

NIEWIDZIALNY CIĘŻAR STWARDNIENIA ROZSIANEGO – JAK CHOROBA SOMATYCZNA DETERMINUJE DOBROSTAN PSYCHICZNY PACJENTÓW?



WSTĘP

Stwardnienie rozsiane (SM) to przewlekła choroba ośrodkowego układu nerwowego, związana nie tylko z deficytami neurologicznymi, ale również z istotnym obciążeniem psychicznym.

Wielowymiarowa etiologia zaburzeń lękowych i depresyjnych:

- Aspekt organiczny: neurozapalenie i demielinizacja
- Aspekt psychologiczny: reakcja na nieprzewidywalność choroby i niepełnosprawność

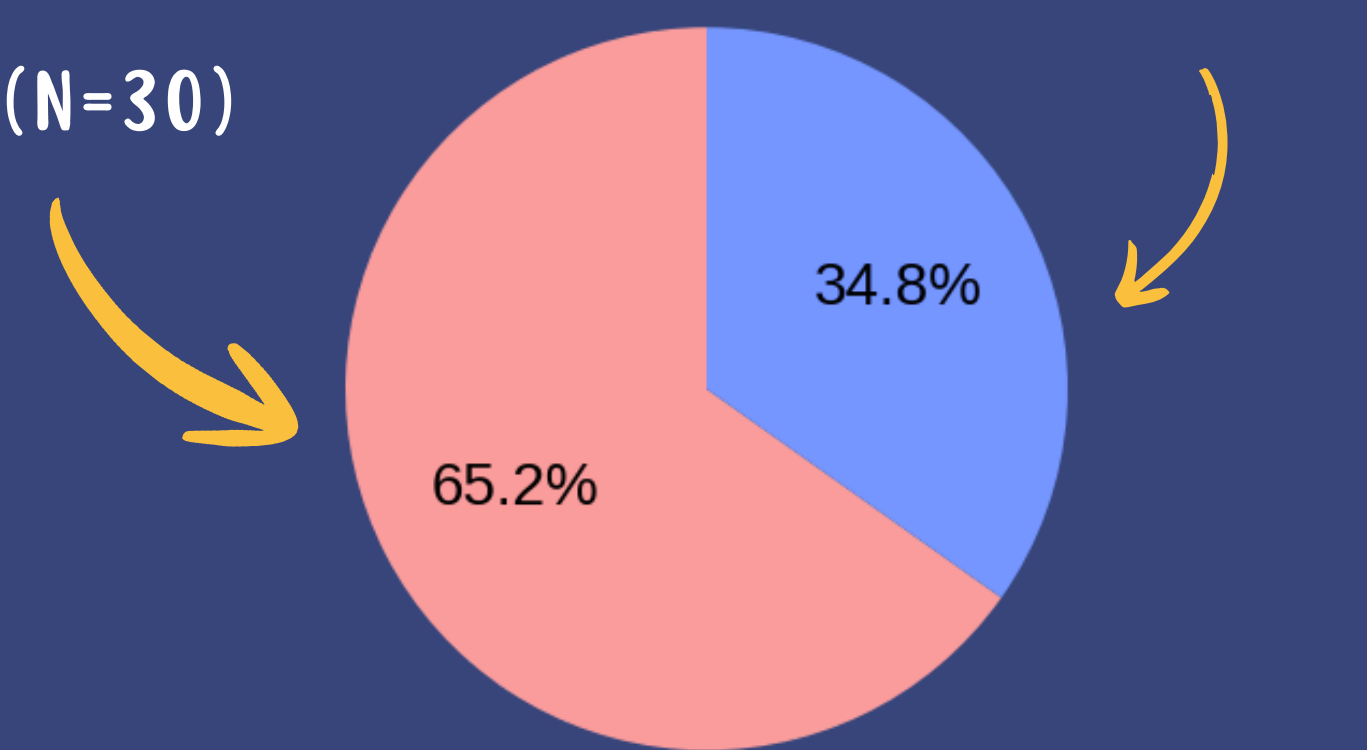
CEL PRACY

Ocena częstości i nasilenia objawów lękowych i depresyjnych oraz zależności między nimi u pacjentów z SM

MATERIAŁY I METODY

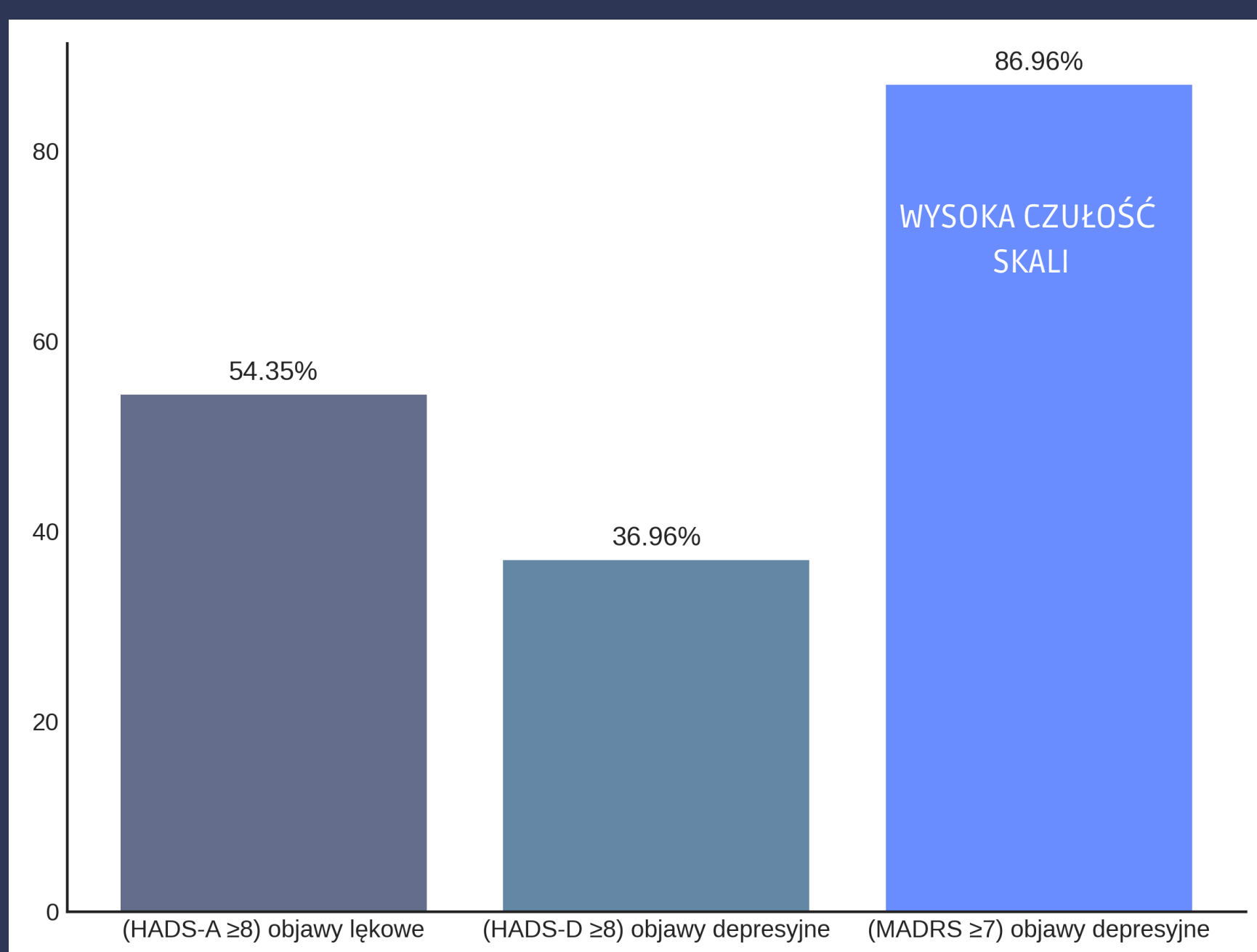
- Grupa: n=46 pacjentów z SM (SPSK nr 1 w Zabrze)
- Średni wiek: 47,6 lat
- Narzędzia: Skale zwalidowane (HADS-A, HADS-D, MADRS)
- Analiza: Retrospektywna (2023-2025)

KOBIETY (N=30)



WYNIKI

CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA OBJAWÓW LĘKOWYCH I DEPRESYJNYCH (OGÓŁEM)



OBJAWY LĘKOWE:
54,35% (HADS-A ≥ 8)
OBJAWY DEPRESYJNE:
36,96% (HADS-D ≥ 8)
86,96% (MADRS ≥ 7)

KORELACJE:
- ISTOTNE DODATNIE KORELACJE MIĘDZY WSZYSTKIMI SKALAMI
- WSPÓŁWYSTĘPOWANIE OBJAWÓW LĘKOWYCH I DEPRESYJNYCH

NASILENIE OBJAWÓW (ODSETEK WSZYSTKICH OSÓB BADANYCH DANEJ PŁCI):

OBJAWY LĘKOWE NA PODSTAWIE WYNIKÓW SKALI HADS-A

Nasilenie	Mężczyźni	Kobiety
Łagodne (8–10 pkt.)	37,5%	13,3%
Umiarkowane (11–14 pkt.)	12,5%	20%
Ciężkie (≥15 pkt.)	6,2%	20%

OBJAWY DEPRESYJNE NA PODSTAWIE WYNIKÓW SKALI HADS-D

Nasilenie	Mężczyźni	Kobiety
Łagodne (8–10 pkt.)	31,2%	10%
Umiarkowane (11–14 pkt.)	12,5%	20%
Ciężkie (≥15 pkt.)	0%	3,3%

OBJAWY DEPRESYJNE NA PODSTAWIE WYNIKÓW SKALI MADRS

Nasilenie	Mężczyźni	Kobiety
Łagodne (7–19 pkt.)	93,8%	80%
Umiarkowane (20–34 pkt.)	0%	3,3%

WNIOSKI

- POWSZECHNOŚĆ ZABURZEŃ: PODWYŻSZONY POZIOM OBJAWÓW LĘKOWYCH (54%) ORAZ DEPRESYJNYCH (87% WG MADRS) ISTOTNIE RZUTUJE NA DOBROSTAN PACJENTÓW
- WSPÓŁWYSTĘPOWANIE: SILNA KORELACJA MIĘDZY SKALAMI DOWODZI, ŻE LĘK I DEPRESJA BARDZO CZĘSTO IDĄ W PARZE
- RÓŻNICE MIĘDZYPŁCIOWE: KOBIETY CHORUJĄ CZĘŚCIEJ I CIĘŻEJ – AŻ 20% KOBIET WYKAZUJE CIĘŻKIE NASILENIE LĘKU (WOBEC 6% U MĘŻCZYŹN)
- WYNIKI UZASADNIAJĄ WPROWADZENIE RUTYNOWEJ OCENY STANU PSYCHICZNEGO (HADS, MADRS) JAKO INTEGRALNEGO ELEMENTU OPIEKI NEUROLOGICZNEJ, UMOŻLIWIJĄCEGO WŁASNE WSPARCIE PACJENTA

HIGHWAY TO HELL

czyli zespół abstynencyjny z majaczeniem W PRZEBIEGU CHOROBY ALKOHOLOWEJ

WSTĘP I UTRATA DOBROSTANU



Alkoholowy zespół abstynencyjny z majaczeniem (F10.4) to stan bezpośredniego zagrożenia życia, który dramatycznie niszczy poczucie bezpieczeństwa i dobrostan psychiczny pacjenta. Celem pracy jest prezentacja przypadku, w którym wieloletnie uzależnienie doprowadziło do utrwalonych zmian w architekturze mózgu, co po odstawieniu alkoholu wyzwoliło niezwykle złożoną, atypową psychozę z zagrażającymi omamami imperatywnymi.

WYWIAD I PROFIL PACJENTA



Pacjent: 55-letni mężczyzna (zawód: stolarz).
Nałóg: Nadużywanie alkoholu od kilkadziesiąt lat (4-8 piw/doba). Przyjęty w trybie nagłym po przerwaniu wielotygodniowego ciągu.
Farmakoterapia: Przewlekłe stosowanie tramadolu (65 mg 1-2x/d) z powodu dolegliwości bólowych.

"Jestem w centrum mrocznego spisku, oni mnie zatriuwają..."

OBRAZ KLINICZNY I ROZPAD RZECZYWISTOŚCI



Po nagłym odstawieniu alkoholu u pacjenta doszło do całkowitej dezintegracji psychicznej.
Zaburzenia świadomości: flujące, od pełnej orientacji do całkowitej dezorientacji i niepokoju.
Tok myślenia: przyspieszony, paralogiczny i uskokowy - często zbacał z tematu, a wypowiedzi były rozwlekłe.
Nastroj: podbarwiony był silnym lekiem, z tendencją do drażliwości, afekt żywy i okresowo niedostosowany.

Urojenia: O charakterze ksobnym, prześladowczym i spiskowym. Pacjent uważał, że światem steruje „nielegalna nanotechnologia” oraz „istoty z innego wymiaru”, a on sam jest podtruwany. Był przekonany, że może porozumiewać się z lekarzami za pomocą telepatii. Twierdził, że znajduje się w centrum mrocznego spisku, pomiędzy dwoma wymiarami, których istoty mogą sterować ludźmi. Jego wyjątkowość polegała na byciu dla nich nieuchwytnym.

Omamy słuchowe imperatywne: „Głosy szatana” grożące zjedzeniem wnętrzości i nakazujące zrobienie krzywdy innym.
Omamy wzrokowe: Przedmioty zmieniające kształt, korytarz szpitalny widziany jako port, wozy konne.

"Światem steruje nielegalna nanotechnologia i superhiper mózg..."

DIAGNOSTYKA I PUŁAPKI KLINICZNE



Neuroobrazowanie (TK głowy): Badanie ujawniło zaniki korowo-podkorowe w płatach skroniowych. Płaty skroniowe odpowiadają m.in. za przetwarzanie bodźców słuchowych, co bezpośrednio koreluje z drastycznym nasileniem omamów słuchowych u pacjenta.
Pułapka Toksykologiczna: W badaniu moczu przy przyjęciu wykryto obecność: Tramadolu i Fencyklidyny (PCP). Obecność PCP zinterpretowano jako wynik fałszywie dodatni. Literatura medyczna wskazuje, że przewlekłe stosowanie tramadolu może wchodzić w reakcje krzyżowe w testach immunochemicznych na PCP.
Wyniki Laboratoryjne: Podwyższone wskaźniki uszkodzenia tkanek: GGTP (uszkodzenie wątroby), CPK, troponiny (stres metaboliczny) oraz leukocytoza.

PRZEBIEG LECZENIA



Zastosowano agresywną farmakoterapię ukierunkowaną na ochronę neurobiologiczną i wyciszenie psychozy:
Lorazepam (do 9 mg/d): Złagodzenie drżeń abstynencyjnych i zapobieganie drgawkom.
Haloperidol (do 9 mg/d): Przerwanie pętli omamów imperatywnych i urojeń.
Leczenie wspomagające: Nawadnianie (Optilyte), suplementacja tiaminy (Witamina B1).
Efekt: Po 9 dniach leczenia pacjent odzyskał stabilność psychiczną, a urojenia i halucynacje ustąpiły. Powrócił pełny krytycyzm wobec psychotycznych przeżyć.

TAKE HOME MESSAGES



Organiczne tło psychoz: Wieloletnie nadużywanie alkoholu trwale uszkadza mózg (zaniki skroniowe), co sprawia, że zespoły abstynencyjne przebiegają ze szczególnie drastycznym załamaniem dobrostanu psychicznego (atypowe, rozbudowane urojenia).

Ostrożność w toksykologii: Należy zachować szczególną ostrożność przy interpretacji testów na obecność narkotyków (PCP) u pacjentów przewlekłe przyjmujących tramadol, aby uniknąć błędów diagnostycznych.

Konieczność politerapii: W powikłanym majaczeniu alkoholowym z nasilonymi objawami wytwórczymi wyłączna terapia benzodiazepinami może być niewystarczająca; szybkie dołączenie neuroleptyków (np. haloperidolu) jest kluczowe dla przywrócenia stabilności psychicznej pacjenta.

GDY MÓZG NIE SPRZĄTA NOCĄ: ROLA DYSFUNKCJI UKŁADU GLIMFATYCZNEGO I NEUROZAPALENIA W OBNIŻANIU REZYLIENCJI PSYCHICZNEJ

Klaudia Kufel (1), Julia Kulińska (1)

UC
UNIwersYTET
OPOLSKI

(1) Studenckie Koło Naukowe Fizjologii, Katedra Fizjologii, Instytut Nauk Medycznych, Uniwersytet Opolski, ul. Oleska 48, 45-052 Opole, Polska

WSTĘP I CEL PRACY:

Układ glimfatyczny stanowi okołonaczyniowy system oczyszczania ośrodkowego układu nerwowego, który najintensywniej funkcjonuje podczas snu wolnofalowego (NREM). Jego zadaniem jest usuwanie toksycznych produktów przemiany materii, takich jak beta-amyloid, białko tau. Celem niniejszej pracy przeglądowej jest analiza powiązań między dysfunkcją klirensu glimfatycznego indukowaną deprivacją snu, a powstawaniem przewlekłego neurozapalenia oraz jego wpływu na obniżenie rezyliencji psychicznej pacjentów.

MATERIAŁY I METODY:

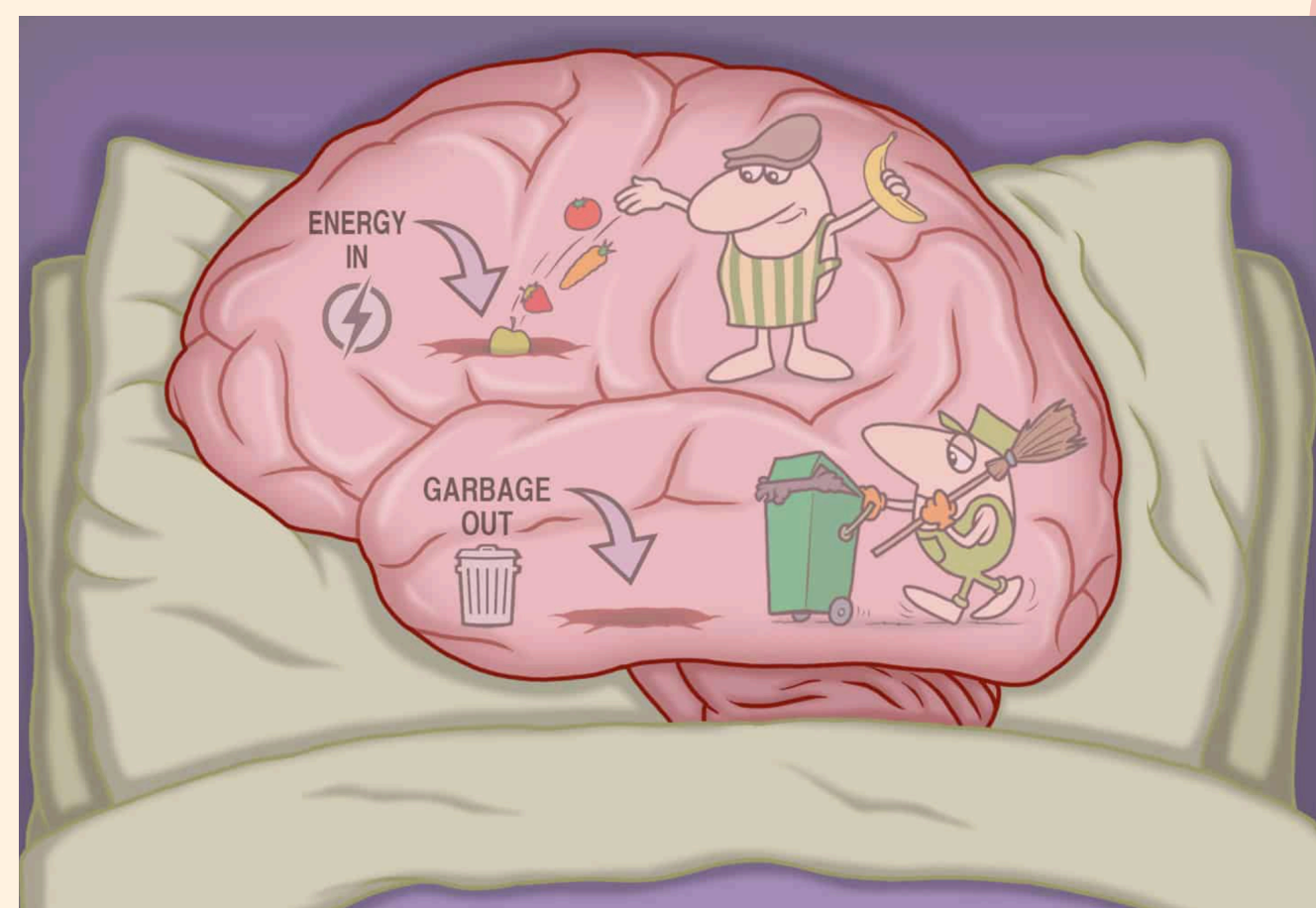
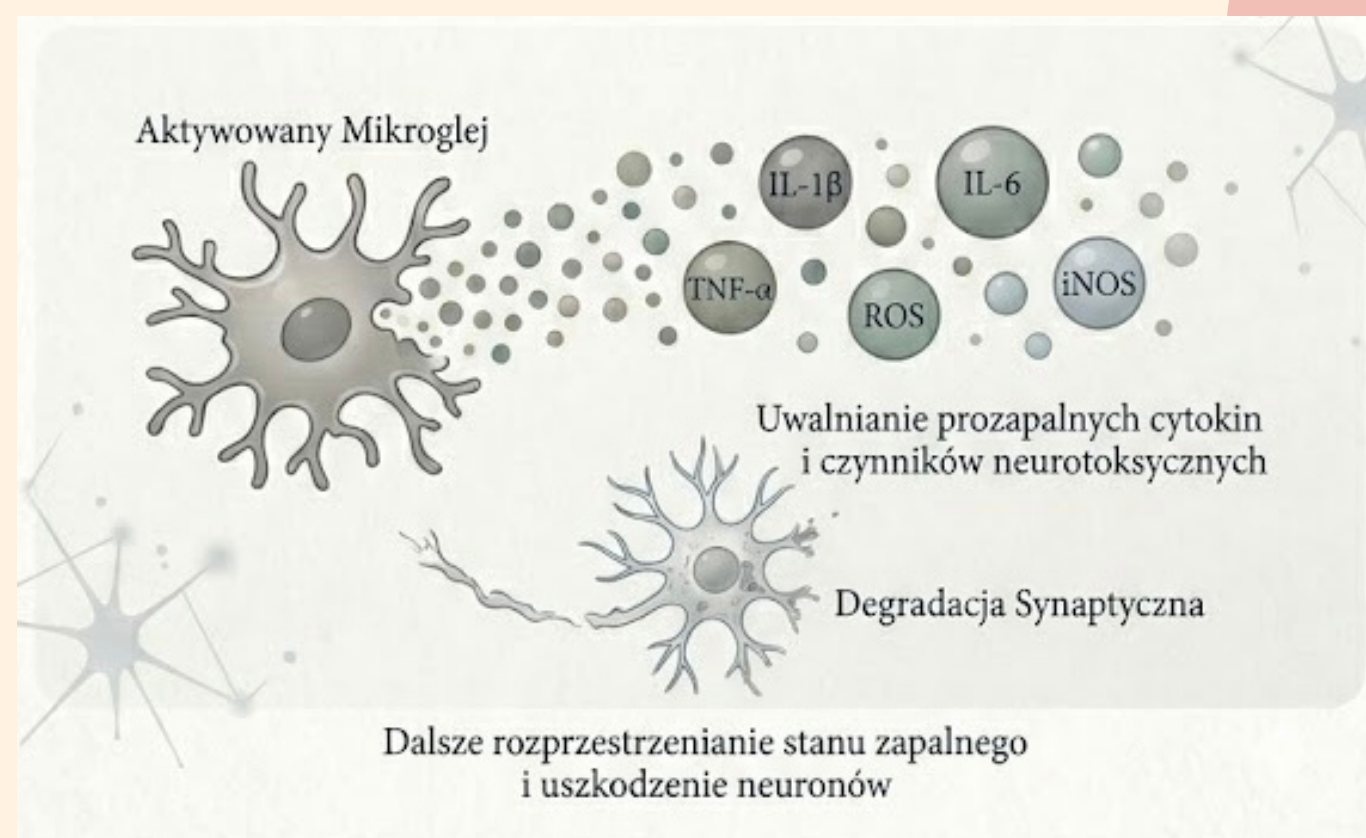
Dokonano przeglądu literatury, wykorzystując słowa kluczowe: „glymphatic system”, „neuroinflammation”, „sleep deprivation”, „psychological resilience” oraz „mood disorders”. Analizie poddano publikacje z lat 2013–2025, obejmujące badania kliniczne oraz obrazowe dotyczące przepływu płynu mózgowo-rdzeniowego i aktywności mikrogleju.

WYNIKI:

Analiza wykazała, że deprivacja snu prowadzi do redukcji przestrzeni międzykomórkowej mózgu, co upośledza przepływ glimfatyczny zależny od akwaporyny 4. Akumulacja metabolitów w przestrzeni śródmiąższowej indukuje aktywację mikrogleju i uwalnianie cytokin prozapalnych. Chroniczne neurozapalenie zaburza neuroplastyczność w obrębie hipokampa i kory przedczołowej – struktur kluczowych dla regulacji afektu. Doniesienia wskazują, że pacjenci z obniżoną wydolnością glimfatyczną wykazują wyższą reaktywność na stres oraz mniejszą zdolność do rezyliencji psychicznej, co bezpośrednio koreluje z nasileniem objawów lękowych i depresyjnych.

WNIOSKI:

Układ glimfatyczny jest kluczowym, biologicznym fundamentem „mentalnej przestrzeni” regeneracji. Jego dysfunkcja stanowi istotny czynnik etiologiczny zaburzeń dobrostanu psychicznego poprzez promowanie kaskady neurozapalnej. Optymalizacja mechanizmów oczyszczania mózgu poprzez poprawę jakości snu może stanowić nową strategię terapeutyczną.



https://return2health.co.uk/articles/glymphatic-system-your-brains-private-contractor-for-garbage-disposal?srsltid=AfmBOoqHwntFqM_1D3cDgtaocLsvmZ0etzAruo1NIUoVf_0tOm3MB1

Szybkość przetwarzania informacji jako 'ukryty' wyznacznik niepełnosprawności w SM: podejście neuropsychologiczne

Julia Molenda, Mathilda Schneider, Martyna Machej,

WSTĘP

Stwardnienie rozsiane (SM) jest chorobą przewlekłą, której obraz kliniczny najczęściej kojarzony jest z niesprawnością ruchową. Znacznie rzadziej uwzględnia się jednak zaburzenia poznawcze, mimo że należą one do częstych i istotnych klinicznie objawów choroby. Deficyty funkcji poznawczych mogą wpływać nie tylko na sprawność intelektualną, ale również na dobrostan psychiczny, relacje społeczne i poczucie sprawczości pacjentów.



Cel pracy

Celem pracy było omówienie znaczenia zaburzeń poznawczych w stwardnieniu rozsianym oraz zwrócenie uwagi na ich związek z codziennym funkcjonowaniem i zdrowiem psychicznym chorych.

Materiał i metody

Badaniem objęto 126 pacjentów z SM, u których przeprowadzono konsultację neuropsychologiczną. W ocenie funkcji poznawczych wykorzystano narzędzia przesiewowe i kliniczne takie jak m.in. Symbol Digit Modalities Test (SDMT) i Addenbrooke's Cognitive Examination – Revised (ACE-R).

Wnioski

Zaburzenia poznawcze w SM należy traktować jako istotny komponent choroby, a nie jedynie jako objaw towarzyszący. Wczesna identyfikacja deficytów poznawczych może poprawić jakość opieki nad pacjentem i umożliwić wdrożenie bardziej zindywidualizowanego wsparcia terapeutycznego oraz psychoedukacyjnego.

Wyniki

Na podstawie wyników testu SDMT u 47,8% pacjentów stwierdzono łagodne zaburzenia funkcji poznawczych, natomiast u 21,7% zaobserwowano poważniejsze deficyty. Wyniki testu ACE-R wskazywały na prawdopodobną demencję u 33,3% uczestników.



Śląski
Uniwersytet
Medyczny
w Katowicach



Wpływ *Sclerosis multiplex (SM)* na zdrowie psychiczne pacjenta

Kinga Zorychta, Anna Wikar, Franciszek Żurawiecki

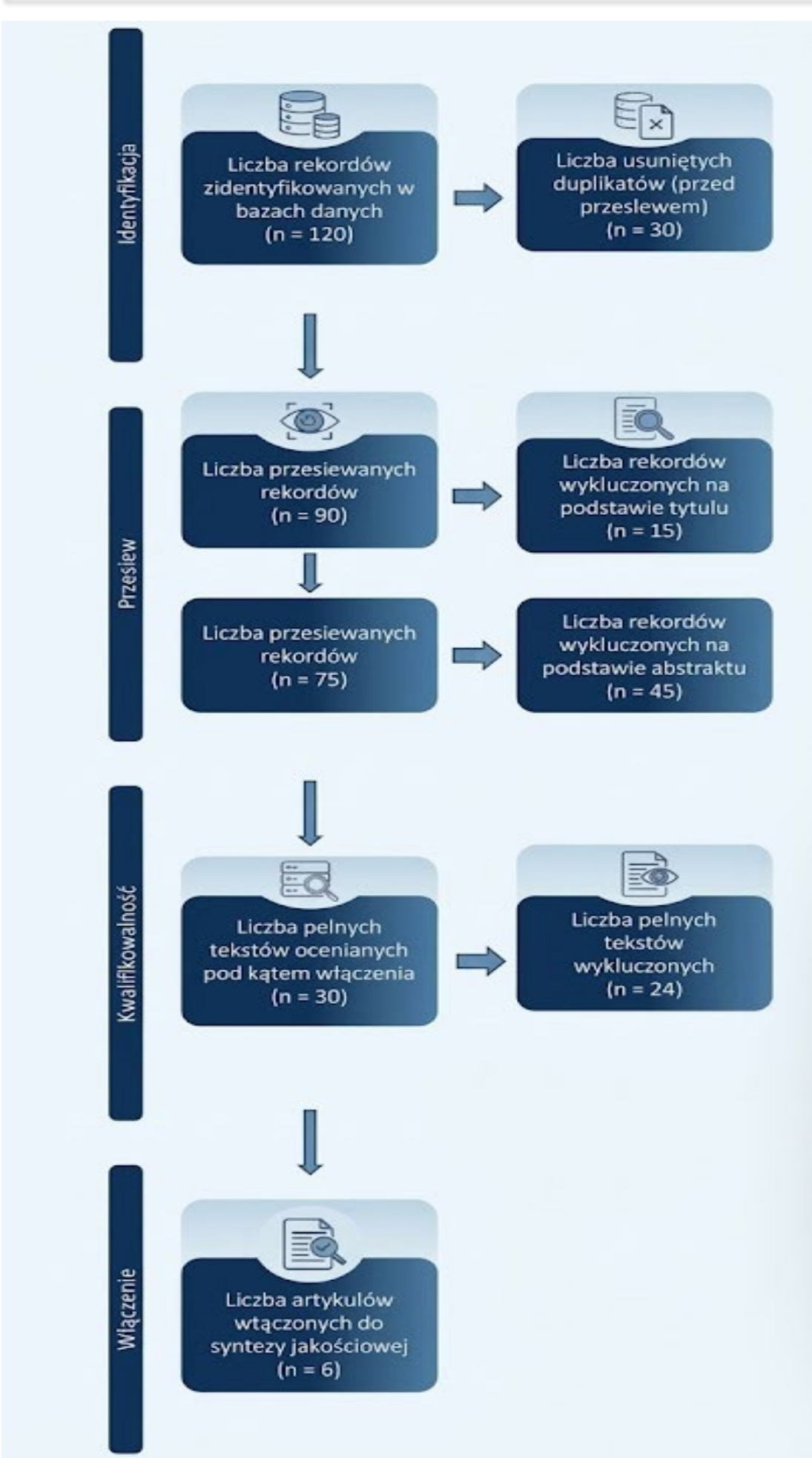
WSTĘP I CEL PRZEGLĄDU

Stwardnienie rozsiane (SM) jest najczęstszą przewlekłą chorobą demielinizacyjną ośrodkowego układu nerwowego prowadzącą do niepełnosprawności u młodych dorosłych. Schorzenie charakteryzuje się występowaniem stanów zapalnych, uszkodzeń aksonalnych oraz neurodegeneracji, co skutkuje nieprzewidywalnym przebiegiem klinicznym. Patogeneza SM jest złożona i obejmuje interakcję czynników genetycznych, takich jak allel HLA-DRB1*15:01, oraz środowiskowych, w tym palenia tytoniu, niedoboru witaminy D czy infekcji wirusem Epsteina-Barr.

Wczesny początek choroby oraz jej długotrwały charakter generują ogromne koszty społeczne i znacząco obniżają jakość życia pacjentów. Obok szeroko opisanych w literaturze postępujących zaburzeń motorycznych, u pacjentów z SM obserwuje się szereg komplikacji niemotorycznych, takich jak zaburzenia poznawcze, zmęczenie oraz zaburzenia snu.

Szczególnie istotnym aspektem są objawy psychiatryczne; wykazano, że osoby z SM charakteryzują się wyższą prevalencją zaburzeń nastroju. Depresja oraz lęk są ściśle powiązane z pogorszeniem funkcjonowania w życiu codziennym, obniżeniem jakości życia oraz mniejszą adherencją do zaleconego leczenia.

METODYKA SELEKCJI



DALSZE KIERUNKI BADAŃ W SM

Interdyscyplinarne Podejście do Poprawy Jakości Życia

1. Personalizacja Terapii

Precyzyjne dopasowanie wsparcia psychologicznego o konkretnym typie i personalizacji terapii ma.

Badanie skuteczności ACT w SM, w skuterzy terapii akceptacji i zaangażowania (ACT), w przewidywaniu „zamrożenia” emocjonalnemu.

Holistyczna ocena dobrostanu pacjenta i rodziny, proszowały nocen nosilumij ocena wystaraniu pacjenta dobrostanu i zasoby opiekunów/rodziny.

2. Digital Health

Ciągłe monitorowanie teledygniczne paz aplikacji monitorowanie monitorowai awoznych gazylenty (ny). Treningi VR w rehabilitacji poznawczej i lęku, w rehabilitacji redukcji lęku (ieq, expozycyjne) w kontrolowanym środowisku.

Algorytmy predykcyjne AI z „wearables” w garny predicting statusu mentalneo.

3. Aspekty Środowiskowo-społeczne

Analiza izolacji społecznej i psychopatologii para poczucie psychopatologiczne w pordananiu wliwaw wynikakaju nerwowego, uszkoca aktywnosci zawodowej i progresji zaburzeń nastroju w nastroju u osób z diagnozy SM.

Korelacja aktywności zawodowej i progresji zaburzeń nastroju w radalczy zaburzeń nastroju u osób z diagnozy SM.

4. Mikrobiota Jelita

Dieta, Probiotyki i Oś Jelito-Mózg knaz modyfikacji, Redukcja objawów lękowych

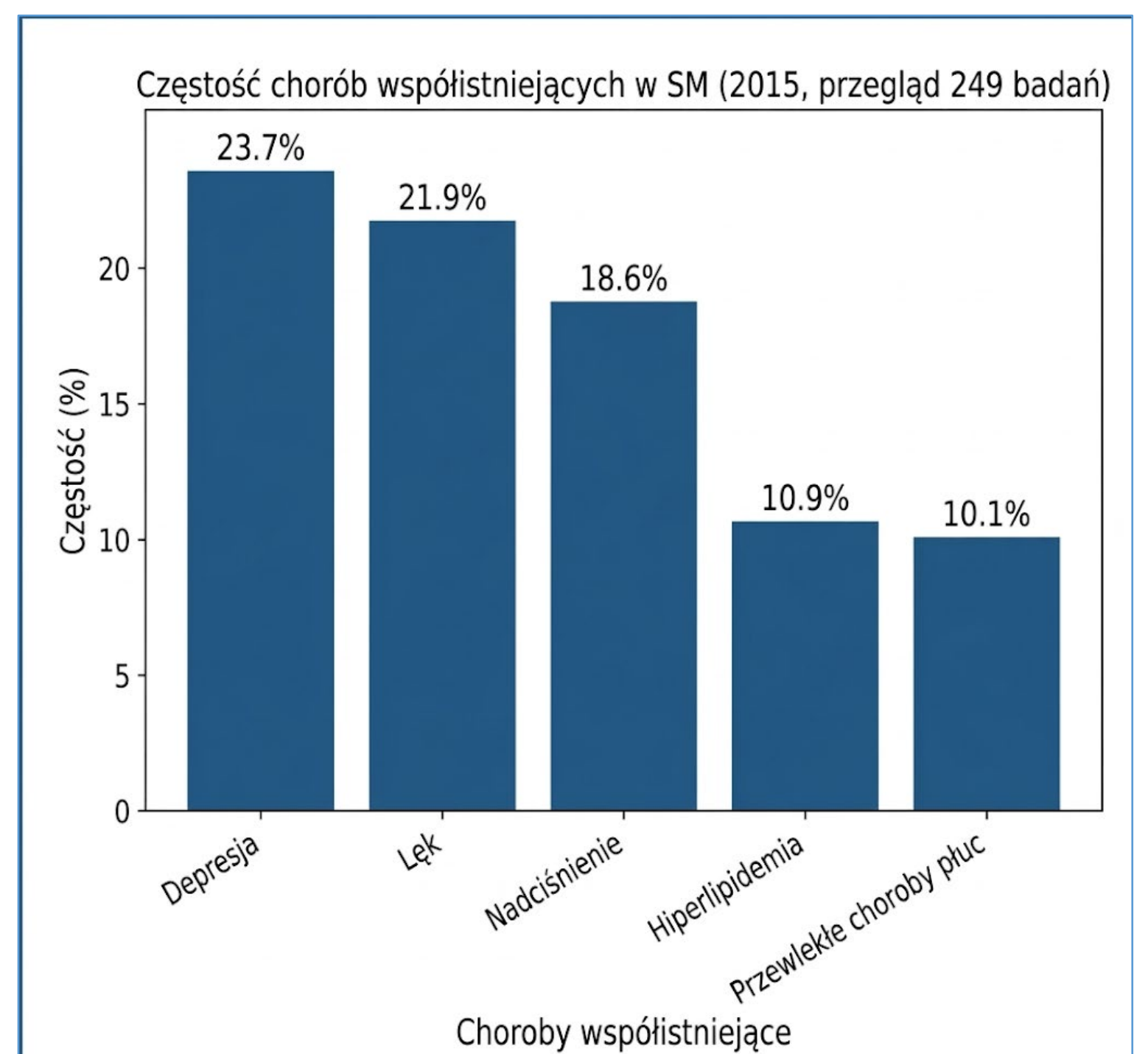
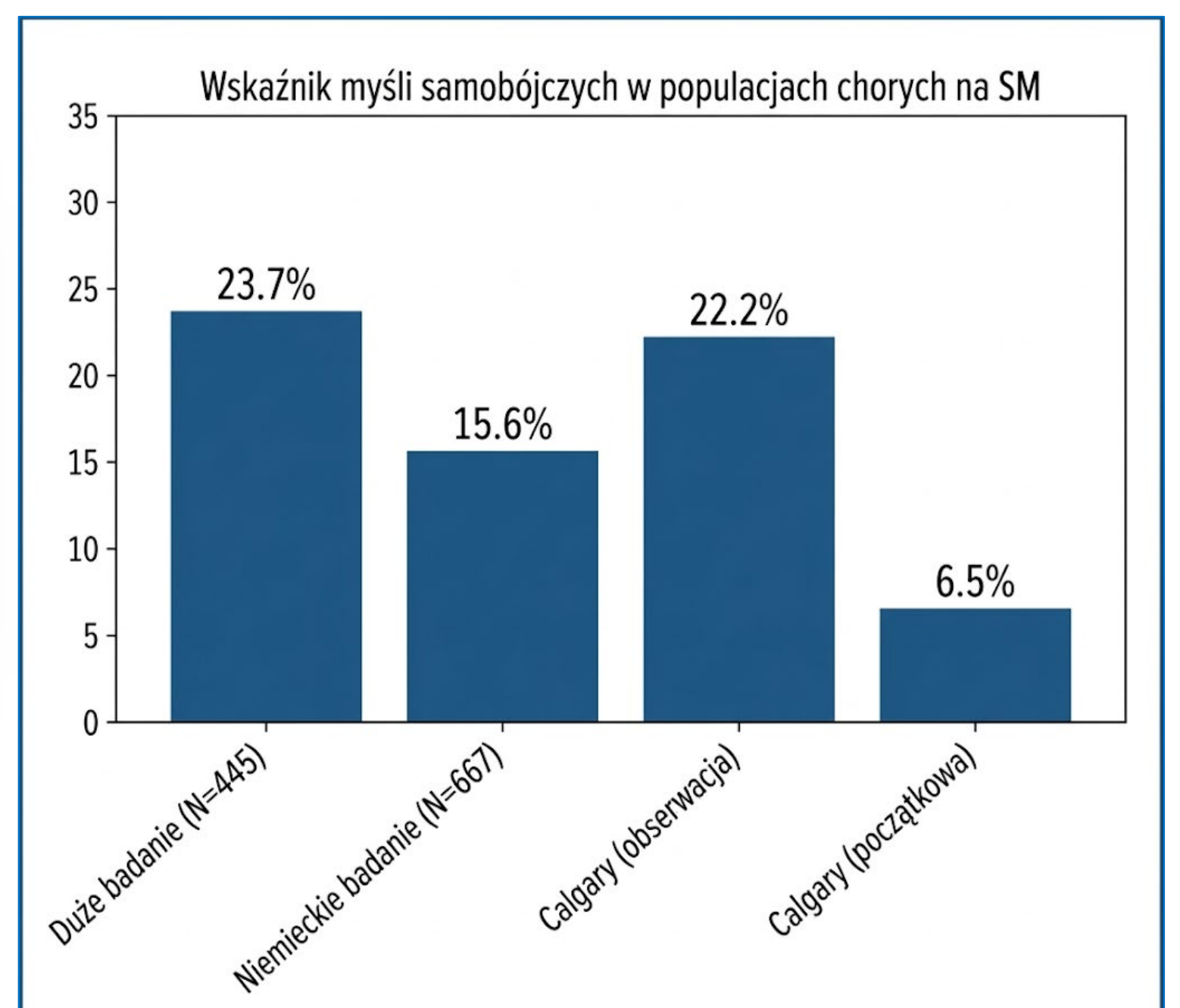
• Modyfikacja flory bakteryjnej
• Redukcja objawów lękowych

5. Biomarkery

Poszukiwanie predykcyjnych markerów depresji diagnostycznych – badania krwi, obraw wystapienia depresji u pacjenta u SM.

Korelacja zmian demielinizacyjnych i psychiki, czy konkretna lokalizacja demyryzowanie specyficznych zaburzeń psychicznych.

Neurostan zapalny, cytokiny i depresja w SM, poziomi pozyczny la współmów znaja marmoraka wianan da ratóww SM i eptzódów depresyjnych.



WYNIKI



Spektrum zaburzeń lękowych i poznawczych

- Lęk w SM wykracza poza reakcję na diagnozę, wpływając bezpośrednio na funkcje mózgu.
- Uogólnione zaburzenia lękowe (GAD): Dotykają blisko 18,6% pacjentów (6-krotnie więcej niż w populacji zdrowej).
- Deficyty poznawcze: Lęk i stany lękowe koreluje ze zmniejszoną szybkością przetwarzania informacji, zaburzeniami uwagi i gorszą nauką werbalną.
- Konsekwencje kliniczne: Nasilony lęk prowadzi do mniejszej adherencji (nieprzestrzegania zaleceń) oraz skrócenia odstępów między nawrotami choroby.

Ryzyko samobójstwa i czynniki ryzyka

- SM wiąże się z istotnie podwyższonym Standaryzowanym Współczynnikiem Śmiertelności (SMR).
- Statystyki: Współczynnik SMR dla samobójstw w krajach skandynawskich wynosi 1,6–1,7.
- Myśli samobójcze: Badania PHQ-9 wskazują, że mogą one dotyczyć nawet 22–29% chorych.
- Grupy ryzyka: Najwyższy stopień zagrożenia występuje w ciągu pierwszych 5 lat od diagnozy, szczególnie u mężczyzn, osób młodszych oraz pacjentów z narastającą niepełnosprawnością (problemy z mową, pęcherzem).

Jakość życia: Sen, Ból i „Triada Uciążliwości”

- Dobrostan pacjenta determinowany jest przez objawy somatyczne wpływające na psychikę.
- Jakość snu: Ponad 53% pacjentów zgłasza złą jakość snu (PSQI), co silnie koreluje z bólem neuropatycznym i stopniem niepełnosprawności (EDSS).
- Triada uciążliwości: Zmęczenie (fatigue), ból oraz dysfunkcje seksualne stanowią główne bariery psychospołeczne, często pomijane w standardowym wywiadzie.

ŹRÓDŁA

- Alis C., et al. (2025). Predictors of Poor Sleep Quality in Multiple Sclerosis: The Independent Role of Anxiety and Restless Legs Syndrome. *Sleep Medicine*, 134, 106691.
- Chwastak L.A., Ehde D.M. (2007). Psychiatric Issues in Multiple Sclerosis. *The Psychiatric Clinics of North America*, 30(4), 803–817. Dobson R., Giovannoni G. (2019). Multiple sclerosis – a review. *European Journal of Neurology*, 26(1), 27–40.
- Feinstein A., Pavisian B. (2017). Multiple sclerosis and suicide. *Multiple Sclerosis*, 23(7), 923–927.
- Silveira C., et al. (2019). Neuropsychiatric Symptoms of Multiple Sclerosis: State of the Art. *Psychiatry Investigation*, 16(12), 877–888.
- Šilić P., Motl R.W., Duffecy J. (2023). Multiple Sclerosis and Anxiety: Is There an Untapped Opportunity for Exercise? *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 73, 104698.
- Dobson R., Giovannoni G. Multiple sclerosis - a review. *Eur J Neurol*. 2019;26(1):27-40.

W CIENIU PRZEWLEKŁEGO BÓLU: DOŚWIADCZENIE OSOBY W SPEKTRUM AUTYZMU

Autorzy: Miłosz Jucha¹, Julia Światowska¹, Szymon Flis¹

Opiekun: lek. Patryk Rodek²

¹ Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Psychiatrii Dorosłych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, 40-635 Katowice, ul. Ziołowa 45/47

² Katedra i Klinika Psychiatrii Dorosłych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, 40-635 Katowice, ul. Ziołowa 45/47

WSTĘP

Przewlekły ból MG30, definiowany jako ból trwający dłużej niż 3 miesiące,¹ stanowi kluczowy czynnik ryzyka pogorszenia dobrostanu psychicznego i wystąpienia myśli samobójczych. Jest to poważny problem społeczny, wpływający na jakość życia, zdolność do pracy oraz relacje społeczne.

Klasterowy ból głowy 8A80, należący do trójdzielno-autonomicznych zespołów bólowych, charakteryzuje się skrajną intensywnością, epizodami zaostrzeń trwającymi od kilku minut do kilku godzin, często w okolicy oczodołu.¹

W opisanym przypadku, u pacjenta współwystępują **zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD)** oraz mieszane zaburzenia osobowości, a także deficyty samoregulacji afektywnej. Koezystencja wspomnianych zaburzeń jest związana z obniżonym progiem tolerancji na dystres, co skutkowało licznymi epizodami dekomensacji psychicznej na przestrzeni 15 lat.

CEL

Motywnym powstania pracy jest przedstawienie **trudności diagnostycznych i terapeutycznych** u pacjenta z ASD, zaburzeniami osobowości, cierpiącego na przewlekłe bóle głowy oraz ocena wpływu detoksykacji opioidowej i leczenia interdyscyplinarnego na stan psychiczny i nasilenie bólu. Głównym zadaniem jest **zwiększenie świadomości** wśród lekarzy oraz studentów kierunków medycznych na temat złożoności problemu **przewlekłego bólu**, trudności diagnostycznych **w populacji pacjentów neuroatypowych** oraz konsekwencji zbyt długiego procesu diagnostycznego i opóźnienia wdrażania właściwego leczenia. Praca ma również na celu zwrócenie uwagi na **potrzebę wcześniejszej interwencji terapeutycznej** oraz skoordynowanej opieki interdyscyplinarnej w tej grupie pacjentów.

BADANIE MA CHARAKTER OPISU PRZYPADKU KLINICZNEGO

- Analizie poddano:
 - dokumentację medyczną pacjenta
 - przebieg hospitalizacji psychiatrycznej oraz neurochirurgicznej
- Konsultacje neurologiczne
- Wyniki badań obrazowych Angio-TK oraz RTG
- Historię wieloletniego leczenia opioidowego
- Przebieg leczenia farmakologicznego i terapeutycznego

Czas obserwacji obejmował 21 dni hospitalizacji psychiatrycznej oraz przebieg zabiegu blokady zwoju skrzydłowo-podniebiennego (ZSP).

OŚ CZASU HISTORIA PACJENTA

12 lat
Początek bólu

Pojawienie się silnych napadów bólowych głowy. Pierwsze epizody o dużej intensywności, brak jednoznacznej diagnozy.

Okres
adolescencji z
bólami

Przewlekłe utrzymujące się dolegliwości powodują wtórne zaburzenia lękowe oraz depresyjne. Pacjent dorasta w cieniu bólu.

Ponad 10 lat
leczenia
opiodami

Tapentadol i oksykodon stosowane przewlekłe, jednak bezskutecznie. Pacjent przez lata bez leczenia przyczynowego, mimo subiektywnego cierpienia.

26 lat
dekomensacja
psychiczna

Myśli samobójcze i pilna hospitalizacja psychiatryczna. Podejrzenie hiperalgizji opioidowej, rozpoczęcie detoksykacji.

Diagnostyka
leczenie
interdyscyplinarne

Modyfikacja leczenia (duloksetyna, aripiprazol, chlorprotiksen, gabapentyna). Odstawienie opioidów, stabilizacja stanu psychicznego.

Właściwe
rozpoznanie
zabieg

Ponowne rozpoznanie klasterowego bólu głowy. Blokada zwoju skrzydłowo-podniebiennego, remisja bólu.

POSTĘPOWANIE

Pacjent został przyjęty w trybie pilnym na oddział psychiatrii z powodu nasilonych myśli i zamiarów samobójczych, których przyczyną był przewlekły ból głowy o znacznym nasileniu.

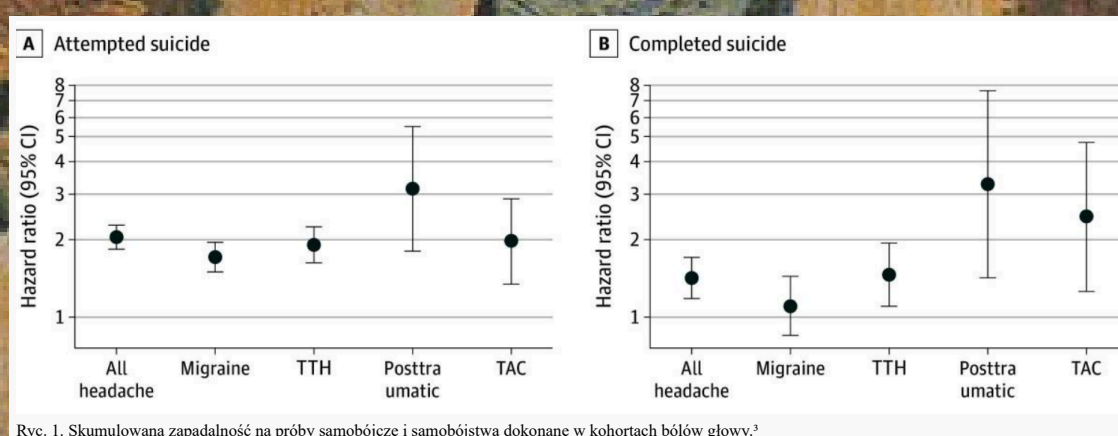
W konsultacji neurologicznej, z uwagi na **brak typowej komponenty autonomicznej** charakterystycznej dla klasterowego bólu głowy oraz braku odchyłań w badaniach obrazowych (angio-TK), wysunięto podejrzenie **hiperalgizji opioidowej** i wdrożono detoksykację z zastosowaniem buprenorfiny oraz stopniowe odstawienie tapentadolu i oksykodonu. Zmodyfikowano leczenie psychiatryczne i przeciwbólowe: wenlafaksynę zastąpiono duloksetyną, pregabalinę gabapentyną, włączono aripiprazol, chlorprotiksen, paracetamol, metamizol i ibuprofen, a także psychoedukację oraz terapię zajęciową. **Uzyskano stabilizację stanu psychicznego** i zalecono dalsze leczenie w poradni leczenia bólu. W dalszym przebiegu choroby pojawiła się typowa komponenta autonomiczna w postaci łzawienia oka, zaczerwienienia twarzy, uczucia zatkania nosa i światłowstrętu, co w konsultacji neurochirurgicznej pozwoliło **ponownie rozpoznać klasterowy ból głowy**. Wykonano blokadę zwoju skrzydłowo-podniebiennego z użyciem ropiwakainy i deksametazonu, uzyskując istotną poprawę kliniczną.

KONKLUZJE

Brak skutecznej interwencji w zakresie dolegliwości cefalgicznych na przestrzeni 15 lat doprowadził do poważnych konsekwencji zdrowotnych i psychicznych. Zastosowanie wyłącznie skali NRS mogło spowolnić proces diagnostyczny, co wskazuje na potrzebę **indywidualnego podejścia do pacjentów z ASD**. Konieczne jest stworzenie szybszej, skoordynowanej i interdyscyplinarnej ścieżki diagnostycznej dla osób z przewlekłym bólem. Przypadek ten pokazuje, że niewydolność systemu diagnostycznego może prowadzić do wieloletniego cierpienia, a przewlekły ból wpływa destrukcyjnie na funkcjonowanie psychospołeczne człowieka.

DYSKUSJA

Pacjenci z ASD w porównaniu do osób neurotypowych, charakteryzują się nietypowym przetwarzaniem sensorycznym bodźców zewnętrznych jak i wewnętrznych, obejmujących również odczuwanie bólu. Osoby autystyczne wykazują się wyższym poziomem aleksytymii, niż populacja spoza spektrum, w związku z czym w przypadku dolegliwości algicznych u osób z ASD, w toku diagnostycznym powinny zostać zastosowane **dostosowane do pacjenta skale bólu**.² Przewlekłe bóle głowy są związane z wyższym ryzykiem wystąpienia myśli i prób samobójczych.³ Trójdzielno-autonomiczne bóle głowy, do których należy **klasterowy ból głowy**, wiążą się z **2,4 razy większym ryzykiem dokonania samobójstwa**, niż w grupie kontrolnej.³ **Występowanie autyzmu zwiększa ryzyko popelnienia próby samobójczej 3-krotnie względem populacji**,⁴ więc w przypadku pacjentów autystycznych, szczególnie jeśli występują u nich przewlekłe bóle głowy, skuteczna kontrola dolegliwości algicznych powinna być kluczowym elementem toku terapeutycznego, w celu prewencji zachowań suicydalnych.



Ryc. 1. Skumulowana zapadalność na próby samobójcze i samobójstwa dokonane w kohortach bólów głowy.⁷

Tło: Van Gogh "Stary człowiek w smutku" 1980

PIŚMIENNICTWO

- World Health Organization (WHO). Eleventh Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11) Digital Version Terms of Use and License Agreement. <https://icd.who.int/en/docs/ICD11-license.pdf>
- Kalingel Levi M, Granovsky Y, Weissman-Fogel I, Bar Shalita T, Hoffman T, Gal E. Development and validation of the Pain Awareness Scale (PAS) for autistic adults: A mixed-methods study. *The Journal of Pain*. 2025;34:105491. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2025.105491>
- Elsner H, Farkas DK, Fuglsang CH, Sorensen ST, Sorensen HT. Risk of Attempted and Completed Suicide in Persons Diagnosed With Headache. *JAMA Neurology*. 2025;82(3). doi:<https://doi.org/10.1001/jamaneuro.2024.4974>
- Kølves K, Fitzgerald C, Nordentoft M, Wood SJ, Erlangsen A. Assessment of Suicidal Behaviors Among Individuals With Autism Spectrum Disorder in Denmark. *JAMA Network Open*. 2021;4(1):e2033565. doi:<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.33565>

Stan psychiczny pacjentów z ciężką astmą przed leczeniem biologicznym

STUDENCKIE KOŁO NAUKOWE PRZY KATEDRZE I KLINICE
PNEUMONOLOGII ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

JULIA SZLĄŻEK
DR N. MED. N. HUM. MAŁGORZATA FARNIK

WSTĘP I CEL PRACY

Pacjenci z ciężką, niekontrolowaną astmą często prezentują współistniejące zaburzenia psychiczne. Badania wskazują, że odsetek osób doświadczających istotnych objawów lęku i depresji w tej grupie jest znacznie wyższy niż w populacji chorych z łagodniejszą postacią astmy. W jednym z dużych badań wykazano, że 38% pacjentów z ciężką astmą doświadczało nasilonych objawów lęku, a 25% depresji [1,2]. Zaburzenia te wiążą się z gorszą kontrolą choroby, częstszymi zaostrzeniami oraz istotnym obniżeniem jakości życia.

Aktualne wytyczne dotyczące leczenia astmy wskazują depresję i lęk jako częste choroby współistniejące, które mogą nasilać objawy ze strony układu oddechowego oraz pogarszać funkcjonowanie pacjentów [3]. Mimo to ocena stanu psychicznego nie jest rutynowym elementem postępowania u chorych z ciężką astmą. Nie jest także jasne, czy standardowe narzędzia stosowane w ocenie kontroli astmy i jakości życia mogą pomóc w identyfikacji pacjentów wymagających dodatkowego wsparcia psychologicznego lub psychiatrycznego.

Celem niniejszej pracy była ocena częstości występowania objawów lęku i depresji u pacjentów z ciężką, niekontrolowaną astmą zakwalifikowanych do terapii biologicznej oraz analiza ich związku z wybranymi parametrami klinicznymi, w tym kontrolą astmy, jakością życia oraz częstością zaostrzeń choroby.

MATERIAŁ I METODY

Podejście badawcze

Badanie obserwacyjne przeprowadzone wśród dorosłych pacjentów z ciężką, niekontrolowaną astmą, kwalifikowanych do terapii biologicznej.

Zbieranie danych

W momencie kwalifikacji pacjenci wypełniali standaryzowane kwestionariusze samooceny:

- Kwestionariusz kontroli astmy (ACQ)
- Skrócony kwestionariusz jakości życia w astmie (Mini-AQLQ)
- State-Trait Anxiety Inventory (STAI-1 i STAI-2)
- Beck Depression Inventory (BDI)

Dodatkowo zbierano dane kliniczne dotyczące:

- liczby zaostrzeń astmy w ciągu ostatniego roku,
- codziennego stosowania krótko działających β_2 -agonistów (SABA),
- czasu trwania choroby.

Analiza danych

Zastosowano statystyki opisowe do charakterystyki grupy pacjentów oraz analizę korelacji w celu oceny związku między wskaźnikami psychicznymi (lęk i depresja) a parametrami klinicznymi (ACQ, Mini-AQLQ, częstość zaostrzeń, stosowanie SABA, czas trwania choroby).

WYNIKI

Depresja a zaostrzenia astmy

- Wyniki BDI korelowały z częstością zaostrzeń (Pearson $r = 0,31$, $p < 0,01$).
- Pacjenci z BDI > 15 mieli 2,3× większe ryzyko pogorszenia objawów astmy (OR = 2,3; 95% CI: 1,8–2,9).
- Wskazuje to na związek między objawami depresji a częstszymi zaostrzeniami.

Lęk a kontrola astmy

- Wyższe wyniki STAI-1 (stan) i STAI-2 (cecha) związane z gorszą kontrolą astmy: $r = 0,36$ i $r = 0,30$.
- Pacjenci z STAI-1 > 40 stosowali o 28% więcej dawek SABA.
- Lęk może nasilać objawy lub prowadzić do nadmiernego użycia inhalatorów ratunkowych.

Funkcjonowanie psychiczne a jakość życia

- Pacjenci z BDI > 20 i STAI-2 > 45 mieli niższe Mini-AQLQ: 2,4 vs. 3,7 u pacjentów bez objawów psychicznych ($p < 0,001$).
- Objawy depresji i lęku wiązały się z istotnie niższą jakością życia.

ACQ / Mini-AQLQ a wskaźniki psychiczne

- Korelacje ACQ i Mini-AQLQ z BDI/STAI były słabe ($r = 0,08$ – $0,15$).
- Standardowe kwestionariusze kontroli astmy i jakości życia nie wykrywają w pełni współistniejącego lęku i depresji.

CHARAKTERYSTYKA GRUPY BADANEJ

Płeć	
Żeńska	47
Męska	33
Wiek - średnia (\pm SD)	57.84 (\pm 14.28)
Czas trwania choroby - średnia (\pm SD)	19.13 (\pm 12.53)
Objawy depresji (BDI)	
łagodne	N=13
umiarkowane	N=9
ciężkie	N=6
Lęk (STAI-2) wysoki wynik	N=51
łagodne/umiarkowane	N=29

WYNIKI W ZALEŻNOŚCI OD STOSOWANEGO LEKU BIOLOGICZNEGO	BDI średnia (\pm SD)	STAI-1 średnia (\pm SD)	STAI-2 średnia (\pm SD)	ACQ średnia (\pm SD)	AQLQ średnia (\pm SD)
Dupilumab (n=11)	11.55 (\pm 10.20)	33.55 (\pm 11.01)	40.82 (\pm 12.92)	3.65 (\pm 0.62)	2.31 (\pm 0.70)
Benralizumab (n=23)	11.86 (\pm 8.99)	41.79 (\pm 10.10)	44.26 (\pm 7.69)	3.94 (\pm 0.84)	2.65 (\pm 0.73)
Mepolizumab (n=43)	12.26 (\pm 6.83)	43.09 (\pm 9.17)	43.65 (\pm 6.87)	3.89 (\pm 0.66)	2.42 (\pm 0.67)
Omalizumab (n=1)	17.00	54.00	49.00	4.40	1.90
Tezepelumab (n=2)	16.50 (\pm 20.51)	56.00 (\pm 15.56)	44.00 (\pm 16.97)	3.04 (\pm 0.76)	2.98 (\pm 0.45)

WYNIKI W ZALEŻNOŚCI OD PŁCI	BDI średnia (\pm SD)	STAI-1 średnia (\pm SD)	STAI-2 średnia (\pm SD)	ACQ średnia (\pm SD)	AQLQ średnia (\pm SD)	SABA średnia (\pm SD)
ŻEŃSKA (n=47)	13.34 (\pm 9.03)	42.12 (\pm 10.03)	45.34 (\pm 8.28)	3.90 (\pm 0.86)	2.57 (\pm 0.72)	2.15 (\pm 1.57)
MĘSKA (n=33)	10.36 (\pm 7.95)	40.71 (\pm 11.54)	41.27 (\pm 8.17)	3.83 (\pm 0.61)	2.49 (\pm 0.69)	1.82 (\pm 1.40)

WNIOSKI

U pacjentów zakwalifikowanych do terapii biologicznej częstsze zaostrzenia astmy wiązały się z objawami depresji. Pacjenci z wyraźnie niższymi wynikami w Mini AQLQ zgłaszali objawy depresji i lęku. Choć wyniki ACQ i Mini-AQLQ korelowały z objawami depresji i lęku w różnym stopniu, mogą być użyteczne w identyfikacji pacjentów wymagających dodatkowej diagnozy psychologicznej i wsparcia.

SURVIVORSHIP I FAZY AKCEPTACJI CHOROBY

Survivorship to okres od momentu diagnozy, obejmujący leczenie oraz dalsze życie po zakończeniu. W tym czasie pojawiają się różnorodne reakcje emocjonalne, które są naturalną częścią adaptacji do choroby.

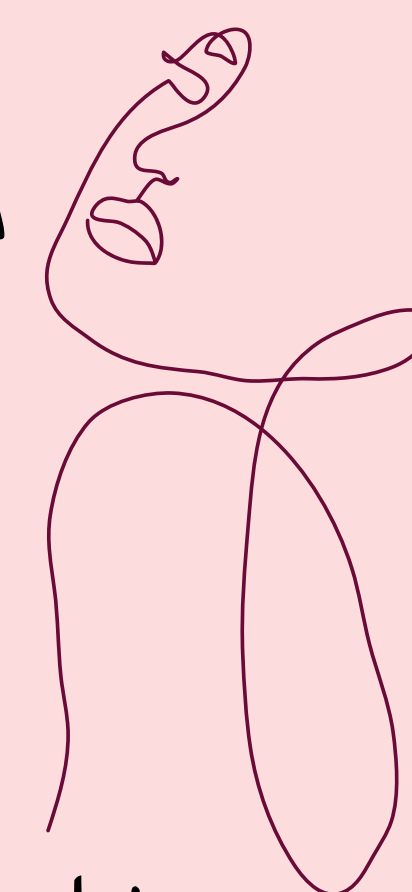
- Zaprzeczanie - trudność w przyjęciu diagnozy
- Gniew - bunt, frustracja, poczucie niesprawiedliwości
- Targowanie się - szukanie sposobów „odwrócenia” sytuacji
- Depresja - żal, wycofanie, poczucie straty
- Akceptacja - stopniowe osvajanie się z chorobą



Wytyczne NCCN i ESMO podkreślają znaczenie systematycznego screeningu dystresu i zapewnienia wsparcia psychologicznego.

CO WSPIERA ZDROWIE PSYCHICZNE?

- wsparcie psychologiczne
- wiedza i zrozumienie choroby
- obserwacja emocji i nastroju
- wsparcie bliskich
- rozmowy o kobiecości
- techniki relaksacyjne
- aktywność fizyczna
- sen i regeneracja
- strategia radzenia sobie



Zaprzeczenie - gniew - negocjacje - depresja - akceptacja

sita poza leczeniem

emocje i kobiecość mają znaczenie

KIEDY WARTO SZUKAĆ POMOCY?

- smutek, lęk lub napięcie utrzymujące się dłuższy czas
- problemy ze snem, apetytem lub codziennym funkcjonowaniem
- trudność w akceptacji swojego ciała
- lęk przed nawrotem choroby utrudniający funkcjonowanie
- bezradność, poczucie samotności, potrzeba odosobnienia, brak wsparcia

CO MOŻE ODCZUWAĆ PACJENTKA?

- lęk przed nawrotem choroby
- zmęczenie psychiczne
- brak poczucia atrakcyjności
- bezsenność
- obniżony nastrój
- trudności z akceptacją ciała
- problemy z intymnością
- lęk i napięcie



ZDROWIE PSYCHICZNE

KOBIET Z Endometriozą

Autorzy:

Alicja Kubica

Weronika Maszczyk

Emilia Jagoda

WSTĘP I CEL PRACY

Endometrioza jest przewlekłą chorobą, która istotnie **obniża jakość życia kobiet**, powodując m.in. przewlekły ból, zmęczenie oraz problemy z płodnością. Coraz więcej badań wskazuje, że choroba ta wpływa również na **zdrowie psychiczne, zwiększając ryzyko występowania lęku i depresji**.

Celem pracy jest ocena **wpływu endometriozy na stan psychiczny kobiet** oraz identyfikacja czynników determinujących ten wpływ.



EPIDEMIOLOGIA

Endometrioza dotyczy **ok. 10% kobiet** w wieku rozrodczym, co na świecie stanowi **powyżej 190 mln wszystkich kobiet**.

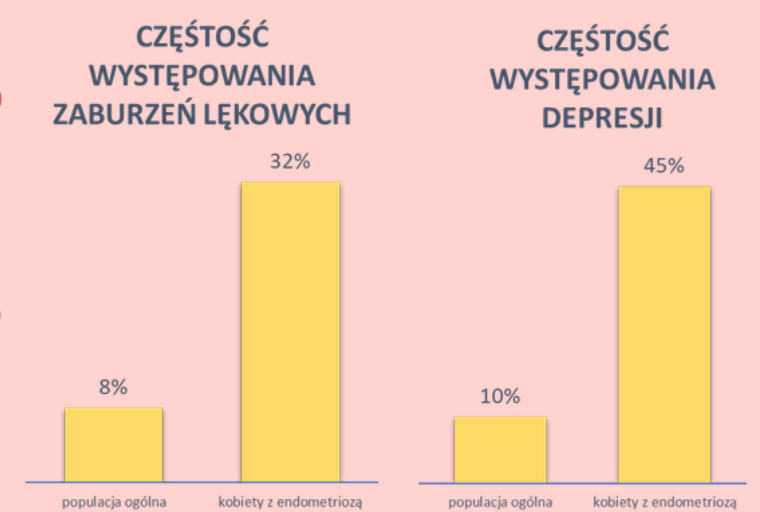
Częściej niż w populacji ogólnej występuje:

Depresja:

- Kobiety z endometriozą: **45%**
- Populacja ogólna: **10%**

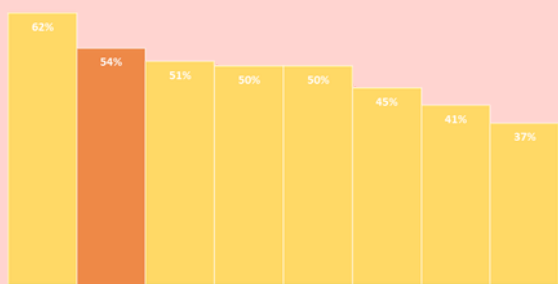
Zaburzenia lękowe:

- Kobiety z endometriozą: **32%**
- Populacja ogólna: **8%**



Powszechne objawy:

1. Dysmenorrhea (bolesne miesiączki): **62%**
2. Zaburzenia nastroju – lęk i depresja: **54%**
3. Obfite lub nieregularne krwawienia: **51%**
4. Obniżona jakość życia: **50%**
5. Trudności z płodnością (infertylitas): **30–50%**
6. Dyspareunia (ból podczas współżycia): **20–45%**
7. Ból przy mikcji/defekacji: **14–41%**
8. Przewlekły ból miednicy: **37%**



WNIOSEK:

Zaburzenia nastroju to jeden z najczęściej występujących objawów związanych z endometriozą

PATOGENEZA

Patogeneza rozwoju zaburzeń psychicznych w endometriozie jest wieloczynnikowa i związana z **podwyższonym stężeniem cytokin prozapalnych**. Oddziałują one na mechanizmy neuroprzekaznikowe, neuroendokrynne oraz neuroplastyczne, co może prowadzić do **zaburzeń funkcjonowania bariery krew–mózg** oraz struktur mózgowia odpowiedzialnych za **regulację nastroju**.

Przewlekły ból stanowi kluczowy czynnik łączący endometriozę z zaburzeniami zdrowia psychicznego, pełniąc istotną rolę w rozwoju objawów depresyjnych i lękowych. Jego natężenie dodatkowo koreluje z nasileniem depresji, lęku oraz stanowi silniejszy predyktor objawów psychologicznych niż stopień zaawansowania choroby. Jednocześnie stan psychiczny wpływa na percepcję bólu, co wskazuje na dwukierunkowy charakter zależności.



CZYNNIKI ZWIĄZANE Z NIŻSZYM POZIOMEM LĘKU I DEPRESJI

- wyższy status socjoekonomiczny
- starszy wiek
- mniejsze nasilenie bólu
- wyższa jakość życia
- łagodniejszy przebieg choroby
- krótsza i prostsza ścieżka diagnostyczna

CZYNNIKI BEZ ISTOTNEGO ZWIĄZKU

- niepłodność
- stadium endometriozy
- czas od diagnozy
- liczba operacji

To nie stadium choroby, lecz przede wszystkim nasilenie bólu determinuje dobrostan psychiczny.



CZYNNIKI ZWIĄZANE Z WYŻSZYM POZIOMEM LĘKU I DEPRESJI

Socjodemograficzne:

- niski poziom wykształcenia
- brak aktywności zawodowej

Stan zdrowia / objawy:

- przewlekły ból (szczególnie silny, codzienny)
- zmęczenie, zaburzenia snu
- niska jakość życia
- choroby współistniejące (np. bólowe)
- nieprawidłowe BMI

System opieki zdrowotnej:

- długie i złożone ścieżki diagnostyczne
- częste korzystanie z opieki zdrowotnej
- leczenie bólu (operacje, farmakoterapia)

WNIOSEK:

Mechanizm błędnego koła: ból ↔ lęk/depresja ↔ pogorszenie QoL



1. ŠKEGRO B, BJEDOV S, MIKUŠ M, MUSTAČ F, LEŠIN J, MATIJEVIĆ V, ET AL. ENDOMETRIOSIS, PAIN AND MENTAL HEALTH. PSYCHIATR DANUB. 2021;33(SUPPL 4):632–636.

2. KIGLOO HN, ITANI R, MONTREUIL T, FEFERKORN I, RAJNA J, TULANDI T, ET AL. ENDOMETRIOSIS, CHRONIC PAIN, ANXIETY, AND DEPRESSION: A RETROSPECTIVE STUDY AMONG 12 MILLION WOMEN. J AFFECT DISORD. 2024;346:260–265. DOI:10.1016/j.jad.2023.11.034.

3. ESTES SJ, HUISINGH CE, CHIUVE SE, PETRUSKI-IVLEVA N, MISSMER SA. DEPRESSION, ANXIETY, AND SELF-DIRECTED VIOLENCE IN WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS: A RETROSPECTIVE MATCHED-COHORT STUDY. AM J EPIDEMIOL. 2021;190(5):843–852. DOI:10.1093/AJE/KWAA249.

4. YANG FC, ZHOU Y, ZHANG SY, MA R. DEPRESSION AND ANXIETY IN PATIENTS WITH ENDOMETRIOSIS-ASSOCIATED CHRONIC PAIN: NEUROIMMUNE MECHANISMS MEDIATED BY INFLAMMATORY FACTORS. WORLD J PSYCHIATRY. 2025;15(10):107147. DOI:10.5498/WJP.V15.I10.107147.

5. BRETON Z, GOUESBET S, AMAZOUZ H, SCHOEFS H, TRAN VT, FALISSARD B, ET AL. FACTORS ASSOCIATED WITH ANXIETY AND DEPRESSION SYMPTOMS AMONG WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS: A CROSS-SECTIONAL STUDY WITHIN THE COMPARE-ENDOMETRIOSIS COHORT. J PSYCHOSOM RES. 2025;196:112329. DOI:10.1016/J.JPSYCHORES.2025.112329.