

PSYCHIATRIA

Osoby starsze mają skłonność do

Na co zwrócić uwagę, by nie przeoczyć zaburzeń depresyjnych u starszego pacjenta? Jakie formy terapii można mu zaproponować? O problemie depresji u osób w wieku podeszłym mówi prof. dr hab. n. med. Tomasz Sobów – konsultant Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

| Czy pandemia COVID-19 wpłynęła na wzrost zaburzeń depresyjnych w grupie osób 65+?

Tego tak wprost nie wiemy. Mamy badania epidemiologiczne prowadzone w różnych krajach, w tym w Polsce – podkreślam, że nie są to badania kliniczne, które dałyby konkretną odpowiedź. Wynika z nich, że generalnie depresji jest więcej, według jednego z opracowań amerykańskich nawet trzy razy więcej niż przed pandemią. Zarówno analiza polska przeprowadzona przez badaczy z Uniwersytetu Warszawskiego, jak i amerykańska pokazały jednak, że dotknęła ona głównie ludzi młodych. W przypadku osób starszych dowody są słabsze. W obu badaniach, polskim i amerykańskim, ustalono, że w ciągu kilku pierwszych miesięcy pandemii reaktywność depresyjna u osób młodych była dużo większa niż u starszych. Po kolejnych kilku miesiącach pojawiły się jednak sygnały, że seniorzy też reagują depresyjnie, ale w dalszym ciągu słabiej niż młodzi.

| Jakie są najczęstsze przyczyny depresji u osób w wieku podeszłym?

Zasadniczo są one podobne jak u osób w młodszym wieku. Można je podzielić na dwie grupy: przyczyny psychologiczno-społeczno-ekonomiczne oraz natury biologicznej, czyli związane z chemią mózgu. Odrębności między pacjentami młodszymi i starszymi moim zdaniem są dwie. Pierwsza jest taka, że w grupie przyczyn psychologiczno-społeczno-ekonomicznych u pacjentów młodszych wyraźnie dominują te natury psychologicznej, czyli związane ze stresem przewlekłym albo ostrym, ze zmianami sytuacji życiowej, utratami itd. U pacjentów starszych mają one mniejsze znaczenie, ponieważ im człowiek starszy, tym mądrzejszy. W związku z tym lepiej sobie radzi z różnymi trudnymi przeżyciami i stresem, bo wielokrotnie takie sytuacje przeżył. Z kolei w grupie przyczyn biologicznych u osób starszych jest więcej tych związanych ze stanem zdrowia. Dlatego jeśli podejrzewamy depresję u starszego człowieka, musimy go dokładnie przebadać ogólnie, żeby sprawdzić, czy nie ma chorób mogących wywoływać depresję, np. niedoczynności tarczycy, niedokrwistości, oraz czy nie przyjmuje leków, które mogą pogarszać stan psychiczny.



Jest co najmniej kilka rodzajów psychoterapii, które u pacjentów starszych są tak samo efektywne jak u młodszych

Podsumowałbym w ten sposób: przyczyny depresji u osób starszych i młodych są podobne, tylko akcenty trochę inaczej rozłożone.

| A może objawy depresji u seniorów są w jakiś sposób charakterystyczne?

Narosło wiele mitów na ten temat. Moim zdaniem problem nie polega na tym, jakie są objawy, bo one co do zasady są takie same jak u pacjentów młodszych. U osób starszych bardzo charakterystyczny jest sposób komunikacji, czyli to, jak oni niektóre objawy ujawniają, a niektórych nie. I tu jest kilka fenomenów. Jeden z nich nazywam autocenzurą. Osoby starsze, nawet jeśli doświadczają niektórych objawów, mają tendencję, by je normalizować, czyli uważać za coś związanego z wiekiem, co nie jest warte uwagi. Skutek jest taki, że o tym nie mówią. Nawet jeśli widzimy u pacjenta obniżony nastrój i mówimy: „wydaje się pan smutny”, to on odpowiada: „nie, nie, ja zawsze taki jestem”. Bo stereotypowa opinia jest taka, że w pewnym wieku nie ma się z czego cieszyć.

Starsi pacjenci nie mówią nam również o drugim kluczowym objawie depresji, czyli anhedonii, a więc utracie zainteresowań, spadku czy niemożności przeżywania przyjemności, bo też uważają, że to jest coś normalnego w ich wieku. Tak więc

dwa z trzech głównych objawów depresji [trzeci to zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i osłabionej aktywności – przyp. red.] mogą być trochę ukryte.

| Jak zatem objawia się depresja u osób starszych?

Na dwa sposoby. Po pierwsze poprzez zmianę zachowania. Mam na myśli wycofanie się z aktywności, zaprzestanie uprawiania hobby, rezygnację z rzeczy, które przez długi czas człowiek robił i które sprawiały mu przyjemność.

Warto zwrócić uwagę na zachowania zdrowotne. Osoby starsze z depresją skupiają się na swoim stanie zdrowia i w związku z tym rozpoczynają wędrówkę po gabinetach różnych specjalistów albo uporczywie odwiedzają lekarza rodzinnego. Takie zachowanie nierzadko wywołuje niechęć u lekarzy rodzinnych – „znowu przyszedł, a właściwie nie wiadomo, o co mu chodzi”. Często uważa się, że starszy człowiek przychodzi do przychodni, żeby posiedzieć w poczekalni i pogadać z innymi chorymi. Tymczasem to jest jego sposób pokazywania, że odczuwa dyskomfort, że coś się z nim dzieje.

Kolejnym symptomem jest pogarszanie się zdrowia somatycznego, ogólnego, narastanie skarg na różne dolegliwości. Najpospolitsze są bóle, najczęściej głowy, kręgosłupa, kolana, biodra. Są one znacznie poważniejsze niż w przeszłości. Następne to narzekania na funkcjonowanie przewodu pokarmowego i wreszcie dotyczące snu. Te trzy elementy są na tyle charakterystyczne, że powinny być dla nas sygnałem.

”

Jeżeli lekarz rodzinny, kierując pacjenta do psychiatry, zachowa się tak samo, jak się zachowuje, dając skierowanie np. do ortopedy, czyli powie, że jest problem zdrowotny, który wykracza poza jego kompetencje i dlatego zaleca wizytę u specjalisty, to znakomita większość pacjentów skorzysta z tej możliwości

Rozmawiała Iwona Kazimierska

bagatelizowania objawów depresji

| Czy depresja musi być diagnozowana przez psychiatrę?

Stanów depresyjnych jest tak dużo, że nie ma możliwości, by psychiatrzy zajmowali się wszystkimi chorymi na depresję. Zarówno lekarze rodzinni, jak i lekarze innych specjalności mają do dyspozycji proste narzędzia przesiewowe składające się z kilku, kilkunastu pytań. Na podstawie odpowiedzi można już podejrzewać stan depresyjny. Niestety w Polsce nie ma zwyczaju używania tych narzędzi, a szkoda, bo one są cenne. Nie dadzą nam odpowiedzi na pytanie, czy pacjent ma depresję czy nie, ale jeżeli użyjemy np. skali depresji dla osób starszych i wynik będzie wysoki, to powinien nas skłonić do dalszych działań.

Moim zdaniem najlepiej byłoby, gdyby lekarze innych specjalności zachowywali czujność i diagnozowali pacjenta choćby wstępnie. Znam bardzo wielu lekarzy rodzinnych czy np. kardiologów, którzy nie mają szczególnego problemu z rozpoznaniem depresji i rozpoczęciem leczenia.

| Kto bezwzględnie powinien być skierowany do psychiatry?

Zawsze osoba wypowiadająca myśli samobójcze. Na pewno pacjent, który jest „niejasny” diagnostycznie – ma objawy depresyjne, ale też inne, np. lękowe czy psychotyczne. Bardzo ciężki stan pacjenta i głęboka depresja są wskazaniami do tego, żeby chorym od razu zajął się psychiatra, natomiast większość stanów depresyjnych o niewielkim nasileniu mogą leczyć lekarze innych specjalności, przynajmniej na początku. To jest uzasadnione i wręcz konieczne.

| Jak wygląda proces terapeutyczny w depresji? Jak długo powinien trwać?

W tej kwestii znowu jest sporo problemów i wątpliwości. Po pierwsze funkcjonuje opinia, niestety również wśród lekarzy, że osoby w wieku starszym nie są odpowiednimi kandydatami do działań psychoterapeutycznych, czyli do pracy z psychologiem. To jest nieprawda. Oczywiście zdarzają się pacjenci starsi, którzy nie będą się nadawali albo trudno będzie im udzielić pomocy psychologicznej z różnych powodów, ale zasadniczo wiek nie jest przeciwwskazaniem do psychoterapii. Sami psycholodzy niestety mają taki opór i uważają, że starszy pacjent to nie jest kandydat do ich interwencji, dlatego że jest nieelastyczny poznawczo, trudno zmodyfikować jego sposób myślenia itd. Badania pokazują coś przeciwnego. Jest co najmniej kilka rodzajów psychoterapii, które u pacjentów starszych są tak samo efektywne jak u młodszych. Kolejna kwestia dotyczy interwencji związanych ze stylem życia. Mamy coraz więcej dowodów, że są one cenne w depresji. Na przykład doradzenie pacjentowi, żeby rozpoczął aktywność fizyczną, której do tej pory nie podejmował, albo zmodyfikował dietę, spróbował poprawić swoją sieć społeczną, czyli przestał się izolować i zaczął częściej się kontaktować z bliskimi, sąsiadami, znajomymi, skorzystał z oferty klubów seniora, uniwersytetu trzeciego wieku. I tu znowu pokutuje przekonanie, że osoby starsze nie są chętne do tego typu działań, ale badania pokazują, że tak nie jest. Seniorzy są

bardziej chętni niż pacjenci młodzi. Zaproponowanie takich działań wpływa na mechanizm, który w psychologii nazywa się samosprawczością. Polega on na pokazaniu człowiekowi, w tym przypadku pacjentowi starszemu, co może zrobić dla siebie, żeby jego stan był lepszy. Ludzie młodszy często znajdują miliony wymówek, żeby czegoś nie zrobić, osoby starsze tych wymówek mają dużo mniej, bo ogólnie mają więcej czasu. I okazuje się, że dużo chętniej korzystają z porad dotyczących stylu życia. Problem jest tylko jeden – i tu pomocna jest sprawna rodzina albo ktoś z otoczenia – i polega na tym, żeby zacząć. Z doświadczenia wiem, że kiedy już starszy człowiek zapisze się np. do klubu seniora, zacznie uprawiać nordic walking, chodzić na zajęcia muzyczne, plastyczne czy jakieś inne, to je kontynuuje.

Trzeci element to terapia lekowa. Wydaje się, że ona u ludzi starszych odgrywa większą rolę niż u młodych. Powód jest taki, że istnieje więcej czynników, które trzeba uwzględnić, wybierając lek przeciwdepresyjny dla pacjenta starszego niż dla młodego. Należy pamiętać, że czas oczekiwania na efekt leczenia przeciwdepresyjnego w tej grupie jest dłuższy. Jeżeli młody pacjent nie reaguje na lek w ciągu 4–5 tygodni, to zwykle mamy tendencję do interwencji – zwiększamy dawkę albo zmieniamy lek. Badania pokazują, że u pacjenta starszego czas do uzyskania poprawy może być istotnie dłuższy. Warto zwrócić uwagę na to, jak długo trwała depresja, zanim zaczęliśmy leczenie. Nie zawsze oczywiście możemy to ustalić, ale jeżeli trafia do nas pacjent, o którym wiemy, że w takim stanie jest od roku czy półtora, to będziemy potrzebowali raczej 8–12 tygodni na zadziałanie leku niż 4–5.

To jest czas niezbędny do uzyskania poprawy. I teraz bardzo ważne pytanie: jak długo powinna trwać interwencja, czyli stosowanie leku? To zależy od kilku czynników. Między innymi od tego, czy to jest pierwsza depresja w życiu, czy też kolejna, czyli nawrót. Jeśli to jest nawrót, to od razu wiadomo, że powinniśmy leczyć dłużej. W przypadku pierwszej w życiu depresji minimalny czas terapii wynosi 6 miesięcy, w przypadku depresji nawrotowej 12–24 miesiące i dłużej przy wielu nawrotach. Może to być nawet leczenie bezterminowe, które będzie zapobiegało kolejnym nawrotom.

| Które leki przeciwdepresyjne są najbezpieczniejsze dla osób w wieku podeszłym?

To pytanie bardzo mi się podoba, bo nie umiem na nie odpowiedzieć. Mogę tylko powiedzieć, że najbezpieczniejszy lek to ten, który jest dla konkretnego pacjenta najlepszy.

Przez bardzo długi czas uważano, że dla starszych chorych najbezpieczniejsze są leki o prostym mechanizmie działania, czyli wpływające tylko na jeden przekaźnik w ośrodkowym układzie nerwowym, w tym przypadku na serotoninę, a więc selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny. W ostatnich kilku latach pojawiło się jednak co najmniej kilka bardzo poważnych zastrzeżeń dotyczących tych leków. Na przykład, że niektóre z nich mogą niekorzystnie wpływać na

akcję serca, zmniejszać stężenie sodu, co stwarza poważne zagrożenie dla osób starszych. Wiemy, że te leki mogą niekorzystnie wpływać na układ krzepnięcia, a przecież pacjenci starsi już biorą leki przeciwkrzepliwne z powodu innych schorzeń, np. migotania przedsionków. Z tego względu teraz uznajemy inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny za leki bezpieczne, ale z zastrzeżeniami. Tak jest właściwie z każdą grupą leków, dlatego musimy wybierać je w sposób spersonalizowany. Jeżeli chcemy posługiwać się starszym paradygmatem, który zakłada, że leki o prostym mechanizmie działania mogą być zastosowane jako pierwsze, to musimy mieć świadomość dodatkowych problemów – musimy się upewnić, że pacjent nie ma czynników ryzyka, albo dobrze go monitorować pod kątem powikłań kardiologicznych.

”

Jeśli podejrzewamy depresję u starszego człowieka, musimy go dokładnie przebadać ogólnie, żeby sprawdzić, czy nie ma chorób mogących wywoływać depresję, np. niedoczynności tarczycy, niedokrwistości, oraz czy nie przyjmuje leków, które mogą pogarszać stan psychiczny

| Zdarza się, że osoba starsza nie chce się poddać leczeniu. Jak istotne jest wówczas wsparcie osób bliskich i lekarza POZ?

Najważniejsze jest przełamanie początkowego oporu, czyli spowodowanie, żeby chory trafił do lekarza, najlepiej razem z kimś bliskim, do kogo ma zaufanie. Zwykle kiedy już chory znajdzie się w gabinecie i porozmawia z lekarzem, to opór zostaje przełamany. Niestety czasami rodziny wpadają na oryginalne pomysły, np. zapisują seniora na wizytę, ukrywając przed nim, że lekarz jest psychiatrą, i proszą o zdjęcie tabliczki z drzwi albo zapraszają lekarza na wizytę domową pod warunkiem, że nie powie, że jest psychiatrą. To są działania nieakceptowalne. To prosta droga do tego, żeby bliscy chorego stracili jego zaufanie. Trzeba im o tym mówić.

Pomoc lekarza rodzinnego w takich sytuacjach jest bezcenna. Wiem to z doświadczenia i wynika to również z badań. Jeżeli lekarz rodzinny, kierując pacjenta do psychiatry, zachowa się tak samo, jak się zachowuje, dając skierowanie np. do ortopedy, czyli powie, że jest problem zdrowotny, który wykracza poza jego kompetencje i dlatego zaleca wizytę u specjalisty, to znakomita większość pacjentów skorzysta z tej możliwości.

Oczywiście znajdzie się niewielka grupa pacjentów, którzy i tak stawiają opór, i w takiej sytuacji obowiązują takie same zasady jak w przypadku osób młodszych. Po pierwsze każdy człowiek ma prawo dokonywać wyborów, jakie uważa za stosowne, również dotyczących własnego zdrowia. Nie ma powodów ani możliwości, żeby go do czegoś zmusić. Jeśli pacjent się nie zgadza na jakąś procedurę medyczną, my jesteśmy związani tą decyzją. Wyjątki są tylko dwa. Jeden to bezpośrednie zagrożenie życia – wtedy brak zgody chorego można przełamać, używając środków prawnych. Drugi wyjątek, bardziej specyficzny dla osób starszych, to sytuacja, gdy z jakiegoś powodu uważamy, że chory nie ma już możliwości podjęcia decyzji, a więc poza podejrzewanym stanem depresyjnym ma nasilone objawy otępienne. Wtedy trzeba wyważyć, na ile pacjent rozumie swoją decyzję, zanim my podejmiemy decyzję o hospitalizacji bez jego zgody. To są jednak sytuacje skrajne. Myślę, że w większości przypadków tego typu działania nie są potrzebne. ■