINIČNI OPIS ZDRAVLJENJA PACIENTKE Z MEJNO (BORDERLINE) OSEBNOSTNO MOTNJO

*Miroslav Berič*

Takrat 20–letna študentka se je po pomoč k psihiatru obrnila zaradi nekaj let trajajočega slabega počutja in glavobolov, nezaupanja vase in v ljudi. Somatski razlogi za trpljenje so bili izključeni. Zadnja leta je postala zelo nezadovoljna s svojim videzom, zaradi domnevne pretirane poraščenosti je kar naprej obiskovala kozmetične salone, tudi endokrinologe. Študijski uspeh ji je upadel, najraje je bila sama, doma je postala vzvišena in se je vedno bolj prepirala s starši, ki so ji brezuspešno poskušali pomagati.

Do zdravljenja je bila močno ambivalentna. Komaj začeto kombinirano medikamentozno terapijo z antidepresivom in atipičnim antipsihotikom je prekinila po nasvetu bioenergetika, kamor jo je mati, v želji, da ji pomaga, tudi peljala. Po nekaj neuspešnih seansah pri »mazaču« se je njeno psihično stanje poslabšalo in se je nama uspelo po treh mesecih ambulantnega zdravljenja dogovoriti za nadaljnje hospitalno zdravljenje.

Ob sprejemu na oddelek je pacientka zaupala, da razmišlja o samomoru, bila je napeta, jokava, že naslednji trenutek pa nepristno nasmejana. Suspektne so bile cenestetične halucinacije, bila je na meji blodnjavosti. Med zdravljenjem je izražala nesposobnost sprejemati se, nizko samospoštovanje in samopomilovanje hkrati, menjaje z arogantnim, zvišanim odnosom do okolice. Pasivnost se je menjavala s prepirljivostjo. Stik z realnostjo je bil šibek. Čustvovanje je bilo večinoma depresivno obarvano, dopolnjevali so ga občutki prikrajšanosti, osamljenosti, odrinjenosti, praznine in z dolgočasnosti.

Ves čas hospitalizacije je pacientka jemala **kvetiapin** v odmerku 2 x 200 mg, zjutraj še antidepresiv.

Proti koncu štirimesečnega zdravljenja se je opazno sprostila, v kontaktu je postala prijetnejša in odzivnejša, bolj aktivno je pričela sodelovati v psihoterapevtskem skupinskem delu na oddelku. Zdravljenje je zaključila izboljšana.

Odpustna diagnoza je bila **bordeline osebnostna motnja**.

Pacientka se je v ambulantno obravnavo vrnila šele tri mesece po odpustu z oddelka.

Takoj po odpustu se je odločila, da ne bo več jemala zdravil.

Klinična slika je bila pri bolnici enaka kot pred hospitalizacijo, ki jo je opisovala kot svojo najslabšo izkušnjo. Vrnitev na oddelek je brezpogojno zavračala, dogovor o ponovnem jemanju **kvetiapina** pa nama je le uspel.

Simptom domnevne poraščenosti je zamenjala z opisovanjem hudih glavobolov v, kot je trdila, prazni in preveliki glavi. Ponovno je imela občutek, da jo mimo-idoči opazujejo in obrekujejo, težko se je prenašala. Študij je zaenkrat dala na stran in se za nekaj poletnih mesecev zaposlila v nočni izmeni na recepciji hotela. Med delom je lahko bila sama, doma je podnevi spala.

Ob rednem jemanju zdravil (**kvetiapin** 200-0-200) je poročala o izboljšanju počutja, bila je bolj sproščena, spontano in kritično je opisovala svoje življenje in dogajanje. Glavoboli so popustili, ponovno je začela študirati, spoznala je fanta, ki ga je po dveh mesecih zapustila. Zdravila neprekinjeno jemlje že četrti mesec. Uspelo ji je narediti en izpit, čeprav še vedno ne ve, če je to primerna fakulteta zanj. Prijateljica, s katero se druží in obiskuje diskoteko med vikendom, ji gre »na živce, a doma ne more venomer sedeti.«

Na ambulantne kontrole hodi redno vsak drugi mesec. Upa, da se bo pozdravila.

*Miroslav Berič, dr. med.  
Specialistična psihiatrična ordinacija  
2250 PTUJ*

# OSEMINPETDESETLETNA PACIENTKA

*Irena Korelc*

Takrat osemipetdesetletna pacientka se je zglasila v naši ambulanti pred dvema letoma. Napotila jo je splošna zdravnica zaradi depresije in suspektne odvisnosti od anksiolitikov.

Težave so se ji pričele izražati po smrti matere dve leti pred tem, ko se je prvič obrnila na psihiatra, ki je aktualno simptomatiko opredelil predvsem kot reaktivno depresivno. Predpisali so ji sertralin, pozneje fluoksetin ter zatem tianeptin, vendar nobenega ni dobro prenašala. Dobivala je tudi sulpirid, ki pa ji ni pomagal. Še najbolj so ji težave blažili anksiolitiki (alprazolam, nato oksazepam, nazadnje diazepam), ki pa jih je sčasoma pričela samovoljno jemati v pretiranih odmerkih. Vseeno so njene osnovne težave ostajale praktično nespremenjene; predvsem je bila nerazpoložena, napeta, razdražljiva, labilnega čustvovanja, pogosto potrta, brezvoljna, konstantno zaskrbljena, občutljiva, nespeča. Pestile so jo tudi raznorazne somatske težave somatoformnega značaja, med drugim tudi občutki mravljinčenja po telesu in tiščanja v glavo, ob čemer je bila tudi občasno vrtoglava. Ob vsem tem pa so bile vse bolj vpadljive kognitivne motnje (predvsem upad spomina), zaradi česar je bila ambulantno pregledana pri nevrologu. Le-ta je izključil nevrološko patologijo in njene težave ocenil kot anksiozno depresivne. (Ob pregledu je na kratkem preizkusu spoznavnih sposobnosti dosegla 28 točk.)

Kognitivno disfunkcioniranje je bilo evidentno tudi ob prvem pregledu v naši ambulanti in je celostna stanjska slika dajala misliti na suspektno (vsaj delno) dementnostno problematiko. Izkazalo se je, da ima gospa opazne težave pri prostorskem orientiranju, bila je pozabljiva, raztresena, ni bila več zanesljiva pri ravnanju z denarjem in jemanju zdravil, na pregled so jo morali spremljati svojci. (Rezultat na MMSE je takrat znašal 24 točk.)

Diferencialno diagnostične preiskave niso pokazale organskih abnormnosti. (EEG izvid in CT glave sta bila normalna.) Psihološki pregled je izkazoval predvsem depresijo.

V medikamentozni terapiji smo ji predpisali moklobemid, vendar ga zaradi stranskih učinkov (bruhanje) ni prenašala, prav tako ne paroksetina. Dlje časa je bila trdovratneje nespeča, pri čemer ji predpisana uspavala (zolpidem, klometiazol, midazolam) niso pomagala. Nekaj uspeha smo nato zabeležili po ordinira-

nju nižjih odmerkov olanzapina, vendar se je po njem zelo zredila in ga je opustila. Prehodno je krajši čas v začetku zdravljenja jemala tudi donepezil, a ji ni pomagal, niti ga ni najbolje prenašala. Nismo vztrajali pri njegovem jemanju, posebno še, ker smo predpostavljali, da so prisotne kognitivne motnje (oz. obeležja sindroma demence) predvsem del depresivne stanjske slike. To se je pozneje (vsaj zaenkrat) tudi potrdilo.

Gospa je redno hodila na ambulantne preglede, ob katerih smo ji ob medikamentozni terapiji poskušali pomagati tudi s (prilagojeno) psihoterapevtsko obravnavo, posebno glede na prisotno dokajšnjo psihodinamsko komponento njenih težav.

Bistveno izboljšanje pa smo nato dosegli po ordiniranju (sicer minimalnih odmerkov) kvetiapina (25 oz. 50 mg zv.), po čemer pacientka (zdaj že nekaj mesecev) navaja signifikantno vsestransko izboljšanje; subjektivno pri tem izraža predvsem znatno umirjenje, orazpoložitev ter »odklop« miselnih 'obremenitev', ki so jo prej pestile predvsem v večernem času in ji posledično tudi kratile spanec. Ob tej medikamentozni terapiji zdaj ne potrebuje nobene druge in kvalitetno funkcionira.

# DEVETINTRIDESETLETNI PACIENT S PSIHIČNO DEKOMPENZACIJO

*Irena Korelc*

Devetintridesetletni pacient je bil zaradi manifestne psihične dekompenzacije maja lanskega leta napoten v psihiatrično bolnišnico.

Predhodno je postajal vse bolj negotov vase, brezvoljen, apatičen, po drugi strani pa predvsem napet, razdražljiv, znižane frustracijske tolerance, s pogostimi nekontroliranimi izbruhi, tudi v smislu (hetero)agresivnostnih izpadov. Prej komunikativen, odprt, je zdaj zapadal v interpersonalne konflikte (predvsem v odnosu do partnerice, pa tudi do staršev, od katerih se je skoraj povsem odtujil). Nasploh se med ljudmi ni več počutil dobro, nerad je zahajal v družbo, posebno množice v zaprtem prostoru je prenašal vse težje. Bilo ga je strah. Počutil se je ogroženega; kot bi mu hoteli celo streči po življenju. Ponoči je slabo spal (če že, so ga tlačile more). Slišal je nejasne glasove, sprva (nekje pred tremi leti, ko so se mu te težave začele) kot bi prihajali skozi stene. Nato so glasovi postajali razločnejši in vse bolj neprijetni. Postajal je tudi nezbran, imel je težave s koncentracijo, (kratkotrajnim) spominom, na trenutke je bil celo kot odsoten, zmeden. V službi je pričel popuščati, postajal je vse bolj neučinkovit. Vrivale so se mu obsesivne misli, ki so ga silile k stalnemu preverjanju.

Psihiatrično se dotlej ni zdravil. Pred nekaj tedni pa se je obrnil na splošnega zdravnika, ki mu je predpisal blažjo antidepressivno, anksiolitično in hipnotično terapijo (paroksetin, alprazolam, zolpidem), pri čemer je zdravnik opozoril na suspektno adikcijsko nevarnost, ki se je pozneje tudi potrdila. Eventualnega aktualnejšega poseganja po ilegalnih drogah pacient v anamnezi ni navajal, nagibal pa je k občasnemu (tudi razmeroma ekscesivnemu) uživanju alkohola. Hereditarno ni obremenjen.

Subjektivno je začetek svojih težav potencialno deloma pripisoval (sicer lažji) prometni nesreči (brez eventualne poškodbe glave, pretresa možgan), in je bil (predvsem zaradi kognitivnih motenj) pregledan tudi pri nevrologu, ki pa ni našel nobenih specifičnih izpadov ter je pacientove težave opredelil kot psihogene oz. kot anksiozno-depresivne, eventualno kot posttravmatski sindrom.

Tudi sicer somatske preiskave niso pokazale nenormalnosti. Prav tako EEG, ki ni izkazoval jasnih abnormnosti.

Psihološki pregled je odkril visoko nadpovprečne intelektualne sposobnosti, sicer pa značilnosti psihotične dezintegracije psihičnih funkcij v smislu paranoidnih idej, motene koncentracije, upada na področju voljno-vitalnih funkcij, slabljenja ego obrambnih mehanizmov in socialnega umika.

Pacientu smo ob sprejemu uvedli medikamentozno terapijo z risperidonom, lorazepamom, ob čemer je prejemal tudi paroksetin ter zolpidem po potrebi. Na terapijo se je dobro odzval v smislu hitrega umika psihotične simptomatike in osnovne čustvene umiritve ter izboljšane voljne opremljenosti. Ob ugodno izboljšanem subjektivnem počutju je pacient že kmalu nato zaprosil za odpust, ki smo mu ga, glede na šele komaj vzpostavljeno remisijo, odsvetovali, vendar ob njegovem vztrajanju vendarle odobrili, saj je do nadaljnje hospitalne obravnave izražal dokajšnjo nenaklonjenost, posebno do sicer predlaganega mu zdravljenja na psihoterapevtskem oddelku, prilagojenem za psihotične motnje (kar pa je po svoje razumljivo glede na dokajšnje oponiranje v osnovi shizoidno naravnane osebnostne strukture pacienta). Dogovorila sva se za nadaljnje individualno vodenje, ob katerem je izkazoval zelo dobro kooperativnost in motiviranost za zdravljenje.

Ves čas je bilo zaznati pacientovo hudo osebno obremenjenost zaradi nastalih psihičnih težav zaradi občutja subjektivne markiranosti, pri čemer smo si to razlagali, da tudi nekoliko disimulira. In res je pacient že kmalu po odpustu doma ponovno dekompenziral s prodromi izrazitejšega nemira, zaradi katerega je pacient nekritično posegel po razpoložljivih medikamentih, tako da je bila potrebna celo intervencija na intenzivni internistični enoti zaradi suspektne potencialne intoksikacije (ki pa v kvantitativnem obsegu ni bila potrjena). Ob ponovni hospitalizaciji se je izkazalo, da je pacient predhodno zapadel v depresivno razmišljanje ob soočanju s svojimi še insuficientnostnimi prizadetostmi, ob čemer je ponovno eruptivno afektivno odreagirал na opisan način.

Nato še dlje časa (osem mesecev, od tega zadnje štiri v ambulantnem vodenju) ni dosegel prave čustvene stabilizacije (predvsem se je boril z depresivnim razpoloženjem in simptomatiko, ki je postajala negativna; psihoproduktiven pa ni bil več), kljub raznovrstni medikamentozni terapiji po naslednjem vrstnem redu in kombinacijah:

– risperidon + lorazepam + lamotrigin + paroksetin.

Na obstoječo terapijo je pacient pričel navajati motnje potence, pa tudi sicer ni bilo bistvenega izboljšanja, zato smo mu predpisali:

– olanzapin (do odmerkov 20 mg dnevno) + sertralin (+ lamotrigin).

Ob tem je prejemal občasno tudi flurazepam zvečer za spanje (zaradi izrazi-



tejših nespečnostnih težav pozneje tudi midazolam), sicer pa smo mu zaradi še naprej pogosto aktualnega nemira predpisovali 25-50 mg promazina po potrebi (eventualne anksiolitične terapije smo se izogibali zaradi pacientove velike nagnjenosti k poseganju oz. odvisnosti od le-te, do česar je bil zelo pomanjkljivo kritičen), odmerke tega zdravila pa smo stopnjevali v celoti vse do 200 mg dnevno, a brez zadovoljivega uspeha.

Zasledili smo tudi pojav sicer kratkotrajne, a manifestne manične simptomatike. Tako smo prešli na naslednjo medikamentozno terapijo :

– klozapin (do odmerkov 100 mg dnevno / višjih pacient zaradi izrazitejše sedacije ni prenesel) + valproat (500 mg dnevno) + venlafaksin, ki smo ga pozneje zaradi persistirajoče depresivnosti zamenjali z maprotilinom.

Vseeno pacient ni dosegel pravega izboljšanja, čustveno se je sicer dobro umiril, vendar je ostajal kognitivno insuficienten, hipobuličen, neiniciativen, nezmožen za učinkovito delo, polnotvorni partnerski odnos, ob čemer je pričel zaradi dolgotrajne prisotnosti težav vse bolj dvomiti vase. Kvaliteta življenja se mu je znatno znižala, tako da je postal celo odvisen od pomoči staršev, ki so ga opisovali kot osebnostno povsem spremenjenega glede na njegovo predhodno funkcioniranje. Zaradi dolgotrajne odsotnosti z dela oz. bolniškega staleža je bil pacient že tik na tem, da ga bodo predstavili invalidski komisiji zaradi ocene nadaljnje delazmožnosti, kar ga je subjektivno še posebno prizadelo.

V takem psihičnem stanju je nato pacient enkrat samovoljno opustil zdravila in jih vrgel proč, razočaran nad rezultati zdravljenja.

Po intenzivnejšem pogovoru ob naslednji ambulantni kontroli in prehodom medikamentozne terapije na (že nizke odmerke) kvetiapin pa je dosegel signifikantno vsestransko, tako subjektivno kot objektivno, izboljšanje; spet je poln življenja, zadovoljen, povrnila se mu je volja, kognitivno je adekvaten, brez težav opravlja svoje delo, načrtuje nadaljnje izobraževanje in si umirjeno ureja obstoječi partnerski odnos oz. dosega primerno kritičnost pri doživljanju le-tega (česar prej ni zmožel), kot tudi sicer sebe nasploh.

Zdaj mu zadostujejo že nizki odmerki medikamentozne terapije (potreb po eventualni dodatni, kar je bilo prej dlje časa evidentneje prisotno, nima več).

Ob zadnji ambulantni kontroli ( 3.2.2004) prejema:

– Seroquel 2 x 25 mg, Ladiomil 3 x 25 mg ter Depakine Chrono 500 mg zv. (Formalno diagnostično je pacientova bolezenska simptomatika dokaj kompleksna in vključuje elemente iz raznoterih entitetnih nozoloških sklopov. Čas bo pokazal, za katero motnjo gre. Trenutno pa njegovo klinično sliko še naj-

bolje opredeljuje diagnoza: Akutna polimorfna psihotična motnja s simptomi suspektne shizofrenije.)

*Irena Korelc, dr. med.,  
Psihiatrična bolnišnica Idrija  
Pot sv Antona 49  
5280 IDRJA*

# **PRIKAZ UPORABE SEROQUELA V PRAKSI – KOMOBIDNA MOTNJA: SINDROM ODVISNOSTI OD ALKOHOLA IN HUDA DEPRESIVNA MOTNJA Z IZRAŽENO AGITIRANOSTJO**

*Irena Rahne – Otorepec*

## **HOSPITALNO ZDRAVLJENJE**

Pacient Č.F., rojen 1944. leta, se je zdravil v Enoti za zdravljenje odvisnosti od alkohola v letu 2000 zaradi odvisnosti od alkohola. Zdravljenje je trajalo 5 mesecev; čas zdravljenja je bil podaljšan predvsem zaradi izrazito stresne situacije (grožnja z ločitvijo s strani žene, s katero živi in pri zdravljenju ni sodelovala). Pacient je nanjo odreagiriral z izrazito depresivno simptomatiko, ki se je po terapiji z antidepresivom – Coaxil (odmerek 3×12.5 mg) bistveno omilila, tako da je bila ob odpustu prisotna le blaga depresivna simptomatika. Pacient je tudi somatsko ogrožen (Kompenzirana alkoholna jetrna ciroza. KOPB.) in je prejemal ustrezno terapijo. Med zdravljenjem se je izkazalo, da je pacient nagnjen tudi k nekontrolirani rabi benzodiazepinov.

Je tudi odvisen od nikotina.

Po zaključenem zdravljenju je bil usmerjen v ambulantno psihiatrično obravnavo.

## **AMBULANTNA OBRAVNAVA**

Pacient je v ambulantni obravnavi od 19. 9. 2000. Bil je vključen v skupinsko psihoterapijo, obenem pa je bil tudi ambulantno voden zaradi urejanja medikamentozne terapije. Sredi leta 2002 je po dolgih letih prenehal samoiniciativno s kajenjem in je poročal o nekajtedenski abstinenci krizi. V istem letu je žena izpeljala ločitveni postopek, kar ga je zelo prizadelo, počutil se je razvrednotenega, pojavljale so se mu suicidalne misli. V začetku decembra 2002 smo se odločili za spremembo antidepresivne terapije: Coaxil smo postopno ukinili in uvedli Cipramil, sprva 20 mg zjutraj. Ob tem je zaradi izrazite anksiozne simptomatike večkrat vzel Xanax ter Sanval 5 mg zvečer, v obdobju nekaj tednov.

Po mesecu in pol pa smo ga zvišali na 40 mg zjutraj, ukinili smo Xanax in Sanval ter za blažitev anksiozne simptomatike in še prisotne nespečnosti uvedli

atipični antipsihotik v nizkem večernem odmerku – Zyprexa 5 mg. Po mesecu dni, se je depresivna simptomatika malenkostno omilila, prisotne so še suicidalne misli, ki jih uspe kontrolirati. Odločimo se za zvišanje Zyprexe na 10 mg zvečer.

V začetku marca 2003 je na kontroli poročal o motečih stranskih učinkih po Zyprexi: zelo pojačan apetit, izrazit notranji nemir. Tožil je o nočnih morah. Stalno je prisoten strah pred izgubo naklonjenosti svojcev in ogroženost s strani žene. Odločimo se za ukinitvev Zyprexe in uvedbo Seroquela 25 mg zvečer.

Sredi marca poroča o stalni napetosti in tesnobi, ki jo je občasno zmanjšal z dodatno tableto Seroquela po 25 mg čez dan. Seroquel zvišamo na 50 mg – 0–25 mg, dodamo še Sanval 5 mg zvečer za teden dni.

V začetku maja 2003 poroča o »cravingu« po nikotinu, izogiba se konfliktnim situacijam, vendar tesnoba ne mine. Seroquel zvišamo na 50 mg – 0–25 mg, dodamo Xanax 0,5 mg po potrebi.

Sredi novembra 2003 prihaja zelo poslabšan ob nenadni sinovi smrti zaradi nepojasnjene bolezni. Povsem je obupan, suicidalno ogrožen. Dela celo bilančne obračune. Ves svet doživlja, kot da se je zarotil proti njemu, ljudje so mu sovražni. Ne odloči se za ponujeno krizno hospitalizacijo. Xanax začasno zvišamo na 2×0.5 mg. Zvišamo tudi Seroquel na 50 mg – 0–100 mg.

Bolniku pomaga podpora bivših članov skupine. Trenutno psihično stanje je že izboljšano.

*Irena Rahne-Otorepec, dr. med.,  
Psihiatrična klinika – Klinični oddelek za mentalno zdravje,  
Enota za zdravljenje odvisnih od alkohola, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana  
e -mail: irena.rahne-otorepec@volja.net*

## BOLNIK – DUHOVNIK

*Tone Štebljaj*

L. K., 42-letni duhovnik je približno 1,5 leta nazaj zbolel. Dobil je občutek, da se nekdo poigrava z njim, njegovo župnijo in mogoče celo s celo škofijo. Postal je nespečen, zamorjen, počutil se je ogroženega, razmišljal je celo o samomoru. Bil je čustveno labilen, imel je težave s koncentracijo, težko je maševal, kaj šele pridigal. Ob testiranju pri kliničnem psihologu se je pokazala izrazita paranoidnost in tudi depresivnost.

CT glave je bil brez posebnosti.

Marca 2003 smo sprva uveli Risperdal, po katerem se ni počutil primerno. Vežan je bil, imel je še težave s koncentracijo, bil je tudi nemiren. Julija 2003 je bil uveden Seroquel v odmerku 400mg na dan, novembra je bilo odmerek 200–0–400mg, januarja pa znižan na  $2 \times 200$ mg.

Pacient se počuti zelo dobro, postal je socialno razgiban, s koncentracijo nima problemov in normalno opravlja svoje delo.

*Anton Štebljaj, dr. med.*

*Psihiatrična klinika*

*Klinični oddelek za klinično psihiatrijo*

*Studenec 48*

*1260 Ljubljana-Polje*

# DEVETINDVAJSETLETNI ŠTUDENT, ZDRAVLJEN V PB ORMOŽ

*Marieta Vučemilo*

29-letni študent je prvič psihotično dekompenziral leta 1997 in je bil mesec in pol hospitaliziran v našem zavodu. Težave so se pravzaprav začele 2 leti prej, ko je izgubil zaupanje v sebe in lastne sposobnosti, menil je, da ne bo zmožgal študija na fakulteti. Prepisal se je na višjo šolo.

Ob sprejemu in v teku hospitalizacije je bila v ospredju psihiatrične simptomatike depresivna stanjska slika (z latentno suicidalnostjo), ki je bila že takrat diagnosticirana kot deficitarna (negativna) simptomatika pri začetnem shizofrenskem procesu. Zdravljen je s Sulpiridom, na antidepresivni ni dobro reagiral. Do relapsa je prišlo julija 1999. leta, po opustitvi terapije. Hospitaliziran za krajši čas, je zdravljenje nadaljeval ambulantno z Zyprexo. Čez 2 meseca ponovno hospitaliziran po poskusu samomora (rezanje zapestja). Tudi tokrat je izstopala negativna simptomatika.

Sam je povedal, da nima želje do življenja, tesnoben je, nič ne razmišlja, popolnoma je prazen, kot da ga ni, nič ne ve, v šoli se ni ničesar naučil, vse izpite je izdelal slučajno. Nikoli ni bil ne vesel, ne žalosten, je popolnoma brez emocij. Ne čuti se bolanega, temveč motenega, praznega, brez znanja, nima se na kaj postaviti.

Tokrat je hospitalizacija pri nas trajala več kot 5 mesecev, prejemal je različne antipsihotike: Zyprexa, Risperdal, Leponex, vendar brez relevantnega učinka.

Premestili smo ga na mladinski oddelek v Centru za mentalno zdravje v Ljubljani, od tam je bil odpuščen v nespremenjenem stanju, ter čez 1 teden ponovno sprejet v našo bolnišnico (13. 5. 2000). 24. 7. 2000 smo začeli terapijo s Seroquelom (po shemi), 13. 10. istega leta je bil odpuščen v delni remisiji, zdravljenje pa smo nadaljevali ambulantno.

Z odmerkom smo prišli na  $2 \times 300\text{mg}$ . Ob tem smo dosegli zelo dobro remisijo, praktično brez bolezenskih znakov. V tem času je postal zelo aktiven, nadaljuje s študijem, bil je zaposlen preko javnih del, tudi v Ozaro se je vključil.

Zaradi stranskih učinkov (krčenje dihalnih mišic) smo odmerek prilagodili – zmanjšali na  $2 \times 200\text{mg}$ , kar dobro prenaša, redno jemlje zdravila in prihaja na kontrolne preglede. Načrtuje prihodnost, opravil je nekaj izpitov, ima prijateljico, veliko bere, pomaga očetu in ne prihaja z njim v konflikt.

# OSEMINŠTIRIDESETLETNI BOLNIK, ZDRAVLJEN V PB ORMOŽ

*Marieta Vučemilo*

48-letni bolnik je zbolel za shizofrenijo med vojaškim rokom 1981. leta. Od takrat je bil devetkrat hospitaliziran v našem zavodu, s tem da so se od 1999. leta ponovitve bolezni zgostile (6 hospitalizacij).

Gre za paranoidno shizofrenijo. V določenih obdobjih je bila posebej moteča blodnjava ljubosumnost, katero so potencirale motnje v spolnem funkcioniranju (stranski učinki antipsihotikov – zvišan nivo prolaktina v serumu).

Zdravljen je bil z različnimi antipsihotiki – klasičnimi in atipičnimi, redno je prihajal na kontrole, vendar je bila bolj ali manj vedno prisotna negativna simptomatika, ali pa že omenjeni stranski učinki zdravil z negativnimi posledicami.

Dne 25.10.2002 je bil hospitaliziran zaradi poslabšanja psihičnega stanja in funkcioniranja: postal je preobčutljiv, nanašalen, negativističen, občasno razdražljiv, ambivalenten, sumnjičav. Takoj smo v th. vpeljali Seroquel (po shemi), odpuščen je bil dne 12.11.2002 v zelo dobri remisiji ob odmerku Seroquela  $2 \times 300\text{mg}$  (monoterapija). Redno je hodil na kontrolne preglede in jemal zdravilo, do relapsa pa je prišlo septembra lani, ko je žena za en teden odšla v tujino. Najbrž ni jemal terapije.

Sedaj je ponovno na terapiji s Seroquelom, ker ostalih zdravil, ki so bila vmes ordinirana, ni prenašal (zredil se je, bil brez volje in interesa, čustveno je zvodenel). Sprememba th. v času hospitalizacije je namreč bila nujna, ker je bil bolj negativističen, odklonilen do zdravil, nemiren in zmeden. Dobival je parenteralno th. (Leponex), ki smo jo potem nadaljevali tudi *per os*. Kot je že bilo omenjeno, zaradi stranskih učinkov in neprenašanja Leponexa, sedaj ponovno dobi va Seroquel (monoterapija) in se mu stanje opazno izboljšuje.

*Marieta Vučemilo, dr. med.  
Psihatrična bolnišnica Omož  
2270 ORMOŽ*

## ENAINPETDESETLETNA PACIENTKA, PONOVRNO SPREJETA PO 12 LETIH

*Mirjana Furlan*

51-letna pacientka je bila 12 let po prvi hospitalizaciji ponovno sprejeta v psihiatrični bolnišnici. Ob sprejemu je bila shujšana, zanemarjenega videza, maniriranega vedenja. V psihiatričnem statusu sprejemni zdravnik navaja čustveno nepristnost, paranoidno naravnost, anksioznost. Na vprašanja je občasno odgovarjala mimo, ponavljala je ene in iste stvari.

Heteroanamnestično zvemo, da je doma odklanjala hrano, češ da je zastrupljena. Spala je v kuhinji, sede za mizo, v posteljo ni upala. Uhajala je od doma, ob zadnjem takem odhodu (dan pred sprejemom) so jo po celodnevem iskanju našli tavajočo v gozdu, doma je pustila poslovilno pismo. Tako stanje, le v nekoliko blažji obliki, se vleče že od prejšnje hospitalizacije (pred dvanajstimi leti), ko je še akutno psihotična samovoljno zapustila bolnišnico. Zdravil ni jemala, na kontrole k zdravniku, ne splošnemu, ne psihiatru, ni hodila. Službo je pustila, ker je imela občutek, da je tam nezaželena. Socialno je bila popolnoma izolirana. Preživljali so jo svojci.

Naslednji dan po sprejemu je pacientka sama povedala nekoliko več o tem, kaj doživlja. Opisovala je sistematiziran preganjalno blodnjavi sistem, navajala je slušne in cenestetične halucinacije, občutke vplivanja na daljavo. Prepričana je bila, da jo že leta zastrupljajo ter da je prišla v bolnišnico umret. Po treh tednih terapije s flufenazinom v visokih dozah ( $3 \times 10\text{mg}$ ) se je umirila, postala vodljiva, tako da je bila premeščena na odprti oddelek. Na odprtem oddelku je bila tiha, neopazna, odmaknjena, s sopacientkami se ni družila. O psihopatoloških doživetjih se ni želela pogovarjati. Po treh mesecih hospitalizacije se je njeno telesno stanje nekoliko izboljšalo, v psihiatričnem statusu pa ni bilo opaziti pozitivnih premikov. Še vedno je bila čustveno umaknjena, praktično brez obrazne mimike, psihomotorno upočasnjena, nedružabna, večino dneva je predremala sede v dnevni sobi, v oddelčne aktivnosti se ni vključevala, še vedno je odklanjala pogovor o psihopatološki simptomatiki.

Ves čas je prejemale flufenazinsko terapijo ter biperidon. S spreminjanjem odmerkov nismo dosegli premikov v psihofizičnem stanju. Po petih mesecih po sprejemu smo se odločili za uvedbo kvetiapina po shemi in sicer ob postopni ukinitvi flufenazina in biperidona. Po treh tednih prejemanja kvetiapina ( $2 \times 300\text{mg}$ ) je pacientka postala bolj razpoložena, bolj aktivna in sodelujoča,



psihopatološko simptomatiko je zanikala. Heteroanamnestično smo zvedeli, da je pacientka čez vikend doma postala aktivna, sodelovala je pri gospodinjskih opravilih, hodila je na sprehode, začela spati v postelji. Po enem mesecu in pol terapije s kvetiapiinom smo pacientko odpustili v solidni remisiji.

Sedaj, pol leta po odpustu iz bolnišnice, redno hodi na kontrole in redno jemlje terapijo (kvetiapin 2×300mg). Je invalidsko upokojena, živi s svojci, pomaga v gospodinjstvu, bere knjige, obnavlja znanje angleščine. Produktivno psihopatološko simptomatiko zanika, med pogovorom je sproščena, se celo nasmehne in pohvali s svojo aktivnostjo in dobrim počutjem.

*Mirjana Furlan, dr. med.*  
*Psihiatrična klinika*  
*Klinični oddelek za klinično psihiatrijo*  
*Studenec 48*  
*1260 Ljubljana-Polje*

# PSIHOTIČNI RECIDIV PRI PACIENTU S SHIZOFRENIJO OB NOVO NASTALEM TUMORJU TESTISA

*Peter Pregelj*

Številne raziskave, ki proučujejo povezavo različnih življenjskih dogodkov z intenzivnostjo simptomov pri shizofreniji, potrjujejo vpliv stresa na potek motnje (npr.: Doering 1998; Dohrenvend 1981; Norman 1993; Norman 2002). Ugotovili so npr., da imajo pacienti v mesecu pred relapsom shizofrenije značilno več neodvisnih življenjskih dogodkov v primerjavi s pacienti, ki v preiskovanem obdobju niso imeli relapsa (Ventura 1998).

## OPIS PACIENTA

35 letni pacient, s strokovno izobrazbo, se je prvič pojavil na Kliničnem oddelku za klinično psihiatrijo Psihiatrične klinike v Ljubljani leta 1992 zaradi paranoidne shizofrenije. Med zdravljenjem je iznašal slušne halucinacije ter nanašalno preganjalne blodnje. Čustveno je bil nepristen. Pacient je prejemal flufenazin, sprva v peroralnih odmerkih. Produktivna psihopatološka simptomatika je v dvomesečnem zdravljenju na kliniki postopno izzvenela.. Pacient je po prvem bolnišničnem zdravljenju redno prihajal na ambulantne kontrolne preglede in prejemal flufenazin mesečno v obliki parenteralnih depojskih pripravkov. Pacient v času ambulantnega vodenja ni iznašal produktivne psihopatološke simptomatike, bil pa je čustveno nepristen. V tem času je bil pacient zaposlen, živel je pri starših. Leta 1997 in 2002 je bila čustvena lega pri pacientu znižana, prejemal je maprotilin en mesec ob prvi epizodi depresivnega razpoloženja.

Pacient je v mesecu dni pred drugim sprejemom na Psihiatrično kliniko leta 2003 postal anksiozen. Ob sprejemu je iznašal slušne halucinacije in nanašalne blodnje. Izražal pa je tudi strah pred tem, da je resneje bolan, vendar tega strahu ni podrobneje opredelil. Pacient je med potekom drugega bolnišničnega zdravljenja začel navajati bolečine v levem modu. Že mesec dni pred sprejemom v Psihiatrično kliniko je opazil, da se mu levo modo večja. Levo modo je bilo ob pregledu povečano, boleče, koža je bila rahlo pordela. Produktivna psihopatološka simptomatika, kljub več kot enomesečnim visokim odmerkom flufenazina, ni izzvenela. Ob flufenazinu je zaradi stranskih učinkov prejemal biperiden. Pri pacientu smo postopno uvajali kvetiapin ob zniževanju odmerkov flufenazina. Med zamenjavo nevroleptikov s prekrivanjem smo pri pacientu uvedli zaradi povečane anksioznosti dodatno še diazepam in zaradi nespečnosti midazolam. Pacienta smo napotili na Klinični oddelek za urologijo Kirurške klinike

Kliničnega Centra v Ljubljani, kjer so ugotovili in operativno odstranili tumor levega testisa. Pri pacientu je produktivna psihopatološka simptomatika po uvedbi višjih odmerkov kvetiapina in operativnem zdravljenju tumorja postopno izzvenela, dlje časa pa je še vztrajala povečana anksioznost.

## Literatura

S. Doering, E. Mueller, W. Kopcke, A. Pietzcker, W. Gaebel, M. Linden, P. Muller, F. Muller-Spahn, J. Tegeler and G. Schussler, Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr. Bull.* **24** (1998), pp. 87–98.

B. D. Dohrenwend and G. Egri, Recent stressful life events and episodes of schizophrenia. *Schizophr. Bull.* **7** (1981) pp. 12–23.

R. Norman and A. Malla, Stressful life events and schizophrenia I: a review of the literature. *Br. J. Psychiatry* **162** (1993), pp. 161–166.

R. M. Norman, A. K. Malla, T. S. McLean, E. M. McIntosh, R. W. Neufeld, L. P. Voruganti and L. Cortese, Evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia. *Schizophr. Res.* **58** (2002), pp. 293–303.

J. Ventura, K. H. Nuechterlein, D. Lukoff *et al.*, A prospective study of stressful life events and schizophrenic relapse. *J. Abnorm. Psychol.* **98** (1989), pp. 407–411.

*As. dr. Peter Pregelj, dr. med.*  
*Psihiatrična klinika*  
*Klinični oddelek za klinično psihiatrijo*  
*Studenec 48*  
*1260 Ljubljana-Polje*

# LETA 1998 PRVIČ HOSPITALIZIRANI PACIENT

*Draga Sršan - Kocijan*

25-letni pacient je bil leta 1998 prvič hospitaliziran v naši ustanovi. Pred tem je bil leta 1994 zdravljen na psihiatriji v Mariboru, potem pa na CMZ Ljubljana. Iz anamnestičnih in heteroanamnestičnih podatkov je sledilo, da je bolnik odraščal v neugodnih domačih razmerah. Starša sta se vedno prepirala in na koncu razvezala. Vsa leta sta se borila za skrbništvo nad sinom, na koncu je fant odrasel. Pacient se je psihično začel spreminjati že proti koncu osnovne šole. Zapiral se je vase, bil izoliran od družbe. Postal je plašen. Psihično je prvič dekompenziral v prvem letniku srednje šole, v času bivanja v internatu. Bil je prestrašen, počutil se je prazen, imel občutek, da mu sledijo, ni si upal hoditi po cesti. Nato je sledil prvi pregled pri psihiatru, potem pa hospitalizacija. Pri nas je bil zdravljen štirikrat.

V obdobju med hospitalnimi zdravljenji je redno jemal zdravila in hodil na kontrole. Psihično stanje je bilo od leta 1994 do 2003 v glavnem slabo in je osciliralo od delne do komaj zadovoljive remisije bolezni z negativno simptomatiko v ospredju. Ob eksacerbacijah bolezni pa je dominirala produktivna psihopatologija, v glavnem z nanašalno-paranoidnimi blodnjami in posledično vznemirjenostjo ter prestrašenostjo. Pogosto so bile prisotne tudi samomorilne tendence, enkrat realizirane v samomorilnem poskusu.

Ob zadnjih dveh hospitalizacijah je že bil popolnoma nesodelujoč, psihomotorično upočasnen, nespontan, s šibko metakomunikacijo, čustveno aplaniran, socialno izoliran in nenehno nanašalen (Dg. F 20.5).

Pacient je v poteku zadnjih 10 let jemal razna antipsihotična in antidepresivna zdravila. Bistvenega izboljšanja nismo dosegli. Maja 2003 smo pacientu ordinirali Seroquel. Začeli smo s 50 mg prvi dan in nadaljevali po shemi do 600 mg dnevno.

Junija in julija se je pacientovo psihično stanje začelo opazno izboljševati. Produktivna psihopatologija je bila kupirana v popolnosti, pri vsaki nadaljnji kontroli pa je bilo vse manj opaziti prisotne negativne simptomatike. Septembra in oktobra je bil pacient v zelo dobri remisiji bolezni. Izjavil je, da se že 10 let ni tako dobro počutil. Pri zadnji kontroli, decembra 2003, je bil, lahko rečemo, v odlični remisiji bolezni ob monoterapiji s Seroquelom 200–0–300 mg.

# LETA 2003 PRVIČ HOSPITALIZIRANI PACIENT

*Draga Sršan - Kocijan*

31-letni pacient je bil v naši ustanovi prvič hospitaliziran septembra 2003.

Bil je premeščen z internega oddelka po poskusu samomora z različnimi tabletami. V zadnjih treh tednih je bil to že tretji resni poskus samomora. Iz anamnestičnih podatkov izvemo, da je bil pred 10 leti zdravljen pri psihiatru zaradi depresije in je nekaj časa jemal antidepresivno terapijo.

Oče je naredil samomor z obešanjem.

Ob sprejemu in v začetku zdravljenja je bil psihomotorično upočasnen, zadržan, redkobeseden, črnogled in obupan. Nezaupljiv, pod vplivom nanašalnih, preganjalnih in depresivnih blodenj z občutjem zavrženosti, brezpomembnosti in nesmiselnosti.

Ob sprejemu smo vpeljali terapijo z atipičnim antipsihotikom in SSRI. Čez tri tedne smo bili prisiljeni menjati antipsihotik, ker se bolnik ni odzval na predpisano terapijo.. Vpeljali smo Seroquel po shemi, do 500 mg dnevno.

Pacientovo psihično stanje se je začelo opazno izboljševati. Psihopatologija je postopoma regredirala, na koncu v popolnosti.

Pacienta smo odpustili na nadaljnje ambulantno zdravljenje v zelo dobri remisiji bolezni (Dg. F 32.3) in s th. Seroquel 100–0–300mg in Ciprallex 10 mg zjutraj.

## V PB ORMOŽ ŠESTKRAT HOSPITALIZIRANI PACIENT

*Draga Sršan - Kocijan*

47-letni pacient je bil 6 krat hospitaliziran v naši ustanovi. Med hospitalizacijami redno prihaja na kontrole in prav tako redno jemlje predpisana zdravila.

Gre za osebo, ki se od leta 1994 zdravi za bipolarno afektivno motnjo.

Hospitalizacije so bile vedno v depresivnih fazah bolezni, nakar pa se je ob antidepressivni terapiji običajno razvila hipomanična ali manična slika.

Evtimna stanja smo dosegli vse težje.

Od leta 2001 je bil pacient praktično trajno depresiven s krajšimi obdobji subdepresivnosti. Pacient je bil psihomotorično upočasnen, apatičen in je za to nenehno konstruiral brezpomembne in nesmiselne vzroke. Tožil je tudi zaradi raznih telesnih znakov, od obstipacije do nespečnosti.

Zadnjo hospitalizacijo je bilo treba izvesti zaradi depresivne dekompenzacije psihičnega stanja s samomorilnostjo.

Med hospitalizacijo se je ob antidepressivni terapiji začela rahljati depresivna simptomatika in razvijati hipomanična slika, katera je kulminirala do manije.

V terapijo smo vpeljali Seroquel, postopoma do 400mg dnevno, antidepressivno terapijo pa smo zmanjšali in na koncu ukinili.

Postopoma smo dosegli stabilno evtimično psihično stanje.

*Dr. Draga Sršen - Kocijan, dr. med.  
Psihiatrična bolnišnica Ormož  
2270 ORMOŽ*