

ELŻBIETA TRYPKA

# PRZYWRÓCIĆ RADOŚĆ ŻYCIA

Jak skutecznie radzić sobie z depresją  
i zaburzeniami psychicznymi  
w wieku senioralnym

Wrocław 2010

Zespół redakcyjny serii „Biblioteka Nestora”:  
Piotr Klag  
dr Zbigniew Machaj  
dr Agnieszka Pierzchalska  
dr Ewa Pisarczyk – Bogacka

Publikacja sfinansowana  
przez Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej  
we Wrocławiu

OTO Agencja Reklamowa Kulczyk & Pacześniak s.j.  
[www.o-to.pl](http://www.o-to.pl)

ISBN 978-83-927859-0-3

## SPIS TREŚCI

Wstęp.....	6
Biologiczne podstawy depresji.....	9
Diagnostyka depresji u osób w podeszłym wieku.....	20
Zaburzenia depresyjne – obraz kliniczny.....	37
Typy zaburzeń depresyjnych: zaburzenie afektywne dwubiegunowe, depresja sezonowa, depresje maskowane.....	44
Zaburzenia lękowe a depresja.....	51
Depresja wieku podeszłego a proces otepienny.....	64
Ryzyko samobójstw.....	69
Leczenie zaburzeń depresyjnych.....	77
Podsumowanie.....	93
Piśmiennictwo.....	94
Dodatek: Klasyfikacja zaburzeń depresyjnych i lękowych (ICD-10).....	103

**SERIA „BIBLIOTEKA NESTORA”**

**TOM III**





## **Szanowni Państwo,**

Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej prezentuje Państwu publikację „Przywrócić radość życia. Jak skutecznie radzić sobie z depresją i zaburzeniami psychicznymi w wieku senioralnym”, poruszającą problematykę depresji oraz innych zaburzeń o podłożu psychicznym, które dotknąć mogą osoby w okresie późnej dorosłości. Zawiera ona opis najczęstszych schorzeń, porady dotyczące procesu diagnostycznego oraz wskazówki, w jaki sposób postępować w takich sytuacjach. Poradnik przeznaczony jest zarówno dla profesjonalistów, osób, które na co dzień pracują z seniorami, jak i dla samych seniorów oraz członków ich rodzin.

Publikacja niniejsza jest kolejną, trzecią już, pozycją wchodzącą w skład cyklu „BIBLIOTEKA NESTORA”, poświęconego problematyce starzenia się i mającego na celu ograniczanie negatywnych skutków tego procesu. Chcielibyśmy, by z wiedzy w niej zawartej skorzystało jak najszersze grono osób, w tym przede wszystkim dolnośląscy seniorzy.

Wierzymy, że całokształt działań przez nas podejmowanych przyczyni się do tego, by osoby starsze – mieszkańcy Dolnego Śląska, miały szansę na godne, aktywne i wartościowe życie także w okresie starości.

Piotr Kłag  
Dyrektor DOPS,  
Zespół Redakcyjny

## WSTĘP

Wiele osób uważa, że problemy psychiczne są związane z naturalnym procesem starzenia się. Nie jest to prawdą. Osoby starsze, bez względu na wiek, powinny zachować dobrostan fizyczny i psychiczny. Zaburzenia nastroju, myślenia czy zachowania nie stanowią integralnej części procesu starzenia się. Nie są także tylko wyrazem chwilowej słabości. Zawsze świadczą, że coś złego dzieje się w ludzkim organizmie i wymaga to kontroli lekarskiej. Wśród osób starszych często panuje przekonanie, że występujące problemy nie muszą być leczone od razu, ponieważ mogą ustąpić same. Jest to założenie błędne, każda choroba wymaga leczenia. Seniorzy, u których wcześniej nie występowały żadne zaburzenia psychiczne, mogą nie traktować zmian w swoim nastroju, myśleniu czy zachowaniu, jako choroby. Mogą odczuwać wstyd lub niechęć do przyznania się, że mają problemy o podłożu psychicznym. Podobną postawę przyjmują też czasem członkowie rodziny, uznając, że zmiany zachodzące w psychice osoby starszej są naturalne dla procesu starzenia się, stanowią efekt zmian charakteru lub chwilowej słabości. Bywają również lekceważone przez rodzinę, ponieważ nie posiada ona niezbędnej wiedzy, w jaki sposób można by pomóc.

*Depresja to coś więcej niż tylko stwierdzenie „mam zły dzień” lub odczucie, że jest mi smutno, przykro.*

**DEPRESJĘ należy opisać jako stale utrzymujące się uczucie smutku, beznadziejności, utratę zdolności do przeżywania przyjemności lub utratę dotychczasowych zainteresowań. ABY ROZPOZNAĆ DEPRESJĘ POWYŻSZE OBJAWY MUSZĄ UTRZYMYWAĆ SIĘ NIE DZIEŃ, DWA, ALE PRZYNAJMNIEJ DWA TYGODNIE.**

Depresja jest częstym zaburzeniem u osób w starszym wieku, nie jest naturalnym efektem starzenia się organizmu. **Depresja zawsze jest chorobą, którą należy leczyć.**

Osoby starsze nie chcą rozmawiać o swoich dolegliwościach z rodziną lub opiekunami, odczuwają wstyd mówiąc o swoich słabościach, zwłaszcza związanych ze sferą psychiczną. Dość często pokutuje przekonanie, że osoba korzystająca z pomocy psychiatry czy psychologa to „wariat” i wszyscy będą jej unikać lub się bać. Oczywiście, niektóre objawy depresji, takie jak mniejsza energia, więcej dolegliwości bólowych mogą być fałszywie interpretowane jako objawy starzenia się. Brak wiedzy o depresji oznacza, że szansa, by **wyleczalna choroba** została odpowiednio rozpoznana i leczona, jest znikoma.

Depresja może być powodem do zmartwień nie tylko dla osób mieszkających razem, ale wywoływać problemy w całej rodzinie. W populacji osób starszych jedna na pięć może mieć objawy depresyjne, jeszcze większy odsetek osób cierpiących na depresję znajduje się w szpitalach czy placówkach opiekuńczych – nawet ponad 40%. Jeśli jakieś objawy niepokoją nas lub rodzinę, nie należy ich lekceważyć, zawsze należy szukać pomocy.

**WARTO PAMIĘTAĆ, ŻE DEPRESJA JEST CHOROBA  
ULECZALNĄ.**

Istnieje szereg czynników ryzyka, które mogą predysponować do rozwoju depresji u osób starszych. Wśród podstawowych należy wymienić:

1. Wcześniejsze epizody depresyjne.
2. Epizody depresyjne w rodzinie.
3. Płeć żeńska.
4. Stan wolny – wdowieństwo lub rozwód.

5. Wpływ leków wywołujących objawy podobne do depresji.
6. Nadużywanie alkoholu lub substancji psychoaktywnych.
7. Długotrwałe zaburzenia snu.
8. Zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN), spowodowane m.in.: udarem mózgu, chorobą Parkinsona, chorobą Alzheimerera.
9. Choroby przewlekłe powodujące dolegliwości bólowe lub niesprawność znacznego stopnia.
10. Brak wsparcia społecznego i rodzinnego.
11. Opiekowanie się przewlekle chorym członkiem rodziny.
12. Trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu bliskich relacji z innymi ludźmi.
13. Negatywne wydarzenia życiowe:
  - śmierć bliskiej osoby – dla większości osób takie uczucia wraz z upływem czasu stają się coraz mniej nasilone, partner stara się ułożyć życie na nowo; zwykle po roku trwania żałoby potrafi zaakceptować stratę bliskiego; w przedłużonej reakcji żałoby, która ma postać depresji, partner nie może się pogodzić ze stratą bliskiej osoby, nie jest w stanie funkcjonować, a objawy ulegają nasileniu,
  - zmiana miejsca zamieszkania, np. przeprowadzka do mniejszego mieszkania, które łatwiej utrzymać, przeniesienia do placówki opiekuńczej; osoby odczuwają taką zmianę jako swoją porażkę, że nie mogły utrzymać się w swoim środowisku, odczuwają utratę przyjaciół, sąsiadów czy wsparcia znanego otoczenia,
  - separacja lub rozwód,
  - kłopoty finansowe lub inne straty materialne, np. utrata domu w wyniku kataklizmów (powódź, pożar, itp.).



## **BIOLOGICZNE PODSTAWY DEPRESJI**

Gdy dotyka nas choroba, zadajemy sobie pytania, dlaczego „to” przytrafiło się właśnie mnie. Każdy z nas szuka odpowiedzi, ale nie zawsze satysfakcjonująca nas odpowiedź istnieje. Taka sytuacja dotyczy również przyczyn depresji. Gdy chorujemy na katar czy mamy kaszel, możemy ich istnienie wytłumaczyć zakażeniem bakteryjnym lub wirusowym, gdy chorujemy na chorobę niedokrwienną serca, wiemy, że jest ona wywołana zaburzeniami krążenia lub miażdżycą. W przypadku depresji nadal nie ma jednoznacznego wyjaśnienia jej źródeł, choć już w starożytności podejmowano poszukiwania jej uwarunkowań.

Hipokrates określał długotrwały stan przygnębienia i lęku jako melancholię. Uważał, że była ona wywołana nadmiarem produkowanej w wątrobie i śledzionie substancji organizmu, którą nazywał czarną żółcią. Galen rozwinął jego teorię i twierdził, że melancholia powstaje wówczas, gdy opary czarnej żółci docierają do mózgu, powodując lęk i „zaćmienie” umysłu. Teoria związana z udziałem czarnej żółci w procesie powstawania depresji uległa zmianie dopiero pod koniec XIII wieku, gdy naukowcy poznali budowę anatomiczną człowieka, a miejsca powstawania depresji zaczęto poszukiwać w mózgu. Pomocne w odkrywaniu mechanizmów depresji było wprowadzenie nowych leków o działaniu przeciwdepresyjnym. Pierwszym lekiem była klomipramina, która modyfikuje działanie noradrenaliny i serotoniny. Dlatego zaczęto poszukiwać związków pomiędzy depresją a neuroprzekaźnikami, które stanowią substancje w mózgu przekazujące sygnały pomiędzy komórkami nerwowymi.

Obecnie, według jednej z teorii, uważa się, że istnieje związek pomiędzy rozwojem depresji a zaburzeniami poziomu neuroprzekaźników (noradrenaliny, serotoniny) w ośrodkowym układzie nerwowym.

**Noradrenalina** (NA) jest substancją produkowaną przez mózg w miejscu sinawym, które reguluje stopień pobudzenia mózgu, a także funkcje automatyczne, takie jak np. termoregulacja. Jest wykorzystywana jako neuroprzebiegacz przez niektóre neurony pnia mózgu i układu współczulnego. Silny stres zaburza prawidłowe działanie miejsca sinawego. Wyrzut **noradrenaliny** do krwi sprawia, że szybko dociera ona do mózgu, co wywołuje zmiany w układzie krążenia, powodując przyspieszenie rytmu serca, przemianę glikogenu w glukozę, wzrost napięcia mięśni oraz poszerzenie źrenic (będące skutkiem ubocznym). **Noradrenalina** wpływa dwójako na układ krążenia: zwęża naczynia obwodowe, natomiast rozszerza naczynia wieńcowe w sercu. Wpływ **noradrenaliny** na pracę całego organizmu jest możliwy dzięki istnieniu połączeń pomiędzy miejscem sinawym a różnymi obszarami naszego organizmu. Połączenia te to drogi nerwowe.

W tabeli przedstawiono drogi działania noradrenaliny oraz reakcję naszego organizmu, jaką wskutek tego możemy zaobserwować.

<b>Droga działania noradrenaliny:</b>	<b>Reakcja organizmu:</b>
Miejsce sinawe – kora czołowa	Regulacja nastroju
Miejsce sinawe – kora przedczołowa	Regulacja procesów poznawczych i uwagi
Miejsce sinawe – kora limbiczna	Regulacja emocji, energii, pobudzenie lub spowolnienie psychomotoryczne
Miejsce sinawe – mózdzek	Ruchy mimowolne, drżenia
Miejsce sinawe – pień mózgu – ośrodki krążeniowe	Regulacja ciśnienia tętniczego
Rdzeń kręgowy – serce	Regulacja czynności serca
Rdzeń kręgowy – pęcherz moczowy	Regulacja opróżniania pęcherza moczowego

**W zaburzeniach depresyjnych obserwujemy obniżenie aktywności komórek nerwowych w miejscu sinawym i układzie limbicznym, co prowadzi do zmniejszenia produkcji noradrenaliny.**

Niedobór NA powoduje, że impulsy nerwowe nie są przesyłane do odpowiednich obszarów mózgu i organizmu. Skutkiem tego jest obniżenie nastroju, spadek energii, spowolnienie psychomotoryczne, osłabienie akcji serca, spadki ciśnienia tętniczego, co jest odczuwane przez chorego jako ogólne osłabienie organizmu.

Kolejnym neuroprzebiegiem, uczestniczącym prawdopodobnie w mechanizmie depresji, jest **serotonina**. Jest ona produkowana przez mózg w obszarze zwanym jądrami szwu. **Serotonina**, podobnie jak noradrenalina, powoduje oddziaływanie w różnych obszarach organizmu poprzez specjalne drogi.

W tabeli przedstawiono drogi przekazywania serotoniny.

<b>Droga działania serotoniny:</b>	<b>Reakcja organizmu:</b>
Jądra szwu – kora czołowa	Regulacja nastroju
Jądra szwu – jądra podstawy	Kontrola ruchów, natręctw, czynności przymusowych
Jądra szwu – płat limbiczny	Patogeneza lęku i napadów lękowych
Jądra szwu – podwzgórze	Regulacja apetytu i zachowań związanych z jedzeniem
Jądra szwu – pień mózgu	Regulacja snu
Jądra szwu – rdzeń kręgowy	Zaburzenia czynności seksualnych (orgazmu i ejakulacji)
Jądra szwu – pień mózgu	Odruch wymiotny
Jądra grzbietowe szwu – jądro migdałowe – kora czołowa	Reakcja ucieczki i zachowania unikające, gdy pojawia się zagrożenie
Jądra szwu – okolica okołokomorowa i okołowodociągowa	Hamowanie reakcji walki lub ucieczki na zagrożenie i ból

Zgodnie z biologicznymi teoriami zakłada się, że w **depresji obserwujemy obniżenie poziomu serotoniny w korze czołowej, co prowadzi do obniżenia nastroju**. Mniejsza aktywność w podwzgórzu jest odpowiedzialna za spadek apetytu w depresji, a niskim poziomem **serotoniny** w pniu mózgu tłumaczymy zaburzenia snu, zwłaszcza płytki, przerywany i znacznie skrócony sen. Jednak gdy poziom **serotoniny** zmniejsza się w wymienionych powyżej miejscach mózgu, w innych może wzrosnąć, np. w płacie limbicznym lub jądrach podstawy, co skutkuje pojawieniem się lęku, niepokoju, drażliwości i pobudzenia.

Powyższe mechanizmy nie tłumaczą w pełni zmian zachodzących w depresji, dlatego poszukuje się innych wyjaśnień. Obecnie trwają badania nad rolą **melatoniny, substancji P i neurokinin**.

**Melatonina** jest neurohormonem, którego działanie jest związane z rytмами okołodobowymi organizmu. W depresji obserwujemy ich zaburzenie, które ustępuje w trakcie leczenia. Dlatego przypuszcza się, że w depresji dochodzi do zaburzenia lub uszkodzenia mechanizmów synchronizacji rytmów, co wyraża się wahaniem nastroju.

W wielu przypadkach wystąpienie depresji jest poprzedzone jakimś negatywnym wydarzeniem życiowym. Do czynników, mogących prowadzić do rozwoju depresji, należą przede wszystkim:

- utrata pozycji społecznej i zawodowej,
- utrata sprawności psychofizycznej,
- utrata niezależności, np. w wyniku przewlekłej choroby,
- brak aktywności,
- izolacja związana z zakończeniem pracy zawodowej,
- brak celów życiowych,
- zmiana warunków mieszkaniowych,

- przeprowadzka do zakładu opiekuńczego,
- utrata osób najbliższych (śmierć współmałżonka, krewnych, przyjaciół, wyprowadzka dzieci),
- osamotnienie,
- brak wsparcia osób bliskich i kontaktów z innymi ludźmi.

Badania pokazują, że u 16% wdów lub wdowców w ciągu roku po śmierci małżonka występuje istotna klinicznie depresja. W takich przypadkach utrata osób bliskich jest czynnikiem „spustowym” epizodu depresyjnego. Wszystkie te wydarzenia wywołują reakcję stresową.

U każdego z nas w wyniku zadziałania czynnika stresowego dochodzi do aktywacji odpowiednich obszarów mózgu – podwzgórza, które produkuje kortykoliberynę, pobudzającą przysadkę mózgową do produkcji innej substancji, kortykotropiny, która z kolei pobudza nadnercza do produkcji kortyzolu – hormonu stresu. Podwyższony poziom kortyzolu, aby zahamować reakcję stresową, hamuje wydzielanie kortykoliberyny. Taki mechanizm nazywany jest hamowaniem zwrotnym i odpowiada za wygasanie reakcji stresowej.

**U osób z predyspozycją genetyczną stan przewlekłego stresu prowadzi do rozwoju depresji. Wynika to z zaburzonego mechanizmu przerywania reakcji stresowej. Nie działa mechanizm hamowania zwrotnego i organizm takich osób jest stale w stanie stresu. Według tej teorii, przewlekły stres odpowiada za stan depresji.**

Do przyczyn depresji zaliczamy także wpływ niektórych leków stosowanych w różnych terapiach. Jest to problem szczególnie ważny u osób w wieku podeszłym, u których często stosuje się farmakoterapię z powodu schorzeń somatycznych. W dalszej części przedstawiono związki pomiędzy stosowaniem różnych leków a ich możliwym depresjogennym wpływem.

## **Leki stosowane w leczeniu nadciśnienia**

Lekarze i naukowcy od dawna zauważają związek pomiędzy depresją a chorobą niedokrwienną serca. Objawy depresyjne częściej występują u osób cierpiących na chorobę wieńcową niż wśród osób zdrowych. Dlatego często trudno jest rozróżnić, czy do występowania symptomów depresji predysponuje je sama choroba niedokrwienna serca, czy też przyjmowane przez nie leki kardiologiczne.

Pierwszym lekiem z grupy leków wykorzystywanych w leczeniu nadciśnienia, przy którego stosowaniu zaobserwowano obniżenie nastroju, była **rezerpina**. Kolejną grupą leków, która budziła niepokój, były tzw. „**beta-blokery**”, jednak przeprowadzone badania nie potwierdziły związku pomiędzy nimi a wystąpieniem depresji. Dlatego na podstawie aktualnie dostępnych danych uważa się, że nawet jeśli istnieje powiązanie pomiędzy tą grupą leków a objawami depresyjnymi, to nie jest ono tak silne, jak początkowo sądzono. Wpływ nowszych grup leków na występowanie depresji, takich jak **inhibitory angiotensyny** oraz **blokery kanałów wapniowych**, nie jest jednoznaczny i nadal trwają badania nad ich oddziaływaniem na stan psychiczny pacjentów.

Pomimo braku wystarczających dowodów na związek pomiędzy stosowaniem leków przeciwnadciśnieniowych z innych grup a występowaniem depresji, możliwe jest, że wywołują one objawy depresyjne u niektórych pacjentów. **Trzeba również pamiętać, że choroba niedokrwienna serca jest związana z częstszym występowaniem depresji. Dlatego u chorych z chorobą wieńcową należy kontrolować objawy depresyjne zarówno przed, jak i podczas farmakoterapii przeciwnadciśnieniowej.**

## **Leki hormonalne**

Powiązania sterydów produkowanych przez korę nadnerczy z objawami psychiatrycznymi są dobrze znane i przebadane. Wiele doniesień potwierdza wpływ **kortykosterydów** na występowanie objawów depresyjnych, jak również objawów maniakalnych czy psychotycznych.

Kolejną grupą leków sterydowych, które są podejrzewane o działanie depresyjne, są stosowane od niedawna w terapii postmenopauzalnej **preparaty estrogenopodobne**. Wykazują one selektywne powinowactwo do receptorów estrogenowych w różnych tkankach. Działają korzystnie na jeden rodzaj tkanki (na przykład na kości), a nie mają działań ubocznych, na przykład na macicę, przez receptory której rozpoznawane są jako anty-estrogen. Doświadczenia z zastosowaniem **tamoxifenu** – leku stosowanego w zapobieganiu nawrotom raka piersi oraz **raloxifenu**, leku wykorzystywanego w zapobieganiu osteoporozie, nie potwierdziły związku tych leków z obniżeniem nastroju.

## **Statyny**

Wprowadzone do leczenia podwyższonego poziomu cholesterolu okazały się bardzo skuteczne. Jednak duże rozpowszechnienie ich stosowania wykazało, że mogą one wywoływać objawy depresyjne, częściej w grupie pacjentów otrzymujących w leczeniu **simwastatynę**. Mechanizm wpływu statyn na zaburzenia nastroju polega prawdopodobnie na zmianie aktywności serotoninerгіcznej OUN (ośrodkowego układu nerwowego) przy zmianach stężenia cholesterolu.

## **Leki przeciwpadaczkowe**

Wśród leków stosowanych w terapii padaczki częściej objawy depresyjne obserwowano u pacjentów przyjmujących **wigabatrynę** oraz **topiramat** (w dawce 256 mg/d).

## **Benzodiazepiny**

Według kryteriów Beer'a dotyczących leczenia osób starszych, w terapii tej kategorii pacjentów powinno się unikać długodziałających benzodiazepin, ze względu na możliwość wywoływania lub zaostrzania objawów depresji oraz przedłużone działania sedatywne i wzrost ryzyka upadków i złamań. Podobne zalecenia dotyczą stosowania **barbituranów**. Według niektórych autorów przewlekła terapia benzodiazepinami hamuje układ GABA-ergiczny, co prawdopodobnie wpływa na obniżenie nastroju.

Wiek podeszły wiąże się ze wzrostem zachorowań na schorzenia somatyczne, które także mogą powodować objawy depresyjne.

**Depresja może być jedną z przyczyn choroby somatycznej, ale też odwrotnie, choroby somatyczne mogą prowadzić do rozwoju symptomów depresji lub może zachodzić obustronny rodzaj zależności.**

Związek dolegliwości somatycznych z depresją może mieć więc zarówno charakter pośredni, jak i bezpośredni. Wiele schorzeń prowadzi do zaburzenia metabolizmu tkanki nerwowej, a to zwiększa ryzyko wystąpienia objawów depresyjnych. W chorobach przewlekłych często dochodzi do ograniczenia aktywności czy wręcz do unieruchomienia oraz doświadczania dolegliwości bólowych, co także może przyczyniać się do rozwoju zaburzeń nastroju. Problemem diagnostycznym jest maskowanie przez depresję objawów choroby somatycznej lub sytuacja przeciwna, kiedy skargi somatyczne imitują objawy depresji.

Współwystępowanie przewlekłych chorób somatycznych z zaburzeniami depresyjnymi ma poważne konsekwencje kliniczne i jest, niestety, niekorzystnym czynnikiem rokowniczym. Nasila się przebieg depresji,



co powoduje, że osoby starsze nie przestrzegają zaleceń lekarskich oraz prowadzi do zmniejszenia efektywności leczenia chorób somatycznych. Ze względu na wieloaspektowe powiązania tych schorzeń trudno jest ustalić rzeczywistą rolę chorób somatycznych jako czynnika sprzyjającego rozwojowi depresji.

W poniższej tabeli wymieniono stany somatyczne predysponujące do objawów depresyjnych.

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa</b>	<b>Lp.</b>	<b>Nazwa</b>
1.	Padaczka (50%)	18.	Kiła
2.	Cukrzyca (66,6%)	19.	Parkinsonizm
3.	Nadciśnienie tętnicze	20.	Pelagra
4.	Choroba wieńcowa	21.	Rak trzustki
5.	Udar mózgu	22.	Rak płuc
6.	Niedożywienie białkowe	23.	Niewydolność wątroby
7.	Niedoczynność tarczycy	24.	Choroba Alzheimera
8.	Nadczynność przytarczyc	25.	Guzy mózgu
9.	Niedoczynność przytarczyc	26.	Choroba Huntingtona
10.	Choroba Addisona	27.	Choroba Wilsona
11.	Fibromialgia	28.	Choroba Creutzfelda-Jacoba
12.	Stwardnienie rozsiane	29.	Gruźlica
13.	Reumatoidalne zapalenie stawów	30.	Grypa
14.	Łuszczyca	31.	AIDS
15.	Toczeń rumieniowaty układowy	32.	Wirusowe zapalenie wątroby
16.	Borelioza	33.	Mononukleozą
17.	Porfiria		

W depresji osób starszych dominuje napięcie, rozdrażnienie i większy poziom lęku niż u młodszych pacjentów. Niektóre schorzenia somatyczne mogą ten lęk nasilać.

Stany somatyczne mogące wywoływać objawy lęku:

1. Schorzenia układu krążenia i układu oddechowego prowadzące do hipoksji (stan zmniejszonej ilości tlenu w tkankach organizmu):
  - zaburzenia rytmu serca,
  - niewydolność naczyń wieńcowych,
  - niewydolność oddechowa,
  - stany spastyczne oskrzeli,
  - nadciśnienie tętnicze.
2. Zaburzenia hormonalne i przemiany materii:
  - nadczynność tarczycy,
  - niedoczynność przytarczyc,
  - stany hipoglikemii – wyspiak trzustki, cukrzyca,
  - porfiria,
  - pheochromocytoma,
  - zespół napięcia przedmiesiączkowego.
3. Inne schorzenia somatyczne:
  - niedokrwistość,
  - niedobory witamin,
  - przewlekłe choroby zakaźne,
  - choroba wrzodowa,
  - nadużywanie alkoholu lub substancji psychoaktywnych.

4. Schorzenia neurologiczne:

- migrena,
- padaczka,
- guzy mózgu,
- niewydolność krążenia mózgowego.

Gdy współistnieją inne schorzenia, trudno ocenić czy występujące objawy wynikają z choroby somatycznej czy psychicznej.

**Dlatego warto poinformować lekarza, na co chorujemy – pomoże to ustalić przyczyny dolegliwości i wybrać właściwe leczenie.**

## **DIAGNOSTYKA DEPRESJI U OSÓB W PODESZŁYM WIEKU**

Proces diagnostyczny depresji u osób starszych może sprawiać kłopoty zarówno lekarzom pierwszego kontaktu, jak i specjalistom psychiatrom. Seniorzy mogą być nieświadomi smutku, obniżenia nastroju czy depresji. Może ona przebiegać w nietypowy sposób, z dominującymi objawami somatycznymi, pseudootępieniem, pobudzeniem ruchowym, niepokojem czy zaburzeniami zachowania.

Jak wspomniano wcześniej, seniorzy albo nie widzą u siebie objawów choroby, nie chcą o nich mówić, aby nie martwić najbliższych, albo obawiają się wizyty u psychiatry. Problemem może być także akceptacja depresji jako „normalnego” objawu w chorobach somatycznych w starszym wieku, po utracie partnera czy po zamieszkaniu w placówce opiekuńczej.

Depresja jest zjawiskiem dość powszechnym, ponieważ kliniczne objawy depresji występują u 13,5% ogółu populacji osób po 65. r.ż. U około 9,8% seniorów jest to depresja o łagodnym nasileniu, ale u 1,8% są to depresje ciężkie, które nieleczone mogą skutkować np. próbą samobójczą. Spośród 80% starszych osób zgłaszających się do lekarza z umiarkowaną lub ciężką depresją, jedynie 25% ma rozpoznaną depresję.

Lekarz przeprowadzający badanie powinien dostosować się do pacjenta, poświęcić mu odpowiednią ilość czasu, tak, aby ten miał możliwość zaakceptować badanie psychiatryczne i poczuć się na tyle „ośmielonym”, aby powiedzieć o swoich dolegliwościach. Przeprowadzenie wszystkich procedur diagnostycznych może czasami wymagać kilku wizyt u lekarza.

Lekarz przeprowadza wywiad chorobowy zarówno z osobą chorą, jak i z członkami rodziny lub opiekunami, pyta o codzienne funkcjonowanie,

problemy fizyczne i psychiczne oraz o przebyte w przeszłości choroby. Aby określić stan psychiczny osoby, lekarz ocenia orientację w czasie i przestrzeni oraz zdolności zapamiętywania oraz rozumienia, sprawdza umiejętność swobodnej rozmowy i zdolności liczenia. W trakcie badania lekarz pyta również o samopoczucie, nastrój, humor, ocenia zachowanie pacjenta i napęd psychoruchowy. Stałym elementem badania są pytania o apetyt, sen, aktywność seksualną i myśli samobójcze. Lekarz musi ocenić czy nie występują nietypowe objawy psychiczne, jak urojenia (fałszywe sądy niepodlegające korekcji pomimo oczywistych dowodów błędności) oraz omamy (wrażenia słuchowe, wzrokowe, dotykowe powstające bez udziału bodźca zewnętrznego). Dlatego też może zapytać: *Czy Pan/Pani nie słyszy lub widzi czegoś, czego nie słyszą lub nie widzą inne osoby?*

W ocenie stanu psychicznego lekarz uwzględnia również poziom wykształcenia pacjenta, wykonywany zawód czy sposób życia.

W celu wykluczenia somatycznych przyczyn depresji lekarz przeprowadza badanie, które ocenia stan odżywienia, sprawdza podstawowe parametry życiowe (ciśnienie tętnicze, puls). Powinien ocenić też stan układu krążenia, oddechowego, sprawdzić funkcjonowanie wątroby, nerek czy tarczycy, wykluczyć lub potwierdzić obecność miażdżycy, wykonując badanie tętna na kończynach. Lekarz powinien również zlecić wykonanie podstawowych testów laboratoryjnych.

### **Niezbędne badania dodatkowe przy rozpoznawaniu depresji:**

1. Badanie krwi obwodowej (OB, hemoglobina, liczba krwinek czerwonych i białych)
  - niedokrwistość może pojawić się u pacjentów z przewlekłą depresją, którzy odmawiają spożywania pokarmów,

- depresja towarzyszy czasem zakażeniom, których sygnałem jest wzrost liczby białych krwinek i OB.
2. Stężenie witaminy B12 i kwasu foliowego
    - niedobory wit. B12 i kwasu foliowego mogą być przyczyną deficytów poznawczych oraz zaburzeń świadomości.
  3. Jonogram (sód, potas, wapń)
    - na ich podstawie oceniamy procesy metaboliczne organizmu, poza tym wartości te są istotne w związku z zamiarem rozpoczęcia leczenia przeciwdepresyjnego (np. litu nie możemy stosować przy nieprawidłowym stężeniu sodu w surowicy, wszystkie leki przeciwdepresyjne powodują niedobór sodu we krwi w związku ze zmianami wydzielania hormonu antydiuretycznego).
  4. Ocena funkcji tarczycy
    - nieprawidłowości związane z wydzielaniem hormonów tarczycy (niedoczynność) często prowadzą do depresji.
  5. Ocena funkcji wątroby
    - nieprawidłowe wyniki mogą wskazywać na nadużywanie alkoholu,
    - wiele leków przeciwdepresyjnych ma wpływ na czynność wątroby.
  6. EKG
    - konieczne przed zastosowaniem wysokich dawek trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych,
    - niezbędne przed rozpoczęciem ewentualnych zabiegów elektrowstrząsowych.

#### 7. EEG (elektroencefalogram)

- w celu wykrycia nieprawidłowości w pracy fal mózgowych – badanie to pozwala wykryć zaburzenia padaczkowe, podostre stwardniające zapalenie mózgu i inne schorzenia.

#### 8. Czasami wymagane jest badanie obrazowe mózgu. Należy do nich tomografia komputerowa – TK oraz rezonans magnetyczny – MR

- TK polega na uzyskaniu poprzecznych przekrojów mózgu na podstawie pomiarów współczynnika osłabienia promieniowania rentgenowskiego przez detektory umieszczone naprzeciwko lampy,
- MR polega na umieszczeniu pacjenta w silnym polu magnetycznym, a następnie zadziałaniu na to pole falą elektromagnetyczną o odpowiedniej częstotliwości, co wywołuje zjawisko rezonansu magnetycznego protonów wodoru; gdy następuje ich powrót do stanu spoczynkowego, zostaje wypromieniowana energia, która jest przetwarzana na obraz,
- oba badania wykonuje się w celu wykluczenia otępienia.

### **Badanie neurologiczne**

Przeprowadzenie badania neurologicznego jest niezbędne w celu wykluczenia uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Pozwala ono wykryć objawy przebytego udaru mózgu, choroby Parkinsona, wodogłowia (gromadzenie się płynu mózgowo-rdzeniowego), guza mózgu. W czasie badania ocenia się koordynację ruchów, napięcie i siłę mięśni, ruchy gałek ocznych, mowę oraz przytomność. Lekarz uderza pacjenta w kolano, badając odruchy kolanowe, sprawdza zdolność odczuwania, dotykając skóry rąk i nóg.































































































































































































