

Pierwszorazowy epizod psychotyczny wymagający leczenia elektrowstrząsami w następstwie infekcji SARS-CoV-2 – opis dwóch przypadków

First-episode psychosis requiring electroconvulsive therapy following SARS-CoV-2 infection – Description of two cases

Barbara Alli-Balogun, Patryk Rodek, Krzysztof Kucia

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach,
Katedra i Klinika Psychiatrii Dorosłych

Summary

COVID-19 is a systemic disease. Since the beginning of the pandemic, there have been increasing reports of neuropsychiatric complications of the infection. The excessive inflammatory response during the infection induces changes in neurotransmission, which can result in nonspecific manifestations of affective and psychotic disorders, among other symptoms.

We present descriptions of two cases involving previously untreated psychiatric patients, in whom the first-episode psychosis occurred immediately after SARS-CoV-2 infection. The commonality between both cases, besides the preceding SARS-CoV-2 infection, was the nonspecific and highly variable course of the psychotic disorder episode. This led to numerous diagnostic challenges and the necessity to change the diagnosis during treatment for both patients. In the case of a 58-year-old woman, persistent delusional disorders were initially diagnosed, followed by organic affective disorders. However, the evolution of symptoms ultimately led to the diagnosis of severe psychotic depression. In the case of a 68-year-old man, initially diagnosed psychotic depression turned out to be a first-episode of late-onset schizophrenia. Due to significant symptom exacerbation and evident treatment resistance, electroconvulsive therapy was implemented, resulting in complete symptomatic and functional remission.

The first-episode psychosis post-COVID-19 is a newly emerging complication of infection, increasingly reported but still poorly defined and described in the literature. It appears to exhibit significant differences from previously encountered disease entities. The described cases underscore the ongoing need to consider a history of SARS-CoV-2 infection as a precipitating factor for first-episode psychoses, as it can impact both the course of the illness and diagnostic and therapeutic decisions.

Słowa kluczowe: psychoza, elektrowstrząsy, COVID-19

Key words: psychosis, electroconvulsive therapy, COVID-19

Wstęp

Koronawirus SARS-CoV-2 pojawił się w mieście Wuhan w prowincji Hubei w Chinach w grudniu 2019 roku, a pierwszy przypadek śmiertelny odnotowano 11 stycznia 2020 roku [1]. Jedenastego lutego 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) określiła nową chorobę koronawirusową jako COVID-19, a miesiąc później, 11 marca, gdy epidemia występowała już w 114 krajach, WHO ogłosiła pandemię COVID-19 [2].

Neuropsychiatryczne konsekwencje zakażenia COVID-19 obserwowano od początku pandemii [3]. Ciężka odpowiedź zapalna wywołana przez zakażenie SARS-CoV-2 może być jednym z możliwych mechanizmów rozwoju objawów afektywnych i psychotycznych [4]. Infekcja i stres wywołane przez SARS-CoV-2 przyczyniają się do rozwoju nadmiernego stanu zapalnego, który może powodować zmiany w neuroprzebieżności w różnych obszarach mózgu, w tym w prążkowie brzuszny, hipokampie, ciele migdałowatym, jądrach szwu i miejscu sinawym. Przyczynia się to do rozwoju zaburzeń psychotycznych, nastroju i lękowych lub pogarsza istniejącą wcześniej chorobę [5]. Badania sugerują, że reakcje immunologiczne, takie jak bezpośrednia inwazja wirusa, rozregulowanie sieci cytokin i migracja obwodowych komórek odpornościowych, mogą być potencjalnymi przyczynami powikłań neuropsychiatrycznych [6].

Już na początku 2020 roku pojawiły się pierwsze doniesienia na temat powikłań neuropsychiatrycznych w przebiegu COVID-19. Wskazywano wówczas na częste występowanie bólów głowy w trakcie zakażenia [3]. Obszerna analiza danych przeprowadzona przez Nalleballego i wsp. [7] na grupie 40 469 osób wykazała występowanie powikłań neuropsychiatrycznych u 22,5% z nich. Konsekwencje neuropsychiatryczne związane z przebyciem COVID-19 opisywane były również u ozdrowieńców. Qi i wsp. [8] stwierdzili, że wśród najczęściej prezentowanych objawów neuropsychiatrycznych były chroniczne zmęczenie (53,6%), lęk i objawy depresyjne (26,8%) oraz objawy PTSD (12,2%).

W artykule przedstawiamy dwa przypadki chorych bez wywiadu psychiatrycznego ani rodzinnego, u których w związku z zakażeniem SARS-CoV-2 rozwinęły się zaburzenia psychotyczne wymagające intensywnego leczenia z użyciem elektrowstrząsów (EW). Pacjenci wyrazili zgodę na publikację opisów przypadku. Wszystkie dane wrażliwe pacjentów zostały zanonimizowane.

Pacjentka 1

Pani J., 58-letnia pacjentka, była hospitalizowana trzykrotnie w oddziale psychiatrii w okresie od marca do listopada 2021 roku. Pani J. pochodzi z pełnej rodziny, mieszka w małej miejscowości. W wieku 14 lat wyprowadziła się z domu rodzinnego, żeby podjąć naukę w szkole zawodowej. W szkole poznała obecnego męża. W zawodzie wyuczonym pracowała krótko, następnie zatrudniła się w innym miejscu pracy, gdzie pracuje od wielu lat. Z mężem tworzą udany związek, mają troje dzieci oraz kilkoro wnucząt. Przed hospitalizacją negowała wcześniejsze epizody depresyjne, hipomania-

kalne czy maniakalne, zaprzeczała problemom rodzinnym, nie nadużywała alkoholu, a w jej rodzinie nie występowały choroby psychiczne.

Początek objawów pani J. wiązała z przebyciem w listopadzie 2020 roku zakażeniem SARS-CoV-2 i utratą węchu w wyniku infekcji. Z relacji córki wynika, że infekcja przebiegała ze znacznie podwyższoną temperaturą ciała i długo się utrzymywała mimo stosowanego leczenia objawowego lekami przeciwzapalnymi. Od tego czasu pacjentka zaczęła wspominać o problemach z funkcjonowaniem przewodu pokarmowego. Była przekonana, że jej przewlekłe zaparcia wiążą się z nieprawidłowym funkcjonowaniem narządów w jamie brzusznej. Dodatkowo od grudnia 2020 roku doznawała omamów węchowych w postaci odczuwania zapachu stęchlizny, a miesiąc później zaczęła się skarżyć na spadek nastroju, obniżenie łaknienia, ograniczyła swoją codzienną aktywność, straciła wszelkie zainteresowania, opieka nad wnukami stała się ciężarem, choć wcześniej sprawiała jej ogromną radość.

W marcu 2021 roku została przyjęta do oddziału. Pacjentka prezentowała wówczas urojenia ksobne, prześladowcze, katastrofy, nihilistyczne, doznawała stale omamów węchowych. Wywiad zebrany od rodziny potwierdził wtórnie do objawów wytwórczych pojawienie się obniżenia nastroju, abulii, anhedonii, zaburzeń snu, zmniejszenia apetytu, spadku masy ciała. Dotychczasowy przebieg choroby wskazywał na infekcję COVID-19 jako prawdopodobny czynnik spustowy obecnych objawów. W trakcie pobytu modyfikowano farmakoterapię wcześniej zaleconą w ambulatorium. Odstawiono olanzapinę (10 mg na dobę) i mirtazapinę (45 mg na dobę), wprowadzono rysperydon do 6 mg na dobę. Postawiono rozpoznanie uporczywych zaburzeń urojeniowych. Ze względu na ciężkość objawów oraz brak współpracy pacjentki w przyjmowaniu płynów i posiłków z pobudek urojeniowych rozpoczęto kwalifikację do zabiegów EW, na które chora wyraziła zgodę. Wykonano 6 zabiegów EW w dwuskroniowym ułożeniu elektrod z zastosowaniem techniki *ultrabrief pulse width* o maksymalnym ładunku 276 mC (szerokość pasma – 0,25 ms; czas przepływu ładunku – 7,8–8,0 s; częstotliwość – 80–100 Hz; natężenie prądu – 0,9 A). Już po drugim zabiegu zaczęły się wyrównywać nastrój, po czwartym normalizowały się rytmy okołodobowe, zaczęły ustępować lęk, apatia, abulia, anhedonia. Urojenia ksobne, prześladowcze, nihilistyczne ustąpiły dopiero po wyrównaniu nastroju. Pani J. została wypisana w wyrównanym stanie psychicznym.

Po 2 miesiącach pani J. ponownie została przyjęta do oddziału. Przy przyjęciu zgłaszała obecność omamów węchowych, urojeń nihilistycznych w postaci przekonania o zaniku własnych narządów i zatruciu całego świata, oraz urojeń winy, kary, które nawróciły mniej więcej 2 tygodnie po wypisie ze szpitala z towarzyszącymi anhedonią, abulią, anergią i obniżeniem nastroju. Początkowo była nieufna, napięta, podtrzymywała obecność objawów wytwórczych, odpowiadała zdawkowo na pytania. Relacjonowała niepokój związany ze swoim stanem zdrowia, była bezkrytyczna wobec doświadczanych objawów wytwórczych, zgłaszała obniżony nastrój, alogię, obniżenie aktywności złożonej.

W związku z brakiem efektywności dotychczasowego leczenia przeciwpsychotycznego (rysperydon w dawce 6 mg) wprowadzono do leczenia pernazynę (250 mg na dobę) – uzyskano w ten sposób stopniową redukcję objawów wytwórczych

i afektywnych, z ich pełnym ustąpieniem w 24. dobie hospitalizacji. Pogłębiono diagnostykę psychologiczną, wykonując testy MMPI-2 i SCID-II, które wykazały obecność zaburzeń osobowości w postaci osobowości unikającej z dominującymi mechanizmami obronnymi, takimi jak wyparcie i somatyzacja. Wówczas w naszej ocenie objawy psychotyczne i afektywne były wtórne do mechanizmów obronnych związanych z zaburzeniami osobowości.

Po 3 miesiącach od ostatniej hospitalizacji pani J. została przyjęta do oddziału po raz trzeci. Pacjentka przyznała, że dysymulowała objawy z pobudek urojeniowych. Pojawiły się cechy endogenności epizodu depresyjnego z nasilonymi objawami psychotycznymi, pseudohalucynacje węchowe (odczuwanie nieprzyjemnego zapachu płynącego z ciała wraz z jego urojeniową interpretacją), urojenia nihilistyczne (przekonanie o zaniku własnych narządów, zatruciu całego świata) oraz urojenia winy i kary. Ostatecznie postawiono rozpoznanie ciężkiego epizodu depresji z objawami psychotycznymi. Zmodyfikowano farmakoterapię, odstawiono pernazynę (dawka 600 mg na dobę, modyfikowana ambulatoryjnie), włączając w jej miejsce wenlafaksynę do 300 mg na dobę, mirtazapinę do 45 mg na dobę oraz sulpiryd do 400 mg na dobę. Ze względu na znaczne nasilenie objawów psychotycznych i depresyjnych pacjentkę zakwalifikowano do terapii EW. Wykonano serię podstawową złożoną z 9 zabiegów o maksymalnym ładunku 201 mC (szerokość pasma – 0,25 ms; czas przepływu ładunku – 6,7–7,2 s; częstotliwość – 50–70 Hz; natężenie prądu – 0,9 A). Dzięki zastosowanemu leczeniu uzyskano pełną remisję objawową i funkcjonalną, wyrównanie nastroju, napędu, powrót spontaniczności, zdolności do hedonii, całkowite ustąpienie aktywności wytwórczej oraz normalizację rytmów okołodobowych. Pani J. chętnie uczestniczyła w zajęciach socjoterapeutycznych w oddziale, nawiązywała prawidłowe relacje z innymi chorymi. Przeprowadzono u niej głęboką psychoedukację w zakresie psychofarmakoterapii oraz zaburzeń nastroju, pacjentka uzyskała pełny wgląd w procesy intrapsychiczne i wysoką motywację do utrzymania przymierza terapeutycznego. Ze względu na krótkie okresy remisji zakwalifikowano ją do serii podtrzymującej EW w rytmie 1 zabieg na 4 tygodnie. Podczas całego okresu stosowania farmakoterapii nie obserwowano zarówno w badaniach przedmiotowych, jak i w badaniach laboratoryjnych zaburzeń metabolicznych, a ryzyko sercowo-naczyniowe utrzymywało się na niskim poziomie. Panią J. wypisano z rozpoznaniem „zaburzenia depresyjne nawracające”. Pacjentka wróciła do normalnego funkcjonowania i pozostaje w pełnej remisji objawowej i funkcjonalnej już od półtora roku.

Pacjent 2

Pan J., 68-letni emerytowany górnik, został przekierowany do oddziału psychiatrii z oddziału chirurgii, gdzie trafił z powodu podjęcia próby samobójczej przez zadanie sobie ran kłutych nożem. Przed hospitalizacją nigdy nie był leczony psychiatrycznie, nie nadużywał alkoholu, a w jego rodzinie nie występowały choroby psychiczne. Mieszkał dotychczas wraz z żoną, pozostawał długo czynny zawodowo, był zawsze człowiekiem aktywnym. Pod koniec 2020 roku zachorował na COVID-19. Infekcja manifestowała się znacznie podwyższoną temperaturą ciała, dochodzącą do 40°C, przy stosunkowo

miernie nasilonej duszności. Lekarz rodzinny podczas dwóch wizyt domowych nie stwierdził wskazań do hospitalizacji, gdyż pacjent pozostawał wydolny oddechowo, utrzymywał saturację na poziomie 93–95%. Poza leczeniem objawowym środkami przeciwwzapalnymi i przeciwgorączkowymi nie wymagał innych postępowań. Stan taki trwał 14 dni, jednak już w drugim tygodniu choroby zachowanie pana J. zaczęło się stopniowo zmieniać, co żona początkowo przypisywała wyczerpaniu związanemu z przedłużającą się infekcją.

Pomimo zakończenia domowej kwarantanny pan J. przestał wychodzić z domu, ograniczył codzienną aktywność do podstawowych czynności higienicznych, wydawało się, że stracił wszelkie zainteresowania. Żona wielokrotnie zachęcała go do spotkań z dziećmi, wyjścia na spacer czy nawet spędzania czasu na majsterkowaniu w garażu, co przed chorobą zawsze dawało mu dużą satysfakcję, lecz za każdym razem namowy okazywały się nieskuteczne. Pan J. stał się małowówny, apatyczny, okresowo wpatrywał się ślepo w jeden punkt, nie odpowiadał na pytania, zaczął mniej jeść, w efekcie znacznie schudł w krótkim czasie. Rodzina opisywała go jako kogoś, kto stracił całą chęć i energię do życia; jako osobę pogrążoną w ciągłym smutku, apatyczną, skupioną głównie na wewnętrznych przeżyciach, które wywoływały jednocześnie duże cierpienie. Żona, choć była zaniepokojona stanem męża, początkowo tłumaczyła jego zachowanie przebyłym zakażeniem koronawirusem i miała nadzieję, że jest to przejściowe pogorszenie samopoczucia, które zapewne wkrótce ustąpi. Nie udało jej się nakłonić męża, żeby skorzystał z pomocy psychiatry. Pewnego wieczoru pan J. poprosił żonę o przygotowanie kolacji. Kiedy tylko wyszła z pokoju, udał się spokojnie do kuchni, wyjął z szuflady długi, 20-centymetrowy nóż, po czym – stojąc przed lustrem – wbił sobie ostrze w brzuch. Następnie zadał kolejny cios w klatkę piersiową, celując w serce.

Został przetransportowany do szpitala wielospecjalistycznego i przyjęty do oddziału chirurgii, gdzie natychmiast wykonano w trybie ratowania życia zwiadowczą laparotomię jamy brzusznej. Ze względu na rozległy krwotok wewnętrzny w wyniku mnogich ran śledziony przeprowadzono splenektomię, zaszyto rozcięte kopyły przepony, odbarczono odnę płucną, założono ssący drenaż jamy opłucnowej oraz jamy osierdziejowej.

W trakcie niemal 2-tygodniowej hospitalizacji w oddziale chirurgii pacjent konsultowany był dwukrotnie psychiatrycznie. Za pierwszym razem z powodu zaburzeń świadomości w przebiegu majaczenia na tle somatycznym, przy drugiej wizycie natomiast konsultujący psychiatr rozpoznał ciężki epizod depresji z objawami psychotycznymi. Pacjent przyznał wtedy, że słyszał głos nakazujący mu popełnienie samobójstwa, co miało być karą za grzechy, jakich dopuścił się w życiu. Po ustabilizowaniu stanu somatycznego pacjent został przeniesiony do oddziału psychiatrii w celu dalszej diagnostyki i leczenia. W pierwszych dniach hospitalizacji u pana J. obserwowano zwłaszcza głęboko obniżony nastrój i napęd, spłycony afekt, spowolniony tok myślenia; jego wypowiedzi były zdawkowe, wręcz lakoniczne i dotyczyły głównie poczucia bezsensu oraz braku nadziei na jakąkolwiek poprawę swojego stanu. Chory wypowiadał urojenia winy i kary, choć zwracały już wtedy uwagę ksobne nastawienia wobec personelu. Dopytywany o przyczyny podjęcia próby samobójczej przyjmował

postawę dysymulującą, potwierdzał, że słyszał wtedy głos, jednak kategorycznie nie chciał odpowiadać na pytania doprecyzowujące okoliczności zdarzenia. Ze względu na niezwykle wysoki potencjał samobójczy oraz objawy wskazujące istotnie na ciężki epizod psychotycznej depresji włączono do leczenia sertralinę do 100 mg na dobę i rysperydon do 6 mg na dobę oraz rozpoczęto kwalifikację do zabiegów EW, na które chory wyraził zgodę. W trakcie leczenia jego stan ulegał z każdym zabiegiem wyłącznie niewielkiej poprawie, przy niemal stale głęboko obniżonym nastroju.

Przeprowadzono pogłębiony obiektywizujący wywiad z żoną pacjenta. Przyznała ona wówczas, że pan J. już od pewnego czasu bowiem twierdził, że jest stale szpiegowany przez obce służby wywiadowcze, Agencję Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz przez nią, uważając, że jest ona podstawionym agentem. W poczuciu zagrożenia swojego życia zaklejał foliami kratki wentylacyjne, kontakty, nawet okna, przekonany o nasyłaniu na niego elektromagnetycznych sił poprzez urządzenia radarowe. Po skonfrontowaniu pacjenta z nowymi informacjami niechętnie przyznał on, że to właśnie z tego powodu wycofał się z życia społecznego i przestał się porozumiewać z innymi, nie chcąc ujawnić żadnych informacji na swój temat. Co więcej, kilka dni przed pierwszą hospitalizacją zaczęły mu się ukazywać demoniczne postaci w formie zmieniających kształty, przerażających masek, wyzierających ze ścian i z podłogi; widział, jak ziemia pod nim się rozstępuje, a on sam spada do piekła. Pojawiły się budzące grozę głosy kilku mężczyzn szepczących mu do ucha komendy i polecenia, które to głosy komentowały jego poczynania w omamowym dialogu. To właśnie one nakazały mu wykonać pierwszy cios nożem, a następnie drugi, gdy zorientowały się, że krwi jest zbyt mało.

Zweryfikowano diagnozę, rozpoznając pierwszy w życiu epizod schizofrenii o późnym początku z infekcją COVID-19 jako prawdopodobnym czynnikiem spustowym. Odstawiono sertralinę i rysperydon, włączono zaś olanzapinę do 20 mg na dobę. Wobec dalszego braku skuteczności przeciwpsychotycznej olanzapiny rozpoczęto stopniowe wdrażanie do leczenia kłozapiny, osiągając maksymalną dawkę dobową 200 mg. W tym czasie wykonano 10 zabiegów EW w dwuskroniowym ułożeniu elektrod w technice *ultrabrief pulse width* z wykorzystaniem ładunku maksymalnego 202 mC (szerokość pasma – 0,25 ms; czas przepływu ładunku – 7,2–8,0 s; częstotliwość – 60–100 Hz; natężenie prądu – 0,9 A). Dopiero przy tak zintensyfikowanym postępowaniu udało się uzyskać pierwsze zadowalające efekty, a po ósmym zabiegu EW osiągnięto pełne ustąpienie objawów psychozy – powrócił żywy afekt, wyrównał się nastrój, pacjent stał się bardziej rozmowny, zaczął nawiązywać koleżeńskie relacje w oddziale.

Ze względu na nieakceptowalny ślinotok zmniejszono dawkę kłozapiny do 150 mg i z dobrym efektem korygowano ją kroplami atropinowymi. Przy wypisie pan J. nie prezentował jakichkolwiek objawów rezydualnych schizofrenii, również w wymiarze negatywnym. Podczas całego okresu stosowania farmakoterapii nie obserwowano zarówno w badaniach przedmiotowych, jak i w badaniach laboratoryjnych zaburzeń metabolicznych, a ryzyko sercowo-naczyniowe pozostawało na niskim poziomie. Pan J. pozostaje w pełnej remisji już niemal dwa lata, jest pod stałą opieką psychiatryczną. Wrócił do normalnego funkcjonowania.

Dyskusja

COVID-19 to przede wszystkim choroba układu oddechowego, ale SARS-CoV-2 u wielu pacjentów przenika również do ośrodkowego układu nerwowego. Pojawiły się pierwsze doniesienia o pacjentach, u których wystąpiły objawy psychotyczne po zakażeniu SARS-CoV-2 [9]. Ferrando i wsp. [4] opisali trzy przypadki objawów psychotycznych u pacjentów z COVID-19 bez żadnych istotnych objawów ze strony układu oddechowego. Smith i wsp. [10] przedstawili przypadek krótkotrwałego zaburzenia psychotycznego u kobiety, która miała urojenia prześladowcze, obniżony nastrój oraz zaburzenia snu, a początek objawów był bezpośrednio związany z infekcją COVID-19. Rentero i wsp. [11] odnotowali serię kilku pacjentów z psychozą i zakażeniem COVID-19, ale w ich pracy nie zostały podane szczegóły dotyczące objawów i leczenia. Parra i wsp. [12] udokumentowali historie 10 pacjentów prezentujących objawy psychotyczne w postaci urojeń prześladowczych, halucynacji słuchowych i wzrokowych, bezpośrednio związane z infekcją SARS-CoV-2. Tak jak i w naszych przypadkach pacjenci ci nie byli przed zachorowaniem leczeni psychiatrycznie. Z kolei zespół badaczy kierowany przez Benedicta Michaela z Uniwersytetu w Liverpoolu przedstawił analizę 125 ze 153 przypadków nadesłanych na platformę CoroNerve.com [13]. Wszyscy pacjenci przechorowali infekcję COVID-19, ale jednocześnie zdiagnozowano u nich także zaburzenia neurologiczne bądź psychiatryczne. Wiek pacjentów wahał się od 23 do 94 lat, a średnia wyniosła 71 lat. Diagnozę zaburzeń neurologicznych bądź psychiatrycznych postawiono u 39 pacjentów (31%), z czego 16 chorych przejawiało zaburzenia psychiczne związane z przyczynami organicznymi, takimi jak encefalopatia czy zapalenie mózgu, a 23 spełniało kryteria choroby psychicznej. W 10 przypadkach lekarze stwierdzili nowo powstałą psychozę, w 6 otępienie, a w 4 przypadkach zaburzenia afektywne.

Coraz bardziej widoczne jest, że pacjenci z SARS-CoV-2 wykazują silniejsze objawy depresji, lęku i zespołu stresu pourazowego w porównaniu ze zdrową populacją [14]. W opublikowanym opisie przypadku sugerowano, że objawy afektywne mogą być opóźnioną odpowiedzią na zakażenie OUN przez SARS-CoV-2 u pacjentów bez wywiadu choroby psychicznej [15].

Powyższe doniesienia pokrywają się z naszymi doświadczeniami. Przypadki chorób psychicznych (czy to afektywnych, czy psychotycznych) bezpośrednio związane z zakażeniem koronawirusem zdecydowanie różnią się w przebiegu i prezentacji objawowej od ich klasycznych endogennych odpowiedników. W przypadku pierwszej opisanego przez nas pacjentki liczne trudności diagnostyczne i nietypowość całego obrazu klinicznego nie pozwalały postawić pewnej diagnozy. Pojawienie się objawów psychotycznych w postaci urojeń prześladowczych, ksobnych, omamów węchowych przed obniżeniem nastroju nie jest typowe dla epizodu psychotycznej depresji, dlatego też skłoniliśmy się ku diagnozie zaburzeń urojeniowych, a objawy depresyjne potraktowaliśmy jako wtórne do psychozy. Dopiero podczas trzeciej hospitalizacji obraz choroby wyewoluował w kierunku psychotycznej depresji, pojawiły się cechy endogennego epizodu depresji, pacjentka wypowiadała szerokie spektrum urojeń nihilistycznych związanych ze stanem zarówno swojego ciała, jak i otaczającego ją świata.

Pozwoliło to na postawienie w końcu właściwej diagnozy i włączenie intensywnej farmakoterapii przeciwdepresyjnej, której zastosowanie było znacznie opóźnione właśnie w związku z wysoce nietypowym przebiegiem choroby po infekcji SARS-CoV-2.

W drugim opisanym przez nas przypadku mierzyliśmy się z trudnościami odwrotnymi. Pacjent początkowo prezentował klasyczny dla psychotycznej depresji układ objawów, to znaczy w trakcie objawowego zakażenia COVID-19 pojawiły się: obniżenie nastroju, smutek, obniżenie aktywności, izolacja społeczna, spowolnienie myślenia i wypowiedzi oraz depresyjne urojenia winy i kary. Dopiero w trakcie terapii ujawnił on leżący u podłoża objawów depresyjnych system urojeniowy, typowy dla psychozy schizofrenicznej. Tak więc w tym przypadku spekulujemy, że to właśnie infekcja koronawirusowa była czynnikiem spustowym pierwszego epizodu schizofrenii paranoidalnej o późnym początku, co samo w sobie jest dość rzadkim zjawiskiem.

Zaburzenia psychotyczne po zakażeniu COVID-19 to nowa i coraz częściej pojawiająca się diagnoza. Opisane przypadki wskazują na konieczność zachowania wysokiej czujności i dokładności w poszukiwaniu czynnika spustowego pojawiającego się zaburzenia psychicznego, ale również na potrzebę prowadzenia dalszych badań w celu poznania neuropsychiatrycznej etiologii psychozy po infekcji SARS-CoV-2.

Piśmiennictwo

1. Singhal T. *A review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19)*. Indian J. Pediatr. 2020; 87(4): 281–286. Doi: 10.1007/S12098-020-03263-6.
2. World Health Organization. *Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19): Interim guidance-2*, 2020. <https://www.who.int/news> (dostęp: 15.02.2023).
3. Tian S, Hu N, Lou J, Chen K, Kang X, Xiang Z i wsp. *Characteristics of COVID-19 infection in Beijing*. J. Infect. 2020; 80(4): 401–406. Doi: 10.1016/J.JINF.2020.02.018.
4. Ferrando SJ, Klepacz L, Lynch S, Tavakkoli M, Dornbush R, Baharani R i wsp. *COVID-19 psychosis: A potential new neuropsychiatric condition triggered by novel coronavirus infection and the inflammatory response?* Psychosomatics 2020; 61(5): 551–555. Doi: 10.1016/J.PSYM.2020.05.012.
5. Vuren van EJ, Steyn SF, Brink CB, Möller M, Viljoen FP, Harvey BH. *The neuropsychiatric manifestations of COVID-19: Interactions with psychiatric illness and pharmacological treatment*. Biomed. Pharmacother. 2021; 135: 111200. Doi: 10.1016/J.BIOPHA.2020.111200.
6. Troyer EA, Kohn JN, Hong S. *Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms*. Brain Behav. Immun. 2020; 87: 34–39. Doi: 10.1016/J.BBI.2020.04.027.
7. Nalleballe K, Reddy Onteddu S, Sharma R, Dandu V, Brown A, Jasti M i wsp. *Spectrum of neuropsychiatric manifestations in COVID-19*. Brain Behav. Immun. 2020; 88: 71–74. Doi: 10.1016/J.BBI.2020.06.020.
8. Qi R, Chen W, Liu S, Thompson PM, Zhang LJ, Xia F i wsp. *Psychological morbidities and fatigue in patients with confirmed COVID-19 during disease outbreak: Prevalence and associated biopsychosocial risk factors*. medRxiv. [Preprint]. 2020 May 11: 2020.05.08.20031666. Doi: 10.1101/2020.05.08.20031666.

9. Kozato N, Mishra M, Firdosi M. *New-onset psychosis due to COVID-19*. BMJ Case Rep. 2021; 14(4): e242538. Doi: 10.1136/bcr-2021-242538.
10. Smith CM, Komisar JR, Mourad A, Kincaid BR. *COVID-19-associated brief psychotic disorder*. BMJ Case Rep. 2020; 13(8): e236940. Doi: 10.1136/BCR-2020-236940.
11. Rentero D, Juanes A, Losada CP, Álvarez S, Parra A, Santana V i wsp. *New-onset psychosis in COVID-19 pandemic: A case series in Madrid*. Psychiatry Res. 2020; 290: 113097. Doi: 10.1016/J.PSYCHRES.2020.113097.
12. Parra A, Juanes A, Losada CP, Álvarez-Sesmero S, Santana VD, Martí I i wsp. *Psychotic symptoms in COVID-19 patients. A retrospective descriptive study*. Psychiatry Res. 2020; 291: 113254. Doi: 10.1016/J.PSYCHRES.2020.113254.
13. Varatharaj A, Thomas N, Ellul MA, Davies NWS, Pollak TA, Tenorio EL i wsp. *Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: A UK-wide surveillance study*. Lancet Psychiatry 2020; 7(10): 875–882. Doi: 10.1016/S2215-0366(20)30287-X.
14. Sayde GE, Stefanescu A, Hammer R. *Interdisciplinary treatment for survivors of critical illness in the era of COVID-19: Expanding the post-intensive care recovery model and impact on psychiatric outcomes*. J. Acad. Consult. Liaison Psychiatry 2023. 64(3): 226–235. Doi: 10.1016/J.JACLP.2023.01.009.
15. Neumann-Podczaska A, Chojnicki M, Karbowski LM, Al-Saad SR, Hashmi AA, Chudek J i wsp. *Clinical characteristics and survival analysis in a small sample of older COVID-19 patients with defined 60-day outcome*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020; 17(22): 8362. Doi: 10.3390/ijerph17228362.

Adres: Barbara Alli-Balogun
Katedra i Klinika Psychiatrii Dorosłych
Wydział Nauk Medycznych w Katowicach
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
40-635 Katowice, ul. Ziołowa 45/47
e-mail: barbara.balogun@gmail.com

Otrzymano: 21.11.2023

Zrecenzowano: 21.01.2024

Otrzymano po poprawie: 14.02.2024

Przyjęto do druku: 23.03.2024