

Zespoły maniakalne w starszym wieku

Wśród zaburzeń psychicznych występujących w drugiej połowie życia względnie w podeszłym wieku syndromy maniakalne lub podobne do manii nie zajmują pod względem ilościowym jakiegoś szczególnego miejsca, ale ze względu na swą symptomatykę są wyraźnie widoczne i stąd też zasługują na szczególną uwagę. O wiele częściej występujące zaburzenia depresyjne i demencja objawiają się w sposób nie pozostawiający tak silnego wrażenia, być może dlatego, że łatwiej je skojarzyć z podeszłym wiekiem, a może dlatego że uważa się je za mniej lub bardziej zależną od losu oznakę procesu starzenia się.

Przypominające manię objawy choroby wydają się być u starszych osób często mniej zrozumiałe i czasem sprawiają nawet szokujące, czy wręcz nieprzyzwoite wrażenie. Nieuzasadniona niczym euforia z niedorzeczną wesołością, niestrudzona hiperaktywność z nadmierną ruchliwością i brakiem dystansu, gwałtowność, przecenianie samego siebie, naiwny optymizm, krótkotrwałość pomysłów i wyobrażenia o własnej omnipotencji nadają obrazowi choroby u starszych osób charakter zachowania silnie patologicznego, które w porównaniu z młodym maniakiem może być odczuwane jako szczególnie niewłaściwe i niestosowne.

Na podstawie literatury można stwierdzić, że późne zachorowania maniakalne nie były do tej pory zbyt często badane, chociaż z pewnością nie występują tak rzadko.

Najczęściej występują one jako zjawisko towarzyszące destrukcyjnemu procesowi demencji. Pacjenci sprawiają wrażenie nadmiernie ruchliwych i wykazują oznaki braku zahamowań i poczucia dystansu. Nie mają właściwie podwyższonego nastroju, ich zachowanie zdominowane jest raczej przez bezkrytyczno - naiwny optymizm lub niedorzeczną wesołość, natomiast mniej przez „klasyczne” megalomaniakalne symptomy osiowe takie jak euforia, przecenianie swojej osoby, idee wielkościowe, poczucie omnipotencji i podwyższenie poczucia witalności (15). Symptomy te umiejscowione są w całej symptomatyce demencyjnej i wraz z innymi symptomami tworzą obraz psychoorganicznego syndromu psychicznego (2).

Do grupy chorób dających uzasadnić się organiką należą również podobne do maniakalnych syndromy przejściowe o odmiennej genezie, jak np. objawy pojawiające się po urazie mózgu lub po zatruciach. Tym ostatnim towarzyszy czasami majaczenie.

W przeglądzie literatury Krauthammera i Kleimanna (1978) zebrane są przypadki manii u osób w podeszłym wieku, które wystąpiły po leczeniu sterydami i L-DOPA, jak również te, które pojawiły się po wylewach krwi do mózgu, ciasnocie wewnątrzczaszkowej i infekcjach.

Pamiętam pewnego 78-letniego, dotychczas bardzo krzepkiego i dotychczas zdrowego pacjenta naszej kliniki, który najpierw zapadł na grypę i przez kilka dni próbował zwalczyć męczący go kaszel przy pomocy

wysokiej dawki środka przeciwkaszlowego. W tym okresie coraz bardziej się zmieniał; z dnia na dzień stawał się coraz bardziej aktywny a w końcu niespokojny, coraz częściej wychodził w celu - jak podawał - „załatwienia różnych spraw”, które polegały na tym, że dokonywał nieadekwatnie wielu dużych zakupów. Nabył na przykład motocykl i samochód, chociaż nie posiadał prawa jazdy, zamówił dużą partię mebli i przygotowywał się na zakup kilku garaży. Zawierał rozmaite polisy ubezpieczeniowe, które nie tylko, że nie miały żadnego sensu, ale też znacznie przekraczały jego możliwości finansowe. Ponadto wyrażał zamiar zajęcia się spekulowaniem na giełdzie. Wbrew swojej uprzedniej oszczędności rozdał krewnym spore kwoty pieniężne.

Do kliniki został przyjęty z powodu tej rzucającej się w oczy zmiany usposobienia jak również znacznych zaburzeń snu. Podczas pierwszej rozmowy sprawiał wrażenie bardzo gadatliwego i życzliwego, względem otoczenia zachowywał się po kumpelsku, bez żadnego dystansu, a na oddziale bez przerwy stwarzał jakieś zarzewie niepokoju, co zresztą nie było takie niemiłe. Swój pobyt w oddziale wyjaśniał przeoczeniem; nie wykazywał samokrytyki ani też zrozumienia swojej choroby, jednakże pozwolił się - jak sam to określił - „dogłębnie” przebadac.

Zabawiał współpacjentów różnymi żartami i próbował służyć im radą we wszystkich możliwych życiowych kwestiach.

Po przeprowadzeniu dokładnej diagnostyki organicznej, nie stwierdzono poza przyspieszonym opadem czerwonych krwinek i niewielkiej limfocytozy przy leukopenii, żadnych nieprawidłowości.

Pacjent leczony był takimi lekami, jak Promazin, następnie Chlorprothixen i Haloperidol i w ciągu zaledwie kilku dni doszło do całkowitej remisji i pacjent, już zupełnie zdrowy, mógł opuścić szpital.

W podeszłym wieku występują również fazy maniakalne w ramach cyklotymii dwubiegunowej, chociaż istnieją różne poglądy na temat tego, czy w miarę starzenia się są one coraz częstsze czy też coraz rzadsze. Podczas gdy np. Zeh (1956), Spicer i współp.

(1973) jak również Eagles i Walley (1985) mówią o nasileniu manii cyklotymicznych w bardziej zaawansowanym wieku, to inni autorzy, jak Perris (1966), Loranger i Levin (1978) i M. Bleuler (1983) przedstawiają fazę maniakalną w starszym wieku jako coś raczej wyjątkowego. Weitbrecht (1972) w ogóle zaprzeczył istnieniu manii inwolucyjnej odpowiadającej melancholii inwolucyjnej.

Moja własna analiza klientów złożonej z 2700 pacjentów psychiatrycznych z psychozą afektywną przebywających w naszej klinice w okresie ostatnich ośmiu lat wykazała, że około 2,5% zostało przyjętych z objawami manii, która wystąpiła u nich po raz pierwszy w życiu i leczonych zgodnie z tym rozpoznaniem. Według szczegółowej anamnezy własnej i wywiadów przeprowadzanych przez inne osoby, pacjenci nie wykazywali wcześniej żadnych objawów zaburzeń psychicznych, a zwłaszcza żadnych widocznych zaburzeń afektywnych (8, 9).

Ponieważ zarówno badania kliniczne włącznie z diagnostyką aparaturową jak również dalszy przebieg choroby nie dostarczyły żadnej wskazówki co do istnienia psychozy symptomatycznej, trzeba było wyjść od tego, że pojawiająca się dopiero w wieku inwolucyjnym faza endogenno - maniakalna poprzedzała psychozę afektywną.

Jak wykazały dotychczasowe katamnezy czas stacjonarnego leczenia był w porównaniu z późnymi depresjami znacznie krótszy i wynosił przeciętnie 9 tygodni, co stanowi zaledwie jedną czwartą długości fazy występującej przy późnych depresjach.

I ponownie przykład kazuistyczny:

81-letnia pacjentka z psychiatrycznie pustą anamnezą została przyjęta w trybie pilnym z powodu narastającego niepokoju i podniecenia, czemu towarzyszyły głośne złorzeczenia sąsiadom, którzy wezwali policję i uskarżali się, że staruszka - wbrew wcześniejszym przyzwyczajeniom - bez względu na porę dnia i nocy bardzo głośno nastawiała radio i telewizor, a na dodatek niestrudzenie śpiewała piosenki. Poza tym bez przerwy przesuwiała meble w mieszkaniu i ustawicznie zmieniała wystrój pomieszczeń. Zaczę-

ła też sama malować korytarz i kazała wstać sobie nowe drzwi do mieszkania.

Następnie rzucał się w oczy jej coraz bardziej ekstrawagancki sposób ubierania się, w końcu odmówiła sprzątnięcia korytarza gdy przyszła jej kolej, twierdząc, że „nie musi już tego robić”. Wielokrotnie rozmawiała z proboszczem parafii chcąc go nakłonić do zmiany wystroju kościoła i kształtu nabożeństw, sama planowała również komponowanie własnej opery religijnej.

Podczas przyjęcia awanturująca się pacjentka była w najwyższym stopniu niespokojna i ruchliwa i wyrażała mnóstwo ekspansywnych pomysłów. Tak więc chciała kupić blok, w którym mieszkała, a także budynek kliniki wraz z personelem. Planowała milionowe fundacje i ofiary na rzecz różnych wspólnot religijnych.

Badania ogólne organizmu jak i badania przy pomocy aparatury nie odbiegały od normy. Pacjentka leczona była takimi środkami jak Haloperidol, Levomepromazin, przez jakiś czas nawet Benperidol - wszystkie leki znosiła bardzo dobrze - i w trakcie falowego przebiegu choroby symptomy maniakalne ulegały stopniowemu osłabieniu. Stan chorej stopniowo stabilizował się, w końcu jej stan psychiczny unormował się i mogła opuścić szpital.

Ten przypadek wraz z innymi obserwowanymi przez nas pacjentami z manią starczą miał tę wspólną cechę, że po ustąpieniu aktualnej fazy chorobowej ponownie uwidaczniała się osobowość, którą krewni pacjentów znali sprzed okresu choroby i określali jako psychicznie stabilną i zdrową.

Podczas ostrej fazy choroby na symptomatyce odciskały swoje piętno głównie takie objawy wiodące jak euforia, niestałość pomysłów, idee wielkościowe, pęd do działania i podwyższone poczucie witalności.

Nie udało nam się zidentyfikować opisanych przez Zeha (1956, 1957) głównych typów manii starczej, takich jak „słaba mania”, „mania ze sztywną strukturą urojeniową”, „ekspansywna mania w demencji”, „paranoidalna mania wieku starszego” i „mania z zamęceniem”. W miarę starzenia się dochodzi

raczej do ujednoczenia symptomatyki, na co zwrócił już uwagę Lechler (1950).

Również Zeh (1956) zwrócił uwagę na to, że około 20% cyklotymii inwolucyjnych występuje najpierw z biegunem maniakalnym, podczas gdy nasze badania wykazały o wiele niższy odsetek, a mianowicie 2,5%.

Badając populację nowozelandzkich pacjentów z psychozami afektywnymi James (1977) stwierdził, że w miarę upływu lat wzrasta prawdopodobieństwo pojawienia się pierwszych symptomów manii. Z drugiej jednak strony nie udało się potwierdzić tych obserwacji - tak przynajmniej twierdzą Shulman i Post (1980) - przynajmniej nie, jeśli chodzi o angielskich pacjentów.

W odróżnieniu od angielskiego studium Stone'a (1989) nie zarejestrowaliśmy ani opisywanego w nim wysokiego udziału pierwszych manifestacji manii (26%), ani też opisywanych rezystentnych pod względem terapeutycznym przebiegów choroby.

Wraz z Jamesem (1977) odnieśliśmy jednak wrażenie, że faza maniakalna manifestowała się tym później, im mniejsze - o ile w ogóle - było rodzinne obciążenie chorobami psychicznymi. Odnośnie systematyki nozologicznej należałoby nadmienić, że późno manifestujące się manie endogenne - podobnie jak depresja inwolucyjna - nie są wymienione ani w kluczu diagnostycznym ICD-10, ani też w DSM-III-R. Z pewnością przyjęcie nozologicznej odrębności nie wydaje się uzasadnione, ale za to należałoby przynajmniej uznać szczególny typ przebiegu choroby w spektrum psychoz afektywnych, które w mniejszym stopniu uwarunkowane są dyspozycjami genetycznymi niż egzogennymi. Według Stone'a (1989) w pierwszych objawach manii występującej powyżej 70 roku życia nie należy już dopatrywać się czynników ustrojowych.

Na zakończenie chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na znaczne problemy z interpretacją definicji choroby inwolucyjnej i późnej; odpowiednie dane z literatury podają rozbieżność od 35 do 55 roku życia. Dla nas próg dla wystąpienia późnej manii stanowi 5 dziesięciolecie życia.

Literatura

- 1 Bleuler, M.: Lehrbuch der Psychiatrie. 15. Aufl. Springer/Berlin-Heidelberg-New York 1983
- 2 Burger-Prinz, H.: Probleme der phasischen Psychosen. In: Bürger-Prinz, H. (ed): Forum der Psychiatrie. Enke/Stuttgart 1961
- 3 Eagles, J. M. u. Walley, L. J.: Aging and affective disorders: The age at first onset of affective disorders in Scotland 1969-1978. Brit. J. Psychiat. 147 (1985) 180-187
- 4 James, N. M.: Early and late onset bipolar affective disorder: a genetic study. Arch. gen. Psychiat. 34 (1977) 715-717
- 5 Krauthammer, C. u. Kleimann, G. L.: Secondary mania: manic syndroms associated with antecedent physical illness or drugs. Arch. gen. Psychiat. 35 (1978) 1333-1338
- 6 Lechler, H.: Die Psychosen der Alten. Arch. Psychiat. Neurol. 185 (1950) 440-465
- 7 Loranger, A. W. u. Levin, P. M.: Age at onset of bipolare affective illness. Arch. gen. Psychiat. 35 (1978) 1345-1348
- 8 Payk, Th. R.: Fallstudien zur sog. Spätmanie. Nervenarzt 58 (1987) 502-504
- 9 Payk, Th. R.: Verlaufsbeobachtungen zu spätmanifestierten manifformen Syndromen. In: Moeller, A.-J. u. Rohde, A. (ed): Psychische Krankheiten im Alter. Springer/Berlin-Heidelberg-New York 1992
- 10 Perris, C. (ed): A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. Acta psychiat. Scand. 42 (1966) suppl. 194
- 11 Shulman, K. u. Post, F.: Bipolar affective disorder in old age. Brit. J. Psychiat. 136 (1980) 26-32
- 12 Spicer, C. C., Hare, E. H. u. Slater, E.: Neurotic and psychotic forms of depressive illness: evidence from age-incidence in a national sample. Brit. J. Psychiat. 123 (1973) 535-541
- 13 Stone, K.: Mania in the elderly. Brit. J. Psychiat. 155 (1989) 220-224
- 14 Weitbrecht, H. J.: Depressive und manische endogene Psychosen. In: Kisker, K. P., Meyer, J.-E., Möller, M. und Strömgen, E. (eds): Psychiatrie der Gegenwart. Bd. II/1. 2. Auflage Springer/Berlin-Heidelberg-New York 1972
- 15 Wieck, H. H.: Zur Klinik der sog. symptomatischen Psychosen. Dt. Med. Wschr. 81 (1956) 1345-1349
- 16 Zeh, W.: Über das alterseigentümliche Erscheinungsbild der zyklischen Manie. Fortsch. Neurol. Psychiat. 24 (1956) 434-443
- 17 Zeh, W.: Altersfärbung cyclothymischer Phasen. Nervenarzt 28 (1957) 524-545