18 listopada 2020

Depresja wieku podeszłego

Depresja jest jednym z najczęstszych zespołów psychopatologicznych w starości. Częstość jej występowania w populacji osób starszych jest duża – od kilkunastu procent w środowisku zamieszkania do kilkudziesięciu procent w szpitalach i instytucjach opieki długoterminowej. Dotyczy zdecydowanie częściej kobiet. Według szacunków na depresję cierpi aż 15-30% osób w wieku powyżej 65. r.ż. Natomiast częstość głębokich stanów depresyjnych w tej grupie wiekowej wynosi 2-4%.

Etiologia zaburzeń depresyjnych wieku podeszłego jest bardzo złożona. To efekt koincydencji wielu czynników społecznych, psychologicznych czy biologicznych. Wśród osób starszych występują różne **czynniki ryzyka depresji**: czynniki genetyczne, wcześniejsze występowanie zaburzeń psychicznych, przewlekłe choroby somatyczne (np. cukrzyca), zaburzenia endokrynologiczne (tarczycy, nadnerczy), organiczne choroby mózgu (udar, choroba Parkinsona, choroba Alzheimera), nowotwory złośliwe (trzustki, płuc, mózgu), zespoły bólowe, przewlekłe infekcje, choroby systemowe (toczeń trzewny), zmiany zwyrodnieniowe ośrodkowego układu nerwowego, utrata neuronów, upośledzenie aktywności układu noradrenergicznego, serotoninergicznego, dopaminergicznego, upośledzenie sprawności, przewlekłe stosowanie leków (benzodiazepiny - środki uspokajające lub nasenne, jak nitrazepam, estazolam, diazepam, klonazepam; neuroleptyki – leki przeciwpsychotyczne, jak haloperidol, chlorpromazyna), śmierć bliskich osób, przejście na emeryturę, odejście dzieci, zmiana miejsca zamieszkania (np. oddanie do domu opieki), trudna sytuacja materialna lub życiowa, niska samoocena, obwinianie siebie za bycie ciężarem dla rodziny, samotność, izolacja społeczna, przekonanie, że jest się nieważnym, niepotrzebnym.

Na **obraz kliniczny depresji** składają się:

1. Zaburzenia afektywne - obniżenie nastroju (smutek, przygnębienie, zobojętnienie, brak motywacji, pesymizm, niepokój, lęk),
2. Zaburzenie napędu psychoruchowego (apatia, brak zainteresowań, trudności w podejmowaniu decyzji, spowolnienie myślenia, poczucie obniżonej sprawności, utrata energii, ciągłe zmęczenie fizyczne, wolne poruszanie się, osowiałość, cicha mowa),
3. Zaburzenia rytmów biologicznych (snu i czuwania): bezsenność lub bardzo wczesne budzenie się rano, sypianie w ciągu dnia,
4. Zaburzenia popędów (samozachowawczego, płciowego),
5. Zaburzenia regulacji hormonalnej i przemiany materii (zaburzenia wydzielania hormonów podwzgórza, kortyzolu, retencja sodu i wody),

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Fundusze Europejskie dla Małopolski | Rzeczpospolita Polska | Dofinansowane przez Unię Europejską | MAŁOPOLSKA

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT

6. Drażliwość, skłonność do narzekania, hipochondrii – za podobnymi skargami może kryć się pragnienie kontaktu, domaganie się uwagi, troski ze strony najbliższych,
7. Problemy z pamięcią i koncentracją – łatwo pomylić z demencją starczą, tymczasem chory może mieć całkowicie sprawny umysł, a wymienione objawy mogą być jedynie skutkiem złej kondycji psychicznej,
8. W zaawansowanej depresji chory jest już całkowicie zobojętniały i przestaje widzieć sens w dbaniu o siebie i swoje otoczenie. Może leżeć całymi dniami w łóżku, nie sprzątać, mało jeść i pić, nie przestrzegać zasad higieny. W takiej sytuacji narażony jest na gwałtowne pogorszenie stanu zdrowia, a w skrajnych przypadkach nawet na śmierć.

Objawy depresji starczej różnią się od symptomów depresji u osób młodszych. Łatwo je przeoczyć, ponieważ często mylone są z typowymi objawami starzenia, takimi jak kłopoty z pamięcią, koncentracją, osłabienie, zaburzenia snu, bóle mięśni. Nieleczona depresja starcza jest bardzo niebezpieczna – częściej niż u młodszych prowadzi do prób samobójczych, które w tej grupie wiekowej aż w połowie przypadków kończą się śmiercią. Jak powiedział Antoni Kępiński depresja *„u młodych samobójstwo jest wołaniem o pomoc, u starszych już tylko wołaniem o śmierć”.* U osób starszych często pojawia się silny lęk i niepokój psychoruchowy, dający obraz tzw. **depresji agitowanej**, wymagającej leczenia szpitalnego. Może też depresji osób starszych towarzyszyć znaczne obniżenie napędu psychoruchowego, które w skrajnych przypadkach może przybierać postać **osłupienia melancholicznego**. Częściej niż u osób młodych pojawiają się objawy psychotyczne (urojenia, omamy) o charakterze katastroficznym, nihilistycznym, w skrajnych przypadkach mogą przybierać postać **zespołu Cotarda** (urojenia przekonania o końcu świata, destrukcji ciała, zanikaniu narządów; omamy węchowe, np. zapach zgnilizny). U osób starszych znacznie częściej mamy do czynienia z niepełnoobjawowym obrazem depresji i z różnego rodzaju jego maskami, tzw. **depresją maskowaną** (wśród skarg na plan pierwszy zamiast obniżenia nastroju wysuwają się objawy somatyczne, np. świąd skóry, bóle głowy, brak apetytu, bóle serca). Problemem może być oprócz tego somatyczne tłumaczenie wielu skarg zgłaszanych przez pacjenta z depresją, traktowanych jako swego rodzaju norma w starości, co opóźnia postawienie prawidłowego rozpoznania. Specyficzną odmianą zaburzeń depresyjnych jest **otępienie rzekome (pseudodemencja)**, w której stopień nasilenia zaburzeń poznawczych (głównie pamięci) może mylnie sugerować otępienie. Nie należy jednak zapominać, że depresja i otępienie mogą występować jednocześnie. W rozpoznaniu depresji może pomóc zastosowanie rutynowej skali oceny sfery emocji, np. Geriatrycznej Skali Oceny Depresji (*Geriatric Depression Scale*, *GDS*).

Depresję należy zawsze brać pod uwagę w różnicowaniu zespołu otępiennego. W depresji wieku podeszłego częste są bowiem skargi na upośledzenie funkcji poznawczych, a pacjenci nierzadko uzyskują nieprawidłowe wyniki w testowej ocenie tych funkcji. Depresja może być niezależnym zespołem nakładającym się na otępienie, przebiegać pod jego maską (pseudodemencja) lub też występować jako jego wczesny objaw. U osób starszych często występującą odmianą depresji

jest depresja psychotyczna. Towarzyszą jej, obok wymienionych powyżej objawów, urojenia nihilistyczne (chory zaczyna wątpić w swoje istnienie, a nawet całego świata), hipochondryczne, omamy słuchowe. Nasilone jest też upośledzenie funkcji poznawczych. Ten rodzaj depresji wiąże się z większym ryzykiem samobójstwa, a w przypadku nieustępowania objawów może przerodzić się poważną chorobę psychiczną. Ciężka depresja może przypominać chorobę Alzheimera albo demencję naczyniową. Nieleczona depresja zwiększa ryzyko zachorowania na chorobę Alzheimera lub wystąpienia innej formy demencji. Jeśli depresja wystąpi w starszym wieku, to szansa pojawienia się otępienia (demencji) w ciągu 5 lat rośnie aż dwukrotnie.

W każdej sytuacji **leczenie przeciwdepresyjne** może przynieść poprawę stanu pacjenta. Terapia depresji u osób w starszym wieku trwa często dłużej (co najmniej rok), a sytuacji utrzymujących się licznych czynników ryzyka depresji – nawet do końca życia. Wymaga regularnego przyjmowania leków. W leczeniu depresji starczej szczególnie duże znacznie ma kontakt chorego z otoczeniem. U osób starszych przygnębienie i apatia wynika najczęściej z poczucia samotności i opuszczenia, dlatego tak ważne jest stałe okazywanie im zainteresowania. Jeśli u bliskiej nam osoby podejrzewamy symptomy depresji, postarajmy się w porę zareagować, np. poprzez częstsze odwiedziny, regularne telefonowanie, oferowanie swojej pomocy przy zrobieniu zakupów czy sprzątaniu. Podczas rozmowy cierpliwie słuchajmy, co rodzice lub dziadkowie mają nam do przekazania. Jednocześnie zachęcajmy ich do zwiększonej aktywności – spotykania się ze znajomymi, spacerowania, uprawiania sportu. O ile to możliwe, zainteresujmy ich np. uprawą ogródka lub czytaniem książek. W przebiegu łagodnej depresji starczej te z pozoru proste czynności mogą przywrócić starszej osobie chęć do życia i poczucie bycia potrzebnym. W przypadku cięższej depresji skuteczne leczenie wymaga zastosowania środków farmakologicznych. Z osobę starszą należy pójść do specjalisty (najlepiej psychiatry), który po przeprowadzeniu wywiadu przepisze odpowiednie leki z grupy antydepresantów. Zawarte w nich substancje wyrównują poziom neuroprzekaźników w mózgu, wpływając tym samym na polepszenie samopoczucia. Trzeba jednak pamiętać, że terapia farmakologiczna nie zastąpi prawdziwej, międzyludzkiej relacji. Aby efekty leczenia były trwałe, należy poświęcać choremu więcej uwagi i pozostawać z nim w regularnym kontakcie. Nowoczesne antydepresanty są stosunkowo bezpieczne i nie wywołują tak wielu skutków ubocznych, jak leki starej generacji, nie mają właściwości uzależniających. Mimo to zawsze należy przyjmować je ściśle z zaleceniami lekarza i dokładnie obserwować reakcje organizmu na zażywany środek. Antydepresanty dostępne są tylko na receptę, wypisuje je lekarz POZ lub psychiatra po rozpoznaniu u pacjenta charakterystycznych objawów afektywnych, utrzymujących się nie krócej niż przez dwa tygodnie. Ważna jest też współpraca psychiatry z geriatrą. Dzięki niej możliwa jest eliminacja leków mogących wywoływać lub nasilać objawy depresyjne. Należą do nich: glikozydy naparstnicy, beta-adrenolityki, metylodopa, antagoniści wapnia, klonidyna, leki przeciwnadciśnieniowe, leki steroidowe, niesteroidowe leki przeciwzapalne). Leki antydepresyjne wpływają na przekaźnictwo neurochemiczne w mózgu, zwiększając ilość tzw. neurotransmiterów, wpływających na nasze

samopoczucie: serotoniny i noradrenaliny. W szybkim czasie (po ok. 2 tygodniach) powodują wyraźną poprawę nastroju. Pacjent odzyskuje chęć życia, ma więcej energii do działania, zaczyna pozytywnie patrzeć w przyszłość, lepiej sypia. Osoby dotknięte epizodami maniakalnymi bądź psychotycznymi odzyskują równowagę psychiczną i wewnętrzny spokój, zaburzenia lękowe ustępują.

Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD) – należą do nich odkryte w latach 50. **leki pierwszej generacji**, obecnie rzadziej stosowane. Mają wysoką skuteczność, ale są jednocześnie często źle tolerowane przez organizm i wykazują szereg skutków ubocznych (m.in. wysychanie błon śluzowych, rozwój jaskry, chorób serca, przerostu prostaty, majaczenia). Do tej grupy należą, np. amitryptylina, doksepina, mianseryna.

Leki o budowie dwupierścieniowej, czteropierścieniowej - są to **leki drugiej generacji**. Należą do nich, np. selektywne inhibitory wychwytu serotoniny (SSRI): fluoksetyna, sertralina. Są skuteczne np. w depresji starczej, lepiej tolerowane, dają mniej objawów niepożądanych (m.in. senność, nadmierne uspokojenie, zmęczenie, ortostatyczne spadki ciśnienia tętniczego, upadki, zmniejszony apetyt, zwiększona potliwość, suchość w ustach), posiadają węższy zakres przeciwwskazań (choroba Parkinsona, padaczka, niewydolność wątroby, nerek).

W razie zauważenia objawów niepożądanych, nie należy od razu samemu odstawiać leku. Jeśli dolegliwości nie są uciążliwe, warto poczekać kilka-kilkanaście dni – często same ustępują lub wyraźnie się zmniejszają wraz z ogólną poprawą samopoczucia chorego. Jeżeli podopieczny odczuwa duży dyskomfort, należy udać się z nim do lekarza, który skoryguje dawki leku lub zamieni go na inny. U osób starszych podstawową zasadą leczenia jest *start low go slow,* tzn. rozpoczynanie od małych dawek, powolne ich zwiększanie i dążenie do stosowania najmniejszych skutecznych dawek.

Źródło:

1. *Grodzicki T., Kocemba J., Skalsa A. (red.): Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. VIA MEDICA, Gdańsk, 2006.*
2. *Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K. (red.): Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku. PZWL, Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.*

Źródło zdjęcia: *https://www.canva.com/photos/*

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT