

# Mania u osób w podeszłym wieku

Felicity Richards, Martin Curtice

*Advances in psychiatric treatment* (2011), 17, 357–364

Mania u osób w podeszłym wieku jest poważnym zaburzeniem wymagającym specjalistycznej oceny i leczenia. Chociaż prowadzone są liczne badania dotyczące manii, to tylko nieznaczna ich część dotyczy chorych w późnym wieku. Postępujący proces starzenia się populacji oraz zwiększająca się długość życia oznaczają, że bezwzględna liczba osób starszych będzie wzrastać i psychiatry zajmujący się osobami w podeszłym wieku z pewnością będą musieli opracować metody rozpoznawania i opieki nie tylko nad osobami z objawami otępienia i depresji, ale także manii. Do tej pory nie powstał swoisty algorytm leczenia manii u starszych osób. W tym artykule omówiono diagnozowanie, opiekę oraz metody leczenia manii i hipomanii u chorych w podeszłym wieku.

Zaledwie kilka badań dotyczyło trudności, na jakie napotyka psychiatry zajmujący się cierpiącymi na manię lub hipomanię chorymi w podeszłym wieku. Liczba pacjentów, u których nietypowe lub typowe objawy manii ujawniły się w późnym wieku, nie jest nieznaczna i biorąc pod uwagę postępujące starzenie się populacji w połączeniu z lepszą opieką medyczną oraz wyższą przeżywalnością, można spodziewać się wzrostu zapotrzebowania na świadczenie usług medycznych. Niejasne objawy diagnostyczne oraz ostrzejszy i bardziej wycieńczający niż w przypadku młodszych osób przebieg choroby powoduje, że starsi dorośli chorujący na manię są częściej hospitalizowani,<sup>1</sup> obciążeni większym ryzykiem objawów psychozy,<sup>2</sup> częściej pojawiają się u nich zaburzenia współwystępujące, a istotnym problemem staje się polipragmazja. Jednocześnie jednak nie jest dostępny żaden algorytm leczenia manii, który uwzględniłby specyfikę przebiegu choroby u pacjentów z tej grupy wiekowej.

Piśmiennictwo dotyczące problemu manii i hipomanii u osób w podeszłym wieku (definiowanym jako wiek powyżej 65 lat) jest skąpe. Dodatkowo, często zdarza się, że autorzy przyjmują w badaniach różne kryteria podziału na grupy wiekowe, co uniemożliwia łatwe wykorzystanie zawartych w nich informacji w praktyce. Celem tego artykułu będzie omówienie problemu manii i hipomanii u pacjentów z tej ważnej grupy wiekowej.

## Klasyfikacja zaburzeń afektywnych dwubiegunowych

Lekarze mają do dyspozycji dwie metody klasyfikowania epizodów zaburzenia afektywnego dwubiegunowego. Zarówno

ICD-10,<sup>3</sup> jak i DSM-IV<sup>4</sup> umożliwiają rozpoznawanie manii (z objawami zaburzeń psychicznych lub bez nich) i hipomanii. Występowanie izolowanych epizodów manii lub hipomanii jest rzadkością.

Zgodnie z ICD-10, do rozpoznania zaburzenia afektywnego dwubiegunowego konieczne jest wystąpienie co najmniej dwóch epizodów istotnego zaburzenia nastroju i poziomu pobudzenia pacjenta (w wyniku depresji i manii). Klasyfikacja ICD-10 pozwala również ocenić, czy dany epizod zaburzenia afektywnego dwubiegunowego to mania czy depresja, oraz dalej dzieli zaburzenia na te z objawami psychozy lub bez nich.

DSM-IV proponuje klasyfikację epizodów zaburzenia afektywnego dwubiegunowego na typ I i typ II. Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I zawiera jeden lub więcej epizodów manii lub epizodów mieszanych. U chorych zazwyczaj obserwuje się jeden lub więcej epizodów depresyjnych. Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II charakteryzuje się występowaniem jednego lub więcej epizodów depresyjnych z towarzyszącym im co najmniej jednym epizodem hipomanii.

## POJĘCIA SWOISTE DLA MANII U OSÓB W PODESZŁYM WIEKU

Epizody manii lub hipomanii mogą utrzymywać się w podeszłym wieku u osób chorujących od lat na zaburzenie afektywne dwubiegunowe a nieobjętych już opieką medyczną dla dorosłych. Mania zazwyczaj dotyczy osób, które nie ukończyły 30 r.ż., a kolejny szczyt częstości zachorowań dotyczy kobiet około 50 r.ż. Zdarza się jednak, że objawy manii po raz pierw-

Felicity Richards jest konsultantką psychiatrii wieku podeszłego w Worcestershire Mental Health Partnership NHS Trust w Wielkiej Brytanii. W obszarze jej zainteresowań leżą głównie zaburzenia afektywne u osób w podeszłym wieku. Martin Curtice jest konsultantem psychiatrii wieku podeszłego z tytułem Master of Laws with Distinction w dziedzinie prawa dotyczącego zdrowia psychicznego. W obszarze jego zainteresowań pozostaje prawo dotyczące zdrowia psychicznego, prawa człowieka oraz zaburzenia afektywne u starszych osób.

Adres do korespondencji: Dr Felicity Richards, Department of Older Adult Psychiatry, Lucy Baldwin Unit, F Block, Kidderminster Hospital, Bewdley Road, Kidderminster DY11 6RJ, Wielka Brytania. E-mail: felicity.richards1@worcestershire.nhs.uk

szy obserwowane są u osób (w szczególności mężczyzn), które ukończyły 80 lat.<sup>2</sup>

Uważa się, że u wielu osób w podeszłym wieku mania jest następstwem przejścia nawracających epizodów depresji w epizod maniakalny. Proces ten może być naturalnym skutkiem postępowania choroby lub rezultatem przyjmowania leków przeciwdepresyjnych. Sugeruje się, że leczenie trójpierścieniowymi lekami przeciwdepresyjnymi dwukrotnie bardziej sprzyja wystąpieniu u pacjenta epizodów manii niż przyjmowanie leków z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny lub placebo. Stwierdzono, że przyjmowanie wenlafaksyny i duloksetyny również zwiększa ryzyko przejścia depresji w manię.<sup>5</sup>

Opracowano inne przydatne koncepcje dotyczące manii i jej podtypów, w tym termin „mania wtórna” (lub „zespół rozhamowania”) i „mania naczyniowa” szczególnie w odniesieniu do chorych w podeszłym wieku (ramka 1).

### Mania wtórna

Stwierdzono, że u osób cierpiących na różne choroby neurologiczne mogą wystąpić objawy zaburzeń afektywnych. Koncepcja manii wtórnej, po raz pierwszy opisana przez Krauthammera i Klermana,<sup>6</sup> początkowo używana była do wyjaśnienia mechanizmu powstawania manii związanej z towarzyszącymi jej objawami zróżnicowanych zaburzeń u osób w podeszłym wieku. Wydaje się, że neurologzy częściej stosują termin „organiczne zaburzenia nastroju”, jednak objawy kliniczne i cechy tego zespołu są podobne jak w przypadku manii wtórnej.

Mania wtórna może wystąpić u osób cierpiących na stwardnienie rozsiane, chorobę Parkinsona, padaczkę płata czołowego, AIDS, otępienie oraz po urazie mózgu.<sup>7</sup> Rzeczywiście u 9% chorych z urazem mózgu rozpoznawana jest mania wtórna, a wśród nich przeważają pacjenci z uszkodzeniem płata skroniowego.

Zaburzenie afektywne w wywiadzie rodzinnym i zaniki podkorowe występujące przed urazem mózgu są dodatkowymi czynnikami zwiększającymi ryzyko wystąpienia manii.<sup>8</sup>

Związek między manią a zaburzeniami neurologicznymi potwierdzono w wielu badaniach. Tohen<sup>9</sup> stwierdził, że osoby, u których mania po raz pierwszy wystąpiła w późnym wieku, dwa razy częściej cierpią na współwystępujące zaburzenia neurologiczne w porównaniu z chorymi, którzy przebyli wcześniej kilka epizodów manii. Wyniki wielu badań sugerują, że mania wtórna/organiczne zaburzenie nastroju wiąże się z uszkodzeniem prawej półkuli mózgu. Sugestie te oparte są na hipotezie, zgodnie z którą przerwanie połączeń w regionie kory okołoczołowej pośredniczy w powstawaniu objawów manii.<sup>8</sup>

Inne przykłady podkreślające niejednorodną naturę przyczyn manii wtórnej to zaburzenia metabolizmu, takie zaburzenia hormonalne, jak nadczynność tarczycy i przewlekła steroidoterapia, choroby nowotworowe i zakażenia. Wszyst-

### Ramka 1

#### Podsumowanie wyróżnionych podtypów manii

- Zaburzenie afektywne dwubiegunowe o wczesnym początku  
Dotyczy pacjentów z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym, wcześniej leczonych na oddziale dla dorosłych, u których objawy manii wystąpiły w podeszłym wieku. Osoby te podlegają obecnie systemowi opieki osób starszych.
- Zaburzenie afektywne dwubiegunowe utajone  
Początek depresji w młodym wieku, a w późniejszym życiu przejście z fazy depresyjnej w maniakalną. Proces ten jest być może wynikiem naturalnego postępowania choroby, działania leków przeciwdepresyjnych lub patologicznych zmian w mózgu.
- Mania wtórna (organiczne zaburzenie nastroju)  
Brak wcześniejszych zaburzenia afektywnego. Rozwój manii jest związany z wystąpieniem innej choroby ogólnej lub neurologicznej. Może również obejmować objawy manii naczyniowej i manii powiklanej.  
Mania „jednobiegunowa” zgodnie z DSM IV (American Psychiatric Association 1994)  
Pojawiające się u osób w podeszłym wieku izolowane epizody manii, których przyczyny są inne niż wyżej opisane czynniki.

(Schulman 1999)

kie te objawy mogą występować u chorych z zespołem majaczeniowym, co jest kolejnym utrudnieniem w diagnostyce manii.<sup>8</sup>

### Mania naczyniowa

Steffans i Krishnan<sup>10</sup> zaproponowali, aby manię naczyniową uznać za podtyp manii. Pojęcie to jest używane do wyjaśniania częstego występowania objawów manii u chorych po udarze mózgu. Na podobnej zasadzie Alexopoulos i wsp.<sup>11</sup> zaproponowali wydzielenie pojęcia depresja naczyniowa. Rzeczywiście stwierdzono możliwość wystąpienia względnie ostrego wystąpienia objawów manii po przebyciu incydentu mózgowo-naczyniowego. Częstsze wykrywanie w badaniach obrazowych niemego klinicznie udaru mózgu u chorych, u których epizod manii nastąpił w późnym wieku, oraz związek między występowaniem w mózgu zmian hiperintensywnych a takimi czynnikami ryzyka wystąpienia manii jak nadciśnienie tętnicze, choroby układu krążenia i cukrzyca są kolejnymi dowodami na poparcie koncepcji manii naczyniowej.<sup>8,12</sup>

### Epidemiologia

Istnieją rozbieżności między zgłaszalnością zachorowań na zaburzenie afektywne dwubiegunowe wśród osób w podeszłym wieku i nie ma pełnej zgody co do częstości występowania epizodów manii/hipomanii u tych osób. Wyniki wielu badań niezmiennie pokazują, że zachorowalność na zaburzenie afektywne dwubiegunowe jest odwrotnie skorelowana z wiekiem, czyli że wraz ze starzeniem się spada ryzyko za-

chorowania.<sup>13,14</sup> Z badań przeprowadzonych przez Hirschfelda i wsp.<sup>15</sup> wynika, że u nie więcej niż 0,5% osób powyżej 65 r.ż. objawy zaburzenia afektywnego dwubiegunowego ujawniają się po raz pierwszy.

Wskaźnik rocznej chorobowości dla zaburzenia dwubiegunowego u osób powyżej 65 r.ż. wynosi 0,1%. Odsetek ten jest mniejszy niż w przypadku dorosłych między 45-65 r.ż. (0,4%) i między 18-44 r.ż. (1,4%).<sup>2</sup>

## OBCIĄŻENIA ZWIĄZANE Z ZABURZENIEM DWUBIEGUNOWYM U OSÓB STARSZYCH

### Ekonomia

Chorzy w podeszłym wieku mogą być niewspółmiernie dużym obciążeniem dla systemu opieki zdrowotnej. Według niektórych danych szacunkowych od 8-10% przyjmowanych na oddział psychiatryczny pacjentów to starsi dorośli cierpiący na zaburzenie dwubiegunowe. Odsetek ten jest podobny w przypadku młodszych dorosłych.<sup>2</sup> Zgodnie z wynikami badań przewidywany jest wzrost zapotrzebowania na opiekę medyczną. W raporcie przygotowanym przez Kings Found<sup>13</sup> wyliczono, że przewidywany proporcjonalny wzrost liczby zachorowań na zaburzenie dwubiegunowe i choroby pokrewne dotyczy nadal głównie osób w wieku 65 lat i starszych. Większy odsetek ludzi starszych w populacji nie wpłynie jednak znacząco na całkowitą liczbę nowych chorych, ponieważ zachorowalność w tej grupie wiekowej jest mniejsza.

Szacuje się, że średni koszt opieki nad pacjentami po 65 r.ż. cierpiącymi na zaburzenie afektywne dwubiegunowe i choroby pokrewne w Wielkiej Brytanii jest czterokrotnie większy niż w przypadku pacjentów z młodszych grup wiekowych. Jest to spowodowane większymi średnimi kosztami utrzymania pacjenta w szpitalu i opieki domowej nad chorym.<sup>13</sup> Czynniki, które uwzględniono przy wyliczeniu całkowitych kosztów związanych z opieką nad pacjentem, były koszty przepisanych leków, opieki nad hospitalizowanym pacjentem, innych usług National Health Service (NHS), utrzymanie pacjenta w domu opieki społecznej, dziennej opieki medycznej, innego rodzaju pomocy socjalnej, nieformalnych form opieki oraz koszty wynikające z utraty pracy przez pacjenta.

Wśród pacjentów w podeszłym wieku przyjmowanych do szpitala odsetek tych, którzy cierpią na zaburzenie afektywne dwubiegunowe, jest porównywalny z odsetkiem chorych na schizofrenię. Pacjenci z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym pozostają jednak krócej w szpitalu.<sup>2</sup> W porównaniu z osobami z zaburzeniem afektywnym jednobiegunowym leczonymi ambulatoryjnie, osoby z zaburzeniem dwubiegunowym cztery razy częściej korzystają z usług szpitali psychiatrycznych, włączając w to hospitalizację, koordynację przypadku (case management), trening umiejętności oraz opiekę dzienną.<sup>16</sup> Całkowity koszt rocznej opieki medycznej nad pacjentami z zaburzeniem dwubiegunowym i współwstę-

pującym otępieniem jest ponad dwa razy wyższy niż opieka nad pacjentami, u których obecne są tylko objawy zaburzenia afektywnego dwubiegunowego.<sup>17</sup>

### Zachorowalność i śmiertelność

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe jest związane z dużą zachorowalnością i śmiertelnością. Liczba zaburzeń współwystępujących rośnie wprost proporcjonalnie do wieku pacjenta. Szacuje się, że u około 67% pacjentów powyżej 70 r.ż. z objawami zaburzenia afektywnego dwubiegunowego wystąpi co najmniej jedno istotne zaburzenie współwystępujące.<sup>18</sup> U osób z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym typu I obserwuje się większą umieralność, wynikającą przede wszystkim z chorób układu krążenia. Różnice w ryzyku zgonu w wyniku chorób układu krążenia mogą odzwierciedlać wpływ manii/hipomanii na organizm chorego. Nie stwierdzono bowiem powiązania między występowaniem objawów depresji a zgonem na skutek chorób układu krążenia.<sup>19</sup>

Stwierdzono, że osoby z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym są bardziej narażone na wystąpienie otyłości lub zachorowanie na cukrzycę typu 2 niż reszta populacji. Zwiększone ryzyko zachorowania można tłumaczyć objawami innych chorób współwystępujących, nadużywaniem substancji, nieskutecznym zapobieganiem wystąpieniu czynników sprzyjających powstawaniu chorób układu krążenia (takich jak palenie tytoniu, otyłość, brak ćwiczeń fizycznych), niepożądanym działaniem leków psychotropowych oraz słabym zaangażowaniem pacjenta w leczenie.<sup>20</sup>

### Samobójstwo

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe wiąże się z dużym ryzykiem samobójstwa (ryzyko zgonu na poziomie 8-20%),<sup>21</sup> szczególnie w trakcie epizodu depresji lub epizodu mieszanego.<sup>5</sup> Problem samobójstw lub prób samobójczych u osób powyżej 65 r.ż., z objawami manii lub hipomanii nie został jak dotąd zbadany. Czynniki zwiększające ryzyko popełnienia samobójstwa przez dorosłych chorych, takie jak niewłaściwe metody leczenia (podawane leki) oraz nieodpowiedni sposób prowadzenia obserwacji, mają również zastosowanie u osób w podeszłym wieku.<sup>22</sup> Pacjenci w podeszłym wieku z rozpoznaniem zaburzenia afektywnego dwubiegunowego powinni być więc uznani za osoby obciążone wysokim ryzykiem popełnienia samobójstwa i dlatego należy zapewnić im długoterminowe intensywne wsparcie.<sup>5</sup>

### Etiologia

Czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia zaburzenia afektywnego dwubiegunowego, niezależnie od wieku pacjenta, wydaje się rodzinne obciążenie zaburzeniami afektywnymi. Stwierdzono jednak, że chorzy, u których pierwsze objawy manii pojawiły się dopiero w podeszłym wieku, mają mniej krewnych pierwszego stopnia z zaburzeniami afektywnymi

w porównaniu do osobami, u których zaburzenie afektywne dwubiegunowe rozpoznano w młodszym wieku. Wyniki tych badań nie są jednak jednoznaczne, ponieważ częstość występowania zaburzenia afektywnego dwubiegunowego u osób z obciążeniami rodzinnymi waha się od 24 do 88%.<sup>8</sup>

### Rozpoznanie i ocena stanu zdrowia

Mania u osób w podeszłym wieku jest zazwyczaj rozpoznawana na podstawie klasyfikacji ICD-10 lub DSM-IV. Należy jednak pamiętać, że klasyczne objawy manii, takie jak podwyższony nastrój czy urojenia wielkościowe, mogą nie być widoczne u osób w podeszłym wieku. Zamiast tego można u nich stwierdzić początkowo niełatwe do rozpoznawania objawy, takie jak drażliwość, rozproszenie uwagi, dezorientacja,<sup>23</sup> które mogą sugerować majaczenie, zaburzenia poznawcze lub wręcz depresję. Do odróżnienia majaczenia od manii lub hipomanii, wymagane jest monitorowanie stanu chorego w czasie.<sup>1</sup> Dlatego wszyscy chorzy w podeszłym wieku, u których stwierdzono względnie nagle pojawienie się niepokoju i zagubienia, powinni zostać powtórnie diagnozowani w kierunku manii, nawet mimo braku objawów zaburzeń afektywnych w przeszłości (ramka 2).

Zebranie wyczerpującego wywiadu, najlepiej z uwzględnieniem wątków pobocznych, jest niezmiernie istotne. W przypadku chorych, u których objawy manii wystąpiły po raz pierwszy, dobrze przeprowadzony wywiad może ujawnić wcześniejsze epizody hipomanii lub depresji, nie tak poważne, aby wymagały skierowania na badania, rozpoczęcia leczenia czy pomocy psychiatrów. Sklasyfikowanie typu manii u chorych w podeszłym wieku może pomóc przy ustalaniu leczenia i w dalszej opiece (typy manii patrz ramka 1).

Pełny proces diagnostyczny powinien składać się z wyczerpującego badania przedmiotowego uwzględniającego badanie neurologiczne (ramka 3). Należy wykonać podstawowe badanie krwi oraz EKG, szczególnie jeśli rozważane jest leczenie litem lub walproinianem. U osób starszych z manią często występują inne zaburzenia medyczne i neurologiczne.<sup>9</sup> W związku z tym pacjenci, u których po raz pierwszy stwierdzono objawy manii, powinni zostać poddani dokładnym badaniom pod kątem innych mogących przyczynić się do powstania choroby zaburzeń współwystępujących. W tym wypadku polecane jest badanie mózgu metodą obrazowania.

Istnieje związek między zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym a ryzykiem wystąpienia chorób układu krążenia. W początkowej fazie leczenia należy więc przeprowadzić szczegółowy wywiad lekarski w celu wykluczenia czynników zwiększających ryzyko chorób układu krążenia, takich jak palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia czy cukrzyca.<sup>8</sup>

Mając na uwadze omówione powyżej przyczyny wystąpienia manii wtórnej, działanie wszystkich podawanych leków powinny być monitorowane. Niektóre leki w połączeniu z lekami przeciwpsychotycznymi, antybiotykami (antybiomania),

#### Ramka 2

##### Rozpoznanie różnicowe manii u pacjentów w podeszłym wieku

- Majaczenie z nadmierną aktywnością
- Otepienie – zwłaszcza otepienie czołowo-skroniowe
- Udar mózgu
- Wczesny epizod manii jako część współwystępującego zaburzenia afektywnego dwubiegunowego
- Mania wtórna, czyli spowodowana lekami lub zaburzeniami somatycznymi
- Późny początek psychozy podobnej do schizofrenii
- Ostry i krótkotrwały epizod zaburzeń psychiatrycznych

szczególnie klarytromycyną i innymi lekami z grupy antybiotyków makrolidowych, steroidami oraz estrogenami, mogą być czynnikami wywołującymi objawy manii wtórnej.<sup>23,24</sup>

#### METODY BADAŃ PRZESIEWOWYCH

Rozpoznanie epizodów manii oparte jest na wynikach badań klinicznych oraz ocenie stanu zdrowia pacjenta. W praktyce lekarze – specjaliści medycyny ogólnej i psychiatrzy – nie dysponują żadnymi łatwymi w użyciu narzędziami do badań przesiewowych. Skale diagnostyczne mogłyby być pomocnym narzędziem w procesie diagnostycznym, są one jednak raczej wykorzystywane w ośrodkach naukowych.<sup>25</sup> W przypadku chorych w podeszłym wieku, u których często występuje osłabienie funkcjonowania narządów zmysłów, stosowanie kwestionariuszy do samooceny zdrowia mogłoby być skomplikowane i niezbyt użyteczne.

### Współwystępujące zaburzenia psychiczne

#### ZABURZENIA LĘKOWE I NADUŻYWANIE SUBSTANCJI

Współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym jest dobrze udokumentowane. Z doniesień wynika, że chorobowość w okresie

#### Ramka 3

##### Proces rozpoznawania manii u osób w podeszłym wieku

- Badanie przedmiotowe, włącznie z badaniem neurologicznym
- Badanie krwi - oznaczenie stężenia mocznika i elektrolitów, współczynnika przesączenia kłębuszkowego, testy funkcjonowania wątroby, pełna morfologia krwi, stężenie witaminy B<sub>12</sub> i kwasu foliowego, profil kostny, stężenie glukozy
- Badanie śródkowego strumienia moczu
- Elektrokardiogram (EKG)
- Zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej
- Tomografia komputerowa (TK) lub rezonans magnetyczny (MR) jeśli występuje wskazanie (w przypadku objawów neurologicznych itp.)

całego życia w odniesieniu do zespołu lęku uogólnionego u starszych osób z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym wynosi 20,5%, a wskaźnik rocznej chorobowości 9,5%. Dla zaburzeń lęku napadowego odnotowana chorobowość w okresie całego życia może osiągać nawet 19%, natomiast roczna chorobowość 11,9%.<sup>26</sup> Takie zaburzenia współwystępujące, jak zaburzenie stresowe pourazowe, nadużywanie substancji, inne typy zaburzeń lękowych lub otępienie występują u prawie 29% starszych dorosłych cierpiących na zaburzenie afektywne dwubiegunowe.<sup>27</sup>

Nadużywanie substancji, zaburzenie często współwystępujące w młodszej grupie z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym, jest rzadsze u osób w podeszłym wieku, niemniej częściej obserwowane niż w zdrowej grupie kontrolnej. Życiowy oraz 20-miesięczny współczynnik chorobowości dla współwystępującego nadużywania alkoholu wynosi 38%.<sup>26</sup> Stwierdzono, że pacjenci z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym, którzy w przeszłości mieli problemy z uzależnieniem od alkoholu, są częściej hospitalizowani.<sup>28</sup>

#### ZABURZENIA POZNAWCZE

Zaburzenia poznawcze są częste wśród pacjentów, u których początek zaburzenia afektywnego dwubiegunowego nastąpił w podeszłym wieku. Przybierają one ostrzejszą formę niż u osób z wczesnym rozpoznaniem.<sup>29</sup> W porównaniu z osobami z grupy kontrolnej dopasowanej pod względem wieku, pacjenci z chorobą afektywną dwubiegunową uzyskują gorsze wyniki we wszystkich testach poznawczych. Przy czym u osób z późnym początkiem zaburzenia afektywnego dwubiegunowego bardziej widoczne są objawy zaburzeń psychomotorycznych i niezdolność do elastycznego myślenia. U pacjentów w podeszłym wieku, u których objawy zaburzenia afektywnego dwubiegunowego ujawniły się przed 50 r.ż., stwierdzono zaburzenia poznawcze obejmujące wiele różnych sfer, takich jak zaburzenia selektywności uwagi, pamięci werbalnej czy płynności werbalnej w stanie prawidłowego nastroju. Uważa się, że u osób w podeszłym wieku z rozpoznaniem zaburzenia afektywnego dwubiegunowego mogą występować istotne zaburzenia funkcji poznawczych, prawdopodobnie będące charakterystyczną cechą choroby podstawowej.<sup>28</sup>

#### Metody leczenia

Leczenie manii lub hipomanii u chorych w podeszłym wieku wymaga stosowania złożonych metod. U osób w starszym wieku zazwyczaj obserwuje się nagły i ostry atak choroby, dlatego często konieczne jest przyjęcie pacjenta do szpitala. Chory może zostać przyjęty do szpitala na własne życzenie lub bez zgody na podstawie Mental Health Act (w Polsce: Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – przyp. tłum.). Ważne, aby pracujący w szpitalu lekarze różnych specjalności wiedzieli, w jaki sposób zajmować się osobami cierpiącymi na tego typu zaburzenia. Zarówno psychiatra, jak i lekarz pierwszego kon-

taktu są odpowiedzialni za rozpoznanie i ustalenie metody leczenia chorób somatycznych towarzyszących zaburzeniu afektywnemu dwubiegunowemu.

Niewielkie zaangażowanie pacjentów w podtrzymywanie kontaktu z lekarzem rodzinnym nie należy do rzadkości. Psychiatrzy, utrzymujący bliski kontakt z pacjentami, mogą okazać się pomocni w wykrywaniu chorób somatycznych u tych osób. Należy zwrócić uwagę na częste wśród chorych z tej grupy wiekowej problemy ze stosowaniem się do zaleceń dotyczących przyjmowania leków, jak również na możliwość wystąpienia problemu polipragmatyzacji oraz interakcji lekowych w przypadku wielu opisanych poniżej leków psychotropowych. Osoby odpowiedzialne za planowanie leczenia powinny mieć na uwadze sytuację społeczną pacjenta oraz to jak choroba może wpływać na członków rodziny oraz na karierę zawodową chorego.

#### Leczenie farmakologiczne

Decyzja o leczeniu osób w podeszłym wieku zwykle jest swego rodzaju kompromisem, ponieważ może się zdarzyć, że działania niepożądane terapii będą podobnie dotkliwe jak objawy leczonej choroby. Nie ma swoistych algorytmów leczenia manii u osób starszych, brakuje też publikacji dotyczących badań klinicznych z udziałem osób z tej grupy wiekowej. W praktyce wytyczne dotyczące leczenia osób starszych z manią/hipomanią są takie same jak w przypadku pacjentów z innych grup wiekowych. Należy jednak podjąć szczególne środki ostrożności ze względu na różnice w farmakokinetyce leków i możliwość wystąpienia działań niepożądanych w przypadku jednoczesnego przyjmowania różnych leków.

Przestrzeganie zaleceń lekarza dotyczących harmonogramu przyjmowania leków może być utrudnione ze względu na naturę nagłych epizodów, obecność zaburzeń poznawczych u pacjenta czy niechęć do przyjmowania leków.

Zgodnie z ogólną zasadą, chorym w podeszłym wieku należy zalecać mniejsze dawki leków, które powinny być ostrożnie zwiększane. W ten sposób można zapobiec problemom związanym ze zmniejszoną objętością dystrybucji leku i obniżonym współczynnikiem klirensu nerkowego, co jest szczególnie ważne wtedy, gdy rozważane jest stosowanie litu. Leczenie farmakologiczne można podzielić na różne etapy: faza ostra (epizod maniakalny lub epizod mieszany) i faza terapii podtrzymującej.

Pełny zakres informacji można znaleźć w publikacjach British Association of Psychopharmacology<sup>3</sup> i National Institute for Health and Clinical Excellence<sup>30</sup> (ramka 4).

#### LIT

Nie przeprowadzono żadnych badań klinicznych dotyczących skuteczności litu u pacjentów w podeszłym wieku cierpiących na zaburzenie dwubiegunowe. Dotyczy to zarówno leczenia

ostrzych epizodów choroby, jak i terapii podtrzymującej. U pacjentów w podeszłym wieku lit jest jednak powszechnie stosowanym lekiem normotymicznym.<sup>31</sup> Zaawansowany wiek pacjenta, brak zaburzenia dwubiegunowego w wywiadzie rodzinnym, mania wtórna spowodowana innymi chorobami współwystępującymi (np. udarem mózgu) lub otępienie prognozują słabą skuteczność litu.<sup>23</sup> Na marginesie należy zaznaczyć, że podawanie litu osobom w podeszłym wieku z zaburzeniem dwubiegunowym może zapobiec pojawieniu się choroby Alzheimera.<sup>32</sup> Przyjmowanie litu przez dłuższy okres czasu skorelowane jest ze spadkiem ryzyka popełnienia samobójstwa.<sup>5,21</sup>

U starszych chorych należy brać pod uwagę możliwość upośledzenia czynności nerek. Zaburzenia pracy nerek w okresie przewlekłego leczenia litem są związane raczej z wiekiem chorego, epizodami zatrucia litem, z przebytymi w przeszłości chorobami nerek oraz z harmonogramem leczenia niż z czasem trwania profilaktycznej terapii litem. Szacuje się, że u około 10-20% spośród pacjentów przyjmujących lit dłużej niż 10 lat, mogą pojawić się zmiany w nerkach, zazwyczaj jednak niezwiązane z ich niewydolnością.<sup>5,33</sup>

Z farmakokinetyki litu wynika, że współczynnik wydalania litu u starszych osób jest o połowę mniejszy niż u młodszych chorych. Dlatego u wielu pacjentów w podeszłym wieku obserwuje się dobrą reakcję na mniejsze dawki leku. Dostępne są praktyczne wskazówki dotyczące podawania litu pacjentom ze stwierdzoną przewlekłą niewydolnością nerek.<sup>34</sup>

Działania niepożądane litu nie ograniczają się tylko do upośledzenia pracy nerek, lecz są źródłem wielu innych skarg chorych. U osób leczonych litem mogą wystąpić napady drgawek, nasilenie drżenia u osób z chorobą Parkinsona i samoistne objawy pozapiramidowe.<sup>8</sup> Łagodne drżenia oraz oczopląs, nieutrudniające funkcjonowania pacjenta, nie powinny być rozpatrywane jako objawy zatrucia litem.<sup>23</sup>

Do objawów zatrucia litem należą bóle przewodu pokarmowego, zaburzenia koordynacji ruchowej, niewyraźna mowa, majaczenie lub śpiączka. Objawy te mogą wystąpić po okresie odwodnienia organizmu spowodowanego wymiotami, biegunką lub niewystarczającą ilością przyjmowanych płynów (obserwowane szczególnie u osób starszych), po okresie czasowego unieruchomienia pacjenta, w trakcie rozwoju zakażenia dróg oddechowych lub posocznicy.<sup>30</sup> Stwierdzono, że osoby w podeszłym wieku leczone litem częściej cierpią na niedoczynność tarczycy, w związku z czym mogą wymagać odpowiedniego leczenia substytucyjnego.

Należy zwrócić uwagę na możliwość wystąpienia interakcji lekowej. Przyjmowanie innych leków towarzyszących może wpłynąć na obniżenie klirensu nerkowego i potencjalnie zwiększyć ryzyko zatrucia litem. Lekarz powinien być zawsze poinformowany o tym, że pacjent przyjmuje leki z grupy tiazydów, inhibitorów konwertazy angiotensyny, niesteroidowych leków przeciwzapalnych. U tych pacjentów należy regularnie oceniać stężenie litu w surowicy.<sup>30</sup>

#### Ramka 4

##### Zalecenia NICE dotyczące leczenia osób w podeszłym wieku cierpiących na zaburzenie afektywne dwubiegunowe

Lekarze opiekujący się pacjentami w podeszłym wieku z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym, powinni:

- mieć świadomość potrzeby stosowania mniejszych dawek leku
- przepisując leki psychotropowe pacjentom w podeszłym wieku, zważać na wzrost ryzyka interakcji lekowych
- upewnić się, czy wszystkie zaburzenia współwystępujące zostały rozpoznane
- pamiętać, że osoby w podeszłym wieku są narażone na większe ryzyko wystąpienia nagłego wystąpienia objawów depresji po ustąpieniu epizodu manii<sup>30</sup>

#### KWAS WALPROINOWY

Wyniki badań pokazują, że kwas walproinowy jest lekiem skutecznym i dobrze tolerowanym przez osoby w podeszłym wieku. Dotychczas nie stwierdzono jednak, aby był skuteczniejszy od litu w leczeniu zaburzenia afektywnego dwubiegunowego.<sup>31</sup> Stwierdzono zależność między reakcją na leczenie walproinianem a zaawansowanym wiekiem pacjentów, wzmoczoną intensywnością objawów manii, zaburzeniami neurologicznymi, dysforią oraz wcześniej stwierdzonym brakiem wrażliwości pacjenta na lit.<sup>27</sup>

Lekarze powinni mieć świadomość interakcji, w jakie może wchodzić kwas walproinowy z lekami przeciwpadaczkowymi. U starszych pacjentów przyjmujących walproinian należy zwracać uwagę na występowanie nadmiernej sedacji, drżeń i zaburzeń chodu. Zaobserwowano, że zaburzenia poznawcze i objawy choroby Parkinsona wywołane przez kwas walproinowy są w pełni odwracalne jeśli zastosuje się w terapii walproinian sodu.<sup>35,36</sup> Zgodnie z zaleceniami British Association for Psychopathology<sup>5</sup> początkowa dzienna dawka leku dla osób starszych powinna wynosić 500 mg. Jakkolwiek rozpoczęcie leczenia od dawki 125-250 mg leku przyjmowanego na noc i dalsze, uważne zwiększanie dawki aż do 500-1000 mg/dobę jest również dopuszczalne.<sup>27</sup>

#### KARBAMAZEPINA

Nie zachęca się do rozpoczynania leczenia od podania karbamazepiny.<sup>5</sup> W przypadku chorych w podeszłym wieku z manią wtórną, u których reakcja na leczenie litem jest słaba, zastosowanie karbamazepiny może być jedynym możliwym rozwiązaniem.<sup>2</sup> Szczególny problem związany ze stosowaniem karbamazepiny wynika z ryzyka wystąpienia interakcji lekowych wywołanych indukowaniem aktywności cytochromu P450. W konsekwencji skuteczność działania leków przeciwpsychotycznych i przeciwdepresyjnych wraz z innymi często przepisywanymi lekami z grupy antagonistów kanałów wapniowych oraz erytromycyną czy warfaryną może zostać istotnie zmniejszona.

Ponieważ pacjenci w podeszłym wieku są bardziej narażeni na wystąpienie objawów hiponatremii, należy prowadzić

rutynową kontrolę elektrolitów w surowicy.<sup>5</sup> Należy zwrócić szczególną uwagę na to, czy w przeszłości u chorego nie występowały zaburzenia w składzie krwi (dyskrazja) lub czy nie przebył choroby wątroby. Do szerokiego zakresu możliwych działań niepożądanych terapii można zaliczyć niezborność ruchów, splątanie, podwójne lub zamazane widzenie, jak również zmęczenie, problemy z układem pokarmowym, rzadko zdarza się wystąpienie odczynu idiosyncraticznego takiego jak zespół Stevensa-Johnsona, agranulocytoza czy niewydolność wątroby.

### LEKI PRZECIWPASYCHOTYCZNE

U osób w podeszłym wieku początek epizodu manii może być wyjątkowo nagły. Jest to zagrożenie zarówno dla pacjenta, jak i osób z jego otoczenia. Jeśli choroba przybierze ostrą formę, a dzieje się tak szczególnie wtedy, gdy manii towarzyszą objawy psychozy, wtedy nieuniknione staje się podjęcie leczenia stabilizującego stan pacjenta za pomocą leków przeciwpsychotycznych.<sup>5</sup> W przypadku chorych w ostrej manii, leczonych litem lub kwasem walproinowym, należy najpierw zwiększyć dawkę litu lub kwasu walproinowego zanim wprowadzi się leki przeciwpsychotyczne.<sup>5,30</sup> Natomiast jeśli mania była leczona za pomocą leków przeciwpsychotycznych, to zazwyczaj można podać olanzapinę, kwetiapinę lub risperydon. Prawdopodobieństwo wystąpienia objawów pozapiramidowych, które mogą być działaniem niepożądanym leków przeciwpsychotycznych, jest zazwyczaj większy u pacjentów z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym niż u osób cierpiących na schizofrenię przyjmujących porównywalne dawki leków.<sup>5</sup> U chorych w podeszłym wieku z manią stwierdzono wysoki współczynnik zachorowalności na późne dyskinezy (dochodzący do 20%). Zbadano, że prawdopodobieństwo zachorowania wzrasta wraz z wiekiem.<sup>27</sup> Wyniki badań, zgodnie z którymi leki przeciwpsychotyczne mogą wpływać na osłabienie możliwości poznawczych pacjentów cierpiących na otępienie, nie są przekonujące ani jednoznaczne.<sup>37</sup>

### Metody leczenia nefarmakologicznego

W przypadku chorych w ciężkim stanie wskazane jest zastosowanie terapii elektrowstrząsowej, która pomoże szybko zaplanować nad sytuacją i spowoduje stosunkowo krótkotrwałą poprawę. Terapia elektrowstrząsowa powinna być wprowadzana dopiero wtedy, gdy wszystkie inne metody leczenia nie skutkują lub gdy sytuacja jest na tyle poważna, że zagrożone jest życie pacjenta.<sup>38</sup> Do takich sytuacji możemy zaliczyć powikłania wynikające z zaniedbywania się pacjenta, odwodnienie organizmu, niedożywienie, ryzyko popełnienia samobójstwa, słabą skuteczność podawanych leków lub ich nietolerancję. Zanim podejmie się decyzję o zastosowaniu elektrowstrząsów, należy przeprowadzić ocenę korzyści i ryzyka wynikającego z leczenia. Zwłaszcza w przypadku osób starszych trzeba dokładnie przeanalizować ryzyko, jakie niesie za sobą znieczulenie pacjenta, uwzględnić możliwość wystąpienia zaburzeń

poznawczych/odmiennego stanu świadomości. Po omówieniu z pacjentem i jeśli to konieczne z jego adwokatem (lub opiekunem prawnym – przyp. tłum) wszystkich zalet i wad terapii, należy dopilnować, aby pacjent wyraził zgodę na wykonanie elektrowstrząsów. Najprawdopodobniej w dokumencie Mental Health Act trzeba będzie wprowadzić zmiany uwzględniające możliwość wystąpienia sytuacji, w której pacjent nie ma zdolności prawnej do podejmowania decyzji (w Polsce możliwe jest wykonanie zabiegów EW bez zgody pacjenta, za zgodą odpowiedniego sądu na podstawie Ustawy o wykonywaniu zawodu lekarza – przyp. tłum.). Jakiegokolwiek decyzje dotyczące odmowy udziału w leczeniu powinny być konsultowane.

### PSYCHOTERAPIA

Psychoterapia jest ważnym elementem leczenia osób cierpiących na zaburzenie afektywne dwubiegunowe. Stosowana jest jednak głównie u osób z objawami zaburzeń depresyjnych. Nie ma dowodów na skuteczność działania psychoterapii w przypadku pacjentów w podeszłym wieku z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym opornym na leczenie. Większość, jeśli nie wszystkie zalecenia dotyczące prowadzenia psychoterapii dotyczą pacjentów poniżej 65 r.ż. Poniżej omówiono kluczowe zagadnienia związane z stosowaniem psychoterapii w leczeniu osób starszych z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym.

#### Edukacja

Edukacja jest sprawdzoną metodą, dzięki której chorzy z manią uczą się rozpoznać oznaki nawrotu choroby, wypełniania/respektowania zaleceń dotyczących leczenia oraz opanowują podstawowe strategie radzenia sobie w trudnych sytuacjach. W przypadku starszych pacjentów istotne wydaje się zwrócenie szczególnej uwagi na utrzymanie rytmu zachowań związanych np. z rutynowymi czynnościami wykonywanymi w ciągu dnia lub przed snem.<sup>30</sup>

#### Terapia poznawczo-behawioralna

Stwierdzono, że terapia poznawczo-behawioralna zmniejsza ryzyko wystąpienia izolowanych epizodów manii i rozwinięcia się pełnego epizodu manii.

#### Inne typy psychoterapii

Zarówno terapia rodzinna, jak leczenie grupowe (takie jak edukacja grupowa będąca uzupełnieniem leczenia farmakologicznego) oraz terapia interpersonalna i rytmu społecznego (interpersonal and social rhythm therapy) mają zastosowanie w leczeniu zaburzenia afektywnego dwubiegunowego u dorosłych.<sup>5</sup> Przydatność tych metod w leczeniu osób w podeszłym wieku wymaga dalszych badań. Należy wziąć pod uwagę te czynniki, które mogą wpłynąć na skuteczność terapii. Możemy do nich zaliczyć zaburzenia procesów poznawczych, brak motywacji do podjęcia leczenia czy słabsze odbieranie bodźców zmysłowych u osób starszych. W 2009 roku Depart-

ment of Health ogłosił, że usługi psychoterapeutyczne powinny być świadczone bez względu na wiek pacjenta. Dlatego starsi chorzy mogą oczekiwać pełnego dostępu do korzystania różnego typu zajęć psychoterapeutycznych, takiego samego, jaki mają osoby młode.

### Przebieg manii u osób w podeszłym wieku

Piśmiennictwo dotyczące przebiegu choroby u osób w podeszłym wieku jest skąpe. Z obserwacji wynika, że starsi pacjenci radzą sobie z chorobą tak samo dobrze jak osoby młodsze i osiągają podobne rezultaty leczenia. Stwierdzono jednak, że całkowity wynik leczenia jest zazwyczaj gorszy w przypadku pacjentów z manią niż pacjentów z objawami depresji. Jest to spowodowane tym, że epizody manii utrzymują się dłużej niż depresja, towarzyszą im zaburzenia procesów poznawczych oraz wiążą się z wyższą śmiertelnością.<sup>39</sup>

### Zapobieganie

Nie ma mocnych dowodów potwierdzających możliwość zapobiegania manii u osób starszych. Podstawowe metody prewencji powinny być skoncentrowane na wpływu na modyfikowalne czynniki zwiększające ryzyko. Starsi chorzy z manią są bardziej narażeni na wystąpienie udaru mózgu i zawału serca, co znacząco wpływa na sposób sprawowania opieki nad tymi pacjentami. Zarówno w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, jak i w szpitalach należy prowadzić dokładny monitoring potencjalnych czynników ryzyka wystąpienia tych chorób i w razie czego rozpocząć leczenie. Istotne wydaje się podjęcie leczenia i opieka podtrzymująca w przypadku osób przewlekłe chorych z niepełnosprawnością ruchową. Jednocześnie należy mieć na uwadze ryzyko polipragmazji oraz interakcji lekowych.

Wtórne metody prewencji opierają się na ograniczaniu ryzyka ponownego wystąpienia choroby. W przypadku osób z młodszych grup wiekowych zaleca się profilaktyczne podawanie leków normotymicznych. Leki te należy wprowadzić po pierwszym epizodzie manii, szczególnie jeśli istnieje znaczne ryzyko wystąpienia kolejnych epizodów manii i niepożądanym efektów ubocznych leczenia, oraz kontynuować ich podawanie przez co najmniej 2 lata lub dłużej w przypadku pacjentów z grupy wysokiego ryzyka.<sup>30</sup> Lekarze opiekujący się chorymi w podeszłym wieku powinni uważnie obserwować przebieg leczenia profilaktycznego. Być może będą oni zmuszeni sami ocenić, czy ryzyko związane z kontynuowaniem leczenia nie jest wyższe od ewentualnych korzyści. Inne metody zapobiegania nawrotom choroby to terapia poznawczo-behavioralna, psychoterapia lub terapia rytmu społecznego (social rhythms therapy). Wyrównywanie różnic społecznych, wsparcie społeczne oraz przestrzeganie przez pacjenta zasad leczenia może dodatkowo obniżyć ryzyko ponownego wystąpienia manii.

### Omówienie

Dane dotyczące leczenia i opieki nad osobami starszymi z manią są niewystarczające. Artykuł ten jest przede wszystkim źródłem szczegółowych informacji dotyczących diagnozowania i leczenia zaburzenia afektywnego dwubiegunowego u osób starszych. Należy również rozważyć wprowadzenie programów edukacyjnych dla pacjentów oraz osób, które sprawują nad nimi opiekę. Publikacje przygotowane przez Royal College of Psychiatrists<sup>40</sup> i Patient UK<sup>41</sup> są źródłem pomocnych informacji dla pacjentów w podeszłym wieku oraz ich opiekunów.

Bez wątplenia wśród zwiększającej się liczby pacjentów w podeszłym wieku będą przeważali chorzy z otępieniem lub depresją. Równie istotne wydaje się jednak zapoznanie psychiatrów ze specjalistyczną wiedzą dotyczącą niuansów opieki nad osobami starszymi z manią. Artykuł ten idealnie wpisuje się w promowaną w ramach programu New Horizons koncepcję „odpowiednia pomoc, w odpowiednim czasie” (ang. „right help, right time”).<sup>42</sup>

From the Advances in psychiatric treatment (2011), vol. 17, 357–364. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2011 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

### Piśmiennictwo

- Brooks JO, Hoblyn JC (2005) Secondary mania in older adults. *American Journal of Psychiatry* 162:2033–8.
- Depp CA, Jeste DV (2004) Bipolar disorder in older adults. A critical review. *Bipolar Disorders* 6:343–67.
- World Health Organization (1992) The ICD-10 Classification of Diseases, Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. WHO.
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV). APA.
- Goodwin GM (2009) Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder. Revised second edition. Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 23:346–88.
- Krauthammer C, Klerman GL (1978) Secondary mania. Manic syndromes associated with antecedent physical illness or drugs. *Archives of General Psychiatry* 35:1333–9.
- Schneck CD (2002) Bipolar disorder in neurologic illness. *Current Treatment Options in Neurology* 4:477–86.
- Shulman KI, Herrmann N (2008) Mood disorders. Manic syndromes in old age. In *The Oxford Textbook of Old Age Psychiatry* (eds R Jacoby, C Oppenheimer, T Denning, et al): 557–62. Oxford University Press.
- Tohen M, Shulman KI, Satlin A (1994) First episode mania in late life. *American Journal of Psychiatry* 151:130–2.
- Steffans DC, Krishnan KRR (1998) Structural neuroimaging and mood disorders. Recent findings, implications for classification, and future directions. *Biological Psychiatry* 43:705–12.
- Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, et al (1997) Clinically defined vascular depression. *American Journal of Psychiatry* 154:562–5.
- Tamashiro JH, Zung S, Zanetti MV, et al (2008) Increased rates of white matter hyperintensities in late-onset bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 10:765–75.
- McCrone P, Dhanasiri S, Patel A, et al (2008) Paying the Price. The Cost of Mental Health Care in England to 2026. King's Fund.
- Byers AL, Yaffe K, Covinsky KE, et al (2010) High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults. *Archives of General Psychiatry* 67:489–96.
- Hirschfeld RM, Calabrese JR, Weissman MM, et al (2003) Screening for bipolar disorder in the community. *Journal of Clinical Psychiatry* 64:53–9.
- Bartels S, Forester B, Miles K, et al (2000) Mental health service use by elderly patients with bipolar disorder and unipolar major depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 8:160–6.
- Sajatovic M, Blow FC, Ignacio RV (2006) Psychiatric comorbidity in older adults with bipolar disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 21:582–7.



18. Beyer J, Kuchibhatla M, Gersing K, et al (2005) Medical comorbidity in a bipolar outpatient clinical population. *Neuropsychopharmacology* 30:401–4.
19. Fiedorowicz JD, Solomon DA, Endicott J, et al (2009) Manic/hypomanic symptom burden and cardiovascular mortality in bipolar disorder. *Psychosomatic Medicine* 71:598–606.
20. Morriss R (2005) Metabolism, lifestyle and bipolar affective disorder. *Journal of Psychopharmacology* 19:94–101.
21. Aizenberg D, Olmer A, Barak Y (2006) Suicide attempts amongst elderly bipolar patients. *Journal of Affective Disorders* 91:91–4.
22. Keks NA, Hill C, Sundram S, et al (2009) Evaluation of treatment in 35 cases of bipolar suicide. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 43:503–8.
23. Kennedy GJ (2008) Bipolar disorder in late life. *Mania. Primary Psychiatry* 15:28–33.
24. Abovesh A, Stone C, Hobbs WR (2002) Antimicrobial induced mania (antibiotomania). A review of spontaneous reports. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 22:71–81.
25. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2005) Bipolar Affective Disorder. A National Clinical Guideline. SIGN (<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign82.pdf>).
26. Goldstein BI, Herrmann N, Shulman KI (2006) Comorbidity in bipolar disorder among the elderly. Results from an epidemiological community sample. *American Journal of Psychiatry* 163:319–21.
27. Sajatovic M (2002) Treatment of bipolar disorder in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 17:865–73.
28. Schouws SN, Zoeteman JB, Comijs HC, et al (2007) Cognitive functioning in elderly patients with early onset bipolar disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 22:856–61.
29. National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) Bipolar Disorder: The Management of Bipolar Disorder in Adults, Children and Adolescents, in Primary and Secondary Care. NICE Clinical Guideline 38. NICE (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10990/30193/30193.pdf>).
29. Schouws SNTM, Comijs HC, Stek ML, et al (2009) Cognitive impairment in early and late bipolar disorder. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 17:508–15.
31. Shulman KI, Rochon P, Sykora K, et al (2003) Changing prescription patterns for lithium and valproic acid in old age. Shifting practice without evidence. *BMJ* 326: 960–1.
32. Nunes PV, Forlenza OV, Gattaz WF (2007) Lithium and risk for Alzheimer's disease in elderly patients with bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry* 190:359–60.
33. Hetmar O, Povlsen UJ, Ladefoged J, et al (1991) Lithium: long-term effects on the kidney. A prospective follow-up study ten years after kidney biopsy. *British Journal of Psychiatry* 158:53–8.
34. Kripalani M, Shawcross J, Reilly J, et al (2009) Lithium and chronic kidney disease. *BMJ* 339:166–70.
35. Walstra G (1997) Reversible dementia due to valproic acid therapy. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 141:391–3.
36. Schreur L, Middeljans-Tijssen C, Hengstman G, et al (2009) Cognitive impairment and parkinsonism due to the use of sodium valproate. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 40:29–33.
37. Livingston G, Walker AE, Katona CLE, et al (2007) Antipsychotics and cognitive decline in Alzheimer's disease. The LASER-Alzheimer's disease longitudinal study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 78:25–9.
38. National Institute for Health and Clinical Excellence (2003) Electroconvulsive Therapy (ECT) Guidance. TA59. NICE (<http://www.nice.org.uk/TA059>).
39. Shulman KI, Herrmann N (1999) The nature and management of mania in old age. *Psychiatric Clinics of North America* 22:649–65.
40. Royal College of Psychiatrists (2007) Bipolar Disorder (Manic Depression). RCPsych (<http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfoforall/problems/bipolarmanicdepression/bipolaridorder.aspx>).
41. Patient UK (2009) Bipolar Disorder. Patient Information Publications (<http://www.patient.co.uk/health/Bipolar-Affective-Disorder.htm>).
42. Department of Health (2009) New Horizons: A Shared Vision for Mental Health. Department of Health ([http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_109705](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_109705)).

## KOMENTARZ



**Prof. dr hab. n. med.  
Joanna Rymaszewska**

Pracownia Psychiatrii Konsultacyjnej  
i Medycyny Behawioralnej  
Katedra i Klinika Psychiatrii  
Akademia Medyczna we Wrocławiu

Wartościowe opracowanie zagadnienia manii w podeszłym wieku Richards i Curtice'a można uzupełnić o kilka refleksji i komentarz. Niewątpliwie rozpoznanie pierwszego epizodu manii u osoby w podeszłym wieku jest trudne, gdyż może on swoim obrazem przypominać zaburzenia świadomości czy zaburzenia zachowania z pobudzeniem lub agresją. Dodatkowo nakładające się zaburzenia funkcji poznawczych, w tym otępienie i współistniejące schorzenia somatyczne, nie ułatwiają zadania.

Udzielenie takiej osobie pomocy w trybie ambulatoryjnym może być problematyczne choćby z powodu niezgłaszania się na wizyty, nieprzyjmowania leków, braku wglądu i często samotnego trybu życia. Czasem zgłoszenie do sądu rodzinnego o przymusowe leczenie psychiatryczne (art. 29 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, ale dotyczy tylko osób

z rozpoznaną chorobą psychiczną) bądź przyjęcie w trybie nagłym bez zgody bywa koniecznością (art. 23 lub 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego). Jeśli chory jest samotny i nie ma rodziny, przedstawiciela ustawowego lub faktycznego, wniosek do sądu opiekuńczego miejsca zamieszkania tej osoby może zgłosić organ do spraw pomocy społecznej. Z kolei tryb nagły wobec osoby z już rozpoznaną chorobą psychiczną (np. zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym z epizodem manii z urojeniami), czyli art. 23, można zastosować jedynie w przypadku, gdy jej zachowanie wskazuje, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. Jeśli wcześniej nie rozpoznawano choroby psychicznej (ustawodawca pod tym nieaktualnym nazewnictwem rozumie zaburzenie psycho-tyczne), tryb nagły może być wdrożony w myśl art. 24, czyli wobec osoby, której dotychczasowe zachowanie wskazuje, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie. W takim przypadku obserwacja na oddziale psychiatrycznym może trwać do 10 dni. Oczywiście, jeśli zostanie postawione rozpoznanie choroby psychicznej wymagającej leczenia, można wniosko-

wać do sądu opiekuńczego właściwego dla siedziby szpitala o zmianę podstaw przyjęcia bez zgody na art. 23.

Lekiem pierwszego rzutu w epizodzie manii u osoby w podeszłym wieku jest lit i pochodne kwasu walproinowego stosowane minimum 3-4 tygodnie przed oceną skuteczności.<sup>1</sup> W dalszej kolejności może być wykorzystana politerapia lekiem normotymicznym z przeciwpsychotycznym lub monoterapia lekiem przeciwpsychotycznym. Skuteczną farmakoterapię powinno się prowadzić co najmniej pół roku do roku.<sup>2</sup>

Istotnie, brakuje badań nad skutecznością litu w grupie starszych pacjentów, choć można przytoczyć za Rzewuską<sup>3</sup> wyniki kilku krótkotrwałych badań publikowanych dość dawno i na bardzo nielicznych grupach pacjentów. Obserwowano znacznie niższą skuteczność litu u osób starszych (33 vs 81% u młodszych)<sup>4</sup> oraz większe ryzyko zmiany fazy na depresyjną.<sup>5</sup> Współistnienie innych schorzeń somatycznych, a szczególnie neurologicznych (zaburzeń funkcji poznawczych, objawów pozapiramidowych, otępienia, zaburzeń krążenia mózgowego) oraz stosowanie substancji psychoaktywnych zwiększa ryzyko nieskuteczności leczenia litem. Lit u osób starszych osiąga stężenie terapeutycznie w dłuższym okresie, szczególnie jeśli współistnieją choroby nerek czy krążenia. Chorym w podeszłym wieku należy zwiększać dawkę litu stopniowo i stosować mniejsze dawki początkowe niż u młodszych dorosłych, utrzymując stężenie 0,4–0,8 mEq/l. Jednocześnie należy mieć na uwadze to, że przy tych stężeniach mogą pojawić się już objawy toksyczne. U ok. 1/3 pacjentów obserwowano spadek sprawności funkcji poznawczych i sprawności fizycznej. Lit może wywoływać stany zaburzeń świadomości. Czasem zachodzi konieczność zwiększenia dawki do 0,8-1,0 mEq/l. Wspomniane przez autorów diuretyki tiazydowe, niesteroidowe leki przeciwzapalne i inhibitory konwertazy angiotensyny mogą zwiększać stężenie litu, natomiast teofilina działa odwrotnie.

Podobnie jak w przypadku litu brak randomizowanych badań klinicznych skuteczności pochodnych kwasu walproinowego czy karbamazepiny. Niemniej na podstawie badań obserwacyjnych oraz retrospektywnych można uznać pochodne kwasu walproinowego za skuteczne w ponad połowie przypadków. Trzeba pamiętać, że u starszych osób czas eliminacji leku jest dłuższy, choć równoczesne stosowanie karbamazepiny przyspiesza ten proces. Natomiast sam kwas walproinowy znacząco spowalnia metabolizm jednocześnie stosowanej lamotryginy (konieczność zmniejszenia jej dawki o połowę). Ryzykowne w starszym wieku są objawy niepożądane (sedacja, zaburzenia chodu, trombocytopenia).

W niewielkiej grupie chorych Okuma i wsp. stwierdzili porównywalną skuteczność leczenia litem i karbamazepiną.<sup>3</sup> Karbamazepina może powodować bradykardię i wydłużenie przewodnictwa w mięśniu sercowym, leukopenię, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, uszkodzenie wątroby, hiponatremię, wypryski skórne, podwójne widzenie lub ataksję.

Natomiast leki przeciwpsychotyczne, szczególnie II generacji, są lekami drugiego rzutu w maniach u osób starszych, szczególnie z objawami wytwórczymi oraz w przypadku braku skuteczności litu, pochodnych kwasu walproinowego czy karbamazepiny.

#### Piśmiennictwo

1. Young RC i wsp. Pharmacotherapy of bipolar disorder in old age. Review and recommendations. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004;12:342-357.
2. Alexopoulos GS, Streim JE, Carpenter D. Expert consensus guidelines for using antipsychotic agents in older patients. *J Clin Psychiatry* 2004;2:100-120.
3. Rzewuska M. Leczenie farmakologiczne manii, psychoz i zaburzeń zachowania u osób w podeszłym wieku: skuteczność i bezpieczeństwo leków przeciwpsychotycznych i normotymicznych. *Farmakoter Psychiatr Neurol* 2009;1:37-46.
4. van der Velde CD. Effectiveness of lithium carbonate in the treatment of manic-depressive illness. *Am J Psychiatry* 1970;123:345-351.
5. Broadhead J, Jacoby R. Mania in old age: a first prospective study. *Int J Geriatr Psychiatry* 1990;5:215-222.