

ÚČINEK OLANZAPINU U HRANIČNÍ PSYCHOTICKÉ PORUCHY

MUDr. Dita Šamánková

Psychiatrická ambulance, Vítkovická nemocnice

Pacientka K. Č., 46 let, je v psychiatrické péči od svých 42 let pro depresivní rozlady při nahromadění závažné zátěže v osobním životě. Má výrazně pozitivní rodinnou anamnézu – matka provedla (TS) strangulaci, otec se léčil v psychiatrické léčebně, bratr zemřel na následky abúzu alkoholu. Obě děti, syn a dcera, experimentovali v adolescenci s návykovými látkami. Syn navíc vyvíjel kriminální činnost ve spojitosti s toxikomanií a nakonec též suicidoval. Pacientka je rozvedená, po smrti syna žila s druhem, který jí však byl opakovaně nevěrný. Léčila se na neurologii pro neurčitě obtíže, které nebyly jednoznačně diagnosticky uzavřeny, má řadu „drobnějších“ somatických chorob (hemeroidy, zubní abscesy...).

Psychiatricky byla od začátku vedena jako úzkostně depresivní porucha – F 41.2. Dvakrát se léčila v psychiatrické léčebně, odkud byl minulého roku podán návrh na invalidizaci pro chronicitu a terapeutickou neovlivnitelnost obtíží. Prodělala psychoterapii jak kognitivně behaviorální, tak prožitkovou, a také lázeňskou léčbu. V současné době je plně invalidní. Pacientka byla léčena několika psychiatry a bylo jí ordinováno mnoho lékových kombinací. Užívala tricyklická antidepresiva, NASSa, SNRI, řadu anxiolytik a sulpirid. Stav přese všechno pomalu, ale znatelně progredoval – až došlo k návrhu na invalidní důchod. Zvažovali jsme též organický podklad, ale byl vyloučen psychologickým vyšetřením i neurologem.

Po čtyřech letech od počátku onemocnění došlo u pacientky k dalšímu výraznému zhoršení stavu (bez zjistitelného spouštěcího momentu) – k nesoustředěnosti, únavnosti a úzkosti, k pocitu nevykonnosti a „hloupnutí“ přibýly pocity derealizace, těžké insomnie, akoasmata, zrakové iluze. Tehdy užívala NASSa, alprazolam a sulpirid. Vzhledem

k suspektně psychotické kvalitě prožívání jsem vysadila antidepresivum a přidala neuroleptika bazálního a posléze i incizivního typu, včetně depotních. Po změně medikace se stav částečně upravoval, pacientka však dále osobnostně upadala, chodila neupravená. Navíc při takových dávkách neuroleptik, které potlačovaly úzkost a hraničně psychotické fenomény, byly přítomné neakceptovatelné nežádoucí účinky. Po cca dvou měsících klasické neuroleptické léčby jsem se rozhodla pro ordinaci 10 mg olanzapinu, jehož subjektivní i objektivní účinnost byla promptní (do 10 dnů) – „vše je jako předtím“. Dávku jsme posléze ještě zvýšili na 15 mg pro die (tuto má pacientka dodnes). Vystupňovaná úzkost s psychotickými prožitky se již neobjevila, afektivita je vyrovnaná, pacientka funguje v rámci domácnosti a běžné společenské normy.

S odstupem několika měsíců od nasazení olanzapinu jsme provedli projekční psychologické testy, které sice nepotvrdily moje podezření na plíživý rozvoj schizoaektivní psychózy, zároveň však ukazovaly oproti testům před aplikací olanzapinu (tedy v době, kdy pacientka užívala antidepresiva) výrazně nižší hladinu úzkosti a ne tak výrazně hluboké depresivní prožívání.

Pacientku je třeba v každém případě považovat za crux medicorum a její diagnózu za spornou. Stojí za úvahu, zda psychotický vývoj nebyl mitigován právě ordinací atypického neuroleptika v klíčovém momentě historie nemoci. Ať již s diagnózou schizoaektivní psychózy nebo maligně probíhající úzkostně depresivní poruchy, pacientka je již pět měsíců zcela stabilizovaná na 15 mg olanzapinu (+ 250 mg sulpiridu a 3 mg alprazolamu) poté, co byl její stav zcela neuspokojivý a jednoznačně progredující po několika letech užívání antidepresiv.