

ROZDZIAŁ 12

ZABURZENIA PSYCHOGERIATRYCZNE (OTĘPIENIE, DEPRESJA, DELIRIUM)

Tomasz Kostka

Otępienie (demencja)	148
Leczenie otępienia	149
Depresja	150
Rozpoznanie depresji	150
Leczenie depresji	151
Majaczenie (<i>delirium</i>)	152
Repetytorium	153
Piśmiennictwo	153

Otępienie (demencja)

Demencja o różnej etiologii występuje u 8-10% osób po 65. roku życia, ale u ludzi powyżej 80-85. roku życia zwiększa się do 50%. Tak zwane łagodne zaburzenia pamięci, czyli zapominanie (MCI – mild cognitive impairment lub AAMI – age-associated memory impairment) występuje u około 70% ludzi starszych. Charakteryzuje się upośledzeniem pamięci świeżej z dobrym zachowaniem pamięci dawnej (wspomnienia z młodości). Część przypadków MCI przechodzi w pełnoobjawowe otępienie.

Brak istotnych zaburzeń pamięci obserwuje się u około 20% osób w podeszłym wieku.

Otępienie jest chorobą charakteryzującą się postępującym pogarszaniem czynności intelektualnych utrudniającym lub uniemożliwiającym funkcjonowanie społeczne.

W dzień chorzy są bardziej spokojni, w nocy często błądzą bez celu. Charakterystyczny jest **przymus chodzenia**, stąd w ośrodkach dla chorych z demencją przygotowuje się specjalne „spacerowniki” w formie okręgu, po których chorzy mogą się bezpiecznie przemieszczać.

Postępujące zniedołężnienie, zaburzenia gnośtyczne i praktyki powodują z czasem całkowitą zależność od opieki otoczenia. Najczęstszą przyczyną zgonu jest zapalenie płuc, niedożywienie, choroby naczyniowe serca i mózgu.

Chory z podejrzeniem otępienia powinien podczas badania być zawsze z osobą stale z nim przebywającą. Do rozpoznania choroby potrzebna jest po wykluczeniu majaczenia obecność wielorakich zaburzeń funkcji poznawczych (pamięć, afazja, apraksja, agnozja, planowanie, myślenie abstrakcyjne) upośledzających funkcjonowanie społeczne lub zawodowe. Otępienie podejrzewa się u osoby z osłabieniem pamięci, spadkiem innych zdolności poznawczych (dokonywanie wyboru, liczenie, orientacja przestrzenna, używanie słów, uczenie się nowych zadań, myślenie abstrakcyjne), często z zaburzeniami emocjonalnymi (chwiejność, drażliwość, apatia, prymitywizacja zachowań). Pomocny może być MMSE, którego wynik < 24 punktów sugeruje występowanie otępienia. Należy wykluczyć depresję (GDS) (skale MMSE i GDS są opisane w rozdziale 2).

Otępienie prowadzi do zaburzeń funkcji poznawczych (pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, analiza wzrokowo-przestrzenna) i postępującej utraty samodzielności. Dochodzi do zaniku przeżyć emocjonalnych – chory poza swoimi osobistymi sprawami nie interesuje się światem zewnętrznym. Otępienie wywołuje objawy psychopatologiczne (pobudzenie lub apatia, urojenia, zachowania agresywne). Obserwuje się chwiejność emocjonalną, rozdrażnienie, apatię, nieufność, pobudzenie, lęk, depresję.

Progresja choroby następuje często skokowo, nasila się po zadziaaniu takich czynników jak uraz fizyczny lub psychiczny, infekcja, choroba.

Podział otępienia (przyczyny otępienia):

- zmiany zwyrodnieniowe typu alzheimerowskiego (w około 60–70%);
- otępienie typu naczyniowego (otępienie wielozawałowe, MID – multi infarct dementia) (w około 10–20%);
- z innych przyczyn (m.in. otępienie z ciałami Lewy’ego, otępienie czołowo-skroniowe, choroba Parkinsona) (w około 5–10%);
- otępienie typu mieszanego (szczególnie typu alzheimerowskiego i naczyniowego).

W około 5% przypadków zaburzenia pamięci u osób starszych mają charakter potencjalnie odwracalny. Przyczyną zaburzeń pamięci może być:

- depresja (śmierć współmałżonka, odejście dzieci, izolacja społeczna, ubóstwo);
- stosowanie leków (tzw. geriatryczny zespół jatrogenny);
- zaburzenia wzroku i słuchu;
- zaburzenia wodno-elektrolitowe;
- zakażenia bakteryjne i wirusowe;
- choroby (nadczynność i niedoczynność tarczycy, niedobór witaminy B₁₂ i kwasu foliowego, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, zawał mięśnia sercowego, zmiany niedokrwienne mózgu, krwaki podtwardówkowy, guz mózgu, wodogłowie normotensyjne, niedokrwistość, nowotwory, niewydolność wątroby i nerek).

W tych wypadkach wnikliwa diagnostyka ma szczególne znaczenie ze względu na możliwe oddziaływanie przyczynowe i poprawę stanu zdrowia pacjenta.

Leczenie otępienia

Leczenie nefarmakologiczne otępienia:

- ▶ zapewnienie bezpieczeństwa choremu (błądzenie, nieracjonalne i niebezpieczne zachowania);
- ▶ stymulowanie codziennej aktywności fizycznej i umysłowej;
- ▶ opieka nad chorym (ograniczanie stresu, rozmowa, dostarczanie bodźców w formie rozrywki, spacerów, muzykoterapia);
- ▶ edukacja i wsparcie opiekunów.

Leczenie farmakologiczne otępienia:

Inhibitory acetylocholinoesterazy są lekami o najlepiej udokumentowanym działaniu poprawiającym funkcje poznawcze u części pacjentów z otępieniem. Chorzy z otępieniem typu alzheimerowskiego i otępieniem w przebiegu choroby Parkinsona reagują lepiej na leczenie w porównaniu z pacjentami z otępieniem typu naczyniowego. Optymalnie leczenie powinno być rozpoczęte w środowisku domowym, gdzie można najlepiej monitorować reakcję na leczenie. Pacjent hospitalizowany może mieć włączone leczenie w przypadku konieczności leczenia zaburzeń zachowania i(lub) objawów psychotycznych (omamów, urojeń) w przebiegu otępienia. **Brak efektów po 3 miesiącach jest wskazaniem do przerwania leczenia.** W zaawansowanym otępieniu nie ma dowodów na skuteczność inhibitorów esterazy acetylocholinowej i leczenie u tych pacjentów jest najczęściej przerywane.

Alternatywą dla inhibitorów esterazy acetylocholinowej jest memantyna, antagonistą receptora NMDA (N-methyl-D-aspartic acid, kwas N-metylo-D-asparaginowy), wskazana w otępieniu typu alzheimerowskiego o umiarkowanym lub ciężkim nasileniu.

Podaje się leki wspomagające, zwłaszcza w otępieniu typu naczyniowego (leki nootropowe, leki sercowo-naczyniowe). Leki stosowane w okresach zaburzeń psychotycznych: omamy i urojenia (rysperydon, olanzapina, kwetiapina), depresja (wybiórcze inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny, SSRI – selective serotonin reuptake inhibitors), zaburzenia zachowania, zaburzenia rytmu dobowego (leki uspokajające, nasenne).

Dawkowanie inhibitorów acetylocholinoesterazy:

Donepezyl	1 raz 5 mg, po 4 tygodniach 1 raz 10 mg;
Rywastygmina	2 razy 1,5 mg zwiększana do maksymalnie 2 razy 6 mg w ciągu 3 miesięcy;
Galantamina	2 razy 4 mg, po 4 tygodniach 2 razy 8 mg, po 8 tygodniach 2 razy 12 mg.

Dawkowanie memantyny:

- 1. tydzień: 5 mg rano;
- 2. tydzień: 2 razy 5 mg;
- 3. tydzień: 10 mg rano i 5 mg wieczorem;
- od 4. tygodnia: 2 razy 10 mg.

Należy zawsze pamiętać o możliwości jatrogennego pogorszenia stanu zdrowia chorego. Optymalnie pacjent powinien być jak najdłużej leczony w domu. Wspomagające leczenie farmakologiczne w leczeniu zaburzeń psychotycznych należy stosować tylko w razie bezwzględnej konieczności. Zawsze najlepszą metodą oddziaływania na zaburzenia behawioralne jest postępowanie nefarmakologiczne.

Depresja

Depresja jest chorobą charakteryzującą się zmianami nastroju, napeędu i emocji. W języku codziennym o depresji mówimy w przypadku złego samopoczucia, obniżonego nastroju, przygnębienia, niezależnie od przyczyny tego stanu. Częstość występowania depresji szacowana jest na 15-20% populacji osób po 65. roku życia.

Przyczyny depresji:

- ▶ endogenne;
 - choroba afektywna jedno- i dwubiegunowa;
- ▶ psychologiczne
 - depresje reaktywne (reakcja żałoby, trudności adaptacyjne, zaburzenia nerwicowe);
- ▶ somatyczne
 - depresja w przebiegu chorób somatycznych (choroba nadciśnieniowa, choroba niedokrwienna serca, zawał mięśnia sercowego, złamania, operacje);
 - depresje w chorobach organicznych mózgu;
 - depresje związane ze stosowaniem leków;
 - depresje związane ze stosowaniem różnych substancji w przebiegu zatruć i uzależnień.

Granice pomiędzy tymi trzema kategoriami zaburzeń depresyjnych są często trudne do określenia – u chorych mogą współwystępować różne przyczyny.

Rozpoznanie depresji

Przez 2 tygodnie musi występować co najmniej 5 spośród wymienionych objawów, przez większość dnia według kryteriów Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).

Pomocnym i najczęściej w praktyce stosowanym w geriatricznym narzędziem jest 15-punktowa skala GDS (rozdział 2).

Można również zadać dwa przesiewowe pytania:

1. Czy w ciągu ostatniego miesiąca często doznała Pani/Panu przygnębienie lub poczucie beznadziejności?
2. Czy w ciągu ostatniego miesiąca często doznała Pani/Panu utratę zainteresowania wykonywaniem różnych czynności lub odczuwania przyjemności z ich wykonywania?

Odpowiedź pozytywna na co najmniej jedno z tych pytań wykrywa większość przypadków depresji (czułość 97%).

Objawy depresji:

- obniżony nastrój;
- zmniejszenie zainteresowań lub zmniejszenie satysfakcji z wykonywanych czynności (anhedonia);
- zaburzenia łaknienia (chudnięcie lub tycie);
- zaburzenia snu (bezsenność lub nadmierna senność);
- spowolnienie lub pobudzenie psychoruchowe;
- zmęczenie, poczucie utraty energii;
- poczucie małej wartości, poczucie winy;
- zaburzenia koncentracji, trudności w podejmowaniu decyzji;
- nawracające myśli o śmierci, myśli samobójcze.

Elementami specyficznymi dla depresji wieku podeszłego są:

- ▶ urojenia hipochondryczne (obecność beznadziejnej choroby), urojenia winy i grzechu;
- ▶ zaburzenia pamięci (postać rzekomootępienna) – pacjent z depresją odpowiada „nie wiem”, pacjent z zespołem otępiennym udziela błędnych odpowiedzi;
- ▶ zaburzenia świadomości występujące w około 10% przypadków;
- ▶ somatyzacja depresji – podawanie objawów typowych dla chorób somatycznych, tzw. maski depresji.

Najczęstszymi maskami depresji są bezsenność, lęk i różnorodne zespoły bólowe.

Leczenie depresji

Postępowanie nefarmakologiczne obejmuje psychoterapię i udzielenie wielopłaszczyznowego wsparcia chorej osobie starszej (szacunek dla godności pacjenta, wsparcie materialne i finansowe, zainteresowanie problemami pacjenta, kontakt z rodziną). Istotną rolę odgrywa lekarz rodzinny, który w odpowiednim momencie powinien wystawić wniosek o objęcie pacjenta opieką społeczną. Niezwykle ważna jest regularna aktywność ruchowa, która zapobiega depresji i łagodzi jej przebieg, szczególnie w przypadkach o łagodnym i umiarkowanym nasileniu.

Leczenie najczęściej rozpoczyna się od $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ dawki dla osoby dorosłej, zwiększa się dawkowanie co kilka dni aż do dawki skutecznej. Poprawa następuje po 2-3 tygodniach, a pełen efekt terapeutyczny po 5-6 tygodniach. Leczenie należy prowadzić co najmniej przez 3 miesiące, z reguły co najmniej przez rok. Przy zakończeniu terapii lek należy odstawić stopniowo, przez kilka tygodni lub nawet miesięcy (zmniejszać dawkę o 25% co 4-6 tygodni). **Przy zmianie leku najczęściej odstawia się stary lek stopniowo, zwiększając jednocześnie dawkowanie nowego leku.**

W przypadku wystąpienia objawów psychiatrycznych dodatkowo stosuje się lek przeciwpsychotyczny: haloperydol (0,5-4 mg/dobę), rysperydon (0,5-2 mg/dobę), olanzapinę (5 mg/dobę). Terapia elektrowstrząsami jest skuteczną metodą leczenia w depresji o dużym nasileniu, odpornej na leczenie farmakologiczne.

Należy rozważyć możliwość ograniczenia farmakoterapii mogącej nasilać objawy depresyjne: leki β -adrenolityczne, antagoniści wapnia, benzodiazepiny, lewodopa, opiaty, sterydy, leki przeciwpsychotyczne.

Farmakoterapia depresji:

Leki I generacji należące do tzw. trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych (imipramina, amitryptylina) ze względu na działania uboczne są obecnie rzadko stosowane.

Lekami przeciwdepresyjnymi z wyboru u osób w podeszłym wieku są inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI): fluoksetyna (10-40 mg/dobę), fluwoksamina (50-300 mg/dobę), cytalopram (10-40 mg/dobę), escitalopram (10-20 mg/dobę), sertralina (25-100 mg/dobę), paroksetyna (10-50 mg/dobę).

Inne leki przeciwdepresyjne stosowane u osób starszych to: maprotylina (25-75 mg/dobę), wenlafaksyna (75-150 mg/dobę), milnacyprian 2 razy 50 mg, mianseryna (30-90 mg/dobę), mirtazapina (15-45 mg/dobę), trazodon (75-300 mg/dobę), moklobemid (150-300 mg/dobę), tianeptyna (12,5-37,5 mg/dobę).

W przypadku depresji o dużym nasileniu, depresji z objawami psychiatrycznymi, depresji nawracającej, depresji odpornej na leczenie (brak efektu po 5-6 tygodniach leczenia), w chorobie afektywnej dwubiegunowej i przy podejrzeniu ryzyka samobójstwa pacjenta należy skierować na konsultację psychiatryczną.

Majaczenie (*delirium*)

Mimo braku precyzyjnych danych epidemiologicznych, można sądzić, że majaczenie jest bardzo częstym problemem osób starszych hospitalizowanych i przebywających w instytucji opiekuńczo-leczniczej. Ze względu na poważne rokowanie jest w związku z tym jednym z niezwykle istotnych zagadnień w geriatrii.

Majaczenie jest objawem zaburzonego metabolizmu OUN w wyniku hipoksji, hipoglikemii, infekcji, chorób, zatruc (najczęściej lekami!, alkoholem), niedożywienia, zaburzeń wodno-elektrolitowych i kwasowo-zasadowych. Mózg osoby w podeszłym wieku jest bardziej podatny na wszelkie zaburzenia homeostazy, stąd łatwość wystąpienia *delirium*, szczególnie u chorych instytucjonalizowanych.

W przypadku podejrzenia majaczenia lekarz rodzinny powinien dokonać pełnej oceny stanu pacjenta (w tym wykonać podstawowe badania laboratoryjne), przyjmowanych leków i poszukiwać schorzenia somatycznego (zapalenie płuc, infekcja dróg moczowych, niewydolność krążenia itd.). Przydatne może być wykonanie testu przesiewowego, np. skrócony test sprawności umysłowej według Hodgkinsona (AMTS – abbreviated mental test score) (patrz rozdział 2). Istotne jest różnicowanie z otępieniem i depresją.

Leczenie należy ukierunkować przede wszystkim na postępowanie przyczynowe.

W postępowaniu nefarmakologicznym ważne jest zapewnienie spokoju i poczucia bezpieczeństwa, optymalnie w znanym otoczeniu w obecności bliskiej osoby. Należy rozważyć bilans korzyści przy kierowaniu pacjenta do szpitala (możliwość pełniejszej diagnostyki i leczenia a zagrożenia związane ze zmianą środowiska).

Objawowe leczenie farmakologiczne najczęściej polega na podawaniu leków:

- ▶ przeciwpsychotycznych: haloperydolu (0,5–4 mg/dobę), rysperydonu (0,5–2 mg/dobę), olanzapiny (5 mg/dobę);
- ▶ uspokajających: lorazepamu (0,5 mg jednorazowo, do 3 mg/dobę).

Leki mogące powodować *delirium*:

- lewodopa;
- neuroleptyki;
- uspokajające;
- przeciwhistaminowe;
- antycholinergiczne;
- przeciwdepresyjne;
- opiaty;
- steroidy;
- digoksyna.

Majaczenie związane jest z jakościowymi zaburzeniami świadomości. Do typowych objawów należą:

- zaburzenia orientacji co do czasu, miejsca, przestrzeni;
- lęk, zaburzona uwaga i pobudzenie psychoruchowe z odtwarzaniem codziennych czynności;
- omamy i urojenia;
- ostry lub podostry przebieg (godziny lub dni) oraz fluktuacje zaburzeń świadomości.

Repetitorium

1. Omów przyczyny otępienia (podział otępienia).
2. Omów objawy i diagnostykę otępienia.
3. Omów postępowanie nefarmakologiczne i farmakologiczne w otępieniu.
4. Omów objawy i rozpoznanie depresji.
5. Omów postępowanie nefarmakologiczne i farmakologiczne w depresji.
6. Omów objawy i postępowanie w *delirium*.

Piśmiennictwo

1. Agronin M.E., Maletta G.J.: *Geriatric psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2006.
2. Arroll B., Khin N., Kerse N.: *Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study*. BMJ 2003, 327, 1144-1146.
3. Beers M.H., Berhow R.: *The Merck Manual of Geriatrics*. Merck & Co., Inc. Whitehouse Station, New York 2000.
4. Bowker L.K., Price J.D., Smith S.C.: *Oxford Handbook of Geriatric Medicine*. Oxford University Press Inc., New York 2006.
5. Chodorowski Z.: *Wybrane problemy medycyny geriatrycznej*. VM Group, Gdańsk 2005.
6. Dobryczycka W., Gąsiorowski K., Leszek J.: *Demencje wieku podeszłego. Patomechanizm i strategie leczenia*. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2004.
7. www.dsmivtr.org
8. Kocemba J., Grodzicki T.: *Zarys gerontologii klinicznej*. Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
9. Parnowski T.: *Depresje w wieku podeszłym. Naczyniowe czynniki ryzyka zaburzenia procesów poznawczych*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.
10. Pużyński S.: *Depresja. Materiały szkoleniowe dla internistów i lekarzy rodzinnych*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2007.