

## »GOSPOD AM S F 31.4 GRE NA KVETIAPIN«

### (PRIKAZ BOLNIKA)

Danes 62-letni AM je bil po poklicu kamnosek. Živi v lastni hiši, je poročen in ima dva odrasla otroka, ki sta že več let samostojna. Pred petimi leti je bil invalidsko upokojen zaradi degenerativnih sprememb na hrbtenici. Nikdar ni bil huje bolan ali poškodovan. Prebolel je številne okužbe, tudi vnetja ledvic.

Do svojega 54-leta starosti je bil duševno zdrav. V njegovi osebnosti prevladujejo poteze anankastične osebnosti. Aprila 1998 je zaradi stečaja podjetja izgubil zaposlitev. To je bil povod za razvoj prilagoditvene motnje, ki se je poglobila v depresivno epizodo. Takrat je bil prvič na pregledu pri psihiatrinji, ki mu je predpisala fluvoksamin, kasneje pa citalopram. Ne spominja se, zakaj mu je menjala terapijo. Depresivno razpoloženje, pomanjkanje volje, črnogledost, nemir in nespečnost so po približno pol leta izzveneli. Ne spominja se, koliko časa je nato še užival antidepressivno terapijo. Tudi zdravstvene dokumentacije nima. Po letu dni se je brez jasnega sprožilnega dogodka razvila druga depresivna epizoda. Ponovno so mu predpisali citalopram. Remisijo je dosegel po dveh mesecih, nakar je antidepressivno terapijo užival do zaključenega leta dni.

Po 2 do 3 mesecih po ukinitvi vzdrževalne terapije in dve leti po izgubi službe, je pričel opazovati, da je vse bolj vesel in radoživ, imel je veliko novih idej. V lokalnem pevskem zboru je postal aktivnejši. Ustanovili so tudi glasbeni ansambel, s katerim nastopa še danes. Epizoda privzdignjenega razpoloženja je trajala približno 4 do 5 mesecev. Zdravniške pomoči ni iskal.

Gospoda AM sem spoznal novembra 2000. Takrat je bil prvič in do sedaj edinkrat zdravljen v bolnišnici zaradi 2 mesečne depresije z agitiranostjo. Drugi dan hospitalizacije je brez znanega povoda postal vrvežav, evforičen, impulziven, slabo distanciran, odkrenljiv, z zmanjšano pozornostjo, veličavnostno blodnjavostjo in s pospešenim miselnim tokom. V enkratnem odmerku je prejel 50 mg zuklopentiksola s podaljšanim delovanjem in nato po 300 mg sulpirida dnevno. Po 3 dneh je ponovno postal depresiven. Odpuščen je bil po 6 tednih v nepopolni remisiji z 20 mg citaloprama.

Dva tedna kasneje se je predčasno javil na kontrolni pregled. V klinični sliki so prvič prevladovali socialna fobija in somatorfomni znaki s tesnobnostjo. Odmerek citaloprama smo zvišali na 40 mg. Bolezenski znaki so nato v treh mesecih popolnoma izzveneli. Sledilo je obdobje 10 mesečne remisije, z vmesnim mejnim hipomaničnim mesecem, nato, na njegovo željo, poskusna ukinitve antidepressiva.

Po štirih mesecih se je ponovno javil. Pri anankastično strukturirani osebnosti so se pojavile obsesivne misli in kompulzivno vedenje, v neumorni prisili po čiščenju prostorov, umivanju rok in preverjanju aktivnosti. Za domače je postal moteč in tudi obiske je odganjal s pretirano pedantnostjo. Razpoloženje je ostalo evtimno. Sledilo je ponovno postopno uvajanje citaloprama do 60 mg na dan. V mesecu dni je dosegel primerno remisijo, ki je trajala, ob stalni antidepressivni terapiji, skoraj leto dni.

Sinova odločitev, da se namerava poročiti in na gostijo povabiti 200 švatrov, je bila povod za ponovno dekompenzacijo in četrto depresivno epizodo. Izražal je občutja nemoči, saj se je počutil nesposobnega, da bi pomagal. Po suportivnem vodenju in dodatku 150 mg sulpirida dnevno je, s podporo svojcev, prisostvoval na gostiji. Mesec dni po gostiji je prvič uspel zaupati, da je imel ves čas terapije s citalopramom težave z erekcijo in pomanjkanjem želje po spolnosti. Odločil sem se za zamenjavo na escitalopram 20 mg.

V 2 mesecih so depresivni simptomi, kakor tudi neželeni učinki, izzveneli. Prvič se klinično pojavi hipomanična epizoda s privzdignjenim razpoloženjem, evforijo, pospešenim miselnim tokom, begom idej, impulzivnostjo, nemirom, zmanjšano potrebo po spanju in zmanjšano pozornostjo. Ukinil sem escitalopram in uvedel valproat do terapevtskega odmerka 326  $\mu\text{mol/L}$  oz. 900 mg dnevno v roku enega meseca. Po 3 mesecih je postal evtimen. Nadaljeval je z vzdrževalno terapijo valproata 900 mg na dan oz. koncentracijo 459  $\mu\text{mol/L}$ . Litijev karbonat ni bil izbran zaradi anamnestičnih pogostih vnetij ledvic in predvsem zaradi zapletene in dolgotrajne preventivno-diagnostične predpriprave.

Sledilo je leto in pol stanja brez bolezenskih znakov, z vmesnim enomesečnim obdobjem rahle privzdignjenosti, ki pa ni dosegala nivoja hipomaničnosti.

Peti depresivni pomik se je začel brez zunanje povoda. Glede na dotedanje izkušnje je bil valproatu dodan escitalopram. V dveh mesecih, vendar še pred popolno umiritvijo depresivnih simptomov, je bil escitalopram ukinjen zaradi preprečitve morebitne manične epizode. Zaradi blage tesnobe je dobil 150 mg sulpirida dnevno, nakar je v naslednjih dveh mesecih dosegel popolno remisijo, ki je trajala skoraj 8 mesecev.

Sedanja epizoda je šesta. Že pred kontrolo je pričel sam ponovno uživati 10 mg escitaloprama dnevno, ob stalni terapiji z valproatom – 900 mg. Po 7 tednih je bila depresivna simptomatika, v nasprotju z dosedanjimi poteki, nespremenjena. V pogovoru je bil zadržan, depresivno razpoložen, brezvoljen, prisotna je bila anhedonija, bil je tesnoben, nestrpen, nespeč, nezbran in situacijsko težje najden. Na Hamiltonovi lestvici za ocenjevanje depresije (17 simptomov) je dosegel 25 točk.

Odločil sem se za ukinitve antidepresiva in na osnovi zadnjih priporočil za zdravljenje bipolarnе depresije (1,2,3,4,5,6) uvedel kvetiapin s postopnim 14-dnevnim zviševanjem dnevnega terapevtskega odmerka od 50 na 500 mg, ob sočasnem nespremenjenem odmerku stabilizatorja razpoloženja (valproat 900 mg/dan).

Po šestih tednih se je jakost depresije omilila. Omilila se je nespečnost, predvsem pa nemir, impulzivnost in agitiranost. Tudi črnogledosti in pomanjkanja samozaupanja je bilo manj. Na Hamiltonovi lestvici za ocenjevanje depresije je še dosegel 14 točk. Klinični vtis izboljšanja je podoben izboljšanjem stanja, ko je prejemal citalopram oz. escitalopram.

## LITERATURA

1. Milev R, Abraham G, Zaheer J. Add-on quetiapine for bipolar depression: A 12-month open-label trial. *Can J Psychiatry* 2006; 51: 523–530.

2. Dando TM, Keating GM. Spotlight on quetiapine in acute mania and depression associated with bipolar disorder. *CNS Drugs* 2006; 20: 429–431.
3. Gao K, Gajwani P, Elhaj O, Calabrese JR. Typical and atypical antipsychotics in bipolar depression. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 1376–1385.
4. Post RM, Calabrese JR. Bipolar depression: The role of atypical antipsychotics. *Expert Rev Neurother* 2004; 4: (Suppl 2): S27–33.
5. Calabrese JR, Keck PE Jr, Macfadden W, Minkwitz M, Ketter TA, Weisler RH, Cutler AJ, McCoy R, Wilson E, Mullen J. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of quetiapine in the treatment of bipolar I or II depression. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1351–1360.
6. Keck PE Jr. Bipolar depression: A new role for atypical antipsychotics? *Bipolar Disord* 2005; 7: (Suppl 4): 34–40.

*Matej Kravos, dr.med.*  
*Psihiatrična bolnišnica Ormož*  
*Ptujška c.33, 2270 Ormož*

## ZDRAVLJENJE PACIENTKE Z BIPOLARNO MOTNJO.

32-letna bolnica, po poklicu učiteljica razrednega pouka, je leta 1988 prvič poiskala pomoč v psihiatričnem dispanzerju zaradi »nelagodnega počutja« v množici, na javnih mestih, pred nastopom v razredu. Ob tem se je počutila vznemirjeno, razbijalo ji je srce, imela je pekoče bolečine po rokah, nogah in jeziku. Pogosto so jo mučile driske.

Konverzivna simptomatika s socialno fobičnimi elementi se je umirila po medikamentozni terapiji s tricikličnim antidepresivom amitriptilinom (Amyzol: 30 mg / dan) in skupinski psihoterapevtski obravnavi.

Po desetih letih se je leta 1998 ponovno oglasila v dispanzerju zaradi intenzivnejše disociativne simptomatike, ki se je stopnjevala ob zaključku šolskega leta. Poudarjala je hudo anksioznost, ki se je izražala v pogostih palpitacijah, stiskajočih bolečinah v predelu srca. Te so se obdobjno stopnjevale do te mere, da je bila prepričana, kako bo kar umrla. Počutila se je povsem prazno, iztrošeno.

V uvodnem pogovoru je bila nepristna v nastopu, teatralna. Na sogovornika se je trudila napraviti kar se da dober vtis. Opisovala je neskladja, v katera je zašla vse pogosteje. Okolica jo je doživljala kot »močno, energično osebo«, sama pa je po tem doživljala številne somatske težave. Pacientka je samo sebe opisala kot osebo z izrazitimi nihanji razpoloženja. Tako so si obdobja razživetega počutja, ko je otrokom pisala pesmice, se z njimi igrala in prepevala, sledile faze, ko ni »nič zmogla«. Ždela je predse in razmišljala. Kadar je bila razživeta, je bila pri okolici priljubljena, kadar pa je bila depresivna, tega ni bilo. Pacientka je bila leta 1999 prvič psihološko pregledana. Formalna intelektualna storilnost je bila na zgornji meji povprečja. Pri nevrotski strukturirani pacientki (pretežno konverzivnega tipa), pa so izstopali znaki depresivnosti, v okviru katerih so prevladovale težnje po socialnem umiku in izolaciji.

Ponovno smo uvedli antidepresiv amitriptilin (Amyzol: 30 mg / dan) ter anksiolitik bromazepam (Lexaurin: 1.5 mg / dan). Skupinsko psihoterapevtsko obravnavo pa je zaradi socialno fobičnih simptomov odklonila.

V tem času je opravila kontrolni pregled pri kardiologu zaradi »težav s srcem«, ki so bile povezane s tiščanjem, »tresenjem« in mravljinčenjem po levi roki. Organskega vzroka njenih težav niso našli. Uvedli so ji metroprolol (Bloxan: 50 mg / dan).

Prvo leto obravnave je zmogla komunikacijo zgolj preko telesnih, disociativnih fenomenov, nato pa je postopoma pričela opisovati nezadovoljstvo v partnerskem odnosu, prenapete odnose z ravnateljico ter travmo ob vključitvi učno neuspešne hčere v pedopsihiatrično obravnavo.

Ob vse hujših zunanjih pritiskih je postala vse bolj brezvoljna, anhedonična, psihomotorno upočasnjena, depresivnega čustvovanja, nespeča, neješča, z latentnimi suicidalnimi razmišljanji, ki so se stopnjevala do suicidalnega poskusa z medikamenti. Konverzivna simptomatika se je v tem obdobju stišala in ni bila več vodilna v klinični sliki. Vse bolj poglobljajoča se depresivna simptomatika z brezvoljnostjo, anhedonijo, distimičnim razpoloženjem, latentno suicidalno ogroženostjo, je botrovala prvemu sprejemu v psihiatrično

ustanovo. Ob zdravljenju z maproptilinom (Ladiomilom: 150 mg / dan) in amitriptilinom (Amyzolom: 75 mg / dan) smo ugotavljali vse pogostejša nihanja razpoloženja, ki je nihalo od hipomanične razživetosti, z logoroičnostjo, hiperaktivnostjo, do depresivne simptomatike s psihotičnim sestopom. Pri kontroli ščitničnih hormonov ni bilo odstopanj od normale. Ob odpustu ji je bil uveden sertralin (Zolof: 100 mg / dan), sulpirid (Eglonyl 150 mg / dan), klozapin (Leponex 75 mg / dan), metoprolol (Bloxan: 100 mg / dan). Depresivna simptomatika je ob zgoraj omenjeni terapiji vztrajala, tako da smo se odločili za ponovno uvedbo maproptilina (Ladiomil: 150 mg / dan), klomipramina (Anafranil: 75 mg / dan), klozapina (Leponex: 75 mg / dan) ter lorazepama (Loram: 7.5 mg / dan). Po treh mesecih jemanja terapije je bila pacientka drugič sprejeta v našo ustanovo po seriji epileptičnih napadov z zamračenostjo. Pred tem je bila pregledana na Nevrološki kliniki, opravljen je bil CT glave, ki ni pokazal organskih sprememb. Po kratkotrajni časovni in krajevni dezorientaciji se je hitro zbrisala. Tudi tokrat ji je razpoloženje nihalo od blage depresivnosti do privzdignjenega razpoloženja s hiperaktivnostjo. Ob odpustu smo uvedli čustveni stabilizator karbamazepin (Tegretol: 600 mg / dan) in mianserin (Tolvon 90 mg / dan).

V nadaljnjem zdravljenju je pacientka ostajala depresivno naravnana z narušeno realitetno kontrolo, tako da smo sprva uvedli atipični nevroleptik olanzapin (Zyprexa: 5 mg / dan), pozneje pa risperidon (Risperdal: 4 mg / dan).

Konec leta 2001 je bila pacientka psihomotorno pospešena, privzdignjenega razpoloženja, odkrenljive pozornosti, brez prave distance, v nastopu pa vse bolj avšasta. Miselni duktus je postajal vse bolj razrahljan, slabše povezan, besede je nizala po trenutnih notranjih vzgibih, sozvočjih. V medikamentozni terapiji ob že uvedenem karbamazepinu (Tegretol: 600 mg / dan), risperidonu (Risperdal: 5 mg / dan), diazepamu (Apaurin: 10 mg / dan) uvedemo še litijev karbonat (Litij: 600 mg / dan). Zaradi vse izrazitejše manične klinične slike je bila pacientka ponovno, tretjič, hospitalizirana. Sprva je bila povsem brez distance, hitro spreminjajočega se razpoloženja, v vedenju pa je izstopala bizarnost in nepredvidljivost.

Psihološko je bila ponovno pregledana zaradi predstavitve na invalidski komisiji. Primerjalni rezultati so pokazali znižano splošno funkcioniranje, kar se je izražalo v zvišani anksioznosti, miselni dezorganiziranosti, zmanjšani intelektualni učinkovitosti ter motnjami na področju realitetne kontrole. Rezultati so pokazali upad voljnih vitalnih potencialov, socialno anksioznost z umakjenostjo, paranoidno naravnost ter depresivno čustvovanje. Pacientka je bila leta 2002 invalidsko upokojena.

V nadaljnji ambulantni obravnavi je pacientkino psihično razpoloženje stalno nihalo med jezavostjo, nabadrenostjo, depresivnostjo, sumničavostjo vse do decembra 2004. V vmestnem obdobju smo čustveni stabilizator karbamazepin zamenjali z lamotriginom (Lamictal: 100 mg / dan), pozneje pa zaradi difuzne-povečane ščitnice, litijev karbonat z valprojsko kislino (Apilepsin: 450 mg / dan). Tireolog je uvedel natrijev levotirioksinat (Euthyrox: 100 mg zj.).

Po ukinitvi litijevega karbonata se je pacientka pritoževala nad nihanjem razpoloženja med dnevom, ki je nihalo v razponu od psihomotorne pospešenosti, hiperaktivnosti, jezavosti, nabadrenosti, do brezvoljnosti, apatije in nespečnosti.

V medikamentozni terapiji postopoma uvedemo kvetiapin (Seroquel: 125 mg / dan) ob sicer že uvedenemu lamotriginu (Lamictal 100 mg / dan), diazepamu (Apaurin: 10 mg / dan), velafaksinu (Efectin ER á 75 mg / dan). V naslednjih mesecih opustimo lamotrigin, velafaksin, tako da je pacientka prejela zgolj kvetiapin, valprojsko kislino in diazepam.

V zadnjem letu se je pacientkino stanje v dobršnji meri stabiliziralo. Razpoloženje je evtimično, je adekvatne mimike in gestike. Mišljenje je po vsebinski in formalni plati intaktno, produktivne simptomatike ne iznaša. Pritožuje se zgolj nad obdobje povečano tesnobo, vznemirjenostjo. Dnevno nihanje razpoloženja, od hipomaničnosti, jezavosti, nabodrenosti do depresivnosti, je izzvenelo. Ponovno je pričela zahajati v družbo, bere knjige in aktivno vodi gospodinjstvo.

Pacientka zadnje leto 2006 prejema:

kvetiapin (Seroquel: 800 mg / dan), valprojsko kislino (Apilepsin: 900 mg / dan) ter diazepam (Apaurin: 7 mg / dan).

## ZAKLJUČEK

Minilo je enajst let, da smo postavili pravilno diagnozo: Bipolarne afektivne motnje. Sprva je v klinični sliki prevladovala konverzivna simptomatika s socialno fobičnimi elementi. Uveden je bil triciklični antidepresiv. Po enem letu je zdravljenje zaključila.

Po desetih letih se je ponovno zglasila v dispanzerju zaradi konverzivne simptomatike, somatoformnih motenj, ki so imele psihodinamsko ozadje. Sledilo je obdobje z izrazitim nihanjem razpoloženja, od pretirane razživetosti, pospešenosti, hiperaktivnosti, do depresivnega razpoloženja s hiperbulijo in latentno suicidalnostjo. Pacientka je sprva prejela triciklične antidepresive, selektivne zaviralce ponovnega privzema serotonina in selektivni zaviralec ponovnega privzema serotonina in noradrenalina ter čustvene stabilizatorje karbamazepin, litij, lamotrigin, kar je po nekaj letih povzročalo dnevno nihanje razpoloženja.

V zadnjem letu se je pacientkino psihično stanje stabiliziralo ob jemanju atipičnega nevroleptika, kvetiapina in ob čustvenem stabilizatorju, valprojski kislini ter brez antidepresiva.

*Patricija Logar, dr.med.  
Psihiatrična bolnišnica Idrija  
Pot sv. Antona 49  
5280 Idrija*

# **BIPOLARNA MOTNJA PRI STAROSTNIKU: ZDRAVLJENJE S KVETIAPINOM**

## **UVOD**

Bipolarna motnja pri starostniku je v osnovi enako moteča zanj in za njegovo okolico kot pri mlajšem bolniku, zdravljenje pa je bolj zapleteno. Starostniki so zaradi fizioloških sprememb organizma, pogostejših sočasnih telesnih in psihičnih obolenj ter večje potrebe po zdravljenju z več zdravili hkrati bolj dovzetni za pojav neželenih stranskih učinkov. Poleg tega so bolniki z bipolarno motnjo verjetno bolj kot bolniki s shizofrenijo, ob zdravljenju z antipsihotiki, dovzetni za pojav ekstrapiramidnih motenj gibanja. Zaradi vsega tega je maneverski prostor zdravnika ožji tako glede izbire vrste zdravila kot njegovega odmerka.

## **OPIS BOLNIKA**

Bolnik K. A., rojen leta 1930, je bil v psihiatrični bolnišnici prvič hospitaliziran leta 1980. Sprejet je bil zaradi depresivne epizode z brezvoljnostjo, potrlostjo, pesimizmom, izrazito tesnobo, samomorilnimi idejami in občasnim stuporjem. Povedal je, da je imel depresivne epizode že vse od študija na fakulteti dalje, vendar jih je večinoma prebrodil brez zdravniške pomoči. Ni bilo podatkov o dotedanjih maničnih epizodah, niti o družinski obremenjenosti. Družinske razmere so bile urejene – poročen, oče dveh otrok. Takrat je bil zaposlen in na delovnem mestu ni imel kakih objektivnih težav. Večkrat je prebolel angino, zaradi uričnega artritisa je jemal alopurinol. Po zdravljenju z amitriptilinom in maprotilinom se je depresivnost pretežno umaknila, vendar je bila ob odpustu prisotna residualna depresivna simptomatika. V nadaljnjem sedemletnem obdobju je bil bolnik hospitaliziran še sedemkrat, vedno zaradi depresije, čeprav so med hospitalizacijo leta 1981 opažali prehodno hipomanično stanje. V teh letih je bolnik prejemal triciklične in tetraciklične antidepresive, občasno anksiolitike, pa tudi sedativne klasične antipsihotike predvsem kot sedativno oz. anksiolitično terapijo.

Leta 1987 so svojci prvič povedali, da pri bolniku »že nekaj časa« opažajo tudi obdobja hiperaktivnosti in čustvene privzdignjenosti. Takrat je bil uveden litijev karbonat in sledilo je devet let brez hospitalizacije. V tem obdobju so se tako depresivna kot manična nihanja razpoloženja še pojavljala, vendar je njihova manjša izraženost dopuščala ambulantno obravnavo. Poleg litijevega karbonata je bolnik jemal alopurinol, občasno pa še antidepresiv, klasični antipsihotik ali anksiolitik – glede na trenutno prisotno simptomatiko. Koncentracije litijevega karbonata so bile večinoma znotraj terapevtskega območja. Glede na prejšnje obdobje je bilo v času jemanja litijevega karbonata bolnikovo funkcioniranje v splošnem boljše. V nasprotju s prej prevladujočo depresivnostjo smo opazili večjo pogostost hipomaničnih stanj; zlasti svojci so hipomaničnost težje prenašali kot depresivnost. Daljših povsem eutimičnih obdobji bolnik tudi v tem času ni imel; na vsakih nekaj mesecev je imel vsaj krajše hipomanične ali depresivne epizode.

Postopoma so se začeli pojavljati ekstrapiramidni stranski učinki, sprva zlasti tremor. Ta se je najprej ublažil po dodatku propranolola, sčasoma pa je postal odporen na zdravljenje in vedno bolj moteč. Opažali so tudi diskinezije peroralne muskulature. Verjetno je bil to razlog, da so litijev karbonat leta 2002 ukinili; po tem se je ekstrapiramidna simptomatika pomembno ublažila, ni pa prešla. Kot stabilizator razpoloženja je bil uveden lamotrigin. Bolnik je naslednji dve leti ob lamotriginu jemal propranolol, alopurinol in – odvisno od razpoloženske faze – serotoninski antidepresiv sertralin in kasneje antidepresiv tianeptin. Leta 2004 je bil v manični epizodi poleg lamotrigina, propranolola in alopurinola uveden olanzapin v odmerku 5 mg/dan. Ker so se nihanja razpoloženja nadaljevala (problematična je bila predvsem maničnost), je bil odmerek olanzapina zvišan na 10 mg/dan. Maničnost se je ublažila, okrepile pa so se ekstrapiramidne motnje gibanja – tremor, rigidnost, občasno propulzije in retropulzije; pojavile so se tudi kognitivne motnje v smislu oslabiljene sposobnosti pomnenja in kot občasna obdobja zmedenosti. Nižanje odmerka olanzapina je ublažilo izraženost ekstrapiramidnih in kognitivnih motenj, vendar se je maničnost spet okrepila; ni bilo mogoče doseči terapevtsko učinkovitega odmerka olanzapina ob še sprejemljivi intenzivnosti stranskih učinkov. V dokumentaciji se pojavi zapis o verjetno prebolelem cerebrovaskularnem inzultu pred leti (bolnik naj bi imel takrat povešen levi ustni kot, težko se je izrazil, narobe si je zapenjal gumbe).

Leta 2005 smo olanzapin postopoma zamenjali s kvetiapiinom, sprva do odmerka 200 mg/dan. Ob tem je še naprej jemal lamotrigin, tianeptin in propranolol. Obdobje zmedenosti je bilo bistveno manj, bolnik je manj pozabljal. Ekstrapiramidne motnje gibanja so bile manj izrazite, niso pa ti stranski učinki povsem prešli. Bolnik je vendar zmožl samostojno več običajnih aktivnosti. Tudi razpoloženska nihanja so se nadaljevala, vendar je bila njihova intenzivnost manjša. Zaradi depresivne epizode je bil v avgustu 2006 spet hospitaliziran, med hospitalizacijo je prišlo do obrata v hipomanijo. Hospitalizacija še traja, odmerek kvetiapina pa je trenutno 600 mg/dan. Ob tem se ekstrapiramidni in kognitivni stranski učinki niso okrepili.

## **RAZPRAVA**

Bipolarna motnja je že sama po sebi težko dostopna zdravljenju; dodatni fiziološki in patološki procesi pa situacijo še dodatno zapletejo. V našem opisu je bil bolnik sedem let zdravljen zaradi depresije in šele potem se je izkazalo, da gre dejansko za bipolarno motnjo. Uvedba stabilizatorja razpoloženja (litijev karbonat) je privedla do bistvenega izboljšanja bolezenskega poteka, saj bolnik ob tem zdravlilu kar devet let ni potreboval hospitalizacije, čeprav trajnejšega umika razpoloženske simptomatike ni bilo mogoče doseči. Ko je bolnik dosegel višjo starost (in ob verjetnem vaskularnem procesu v centralnem živčevju), pa se je pomembno znižala njegova toleranca za neželene učinkovanje zdravila in litijev karbonat je bil ukinjen.

Čeprav je bolnik kasneje prejemal druga zdravila z dokazano učinkovitostjo glede stabilizacije razpoloženja, nobeno ni bilo povezano s kakim daljšim obdobjem brez hospitalizacij. Ob olanzapinu, ki sicer praviloma ne povzroča izrazitih ekstrapiramidnih motenj gibanja in očitnih motenj kognitivnih funkcij, so bili tovrstni stranski učinki pri



našem bolniku zelo izraženi. To kaže na bolnikovo izrazito povečano občutljivost za stranske učinke. Zamenjava s kvetiapiinom v subterapevtskem odmerku je bila delno uspešna – bolnik je imel manj stranskih učinkov, nihanja motenj razpoloženja pa so bila še sprejemljiva. S kvetiapiinom je bil tako dosežen kompromis med zahtevo po terapevtski učinkovitosti in po prenosljivosti. V nadaljnjem poteku se je izkazalo, da bolnik dobro prenaša tudi terapevtski odmerek kvetiapina in ne kaže od odmerka odvisnega stopnjevanja intenzivnosti stranskih učinkov.

Naš opis bolnika ponazarja, da se predvsem ob njegovi izrazito nizki toleranci utegne pokazati razlika v profilu stranskih učinkov med dvema atipičnima antipsihotikoma, ki sta v običajnih pogojih enako dobro prenosljiva. Take izkušnje nas opozarjajo, kako koristno je imeti dovolj široko izbiro zdravil, ki jih uporabljamo v individualiziranem farmakoterapevtskem pristopu.

*Prim. Andrej Žmitek, dr. med.*  
*Melita Pretnar Silvester, dr. med.*  
*Psihiatrična bolnišnica*  
*4275 Begunje na Gorenjskem*