

Józef Kocur, Dariusz Szczęsny

Współwystępowanie depresji i otępienia u osób w wieku podeszłym

Co-occurrence of depression and dementia in the elderly

Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Depresja należy do najczęściej rozpoznawanych dysfunkcji psychicznych u osób w podeszłym wieku, czyli po 65 roku życia. Wzrasta zwłaszcza częstość depresji o umiarkowanym i niewielkim nasileniu, depresji maskowanych, depresji o podłożu organicznym i depresji ze współwystępującymi chorobami somatycznymi. Wynika to z kumulacji czynników ryzyka, w tym specyficznej sytuacji psychospołecznej, narastającego pogorszenia funkcji fizjologicznych i częstszego występowania chorób somatycznych. Samo rozpoznanie depresji u osób starszych jest trudne, ponieważ wyrazistość typowych dla depresji zaburzeń zmniejsza się wraz z wiekiem. Według niektórych danych aż około 40% przypadków depresji u osób w podeszłym wieku pozostaje nierozpoznanych (6,7). Wynika to z różnych powodów; wskazuje się m.in., że zarówno lekarze, jak i pacjenci oraz ich rodziny uważają często objawy depresji za naturalny przejaw starzenia się organizmu, a depresja traktowana jest często jako jeden z elementów choroby somatycznej. Można to także tłumaczyć niechęcią chorych do eksponowania objawów psychopatologicznych, przywiązywania większej wagi do zaburzeń somatycznych oraz często niezbyt czytelnym obrazem klinicznym zespołu depresyjnego u osób starszych.

Częstsze epizody depresyjne w wieku podeszłym charakteryzują się licznymi skargami typu somatycznego, niepokojem psychoruchowym, objawami lękowymi, nierzadko objawami hipochondrycznymi. Jeśli towarzyszą im zaburzenia

urojeniowe, to zazwyczaj o treści nihilistycznej, z głębokim poczuciem winy i małej wartości.

Zespoły depresyjne u osób starszych często są silnie związane ze zmianami organicznymi; istnieją nawet koncepcje, że sam proces starzenia może wyzwać pojawienie się depresji; stwierdzono, że zaburzenia krążenia mózgowego często współwystępują z depresją: ok. 50–60% chorych z udarem mózgu okolicy czołowej po stronie lewej i zwojów podstawy zdradza objawy depresji (3, 7).

Odrębnym problemem diagnostycznym i terapeutycznym są tzw. depresje jatrogenne, występujące w trakcie leczenia chorób somatycznych dużą ilością różnych leków. Problem ten pojawia się często u osób w podeszłym wieku, ponieważ liczba przyjmowanych przez nich leków przekracza 6–8 dziennie. Obok znanego depresyjnego działania leków hipotensyjnych i blokujących receptory beta-adrenergiczne, objawy polekowe obserwowano m.in. po stosowaniu antagonistów receptorów alfa-adrenergicznych (klonidyna, alfa-metylodopa), leków nasercowych (np. digoksyny), środków obniżających poziom cholesterolu (prowastatyny, lowastatyny, cholestyraminy). Również niektóre leki przeciwnowotworowe, takie jak metotreksat, winblastyna, asparginaza, prokarbazyna, mogą wywoływać objawy depresyjne. Podobne działanie uboczne obserwowano także przy stosowaniu kortykosteroidów, leków przeciwpadaczkowych, środków przeciwalergicznych blokujących receptor histaminowy H₂, tuberkulostatyków (5, 6).

Zasady leczenia depresji współwystępującej z chorobami somatycznymi wymagają równoległej farmakoterapii, muszą zatem uwzględniać konieczność ograniczenia stosowanych leków do niezbędnego minimum, doboru leków o jak najslabszych efektach antyhistaminowych, antycholinergicznym, antyadrenergicznym i jak najmniejszym wpływie na układ sercowo-naczyniowy oraz wyboru leków o najmniejszej liczbie interakcji.

Do cech wyróżniających depresję wieku podeszłego należy m.in. jej dłuższy czas trwania i częstsze przechodzenie w postać przewlekłą. Częściej też towarzyszą jej zaburzenia poznawcze, zaniki korowe, zmiany w istocie białej mózgu, współwystępowanie innych chorób i większa śmiertelność.

Istotny wpływ na pojawienie się depresji u osób starszych mają także czynniki środowiskowe, zwłaszcza społeczno-demograficzne. Stwierdzono m.in., że najbardziej narażone na wystąpienie depresji są osoby niedawno owdowiałe i samotne, które doznały ciężkich przeżyć, doświadczają braku wsparcia społecznego i cierpią na choroby somatyczne. Występowanie depresji w przypadkach istnienia chorób somatycznych szacuje się na 20–80%, a częstość ta wydaje się zależeć od stopnia upośledzenia funkcjonowania pacjenta wskutek choroby somatycznej (7).

Innym problemem związanym z depresją wieku podeszłego są samobójstwa; są one częstsze niż u osób młodych, charakteryzują się większą spontanicznością, niekiedy są bardzo brutalne. Do grupy zwiększonego ryzyka zagrożenia należą tu samotni, niedawno owdowiali mężczyźni, pozbawieni wsparcia społecznego, ze współwystępującymi chorobami somatycznymi, z objawami bezsenności, dolegliwościami bólowymi.

Dość częstym zjawiskiem jest współwystępowanie depresji i otępienia (15–40%). Według niektórych autorów w otępieniu depresja pojawia się nawet w 60% przypadków (4). Depresja w przypadku otępienia może być spowodowana różnymi czynnikami – głównie psychologicznymi i biologicznymi. Badania przy zastosowaniu technik obrazowania, takich jak tomografia komputerowa czy jądrowy rezonans magnetyczny, wykazują dość specyficzne zmiany zarówno w zespołach otępiennych, jak i depresjach.

W otępieniu typu alzheimerowskiego stwierdza się m.in. zmniejszenie objętości istoty szarej (zwłaszcza w płatach skroniowych i czołowych),

a w zespołach depresyjnych obserwuje się zmiany w istocie białej, mogące być skutkiem zaburzeń krążenia mózgowego (4, 7).

Ciągle brak odpowiedzi na pytanie, czy pojawienie się depresji u osób starszych poprzedza wystąpienie zespołu otępiennego. Procesy neurodegeneracyjne w chorobie Alzheimera związane są nie tylko z zaburzeniami w układzie cholinergicznym, ale także noradrenergicznym i serotonergicznym. Z tego powodu leki przeciwdepresyjne wpływające na te układy mogą poprawiać funkcje poznawcze zarówno w zespołach otępiennych, jak i w depresji. Postępowanie terapeutyczne i rokowanie w zespołach, w których zachodzą na siebie objawy depresji i otępienia (np. depresja w przebiegu pierwotnego otępienia lub objawy otępienne w przebiegu pierwotnej depresji) zależy zatem w głównej mierze od pierwotnego podłoża tych zaburzeń. Istnieją jednak dość liczne przypadki, w których – zwłaszcza w fazie początkowej – nie udaje się jednoznacznie ustalić, czy jest to otępienie czy depresja. Dopiero przebieg kliniczny, wyniki badań dodatkowych i ewentualna skuteczność zastosowanych leków przeciwdepresyjnych, pozwalają na ustalenie ostatecznej diagnozy.

Raskind wysunął hipotezę, według której depresja jest związana z nadmierną produkcją kortyzolu, co powoduje obniżenie progu dla procesów neurodegeneracyjnych w neuronach piramidowych hipokampa. Degeneracja tych neuronów jest główną zmianą neuropatologiczną w chorobie Alzheimera – stąd wskazania do bezwzględnego leczenia depresji w każdym okresie życia, ponieważ może to zapobiegać wystąpieniu choroby Alzheimera (8).

Proponuje się, aby tego rodzaju zaburzenia określać terminem „pозnawcze zaburzenia afektywne” (*dementia – depression syndrome*) – (1, 2).

Ocena funkcji poznawczych wskazuje, że depresja nie wywołuje istotnych zmian w profilu neuropsychologicznym u chorych z otępieniem typu alzheimerowskiego. Wyniki testów badających funkcje pamięci przeprowadzone z użyciem dystraktorów są znacznie lepsze u osób z depresją niż u chorych z otępieniem.

Najważniejsze miejsce w leczeniu depresji zajmują leki antydepresyjne, które z racji specyfiki tego zespołu u osób starszych muszą być dobierane i podawane indywidualnie. W wieku podeszłym zmienia się ich farmakokinetyka,

wzrasta wrażliwość na działania niepożądane i toksyczność. Często może zatem występować nadmierna sedacja i hipotonia ortostatyczna, wzrasta ryzyko występowania zespołów majaczeniowych, powikłań kardiologicznych wynikających z działania arytmogennego i zaburzającego przewodnictwo przedsionkowo-komorowe, zaostrzeniu mogą ulec dolegliwości związane z jaskrą czy przerostem gruczołu krokowego. Należy pamiętać, że wzajemne interakcje przyjmowanych równocześnie różnych leków mogą skutkować zahamowaniem cytochromu P 450 i wzrostem poziomu leków w surowicy, co nasila działania niepożądane.

Głównym kryterium wyboru leków w omawianej grupie wiekowej musi być bezpieczeństwo stosowania i unikanie potencjalnych powikłań. Skuteczność leków przeciwdepresyjnych nowej generacji jest podobna jak klasycznych środków trójpierścieniowych, jednak przy wyraźnie lepszej tolerancji.

Dotyczy to głównie fluoksetyny, fluwoksaminy, sertraliny i citalopramu z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), wenlafaksyny i mirtazapiny z grupy wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SSNRI), moklobemidu z grupy inhibitorów MAO typu A.

Leki poprawiające funkcje poznawcze w zespołach otępiennych typu alzheimerskiego (donepezyl, takrym) nie wywołują efektów przeciwdepresyjnych, stąd ich zastosowanie w łącznie współwystępujących zespołach depresyjnych i otępiennych ma jedynie ograniczoną efektywność. Poza terapią farmakologiczną szerokie zastosowanie – zwłaszcza w Europie Zachodniej – mają wciąż elektrowstrząsy, zarówno ze względu na skuteczność, jak i dość dobrą tolerancję. Są one wskazane w przypadkach ciężkich epizodów depresyjnych z zaburzeniami funkcji poznawczych (5, 6).

Terapia depresji, niezależnie od towarzyszących zaburzeń poznawczych i stosowanego leczenia biologicznego, obejmuje także psychoterapię i działania psychosocjalne wspierające chorego i jego rodzinę. Psychoedukacja u chorych w podeszłym wieku z depresją powinna mieć na celu poprawę zdolności adaptacyjnej i jakości życia chorych. Musi ona zatem uwzględniać wszystkie poruszone aspekty tych zespołów, ale podstawowym elementem jej właści-

wego prowadzenia i oddziaływania jest aspekt psychologiczny i terapeutyczny.

Przekazywanie informacji o ich chorobie pacjentom w podeszłym wieku, a zwłaszcza z objawami depresji, może być zadaniem trudnym. Stopień trudności wzrasta, jeśli depresji towarzyszy zespół otępienny lub choroby somatyczne. Należy przede wszystkim dostosować rodzaj i zakres przekazywanej wiedzy o chorobie do możliwości percepcyjnych chorego; nie należy natomiast stosować ograniczeń w informacjach przekazywanych najbliższemu otoczeniu pacjenta, ponieważ na tych osobach często spoczywają główne zadania związane z przestrzeganiem zasad obowiązujących w opiece i leczeniu. Chory musi jednak wiedzieć, że jest otoczony opieką osób życzliwych i kompetentnych, mogących mu pomóc w jego dolegliwościach. Ważny jest sam sposób komunikowania się z chorym, właściwy dobór określić i terminów, tworzenie klimatu współpracy i zrozumienia.

W niektórych przypadkach oddziaływania psychoedukacyjne mogą przybierać formę poznawczo ukierunkowanej psychoterapii z elementami intensywnej, zintegrowanej interwencji psychologicznej, skoordynowanej z całym postępowaniem leczniczym. Postępowanie takie obejmuje m.in. monitorowanie stanu psychicznego, informowanie chorego i rodziny o dostępności wsparcia oraz zapewnienie takiego wsparcia w rozwiązywaniu problemów dotyczących choroby i okresu powracania do zdrowia.

Filozofia edukacji zakłada, że każdy chory ma prawo do wiedzy o swojej chorobie i że zrozumienie swojej sytuacji w chorobie wzmacnia pacjenta. Poprzez informowanie chorych i ich najbliższych o samej chorobie, sposobach i rodzajach leczenia, możliwościach rehabilitacji i opieki, można znacznie usprawnić przebieg terapii i stworzyć korzystniejszy klimat do funkcjonowania w warunkach choroby i powrotu do zdrowia.

Należy także uwzględniać sytuację socjalną i bytową chorego, w tym koszt leków, badań laboratoryjnych czy zabiegów. Istotnym elementem właściwie prowadzonej psychoedukacji jest przekazywanie informacji o dostępie do poradni, apteki, laboratorium itp., o możliwościach opieki i nadzoru oraz stała współpraca z rodziną lub opiekunami.

Wszystkie tego rodzaju działania zawsze muszą mieć na uwadze specyfikę wieku pode-

szłego, w tym ukształtowane od lat nawyki, przyzwyczajenia i stereotypy myślowe, które niekiedy trzeba umiejętnie modyfikować lub wykorzystać dla dobra terapii.

Streszczenie

Depresja należy do najczęściej rozpoznawanych dysfunkcji psychicznych u osób w podeszłym wieku. Wynika to m.in. z większej kumulacji czynników ryzyka, w tym specyficznej sytuacji psychologicznej i środowiskowej, narastającego pogorszenia funkcji fizjologicznych i częstszego występowania chorób i zaburzeń somatycznych. Samo rozpoznanie depresji u osób starszych jest jednak trudne, ponieważ wyrazistość typowych dla depresji zaburzeń zmniejsza się wraz z wiekiem. Według niektórych danych aż około 40% przypadków depresji u osób w wieku podeszłym pozostaje nierozpoznanych lub rozpoznanych niewłaściwie.

Łączne występowanie depresji i otępienia szacuje się na 15–40%, a u osób w wieku podeszłym nawet na 60% przypadków, które zwykle przejawiają się pod postacią depresji w przebiegu pierwotnego otępienia lub zespołu otępiennego w toku pierwotnej depresji. Istnieją jednak dość liczne sytuacje, w których nie udaje się jednoznacznie ustalić nie tylko pierwotnego zespołu, ale także odróżnić depresji od otępienia. Zaburzenia o takim obrazie klinicznym określane są jako poznawcze zaburzenia afektywne (*cognitive affective disorders*) lub jako zespoły otępienno-depresyjne (*dementia-depression syndrome*).

Słowa kluczowe: **depresja, otępienie, psychoedukacja**

Summary

Depression is one of the most common psychical among the elderly. This is due to, among other things, accumulation of risk factors, including worsening of physiological function and a more frequent occurrence of illnesses and somatic disorders. Diagnosis of depression in the elderly is difficult because in the course of time disorders typical for depression become less and less well-defined. According to some,

as many as 40% cases of depression in the elderly remains undiagnosed or misdiagnosed.

It is estimated that in 15–40% of cases depression is accompanied by dementia, whereas in the elderly it is as many 60% of the cases. Usually it is the case of depression emerging in the course of original dementia or the dementia syndrome emerging in the course of original depression. However, more often than not it is difficult to determine what emerges first or to differentiate between depression and dementia. Such disorders are seen clinically as cognitive affective disorders or dementia-depression syndrome.

Key words: **depression, dementia, psychoeducation**

Piśmiennictwo

1. Alexopoulos G. S., Meyers B. S., Young R. C.: The course of geriatric depression with „reversible dementia”. *Am. J. Psychiatry* 1993, 150, 1693–1699.
2. Alexopoulos G. S.: The treatment of depressed demented patients. *J. Clin. Psychiatry* 1996, 57, 14–20.
3. Berger A., Small B. J., Forsell Y., Winblad B., Backman L.: Preclinical symptoms of major depression in very old age. *Am. J. Psychiatry* 1998, 155, 1039–1043.
4. Burns A., Jacoby R., Levy R.: Psychiatric phenomena in Alzheimer’s disease. *Br. J. Psychiatr.* 1990, 157, 81–86.
5. Camus V., Wertheimer J.: Leczenie depresji u chorych z otępieniem. *WBA Bull. On Depression* 1999, 4, 6–10.
6. Hirschfeld R.M.A.: Guidelines for the long-term treatment of depression. *J. Clin. Psychiatry* 1994, 55, 61–69.
7. Muller-Spahn F., Hock C.: Clinical presentation of depression in the elderly. *Gerontology* 1994, 40, 10–14.
8. Raskind M. A.: Depression and dementia. *Biolog. Psychiatry Congress, Nice, France, June 23, 1997.*

Adres do korespondencji

prof. dr hab. Józef Kocur
Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Pl. Gen. Hallera 1
90–647 Łódź