

Analiza konsultacji psychiatrycznych w oddziale neurologii i oddziale udarowym: rozpoznania i terapia

Analysis of psychiatric consultations in the department of neurology and stroke unit: diagnosis and therapy

Tomasz Chmiela^{1,2}, Paweł Piekarczyk², Beata Łabuz-Roszak³,
Anna Warchala⁴, Ewa Krzystanek^{1,2}, Agnieszka Gorzkowska^{1,2,5}

¹ Śląski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach,
Katedra i Klinika Neurologii

² Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Katowicach, Oddział Neurologii i Oddział Udarowy

³ Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu,
Katedra i Zakład Podstawowych Nauk Medycznych:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Jadwigi w Opolu, Oddział Neurologii

⁴ Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk Medycznych,
Klinika Psychiatrii i Psychoterapii

⁵ Śląski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach,
Klinika Neurorehabilitacji

Summary

Aim. The aim of this study was to analyze psychiatric consultations of patients hospitalized in the Department of Neurology and Stroke Unit (DN/SU) of University Clinical Center in Katowice from 2017 to 2018.

Method. A retrospective analysis of psychiatric consultations, psychiatric diagnoses (according to the ICD-10) and treatment recommendations was done.

Results. 719 psychiatric consultations were performed in all hospital departments in the analyzed period. 488 (67.87%) consultations were conducted in the Department of Neurology and Stroke Unit. Most patients who required psychiatric consultations were diagnosed with Huntington's disease (n = 25; 37.31%), Parkinson's disease (n = 60; 23.9%) and epilepsy (n = 40; 22.73%). The most common psychiatric diagnoses included organic mental disorders (n = 229; 55.85%), particularly organic mood disorders (n = 73; 14.96%) and organic anxiety disorders (n = 32; 6.56%) whereas in the case of vascular diseases the most common diagnoses included disturbances of consciousness associated with delirium (n = 30; 40.54%). The majority of consultations (n = 388; 79.51%) resulted in the onset or modification of pharmacological treatment. The most frequently prescribed drugs were: neuroleptics (n = 174; 35.66%), mostly

atypical (n = 152; 87,36%), and antidepressants (n = 230; 47,13%), mostly SSRIs (n = 216; 93,91%). In patients > 60 years of age organic disorders were more prevalent (n = 179; 66,30% vs. n = 49; 35,0%) and neuroleptics were more frequently prescribed (n = 131; 42,12% vs. n = 44; 24,86%) compared to patients < 60 years.

Conclusions. Patients in the department of neurology and stroke unit underwent a psychiatric consultation most frequently. Optimizing the care of a neurological patient is related to close cooperation of a neurologist and a psychiatrist, as well as developing and updating common positions for the management of selected disease entities.

Słowa kluczowe: neurologia, psychiatria, współchorobowość

Key words: neurology, psychiatry, comorbidity

Wstęp

Zgodnie z danymi opublikowanymi przez Narodową Radę Rozwoju w populacji polskiej zaburzenia psychiatryczne dotyczą 23,4% społeczeństwa [1]. Odsetek ten jest znacznie wyższy wśród osób ze współistniejącą chorobą neurologiczną i może wynosić od 39 do 64% [2].

Biorąc pod uwagę wzrost populacji osób ze schorzeniami neurologicznymi, których integralnym objawem są zaburzenia neuropsychiatryczne, należy stwierdzić, że i tak duża liczba konsultacji psychiatrycznych w oddziałach neurologicznych może dalej rosnąć. Zwykle na oddziale neurologii i oddziale udarowym (ON/OU) konsultacji psychiatrycznej wymagają pacjenci z chorobami trwale uszkadzającymi neurony i dającymi zarówno objawy somatyczne, jak i psychiczne, leczenie tych chorych wymaga podejścia interdyscyplinarnego.

Pacjenci po udarze mózgu narażeni są na szereg powikłań (także neuropsychiatrycznych) zarówno w ostrej, jak i przewlekłej fazie choroby. Depresja poudarowa (*post-stroke depression*, PSD) występuje u 20-65% pacjentów z udarem mózgu [3]. Kolejnym istotnym problemem neuropsychiatrycznym w chorobach naczyniowych OUN jest zespół majaczeniowy (delirium), który występuje w ostrej fazie udaru mózgu u 10 do 48% pacjentów [4]. Majaczenie w ostrej fazie choroby wiąże się z większą śmiertelnością, wyższym ryzykiem długotrwałego pobytu w zakładach opiekuńczo-leczniczych [5], gorszymi wynikami pacjentów w Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego (*Mini Mental State Examination*, MMSE) [6], a także większym ryzykiem wystąpienia otępienia w przyszłości [7]. Pacjenci po naczyniowych incydentach mózgowych cierpią również na zaburzenia lękowe, występujące u 18-25% pacjentów [8], zespół zmęczenia – u 57% [9] i apatię – u 34,6% [10], przy czym częstość ta różni się w zależności od czasu, który upłynął od wystąpienia udaru mózgu.

Z kolei dobrze opisanymi zaburzeniami neuropsychiatrycznymi w chorobie Parkinsona (ChP) są: depresja, anhedonia, lęk, objawy psychotyczne (omamy i urojenia), zaburzenia kontroli impulsów oraz zaburzenia snu. Szeroko rozpowszechnione są zwłaszcza te ostatnie, które występują u około 60-90% pacjentów z ChP [11, 12]. Depresja w chorobie Parkinsona jest najczęściej łagodna, dotyka 14-35% osób, może wystąpić w każdym stadium choroby i według niektórych autorów u około 25% pa-

cientów wyprzedza wystąpienie objawów ruchowych. Izolowane zaburzenia lękowe mogą dotyczyć 34% chorych i ulegają często szczególnemu nasileniu w stanie OFF. Lęk może być przyczyną izolacji społecznej pacjentów, co z kolei pogłębia inne pozaruchowe objawy choroby. Zaburzenia psychotyczne mogą dotyczyć nawet 30% pacjentów. Najczęściej występują omamy wzrokowe, słuchowe oraz nieprzyjemne doznania czyjejs obecności [13].

W starzejącym się społeczeństwie zaburzenia funkcji poznawczych stają się znaczącym problemem. Szacuje się, że po 65 roku życia otępienie dotyczy około 10% pacjentów, natomiast łagodne zaburzenia funkcji poznawczych (*mild cognitive impairment*, MCI) mogą dotyczyć około 18% tej populacji [14].

Dodatkowym problemem diagnostycznym jest częste współistnienie zaburzeń funkcji poznawczych oraz zaburzeń zachowania i objawów psychiatrycznych towarzyszących otępieniu (*behavioural and psychological symptoms of dementia*, BPSD). Najczęściej są to: depresja, apatia, lęk i drażliwość. Mogą one dotyczyć od 35 do 85% pacjentów, w zależności od nasilenia objawów choroby podstawowej [13]. W MCI depresja dotyczy 26-63% pacjentów, a w otępieniu 20-60% [14].

W chorobie Huntingtona (ChH) zmiany zachowania i zaburzenia poznawcze często wyprzedzają wystąpienie zaburzeń ruchowych [16, 17]. Chorzy rozwijają znaczące zmiany osobowościowe, zaburzenia psychotyczne, wrogość, niepokój, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Zaburzenia afektywne występują częściej wśród chorych z ChH niż w populacji ogólnej [11]. Warte podkreślenia jest również zwiększone ryzyko samobójstw wśród tych chorych oraz fakt, że zarówno myśli, jak i zachowania samobójcze występują już we wczesnych stadiach choroby [18].

Padaczka współistnieje z wieloma zaburzeniami psychicznymi, takimi jak niedorozwój umysłowy, zaburzenia otępienne, psychotyczne, depresyjne, lękowe oraz zaburzenia osobowości na tle organicznym. Współwystępowanie padaczki i zaburzeń depresyjnych szacuje się według różnych badań na 20-75% [11], a ryzyko samobójstw jest również wyższe w tej grupie pacjentów [11]. Wspólną, aczkolwiek trudną płaszczyzną współpracy neurologa i psychiatry jest prowadzenie pacjentów z napadami rzekomopadaczkowymi (*psychogenic nonepileptic seizures*). Szacuje się, że wśród pacjentów z rozpoznaną padaczką 5-20% ma psychogenne napady rzekomopadaczkowe [19]. Pomyłki diagnostyczne w tym przypadku wiążą się z niepotrzebnym wdrożeniem leków, a także z kosztami nieuzasadnionych hospitalizacji, przede wszystkim zaś z opóźnieniem w kierowaniu na odpowiednie leczenie psychiatryczne.

Material i metoda

W okresie od 1 stycznia 2017 roku do 31 lipca 2018 roku dokonano retrospektywnej analizy dokumentacji medycznej 488 konsultacji psychiatrycznych przeprowadzonych na ON/OU Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Katowicach. Przeglądu dokonano pod kątem ustalonych przez psychiatrę diagnoz zgodnych z klasyfikacją ICD-10 oraz zaleceń zaproponowanych przez konsultanta z uwzględnieniem płci, wieku oraz

rozpoznań neurologicznych. Wszyscy pacjenci zostali skonsultowani przez jednego psychiatrę.

Analizy statystycznej dokonano przy użyciu programów STATISTICA 12, Stat Soft Poland i R 3.3.2, GNU General Public License. Dane mierzalne zostały wyrażone jako średnia \pm odchylenie standardowe ($M \pm SD$), natomiast istotność różnic wartości średnich w dwóch niezależnych grupach zbadano testem t-Welcha. W prezentacji danych nominalnych użyto wartości procentowych, z kolei do ich porównań zastosowano test dla dwóch proporcji.

Wyniki

W ramach oddziałów szpitala klinicznego najczęściej konsultowani byli pacjenci ON/OU (67,87% wszystkich konsultacji). W ciągu 18 miesięcy przeprowadzono 488 konsultacji. Skonsultowano 293 kobiety w wieku 18 do 91 lat (średni wiek $59,94 \pm 17,77$ lat) i 195 mężczyzn w wieku od 18 do 90 lat (średni wiek $60,76 \pm 15,64$ lat).

Podczas konsultacji u zdecydowanej większości pacjentów udało się postawić diagnozę ($n=376$; 77,05%). Wśród rozpoznań dominowały zaburzenia psychiczne na podłożu organicznym ($n=229$; 55,85%), gdzie największą podgrupę stanowiły organiczne zaburzenia nastroju ($n=73$; 31,88%). U kobiet istotnie częściej niż u mężczyzn rozpoznawano zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39) ($n=31$; 7,56% vs. $n=25$; 9,58%; $p=0,004$) oraz zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40-F48) ($n=84$; 20,49% vs. $n=59$; 22,61%; $p=0,014$). W grupie badanych młodszych (tj. <60 r.ż.) istotnie częściej występowały zaburzenia nastroju ($n=17$; 12,14% vs. $n=14$; 5,19%; $p=0,009$) oraz zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (F60-F69) ($n=11$; 7,86% vs. $n=1$; 0,37%; $p<0,0001$). Natomiast u chorych starszych (tj. >60 r.ż.) istotnie częściej diagnozowano zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi ($n=179$; 66,30% vs. $n=49$; 35,0%; $p<0,0001$) oraz zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną ($n=44$; 16,30% vs. $n=40$; 28,57%; $p=0,011$) (Tabela 1).

Tabela 1. Rozpoznania wg ICD-10 z podziałem na wiek i płeć chorego. p – test t-Welcha.

ICD10	Całość:		Kobiety		Mężczyźni		p	Pacjenci <60rż.		Pacjenci >60rż.		p
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	
F00-F09	229	55,85	134	51,34	95	63,76	0,259	49	35,00	179	66,30	<0,0001
F10-F19	42	10,24	25	9,58	17	11,41	0,471	20	14,29	22	8,15	0,063
F20-F29	8	1,95	6	2,30	2	1,34	0,256	2	1,43	7	2,59	0,169
F30-F39	31	7,56	25	9,58	6	4,03	0,004	17	12,14	14	5,19	0,009
F40-F48	84	20,49	59	22,61	25	16,78	0,014	40	28,57	44	16,30	0,011
F50-F59	4	0,98	3	1,15	1	0,67	0,256	1	0,71	3	1,11	0,308

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

F60-F69	12	2,93	9	3,45	3	2,01	0,126	11	7,86	1	0,37	<0,0001
Całość:	488	100	293	60,04	195	39,96		177	36,27	311	63,73	

F00-F09 — Zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi

F10-F19 — Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych

F20-F29 — Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe

F30-F39 — Zaburzenia nastroju [afektywne]

F40-F48 — Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną

F50-F59 — Zaburzenia behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi

F60-F69 — Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych

Z analizy zaleceń konsultującego psychiatry wynika, że w ponad połowie przypadków, tj. u 246 chorych (50,41%), zaproponowane zostało włączenie leczenia farmakologicznego, a u kolejnej 1/3 pacjentów, tj. w 142 (29,10%) przypadkach, zmodyfikowano dotychczasowe leczenie. Spośród zalecanych leków najczęstszym wyborem były neuroleptyki – proponowane w 174 (35,66%) przypadkach, z czego zdecydowana większość należała do grupy neuroleptyków atypowych (n=152; 87,36%). Neuroleptyki i leki przeciwdepresyjne istotnie częściej zlecane były kobietom, natomiast leki nasenne częściej otrzymywali mężczyźni. W leczeniu przeciwdepresyjnym preferowane były leki z grupy SSRI (*selective serotonin reuptake inhibitors*) (n=216; 93,91%), które istotnie częściej otrzymywały kobiety.

Rekonsultacje psychiatryczne stanowiły zaledwie 2,46% wszystkich konsultacji. Niewielki odsetek stanowiło także zalecenie hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym – miało to miejsce w 29 (5,94%) przypadkach, przy czym w 11 przypadkach byli to pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń związanych z nadużywaniem środków psychoaktywnych, w 7 – z zaburzeniami na tle organicznym, a w 5 – z zaburzeniami psychotycznymi. Hospitalizacja psychiatryczna częściej zalecana była pacjentom z rozpoznaniem padaczki – 8 (20%) przypadków z 40 konsultowanych. Hospitalizacja psychiatryczna istotnie częściej zlecana była osobom <60 r.ż. (n=20; 11,30% vs n=9; 2,89%), natomiast leczenie ordynowane było istotnie częściej pacjentom >60 r.ż. Także w tej ostatniej grupie istotnie częściej stosowane były neuroleptyki, SSRI oraz leki nasenne. Szczegółowe dane zebrano w Tabeli 2.

Tabela 2. Zalecenia konsultującego psychiatry z podziałem na wiek i płeć chorych.

	Całość:		Kobiety		Mężczyźni		p	Pacjenci <60rż.		Pacjenci >60rż.		p
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	
Proponowana hospitalizacja psychiatryczna:	29	5,94	19	6,48	10	5,13	0,263	20	11,30	9	2,89	<0,0001
Włączenie leczenia:	246	50,41	150	51,19	96	49,23	0,335	74	41,81	172	55,31	0,002

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Modyfikacja leczenia:	142	29,10	88	30,03	54	27,69	0,288	50	28,25	92	29,58	0,392
Neuroleptyki:	174	35,66	93	31,74	81	41,54	0,014	44	24,86	131	42,12	<0,0001
Typowe	25	14,37	11	11,83	14	17,28	0,157	5	11,36	21	16,03	0,102
Atypowe	152	87,36	82	88,17	70	89,42	0,365	40	90,91	112	85,50	0,157
Inne	5	2,87	3	3,23	2	2,47	0,382	2	4,55	3	2,29	0,257
Antydepresanty:	230	47,13	149	50,85	81	41,54	0,021	85	48,02	144	46,30	0,361
SSRIs	216	93,91	141	94,62	75	92,59	0,278	75	88,24	140	97,22	0,009
TCAAs	36	15,65	24	16,11	12	14,81	0,410	11	12,94	24	16,67	0,219
Inne	17	7,39	9	6,04	8	9,88	0,472	8	9,41	9	6,25	0,201
Leki nasenne	6	1,23	6	2,05	0	0,00	0,007	0	0,00	6	1,93	0,007
Benzodiazepiny	19	3,89	12	4,10	7	3,59	0,387	5	2,82	14	4,50	0,167
Hydroksyzyna	18	3,69	8	2,73	10	5,13	0,097	6	3,39	12	3,86	0,398

SSRIs – selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny, TCAAs – trójcykliczne leki przeciwdepresyjne.

p – test t-Welcha.

Szczegółowe dane dotyczące rozpoznań oraz zaleceń psychiatrycznych z podziałem według rozpoznań głównych zebrano w Tabeli 3.

Tabela 3. Rozpoznanie i zalecenia psychiatryczne wg rozpoznań głównych

	PD	VD	HD	MCI/AD	EPI	PD vs VD	PD vs HD	PD vs MCI/AD	PD vs EPI	VD vs HD	VD vs MCI/AD	VD vs EPI	HD vs MCI/AD	HD vs EPI	MCI/AD vs EPI
F0	55,0%	63,5%	48,0%	50,0%	30,0%	0,162	0,283	0,271	0,006	0,095	0,037	0,000	0,431	0,079	MCI/AD>EPI 0,013
F1	13,3%	8,1%	0,0%	2,0%	32,5%	0,170	PD>HD 0,002	PD>MCI/AD 0,008	PD<EPI 0,016	VD>HD 0,007	VD>MCI/AD 0,040	VD<EPI 0,002	0,079	HD<EPI 0,000	MCI/AD<EPI 0,000
F2	0,0%	1,4%	0,0%	2,9%	5,0%	0,160	-	PD<MCI/AD 0,042	0,080	0,160	0,231	0,167	HD<MCI/AD 0,042	0,080	0,299
F3	5,0%	2,7%	8,0%	5,9%	2,5%	0,251	0,316	0,405	0,255	0,186	0,211	0,474	0,363	0,186	0,163
F4	11,7%	9,5%	8,0%	16,7%	12,5%	0,342	0,300	0,186	0,451	0,412	0,078	0,316	0,100	0,280	0,261
F5	0,0%	2,7%	0,0%	0,0%	2,5%	0,079	-	-	0,162	0,079	0,079	0,474	-	0,162	0,162
F6	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	7,5%	-	-	0,160	PD<EPI 0,042	-	0,160	0,042	0,160	HD<EPI 0,042	0,070
Proponowana hospitalizacja:	5,0%	1,4%	0,0%	1,0%	20,0%	0,124	PD>HD 0,042	0,092	PD>EPI 0,018	0,160	0,412	0,003	0,160	HD<EPI 0,002	MCI/AD<EPI 0,003
Włączenie leczenia:	48,3%	66,2%	16,0%	48,0%	45,0%	PD<VD 0,019	PD>HD 0,001	0,486	0,373	VD<HD <0,0001	VD>MCI/AD 0,008	0,016	HD<MCI/AD <0,0001	HD<EPI 0,005	0,374
Modyfikacja Leczenia:	31,7%	24,3%	60,0%	28,4%	2,5%	0,176	PD>HD 0,010	0,383	PD<EPI 0,000	VD<HD 0,001	0,169	<0,0001	HD>MCI/AD 0,004	HD>EPI 0,000	MCI/AD>EPI 0,000
Neuroleptyki:	23,3%	70,3%	68,0%	35,3%	25,0%	PD<VD 0,000	PD<HD 0,000	0,051	0,426	0,418	VD>MCI/AD 0,000	VD<EPI 0,000	HD>MCI/AD 0,002	HD>EPI 0,000	0,112
Typowe	0,0%	32,7%	11,8%	2,8%	0,0%	PD<VD 0,000	0,082	0,162	-	VD>HD 0,026	VD>MCI/AD 0,000	VD<EPI 0,000	0,152	0,082	0,162
Atypowe	92,9%	69,2%	94,1%	100,0%	100,0%	PD>VD 0,010	0,446	0,168	0,168	VD<HD 0,003	VD<MCI/AD 0,000	VD<EPI 0,000	0,166	0,166	-
Inne	7,1%	1,9%	0,0%	2,8%	0,0%	0,246	0,168	0,292	0,168	0,161	0,401	0,161	0,162	0,172	0,162

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Antydepresanty	58,3%	23,0%	56,0%	53,9%	22,5%	PD>VD <0,0001	0,423	0,294	PD>EPI <0,0001	VD<HD 0,003	VD<MCI/AD <0,0001	0,477	0,427	HD>EPI 0,002	MCI/AD>EPI <0,0001
SSRI	97,1%	100,0%	71,4%	100,0%	88,9%	PD<HD 0,033	0,162	0,162	0,245	VD>HD 0,020	-	0,173	HD<MCI/AD 0,020	0,154	0,173
TeCA	20,0%	17,7%	0,0%	12,7%	11,1%	PD<HD 0,003	0,190	0,190	0,253	VD>HD 0,041	0,439	0,330	HD<MCI/AD 0,003	0,173	0,440
Inne	11,4%	5,9%	28,6%	3,6%	0,0%	0,166	0,113	0,101	PD>EPI 0,022	0,059	0,482	0,166	HD>MCI/AD 0,036	HD>EPI 0,020	0,080
Leki nasenne	1,7%	5,4%	0,0%	1,0%	0,0%	0,117	0,161	0,362	0,391	0,385	0,060	0,213	0,160	0,376	0,160
Benzodiazepiny	5,0%	5,4%	0,0%	0,0%	15,0%	PD<HD 0,042	0,042	0,042	PD<EPI 0,015	VD>HD 0,022	VD>MCI/AD 0,022	VD<EPI 0,022	-	HD<EPI 0,006	MCI/AD<EPI 0,006
Hydroksyzyna	1,7%	6,8%	4,0%	2,0%	2,5%	0,067	0,297	0,446	0,161	VD>HD 0,033	0,071	0,067	0,317	0,376	0,425

SSRIss – selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny, TCAs – trójcykliczne leki przeciwdepresyjne, PD – choroba Parkinsona, VD – choroby naczyń mózgu, HD – choroba Huntingtona, MCI/AD – łagodne zaburzenia poznawcze / choroba Alzheimera, EPI – padaczka.

F0 – Zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi

F1 – Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych

F2 – Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe

F3 – Zaburzenia nastroju [afektywne]

F4 – Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną

F5 – Zaburzenia behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi

F6 – Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych

p – test t-Welcha.

Omówienie wyników

Najczęściej konsultowaną psychiatrycznie grupę pacjentów stanowiły osoby przewlekle chore neurologicznie, u których aktualnie nie ma możliwości wdrożenia leczenia przyczynowego. W tej grupie zarówno uwarunkowania biologiczne, jak i obciążenie psychiczne związane z rozpoznaniem, a także konieczność stosowania przewlekłej terapii i jej skutki uboczne stanowią istotne czynniki ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych [11]. Pacjenci powinni być systematycznie monitorowani pod tym kątem. W niniejszym artykule zwraca uwagę dysproporcja między liczbą konsultacji psychiatrycznych na ON/OU oraz innych oddziałach szpitalnych, podczas gdy w literaturze odsetek podobnych konsultacji jest znacznie niższy (od 1,4% do 8,7%) [20-22]. Celowość konsultacji potwierdza jednak fakt, że zdecydowana większość zakończyła się postawieniem rozpoznania (77%) oraz włączeniem (n=246; 50%) lub modyfikacją leczenia farmakologicznego (n=142; 29%). Duża liczba konsultacji psychiatrycznych w analizowanej grupie to efekt włączenia psychiatry do interdyscyplinarnego zespołu kwalifikującego chorych z PD do zaawansowanych metod leczenia, takich jak DBS (*deep brain stimulation*) czy Duodopa, jak również oceniającego wieloaspektowo pacjentów z HD w ramach programu EuroHD. Także w tych przypadkach konsultacje były w zdecydowanej większości istotne klinicznie – kończyły się postawieniem diagnozy lub zmianami dotychczasowej terapii.

W uzyskanych wynikach zwraca uwagę stosunkowo niewielki odsetek rozpoznań poudarowej depresji w porównaniu do wyników innych autorów [3]. Może to wynikać m.in. z faktu, iż obecnie pacjenci są wcześniej kierowani do specjalistycznych oddziałów rehabilitacji (standardowo 9 doba) i w związku z tym ocena chorych na Oddziale Udarowym odbywa się w zawężonym oknie możliwej klinicznej manifestacji poudarowych zaburzeń nastroju. Ten fakt z kolei implikuje wysoki odsetek rozpoznań poudarowych zaburzeń zachowania na tle organicznym, przy czym rozpoznanie zespołu majaczeniowego autorzy niniejszego artykułu odnotowali tylko u 4% pacjentów przy wynikach innych autorów mieszczących się w zakresie 10-58% [5,22] Należy zaznaczyć, że nie odzwierciedla to faktycznego odsetka występowania majaczenia poudarowego w badanej grupie, gdyż rozpoznanie bywa stawiane nie tylko przez psychiatrę (którego konsultacje są tutaj analizowane), ale także bezpośrednio przez lekarzy neurologów pracujących na oddziale. Ten niski odsetek należy przypisać również prawdopodobnemu niedoszacowaniu częstości majaczenia hipoaktywnego [23].

Autorzy niniejszej pracy stwierdzili także, że kontynuacja diagnostyki psychiatrycznej dotyczyła szczególnie pacjentów z padaczką, co wiąże się z bardziej złożonym procesem stawiania rozpoznania różnicowego, np. w kontekście współistnienia napadów czynnościowych, rzekomopadaczkowych [24, 25]. Z kolei konieczność podjęcia terapii była przyczyną kontynuacji opieki psychiatrycznej u pacjentów z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych [26,27]. W kontekście BPSD zwraca uwagę fakt, iż w warunkach szpitalnych nie jest standardem wydawanie zaleceń postępowania niefarmakologicznego, co z pewnością wymaga dyskusji, ponieważ jest ono standardem

postępowania w tym zaburzeniu. Ten stan rzeczy można przynajmniej częściowo wyjaśnić stosowaniem farmakoterapii w warunkach szpitalnych, gdzie zaburzenia zachowania wymagają szybkiego opanowania w krótkim czasie, mają najczęściej wyraźnie zdefiniowaną organiczną przyczynę, ponadto farmakoterapia stosowana jest krótkoterminowo. Natomiast w pełni realizowane są wobec chorych z otępieniem aktualne zalecenia co do wyboru i weryfikacji stosowania neuroleptyków (atypowych) i leków przeciwdepresyjnych. Zaburzenia depresyjne stanowią drugie po BPSD najczęstsze rozpoznanie w grupie chorych z zaburzeniami poznawczymi – dotyczą od 25 do 63% pacjentów [14,15]. W badanej grupie stanowią jednak jedynie 7,5%, co najpewniej wynika z częściej stawianego rozpoznania organicznych zaburzeń nastroju o innym umiejscowieniu według przyjętej klasyfikacji ICD-10. Przeprowadzone dotychczas badania wskazują także na trudności w różnicowaniu zaburzeń procesów poznawczych oraz depresji.

Wnioski

Zmieniający się profil pacjentów oraz możliwości terapeutycznych wymaga stałego dialogu psychiatry i neurologa, w wielu aspektach współdziałanie lekarzy tych dwóch specjalności jest nieodzowne i wielce pożądane. W rezultacie możliwe jest optymalne poprowadzenie chorego.

Piśmiennictwo

1. Informacja ze spotkania Sekcji Ochrony Narodowej Rady Rozwoju, https://www.prezydent.pl/download/gfx/prezydent/pl/defaultaktualnosci/5526/26/1/rekomendacje_dot_zdrowia_psy-chicznego.pdf; 9.02.2016, 1–52.
2. Jefferies K, Owino A, Rickards H, Agrawal N. *Psychiatric disorders in patients on a neurology ward: estimate of prevalence and usefulness of screening questionnaires*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2007; 78(4): 414–416.
3. Wichowicz H. *Post-stroke depression – biological vs. psychological disorder*. Udar Mózgu. 2008; 10(1): 40–48.
4. Klimiec E, Dziedzic T, Kowalska K, Szyper A, Pera J, Potoczek P i wsp. *PROspective Observational POLish Study on post-stroke delirium (PROPOLIS): methodology of hospital-based cohort study on delirium prevalence, predictors and diagnostic tools*. BMC Neurol. 2015; 15: 94. Doi: 10.1186/s12883-015-0351-z.
5. Shi Q, Presutti R, Selchen D, Saposnik G. *Delirium in acute stroke: a systematic review and meta-analysis*. Stroke. 2012; 43(3): 645–649.
6. Henon H, Lebert F, Durieu I, Godefroy O, Lucas C, Pasquier F i wsp. *Confusional state in stroke: relation to preexisting dementia, patient characteristics, and outcome*. Stroke. 1999; 30(4): 773–779.
7. Van Rijnsbergen MW, Oldenbeuving AW, Nieuwenhuis-Mark RE, Nys GM, Las SG, Roks G i wsp. *Delirium in acute stroke: a predictor of subsequent cognitive impairment? A two-year follow-up study*. J. Neurol. Sci. 2010; 306(1–2): 138–142.

8. Campbell Burton CA, Murray J, Holmes J, Astin F, Greenwood D, Knapp P. *Frequency of anxiety after stroke: a systematic review and meta-analysis of observational studies*. Int. J. Stroke. 2013; 8(7): 545–559.
9. Choi-Kwon S, Han SW, Kwon SU, Kim JS. *Poststroke fatigue: characteristics and related factors*. Cerebrovasc. Dis. 2005; 19(2): 84–90.
10. Van Dalen JW, Moll Van Charante EP, Nederkoorn PJ, Van Gool WA, Richard E. *Poststroke apathy*. Stroke. 2013; 44(3): 851–860.
11. Radzik J, Zawadzka A, Leszek J, Błaszczuk A, Chlebowska I. *Problems of depressive disorders in some neurodegenerative disease*. Psych. Pol. 2010; 7(1): 17–28.
12. Jaracz J, Jaracz K. *Zaburzenia psychiczne w chorobie Parkinsona*. Psychiatria po Dyplomie. 2014; 04.
13. Sobów T. *Psychiatric disorders coexisting with dementia – clinical relevance and principles of management*. Aktualn. Neurol. 2012; 12(4): 236–244.
14. Jerema M, Rabe-Jabłońska J. *Psychiatria podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2013.
15. Bilikiewicz A, Matkowska-Białko D. *Zaburzenia funkcji poznawczych a depresja*. Udar Mózgu. 2004; 6(1): 27–37.
16. Wesson M, Boileau NR, Perlmutter JS, Paulsen JS, Barton SK, McCormack MK i wsp. *Assessment in individuals with premanifest and manifest Huntington disease*. Qual. Life Res. 2016; 25(10): 2441–2455. Doi: 10.1007/s11136-016-1386-3.
17. Paulsen JS, Long JD, Johnson HJ, Aylward EH, Ross CA, Williams JK i wsp. *Clinical and biomarker changes in premanifest Huntington's disease show trial feasibility: A decade of the PREDICT-HD Study*. Front Aging Neurosci. 2014; 6: 78.
18. Wesson M, Boileau NR, Perlmutter JS, Paulsen JS, Barton SK, McCormack MK i wsp. *Suicidal ideation assessment in individuals with premanifest and manifest Huntington's disease*. Journal of Huntington's Disease. 2018; 7: 239–249.
19. Jędrzejczak K. *Różnicowanie czołowych napadów padaczkowych i psychogennych napadów rzekomopadaczkowych*. Neurologia po Dyplomie. 2011; 6(2): 32–41.
20. Ścisło P, Badura-Brzoza K, Gorczyca P, Błachut M, Pudło R, Piegza M i wsp. *Analysis of psychiatric consultations in a multidisciplinary hospital patients*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(5): 1101–1112.
21. de Jonge P, Huyse, FJ, Herzog T, Lobo A, Malt U, Opmeer BC i wsp. *Pattern of neurological patients to psychiatric consultation-liaison services in 33 European hospitals*. Gen. Hosp. Psychiatry. 2001; 23(3): 152–157.
22. Maroufi M, Pedram A, Malekian A, Kianvash F, Maroufi M, Gerivani Z. *Consultation-liaison psychiatry in a general hospital*. JRMS. 2006; 11(3): 193–197.
23. Lorenzl S, Füsgen I, Noachtar S. *Acute confusional states in the elderly – Diagnosis and Treatment*. Dtsch. Arztebl. Int. 2012; 109(21): 391–400.
24. Komasińska P, Drecka B, Starczewska M, Malendowicz-Major B, Skrzypek H, Steinborn B. *Diagnosis and semiology of psychogenic nonepileptic seizures in children and adolescents*. Nowiny Lekarskie. 2012; 81(6): 630–635.
25. Kutlubayev MA, Xu Y, Hackett ML, Stone J. *Dual diagnosis of epilepsy and psychogenic nonepileptic seizures: Systematic review and meta-analysis of frequency, correlates, and outcomes*. Epilepsy Behav. 2018; 29(89): 70–78.
26. Vallersnes OM, Dines AM, Wood DM, Yates C, Heyerdahl F, Hovda KE i wsp. *Psychosis associated with acute recreational drug toxicity: a European case series*. BMC Psychiatry. 2016; 18(16): 293.

27. Janhsen K, Roser P, Hoffmann K. *The problems of long-term treatment with benzodiazepines and related substances, prescribing practice, epidemiology, and the treatment of withdrawal.* Dtsch. Arztebl. Int. 2015; 112(1–2): 1–7.

Adres: Tomasz Chmiela
Śląski Uniwersytet Medyczny
Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Katedra Neurologii
40-752 Katowice ul. Medyków 14
e-mail: tomasz.chmiela@gmail.com

Otrzymano: 23.10.2019
Zrecenzowano: 7.01.2020
Przyjęto do druku: 7.01.2020