

## Terapia zaburzeń psychicznych w wieku podeszłym

*Therapy of mental disorders in the elderly*

MAREK JAREMA

Z III Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

**STRESZCZENIE.** Leczenie zaburzeń psychicznych w wieku podeszłym wymaga odpowiedniego doboru i dawkowania leku, zależnego od biologicznych mechanizmów leżących u podłoża procesu starzenia się. Celem pracy było skrótkowe ujęcie najważniejszych problemów praktycznych związanych z psychofarmakoterapią pacjentów w starszym wieku. Omówiono czynniki warunkujące prowadzenie farmakoterapii najczęstszych zaburzeń psychicznych w tym wieku. Uwzględniono zasady doboru leków i ich dawkowania oraz możliwość występowania objawów ubocznych przy stosowaniu neuroleptyków, leków przeciwdepresyjnych oraz anksjolityków najczęściej używanych w terapii pacjentów geriatrycznych.

**SUMMARY.** When treating mental disorders in the elderly it is necessary to select the medication and its dosage appropriately to the biological mechanisms underlying the ageing process. The article presents a brief review of the most important practical problems in the pharmacotherapy of elderly patients. The factors which must be taken into account in the pharmacotherapy of the most frequent mental disorders in the elderly are discussed. Principles underlying choice of medication and dosage and the possible side-effects of neuroleptics, anti-depressants and anxiolytics - the drugs most frequently used in the treatment of geriatric patients - are also discussed.

---

Słowa kluczowe: wiek podeszły / zaburzenia psychiczne / farmakoterapia / terapia elektrowstrząsowa  
Key words: old-age / mental disorders / pharmacotherapy / electroconvulsive therapy

---

Wraz ze starzeniem się społeczeństw krajów rozwiniętych, zainteresowanie problematyką geriatryi wzrasta. Zaburzenia psychiczne w wieku starszym - umownie przyjęto tu granicę 65 lat - dotyczą pewnej ograniczonej liczby kategorii diagnostycznych, chociaż możliwe jest wystąpienie niemal każdego rodzaju zaburzeń (5, 9). Częstość występowania zaburzeń psychicznych w wieku podeszłym wykazuje pewną różnicę zależną od płci. Wśród mężczyzn najczęstsze są zespoły obniżenia sprawności intelektualnej (głównie różne stadia zespołu otępiennego), następnie zaburzenia lękowe, zaburzenia związane z nadużywaniem alkoholu oraz zespoły dystymiczne (dawniej nazywane subdepresją lub depresją nerwicową). U kobiet najczęstsze są

zaburzenia lękowe, następnie zespoły obniżenia sprawności intelektualnej, zespoły dystymiczne i pełne zespoły depresyjne. Już ten przekrój rozpoznań sugeruje, iż mówiąc o terapii zaburzeń psychicznych w wieku podeszłym, główny nacisk należy położyć na leki anksjolityczne i przeciwdepresyjne. W obecnym opracowaniu pominięto omówienie terapii zaburzeń procesów poznawczych.

### **SPECYFIKA LECZENIA ZABURZEŃ WIEKU PODESZŁEGO**

Zanim przystąpimy do omawiania leczenia poszczególnych zaburzeń, wypada wspomnieć o istnieniu grupy czynników, które warunkują dobór leku u chorych w pode-

szłym wieku oraz wyraźnie wpływają na efekt terapeutyczny. Mówiąc o leczeniu tej grupy chorych nie należy zapominać, iż nie mamy do czynienia z populacją homogeną. Przykładem może być kryterium wieku: wszak zbiór ludzi w wieku powyżej 65 lat grupuje osoby o zróżnicowanym wieku biologicznym. Inny czynnik brany pod uwagę - to przewaga kobiet w tej grupie wiekowej. Odmienna odpowiedź terapeutyczna zależna od płci pacjentów, jest zjawiskiem którego nie można lekceważyć. Przy podejmowaniu leczenia w tej grupie pacjentów podkreśla się często przyjmowanie przez nich wielu różnych leków, co potęguje niebezpieczeństwo niekorzystnych interakcji lekowych. Utrudnienie współpracy z pacjentem, często przejawiające się w nieprzestrzeganiu dyscypliny przyjmowania leków oraz w samowolnym stosowaniu różnych specyfików - to następny czynnik wpływający na skuteczność terapii (6, 8).

Opracowując strategię postępowania terapeutycznego wobec zaburzeń psychicznych w wieku podeszłym, obok konieczności uwzględnienia wyżej wymienionych czynników, należy rozważyć, czy stosowana terapia ukierunkowana jest w swym działaniu na czynnik etiologiczny, mechanizmy fizjopatologiczne zaburzeń, zespół objawów, czy też na same objawy. Możliwość działania na czynnik etiologiczny jest zjawiskiem rzadkim w psychiatrii i dotyczy takich stanów jak zaburzenia egzogenne, np. stany zaburzeń świadomości towarzyszące chorobom infekcyjnym. Nieco korzystniejsza jest możliwość działania terapeutycznego ukierunkowanego na mechanizmy leżące u podłoża schorzenia. Dzieje się tak w przypadku np. zaburzeń psychicznych spowodowanych niedostatkami krążenia mózgowego. Najczęściej mamy jednakże do czynienia z terapeutycznym działaniem syndromolitycznym (np. leczenie zespołów psychotycznych neuroleptykami, czy depresyjnych tymoleptykami) bądź też symptomolitycznym, np. usuwanie lęku przez anksjolityki lub

bezsensowności przez leki nasenne (6, 7, 8, 10, 18).

Farmakoterapia w wieku podeszłym musi uwzględniać pewne czynniki, charakterystyczne dla starzejącego się organizmu, które mają znaczny wpływ na dawkowanie i tolerancję leku (15, 16, 22).

Upośledzenie absorpcji leku spowodowane jest osłabieniem perystaltyki w przewodzie pokarmowym, zmniejszeniem transportu nabłonkowego oraz zmniejszeniem jelitowego przepływu krwi. Zaburzeniu ulega też dystrybucja leku w organizmie. I tak substancje lipofilne (np. przeciwdepresyjne, neuroleptyki, benzodiazepiny) są szerzej dystrybuowane ze względu na wzrost objętości tkanki tłuszczowej wobec reszty ciała. Z kolei zmniejsza się dystrybucja substancji hydrofilnych (np. lit). Zmniejszenie reakcji protein powoduje, iż mniej substancji wiąże się z nimi, a co za tym idzie, więcej wolnej substancji krąży w organizmie (8).

Upośledzeniu ulega też metabolizm leków, głównie dzięki spadkowi perfuzji wątrobowej. Dlatego wskazany jest dobór leków charakteryzujących się mniejszą hepatotoksycznością oraz stosowanie leków o prostszym metabolizmie, np. haloperidolu zamiast tiorydazyny, dezimipraminy zamiast imipraminy, oxazepamu zamiast diazepamu. Innym ważnym czynnikiem jest fakt metabolizowania leku w wątrobie przy pomocy grupy enzymów P-450, a szczególnie izoenzymu CYP2D6. Leki, których biodegradacja przebiega w obecności tego enzymu, mogą osiągać znaczne poziomy, nieproporcjonalne do dawki, w przypadku gdy pacjent jest tzw. powolnym metabolizerem (ok. 8 - 10% populacji). Podawanie równoczesne leków metabolizowanych w ten sposób zwiększa znacznie ryzyko interakcji. Na przykład neuroleptyki i propranolol mogą podnosić poziom leków przeciwdepresyjnych, a barbiturany lub dilantyna - obniżać. Obok spadku sprawności funkcji wątroby, obniżenie perfuzji i wydalania nerkowego upośledza eliminację leków z organizmu; dlatego efekt niektórych leków u ludzi w wie-

ku starszym jest dłuższy, np. nortryptyliny, fluwoksaminy lub litu (6, 8).

Sumując, należy podkreślić, że najważniejszymi elementami farmakokinetycznymi zmienionymi u ludzi starszych są: obniżenie kliransu nerkowego i wątrobowego, wydłużenie okresu półtrwania, wydłużenie okresu potrzebnego do osiągnięcia stałego poziomu leku, zmiana dystrybucji leku w tkankach oraz wzrost ryzyka interakcji. W zakresie parametrów farmakodynamicznych obserwujemy przede wszystkim zmniejszenie liczby receptorów, zmniejszenie poziomu niektórych neurotransmiterów (np. dzięki wzrostowi aktywności MAO); zmiany wsteczne w narządach też mają tu swój udział.

## ZABURZENIA PSYCHOTYCZNE

Leczenie zaburzeń psychotycznych w wieku starszym wymaga stosowania neuroleptyków. Jak wspomniano, należy starać się stosować leki o prostszym metabolizmie oraz wybierać leki słabiej działające i lepiej tolerowane. Dobór dawki, jakkolwiek zawsze indywidualny, powinien uwzględniać ogólnie przyjętą zasadę wysokości 1/3 - 1/2 dawki dla osób dorosłych. Większe ryzyko wystąpienia objawów nietolerancji skłania nas do poszukiwania neuroleptyków powodujących mniej nasilone objawy uboczne. Za niebezpieczne objawy nietolerancji neuroleptyku w wieku starszym należy uznać wystąpienie napadów drgawkowych, agranulocytozy, fotosensybilizacji, żółtaczkę, zaburzeń rytmu serca oraz powikłanie złośliwym zespołem neuroleptycznym. Wspomnieć też należy o wzroście ryzyka wystąpienia późnych dyskinez (6, 11, 12, 14, 18, 19). Neuroleptyki o przedłużonym działaniu mają również zastosowanie w leczeniu antypsychotycznym chorych w wieku podeszłym, chociażby ze względu na trudności we współpracy z pacjentem. Ponieważ ryzyko nietolerancji leku jest większe u chorych w starszym wieku, Davidson proponuje test tolerancji neuroleptyków o przedłużonym działaniu, polegający na podaniu 2,5 mg flufenazyny lub

5 mg haloperidolu w formie depot. Dobra tolerancja tej próbnej dawki sugeruje możliwość stosowania leków o przedłużonym działaniu (8).

Neuroleptyki nowszej generacji, tzw. atypowe, są rzadziej stosowane w populacji osób starszych. Poza klozapiną, skuteczność innych neuroleptyków (np. risperidon, olanzapina, zotepina) w tej grupie wiekowej wymaga badań klinicznych (1).

## ZABURZENIA LĘKOWE

Zaburzenia lękowe są jedną z najczęściej występujących grup zaburzeń psychicznych w wieku starszym. W ich leczeniu przede wszystkim stosowane bywają anksjolityki z grupy benzodiazepiny. Przy ich stosowaniu należy uwzględnić możliwość upośledzenia funkcji pamięci, która i tak u ludzi starszych bywa mniej sprawna. Jako alternatywne leczenie wobec pochodnych BDZ rozważyć należy podawanie buspironu, jednakże efekt anksjolityczny w tym przypadku może nastąpić dopiero po około 2 tygodniach kuracji. Stosowanie małych dawek neuroleptyków w celu usunięcia lęku nie jest zalecane, chyba że konieczne jest opanowanie nasilonego niepokoju u chorych ze zmianami organicznymi w ośrodkowym układzie nerwowym. W zaburzeniach obsesyjno-kompulsywnych zalecana bywa klomipramina lub leki z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu serotoniny (3, 16, 17, 20, 21).

## ZESPOŁY DEPRESYJNE

Leczenie zespołów depresyjnych w wieku starszym jest niezwykle ważnym elementem psychofarmakoterapii w tej grupie wiekowej. Klasykne trójcykliczne leki przeciwdepresyjne (TLPD) znajdują tu zastosowanie z podkreśleniem zastrzeżeń, które obowiązują wobec tej grupy leków. Chodzi tu o ostrożne ich stosowanie u osób z zaburzeniami funkcji wątroby, nerek, ograniczeniem w stosowaniu u chorych z jaskrą, z przerostem prostaty. Należy też pamiętać, że chorzy w starszym wieku często przyjmują środki rozkurczowe

typu atropinowego, a więc skojarzenie ich z TLPD niesie niebezpieczeństwo wystąpienia ośrodkowego zespołu antycholinergicznego. Lepiej tolerowane wydają się być leki z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu serotoniny. Ich skuteczność w różnych typach depresji bywa porównywalna, a mniejsza częstość dawkowania (np. 1 raz dziennie w przypadku fluoksetyny) uniezależnia efekt leczenia od współpracy z pacjentem. Szeroki indeks terapeutyczny odsuwa niebezpieczeństwo groźnego dla życia przedawkowania leków. Do niekorzystnych właściwości zaliczyć można brak linearnej farmakokinetyki, długi okres półtrwania niektórych leków oraz hamowanie izoenzymów grupy P-450. Ponieważ większość tych leków jest wprowadzana obecnie na rynek polski, mało jest danych krajowych na temat ich skuteczności w depresjach u ludzi starszych.

Z innych leków przeciwdepresyjnych wymienić należy trazodon, lek względnie skuteczny w leczeniu depresji, o silniejszym niż TLPD działaniu anksjolitycznym. Zalecany bywa w zespołach depresyjnych z nasilonym niepokojem u osób w wieku starszym. Niekorzystną cechą trazodonu jest krótki okres półtrwania, co wymaga wielokrotnego dawkowania w ciągu dnia. Wśród objawów ubocznych wymienia się sennność, bóle głowy, ortostatyczne spadki ciśnienia (1, 3, 7, 8, 10, 13, 14, 22).

## TERAPIA ELEKTROWSTRZĄSOWA

Terapia elektrowstrząsowa jest często stosowana u osób w wieku podeszłym. Przyjmuje się, iż jej efekt jest jednak krótkotrwały, lepszy po pierwszych zabiegach. W miarę kontynuacji leczenia skuteczność zabiegów zmniejsza się. Z objawów niekorzystnych wymienić trzeba możliwość wystąpienia stanów zaburzeń świadomości po zabiegu, z cechami dezorientacji i zagubienia. Nie są to jednak zjawiska powszechne. Leczenie depresji w wieku starszym przez zastosowanie EW bywa łączone z podawaniem małych dawek leków

przeciwdepresyjnych. Ostatnio coraz częściej mówi się o podtrzymującym leczeniu EW, polegającym na stosowaniu zabiegów raz na 1-2 tygodnie lub rzadziej. Skuteczność takiej terapii wymaga dalszych badań (2, 4, 6, 11).

## PIŚMIENNICTWO

1. Ahronheim J.C.: Handbook of prescribing medications for geriatric patients. Little, Brown and Co., Boston 1992.
2. Arie T. (red.): Recent advances in psychogeriatrics. Churchill Livingstone, Edinburgh 1992.
3. Awad G. (red.): Disturbed behaviour in the elderly. Pergamon Press, New York 1987.
4. Billig N., Rabins P.V.: Issues in geriatric psychiatry. Karger, Basel 1989.
5. Brice P.: Psychogeriatrics, wprowadzenie do psychiatrii wieku podeszłego. PZWL, Warszawa 1986.
6. Busse E.W., Blazer D.G. (red.): Geriatric Psychiatry. American Psychiatric Press, Washington CD, 1989.
7. Chaillet G., Pull C.B.: Treatment of anxiety in the elderly. W: Sartorius N., Andreoli V., Cassano G., Eisenberg L., Kielholz P., Pancheri P., Racagni G. (red.): Anxiety, psychobiological and clinical perspectives. Hemisphere Publ. Corp., New York 1990, 269-275.
8. Davidson J.: The pharmacologic treatment of psychiatric disorders in the elderly. W: Busse E.W., Blazer D.G. (red.): Geriatric psychiatry. APA Press, Washington DC, 1989, 515-542.
9. Gearing B., Johnson M., Heller T. (red.): Mental health problems in old age. Wiley, Chichester 1988.
10. Gottfries C.G., Karlsson I., Nyth A.L.: Treatment of depression in elderly patients with and without dementia disorders. Int. Clin. Psychopharmacol. 1992, 6, suppl. 5, 55-64.
11. Grossberg G.T., Manepalli J.: The older patient with psychotic symptoms. Psychiat. Serv. 1995, 46, 55-60.
12. Kay D.W.K., Burrows G.D. (red.): Handbook of studies on psychiatry and old age. Elsevier, Amsterdam 1984.
13. Kennedy G.J.: The geriatric syndrome of late-life depression. Psychiat. Serv. 1995, 46, 43-48.
14. Korzeniowski L., Pużyński S. (red.): Encyklopedyczny słownik psychiatrii. PZWL, Warszawa 1986.
15. Kostowski W., Pużyński S. (red.): Psychofarmakologia doświadczalna i kliniczna. PZWL, Warszawa 1986.
16. Krzymiński S. (red.): Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego. PZWL, Warszawa 1993.
17. McCall W.V.: Management of primary sleep disorders among elderly persons. Psychiat. Serv. 1995, 46, 49-55.
18. Meyers B.S., Kalayam B.: Update in geriatric psychopharmacology. W: Billig N., Rabins P.V. (red.): Issues in geriatric psychiatry. Karger, Basel 1989, 114-137.

19. Podlewski J.K., Chwalibogowska-Podlewska A.: *Leki współczesnej terapii*. Fundacja Büchnera, Warszawa 1994.
20. Smith S.L., Sherill K.A., Colanda C.C.: *Assessing and treating anxiety in elderly persons*. *Psychiat. Serv.* 1995, 46, 36-42.
21. Vitiello B., Sunderland T.: *Neuropharmacology of benzodiazepines in aging*. W: Ragagni G., Brunello N., Fukuda T. (red.): *Biological psychiatry*. Vol. 1. Excerpta Medica, Amsterdam 1991, 755-756.
22. Wertheimer J.: *Clinical assessment of cerebro-active drugs*. W: Vellas B.J., Albaredo J.L., Garry P.J. (red.): *Facts and research in gerontology*. Serdi Publ., Paris 1994, 161-171.

*Adres: Prof. Marek Jarema, III Klinika Psychiatryczna IPiN,  
Al. Sobieskiego 119, 02-957 Warszawa*