

# **JAK RADZIĆ SOBIE Z DEPRESJĄ?**

**PROBLEMATYKA ZDROWIA PSYCHICZNEGO SENIORÓW**

**T.PARNOWSKI**

**II KLINIKA PSYCH.IPIN**

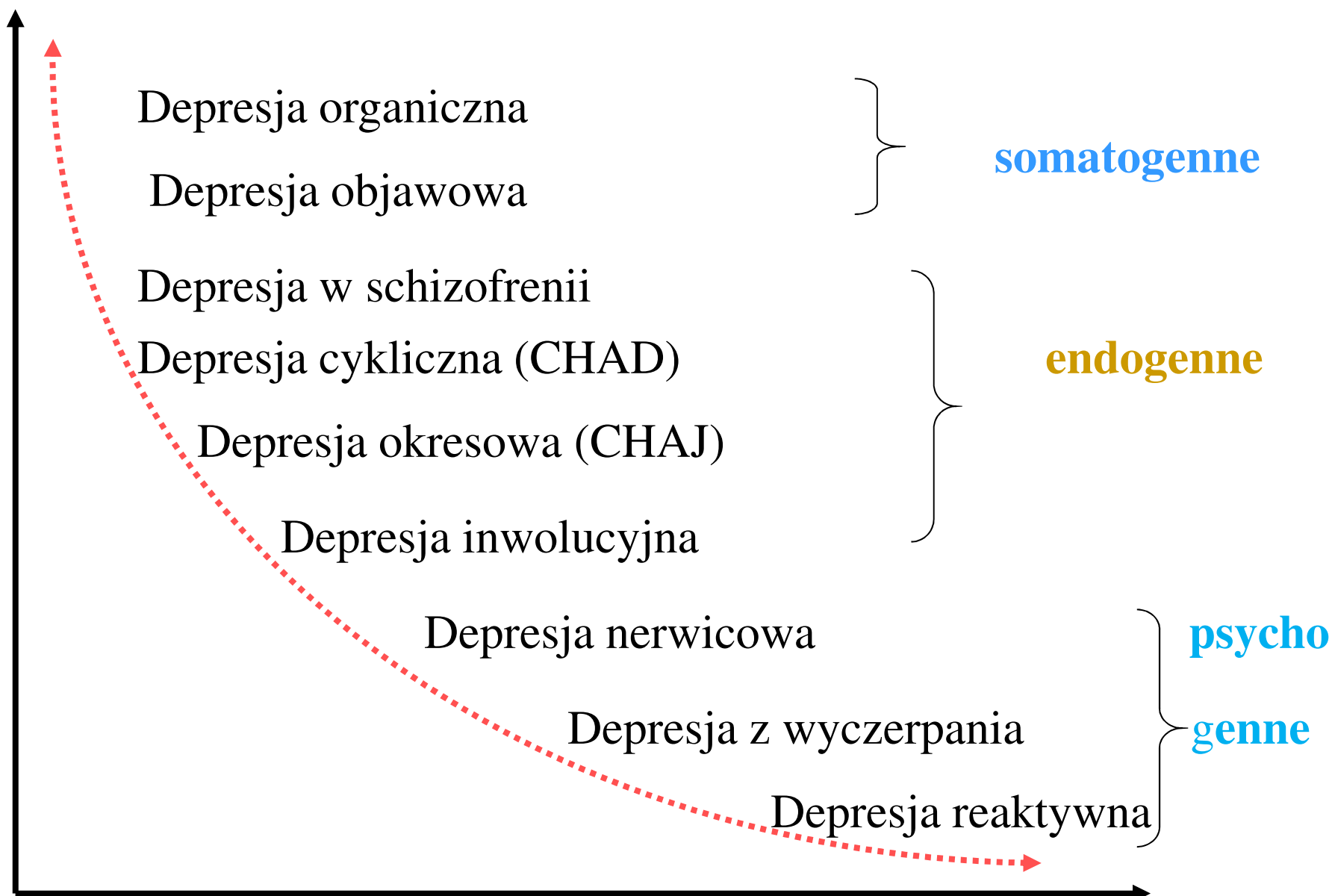
# CO TO JEST DEPRESJA?

- „mam depresję”
  - Smutek, przygnębienie
  - Krótkotrwała zależność od czynnika wywołującego
  - Emocje nieinwalidyzujące
  - Brak myśli „S”
1. Obniżenie nastroju
  2. Zaburzenia napędu psychoruchowego
  3. Lęk
  4. Zaburzenia rytmów biologicznych
  5. Zaburzenia wegetatywne

**OSOLOWOŚĆ  
OKRESOWOŚĆ !!  
ZMIANA ZACHOWAŃ !!**

# Czynnik somatogeny

Kielholz, 1972



# Czynnik psychogeny

	epidemiologia	hospitalizacje	DPS
„Duża depresja”	1 - 4%	10 - 12%	12 - 14%
„Mała depresja”	4-13%	5%	17 - 35%
dystymia	2%	b.d.	b.d.

**Płeć - M/K = 2:1**

**Nawrotowość w ciągu 3 lat - 90%**

Alexopoulos:Depression in the elderly,  
Lancet,2005,365,1961-1970

**Depresje nie leczone - 60%**

Alexopoulos:Depression in the  
elderly,Lancet,2005,365,1961-1970

**90% osób starszych z depresją nie kontaktuje się z specjalistą**

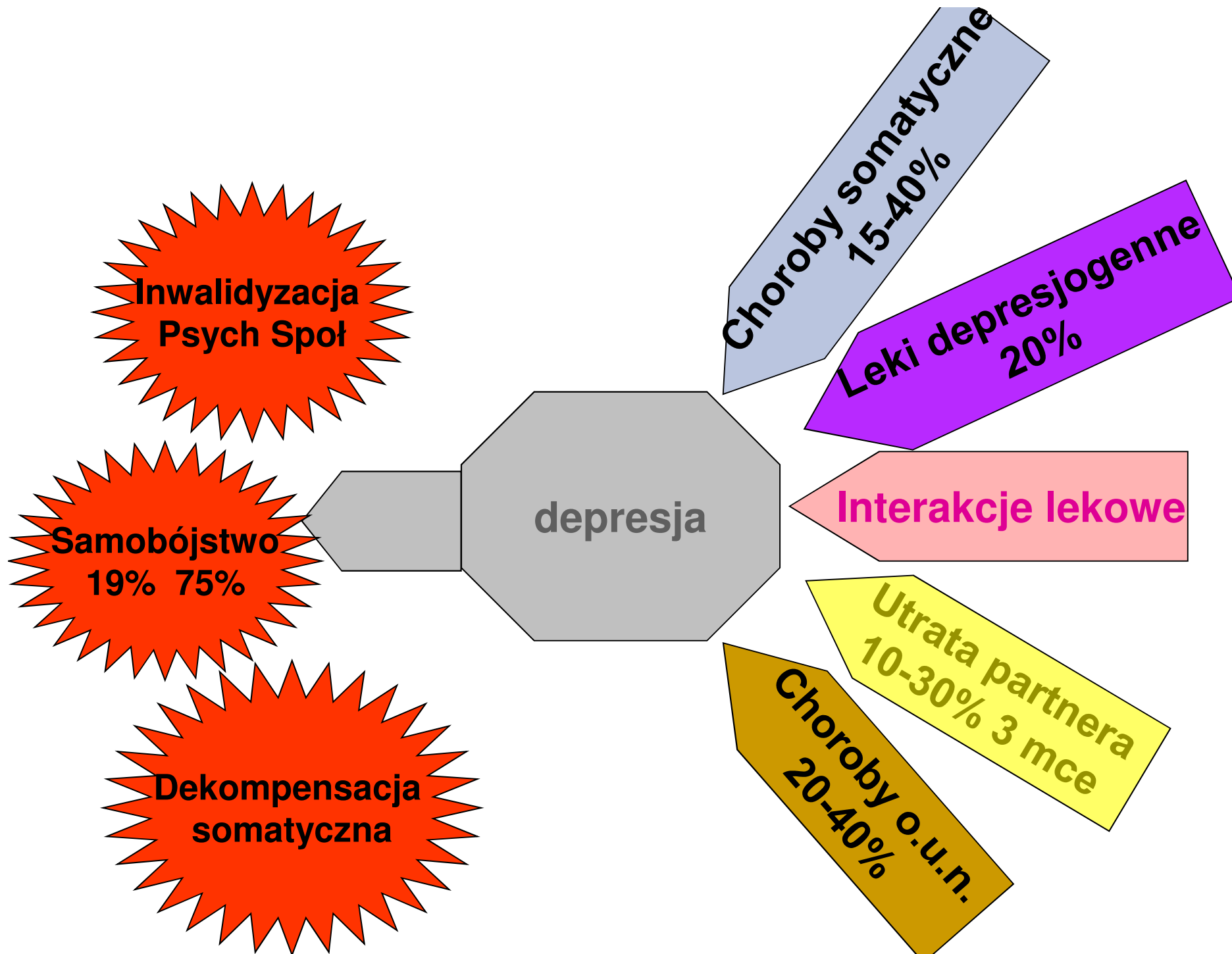
Chew-Graham i wsp.BMJ,2004,329,181-182

**Efektywność leczenia depresji w wieku podeszłym  
30% popraw; 30% bez zmian; 30% pogorszenie**

Millard.Depression in old age,BMJ,1983,287,375-376

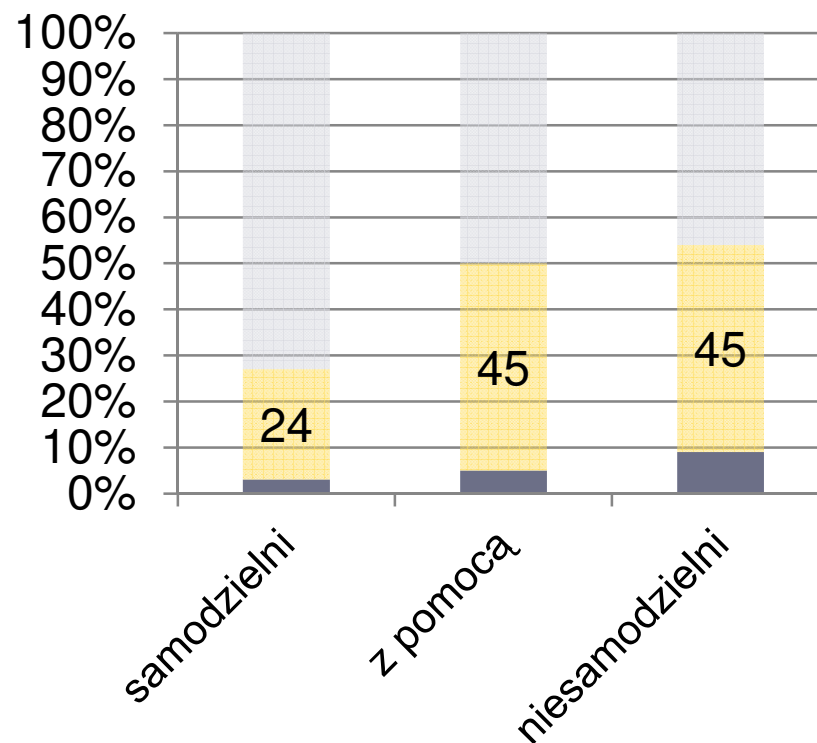
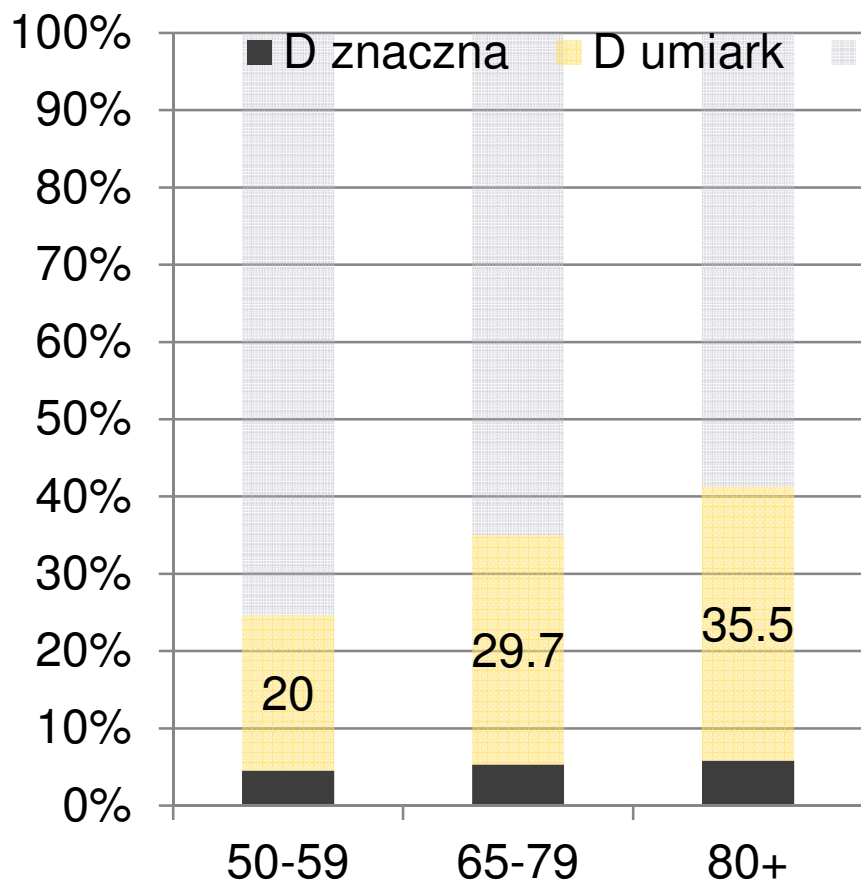
**U 75% chorych z depresją w wieku podeszłym  
nie występują objawy typowe**

Beckman i wsp.Brit.J.Psychiatry,1999,174,307-311



# WYSTĘPOWANIE OBJAWÓW DEPRESJI I ZWIĄZANEJ Z NIĄ NIESAMODZIELNOŚCI W POPULACJI OSÓB 65+

BROCZEK I WSRPOLSENIOR,2012



• N=4608 ;GDS15; ADL

# **PSYCHOGENNE CZYNNIKI RYZYKA DEPRESJI**

**Zmiana miejsca pobytu**

**Wypis ze szpitala**

**Wiek > 80 r.ż.**

**Utraty**

- żałoba**
- „zespół opuszczonego gniazda”**
- bezpieczeństwa finansowego**
- zdrowia**

**Izolacja społeczna**

**KLINIKA**





# PODZIAŁY DEPRESJI

## Kliniczny:

Subdepresja

Prosta

Z zahamowaniem

Z lękiem (agitowana)

Urojeniowa (psychotyczna)

Atypowa – maskowana

## Nasilenie:

Łagodne

Umiarkowane

ciężkie

## Nozologiczny:

psychogenna

endogenna

somatogenna

# **OBRAZ KLINICZNY**

## **Postacie typowe:**

**Depresja prosta – „starość”**

**Depresja z zahamowaniem**

**Depresja agitowana**

**Zespół Cotarda**

## **Postacie atypowe**

**Pseudootępienie depresyjne**

**Hipochondryczna**

# OBJAWY UWAŻANE ZA CECHY STAROŚCI

1. spowolnienie psychoruchowe
2. utrata zainteresowań
3. niechęć do kontaktów towarzyski
4. pogorszenie apetyt
5. nasilenie zaburzeń snu
6. małomówność
7. poczucie “starości”

**Subthreshold depression 9,9%-11.8% /rok.  
Kobiety-75%. ECA,Hybels,2001**

bezsennaść	44.7 %
stałe uczucie zmęczenia	42.1%
nawracające myśli o śmierci	31.0%
zaburzenia koncentracji	22.7%
przyrost masy ciała	18.5%
zwolnienie myślenia	15.1%
hipersomnia	15.1%

**25000 badanych w 14 krajach  
69% osób z depresją  
zgłaszało jedynie skargi na  
objawy somatyczne (utrata  
łaknienia, zmęczenia,  
zaburzenia snu, utrata masy  
ciała, bóle) WHO,2006**

# DEPRESJE PORONNE-MASKOWANE

- **Maski** : lęk napadowy, przewlekły, natręctwa, jadłowstręt
- **Maski wegetatywne** : pseudoangina pectoris, Zab. motoryki przewodu pokarmowego, stany spastyczne dróg żółciowych, świąd skóry
- **Maski bólowe**: bóle głowy, neuralgie
- **Maski behaw.:** okresowe nadużywanie alc lub leków

# **WYSTĘPOWANIE DEPRESJI PORONNYCH (SUBDEPRESJI)**

**(SUBTHRESHOLD DEPRESSION)**

## **■ Depresja poronna jest istotnym problemem klinicznym**

- **Definicja depresji poronnej: „, Jakiegokolwiek dwa lub więcej jednocześnie występujących objawów depresji, które utrzymują się przez większość czasu przez co najmniej 2 tygodnie, powodujące pogorszenie funkcjonowania społecznego”.** Osoby z depresją poronną nie spełniają kryteriów epizodu depresji/ dystymii
- **Badania Epidemiologic Catchment Area w USA wykazały roczną częstość występowania depresji poronnej u 11.8% badanej populacji. Kobiety – 75%.**

# NAJCZĘSTSZE OBJAWY DEPRESJI PORONNEJ

- bezsenność 44.7%
- stałe uczucie zmęczenia 42.1%
- nawracające myśli o śmierci 31.0%
- zaburzenia koncentracji uwagi 22.7%
- przyrost masy ciała 18.5%
- zwolnienie myślenia 15.1%
- hipersomnia 15.1%

# **KLINICZNE CZYNNIKI RYZYKA SAMOBÓJSTWA**

**A.BECK,APA,TORONTO,2006**

**Nasilony lęk i niepokój z zab.snu**

**Poczucie beznadziejności,przekonanie o nieuleczalności, obecności chorób**

**Poczucie winy, ciężkie grzechy, chęć poniesienia kary**

**Nastrój dysforyczny**

**Dolegliwości bólowe i przewlekłe schorzenia somatyczne**

**Uporczywe zaburzenia snu**

- „Chcę umrzeć” - 8 - 9 razy
- „nic mi już nie pomoże”(beznadziejność) - - 7 razy
- „żałuję, że nie udało mi się umrzeć”(po próbie S) - 10 razy

# INWENTARZ CZYNNIKÓW RYZYKA SAMOBÓJSTWA W DEPRESJI.

Wzrost po 75 r.ż.; M>K ;19-16-14/100 000

## Cechy zespołu depresyjnego

depresja o dużym nasileniu  
poczucie winy  
poczucie beznadziejności  
niska samoocena  
Anhedonia  
lęk przewlekły, niepokój  
stan mieszany  
Bezsenna  
ujawniane myśli lub zamiary samobójcze  
przewlekła subdepresja

## Sytuacja socjalna

samotność, niemożność liczenia na pomoc innych  
zła sytuacja materialna  
utrata pracy, źródeł utrzymania, bankructwo

## Dane z wywiadu

próby samobójcze w przeszłości  
samobójstwa osób bliskich (krewnych, osób znaczących dla pacjenta)

## Cechy demograficzne

wiek > 45 r.ż.  
płeć: męczyzna  
owdowiała(y), rozwiedziona(y)

## Inne cechy

złe przystosowanie społeczne  
nadużywanie alkoholu  
zaburzenia osobowości  
(cyklotymiczna, antisocjalna)  
okres żałoby  
przewlekłe choroby  
somatyczne  
przewlekła bezsenność  
przewlekłe dolegliwości  
bólów  
organiczne zespoły mózgowe  
(przewlekłe)



# DEPRESJA A PŁEĆ

KESSING INT.PSYCHOGERIATRICS,2006

Analiza : 1994-2002

N= 9837 Wiek=65+

Epizod depresji = 69.9% kobiet

Epizod manii/CHAD = 443 ; = 61.6% kobiet

**Kobiety** częściej: lekka depresja = 70.8%

depresja umiarkowana = 67.4%

depresja ciężka = 65.9%

**Mężczyźni** - częściej depresja + współchorobowość  
uzależnienia, choroby somatyczne

Rozpowszechnienie:

depresja melancholiczna, psychotyczna K = M.

# **TRUDNOŚCI W ROZPOZNAWANIU DEPRESJI WIEKU PODESZŁEGO**

- 1. Objawy depresji = fizjologia**
- 2. Atypowy obraz kliniczny**
- 3. Współwystępowanie chorób somatycznych/oun**
- 4. Trudności w opisywaniu objawów**
- 5. Somatyczne wytłumaczenie skarg**

# **DEPRESJA I CHOROBY SOMATYCZNE**

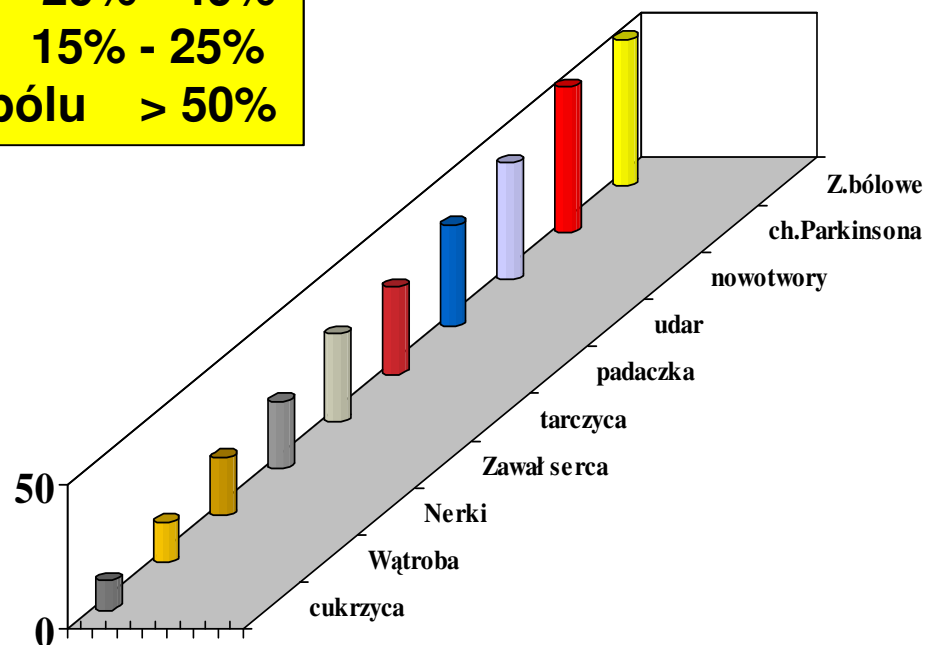


# DEPRESJE W RÓŻNYCH CHOROBAH

PUŻYŃSKI,2000

Choroby nerek	> 20%
Choroby tarczycy	20% - 30%
Choroby wątroby	> 15%
Cukrzyca	5% - 10%
Nowotwory	20% - 40%
Zawał m. serca	15% - 25%
Zespoły przewlekłego bólu	> 50%

Rak trzustki	38-50%
Rak gardła	22-40%
Rak jelita grubego	22-25%
Rak narządów płciowych	21-23%
Rak żołądka	8-11%



■	cukrzyca
■	Wątroba
■	Nerki
■	Zawał serca
■	tarczycy
■	padaczka
■	udar
■	nowotwory
■	ch.Parkinsona
■	Z.bólowe

# DEPRESJA U CHORYCH SOMATYCZNIE

Częstość występowania depresji u chorych somatycznie  
**10 - 45%**

Rapp i wsp.1988;Katona,1994

Pojedyncze objawy depresji -  
**48%**

Shah i wsp.1992

Chorzy 65 + r.ż. przyjmowani do oddziałów somatycznych  
- **20%**

Gregory i wsp.1992;Hammond,1993

## WYBRANE SOMATYCZNE CZYNNIKI RYZYKA DEPRESJI W WIEKU PODESZŁYM

	„Mała depresja”	„Duża depresja”
•Przewlekła choroba	2,23	1,37
•Choroby płuc	2,73	2,76
•Miażdżyca	1,96	2,44
•RZS	3,39	2,42
•Udar	1,65	2,35
•Ograniczenie funkcjonowania	4,04	2,37
•Upośledzenie słuchu	1,76	3,78
•Upośledzenie wzroku- czytanie	3,11	2,22
•Upośledzenie wzroku- patrzenie	2,72	2,57

# GŁÓWNE CZYNNIKI RYZYKA (1)

## Wiek

✓ W miarę starzenia się populacji poprzednie przyczyny zgonów ustępują przyczynom naczyniowym;

## Nadciśnienie

(rozpowszechnienie w starości:  $>140/90 = 68\%$ ;  $>160/95 = 45\%$ )

✓ Związek pomiędzy ciśnieniem krwi i chorobą sercowo-mózgowo-naczyniową jest ciągły, spójny i niezależny od innych czynników ryzyka;

## Cukrzyca

(rozpowszechnienie = 10-14%)

✓ Bezpośredni wpływ toksyczny na narządy, także mózg

✓ Rzadziej występuje niż inne, ale ma większy indywidualny wpływ (2-4x niż czynniki naczyniowe)

# **GŁÓWNE CZYNNIKI RYZYKA (2)**

## **Dyslipidemia**

✓ **Cholesterol jest bezpośrednio związany z depresją niezależnie od wieku, płci i rasy:**

**>250 mg/dl: 18.6% M, 17.8% K**

**>200 mg/dl: 54% M, 46% K**

## **Palenie**

✓ **Związane z rodzajem, sposobem i nawykami palenia**



# **NACZYNIOWE CZYNNIKI RYZYKA**

## **Modyfikowalne**

**Nadciśnienie tętnicze**

**Dyslipidemia**

**Palenie**

**Cukrzyca**

**Otyłość (BMI>30)**

**Siedzący tryb życia**

**Hiperhomocysteinemia**

**inne**

## **Niemodyfikowalne**

**Płeć**

**Wiek**

**Rasa**

**Obciążenie rodzinne**

**Polimorfizm genetyczny**

# ZESPÓŁ METABOLICZNY

otyłość brzuszna (obwód talii u pochodzących z Europy mężczyzn  $\geq 94$  cm, natomiast u kobiet  $\geq 80$  cm) i dodatkowo współistnienie co najmniej 2 z poniższych odchyłeń: trójglicerydy  $\geq 150$  mg/dl lub leczenie dyslipidemii

## cholesterol HDL

< 40 mg/dl u mężczyzn

< 50 mg/dl u kobiet

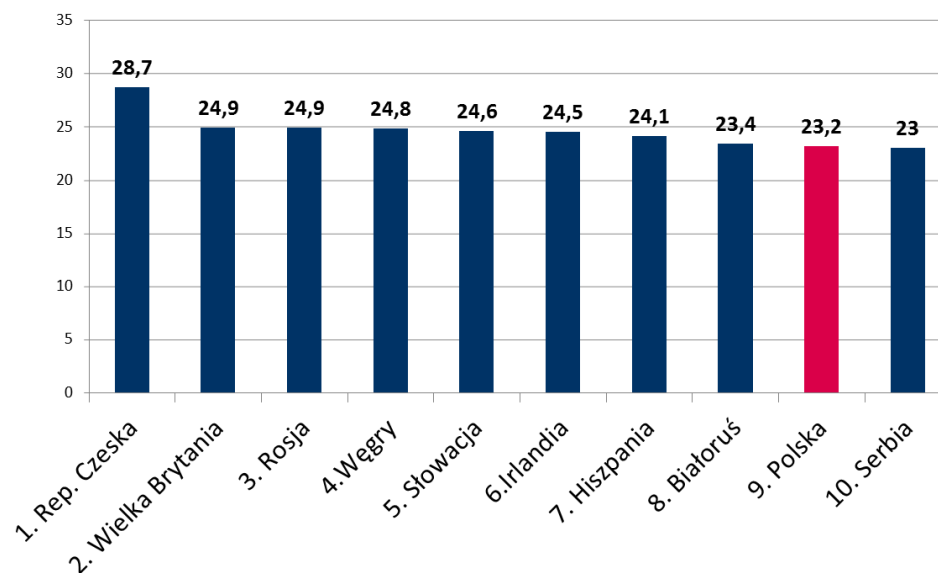
lub leczenie dyslipidemii

RR  $\geq 130/85$  mmHg lub leczenie nadciśnienia tętniczego;

Glikemia na czczo  $\geq 100$  mg/dl lub leczenie cukrzycy typu 2

## NAJWYŻSZY POZIOM OTYŁOŚCI W EUROPIE

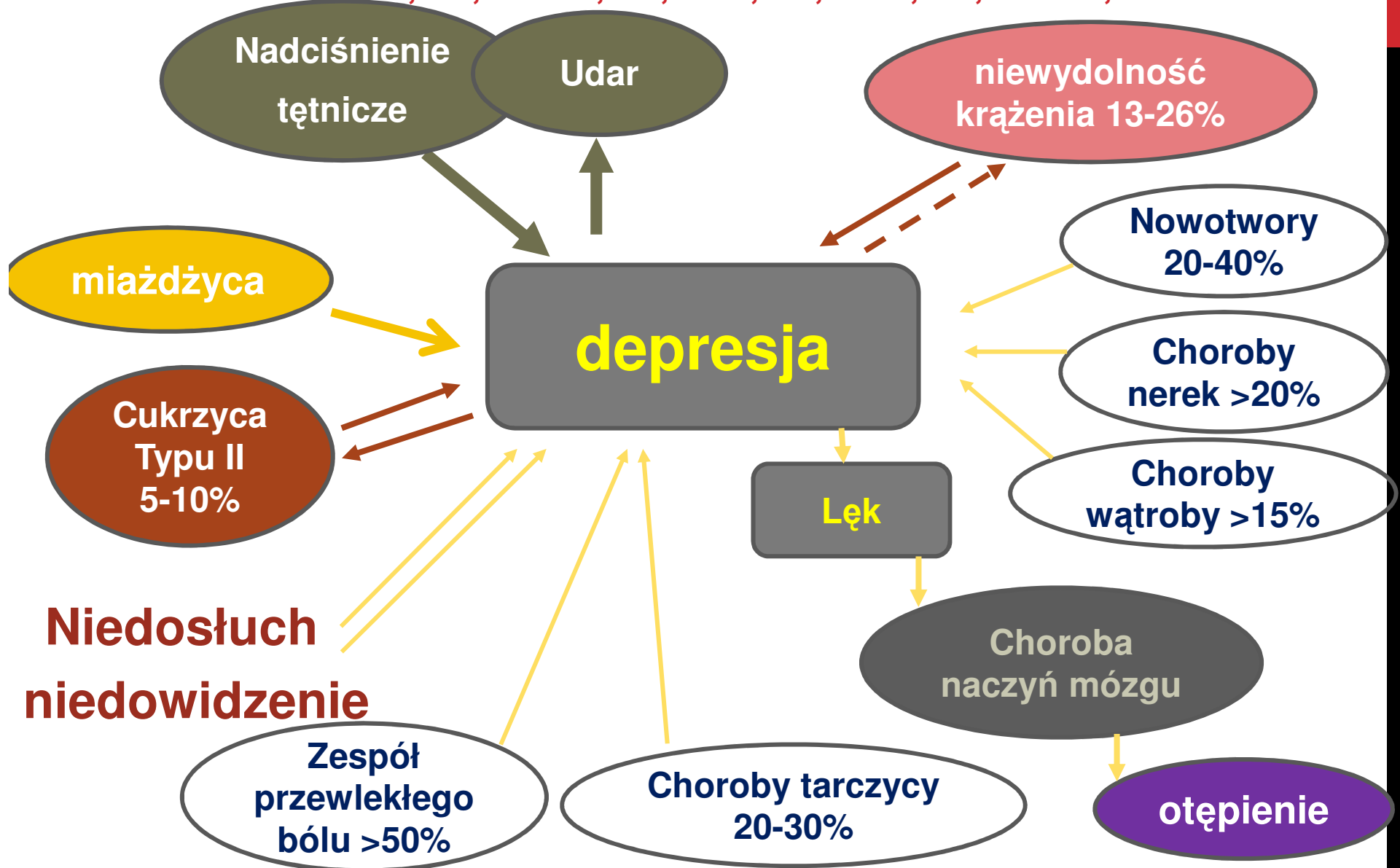
Procent populacji powyżej 20 roku życia, która jest otyła



\* Otyłość rozumiana jako poziom masy ciała na osobę zależnie od wieku (Body Mass Index - BMI) wynoszący powyżej 30.

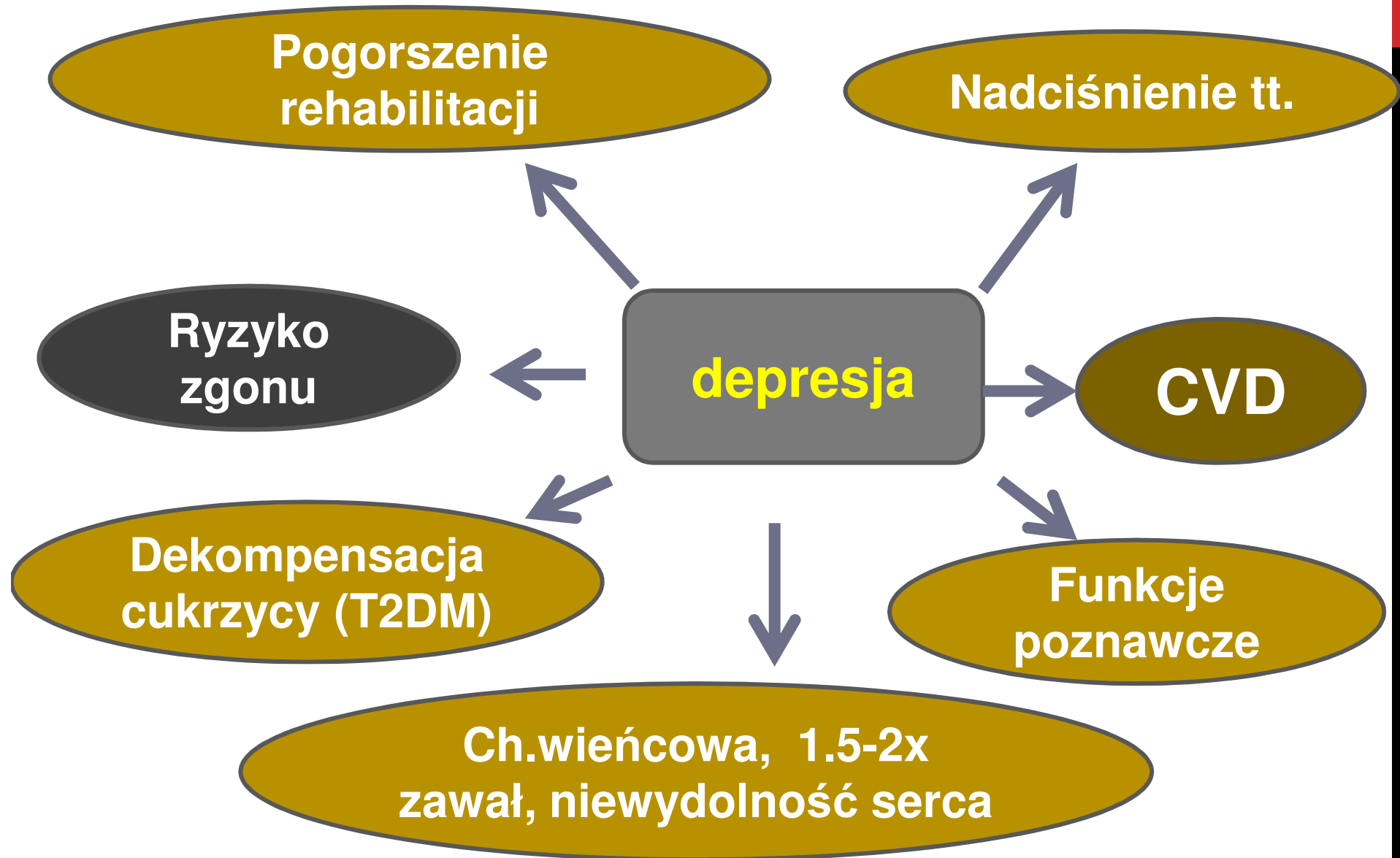
# ZWIĄZEK DEPRESJI Z CHOROBYMI SOMATYCZNYMI

SIMONSICK,1995;EVERSON,1998;JONAS,1997; EATON,1996;MATTHEW,1987



# WPŁYW OBECNOŚCI DEPRESJI NA STAN ZDROWIA

KENDLER,1993;CERVILLA,2003FRASURE-SMITH,1995CARNEY,1987;FORD,1998;HEATHER I WSP.2004



# OBJAWY SOMATYCZNE W DEPRESJI WIEKU PODESZŁEGO

TEBBS & MARTIN, GERIATR. MED. 1987

**Objaw**

**częstość wystąpienia**

---

<b>astenia</b>	<b>29%</b>
<b>bóle głowy</b>	<b>25%</b>
<b>kołatanie serca</b>	<b>17%</b>
<b>bóle uogólnione</b>	<b>14%</b>
<b>zawroty głowy</b>	<b>12%</b>
<b>ból w nadbrzuszu</b>	<b>11%</b>
<b> płytkie oddychanie</b>	<b>10%</b>
<b>ból w konkretnym miejscu</b>	<b>9%</b>
<b>ból kręgosłupa</b>	<b>7%</b>
<b>zaburzenia żołądkowo-jelitowe</b>	<b>6%</b>

# DEPRESJE JATROGENNE

KESHAVAN,1997

- Poch.rauwolfia serpentina
- Agoniści  $\alpha$  – adrenergiczni
  - Digoksyna
  - Antymitotyczne
  - Metoklopramid
  - $\beta$  - blokery
  - Steroidy
  - L-dopa
- Leki przeciwnadciśnieniowe

# **DEPRESJA W CHOROBYCH NEUROLOGICZNYCH**



# ZWIĄZEK DEPRESJI Z OTĘPIENIEM



**Ishaq ibn Imran X wiek**

**“melancholia to osłabienie intelektu, zaburzenia pamięci i rozumienia”**

**Encyklopedia Francuska 1765 r.**

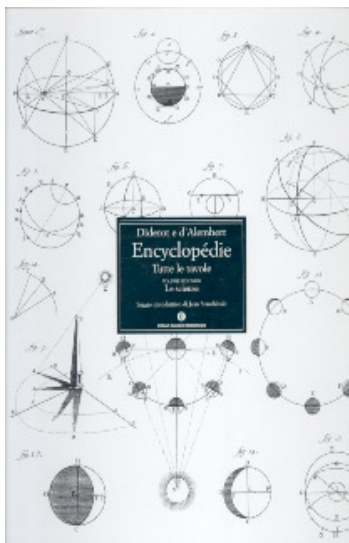
**„Otepienie poprzedza smutek i zmęczenie umysłu”**

**Mairet: Otepienie Melancholijne” 1883 r.**  
**podostra=depresja,przewlekła-otepienie**

**przebieg podostry/przewlekły”vesanic dementia”**

**Kraepelin,1921**

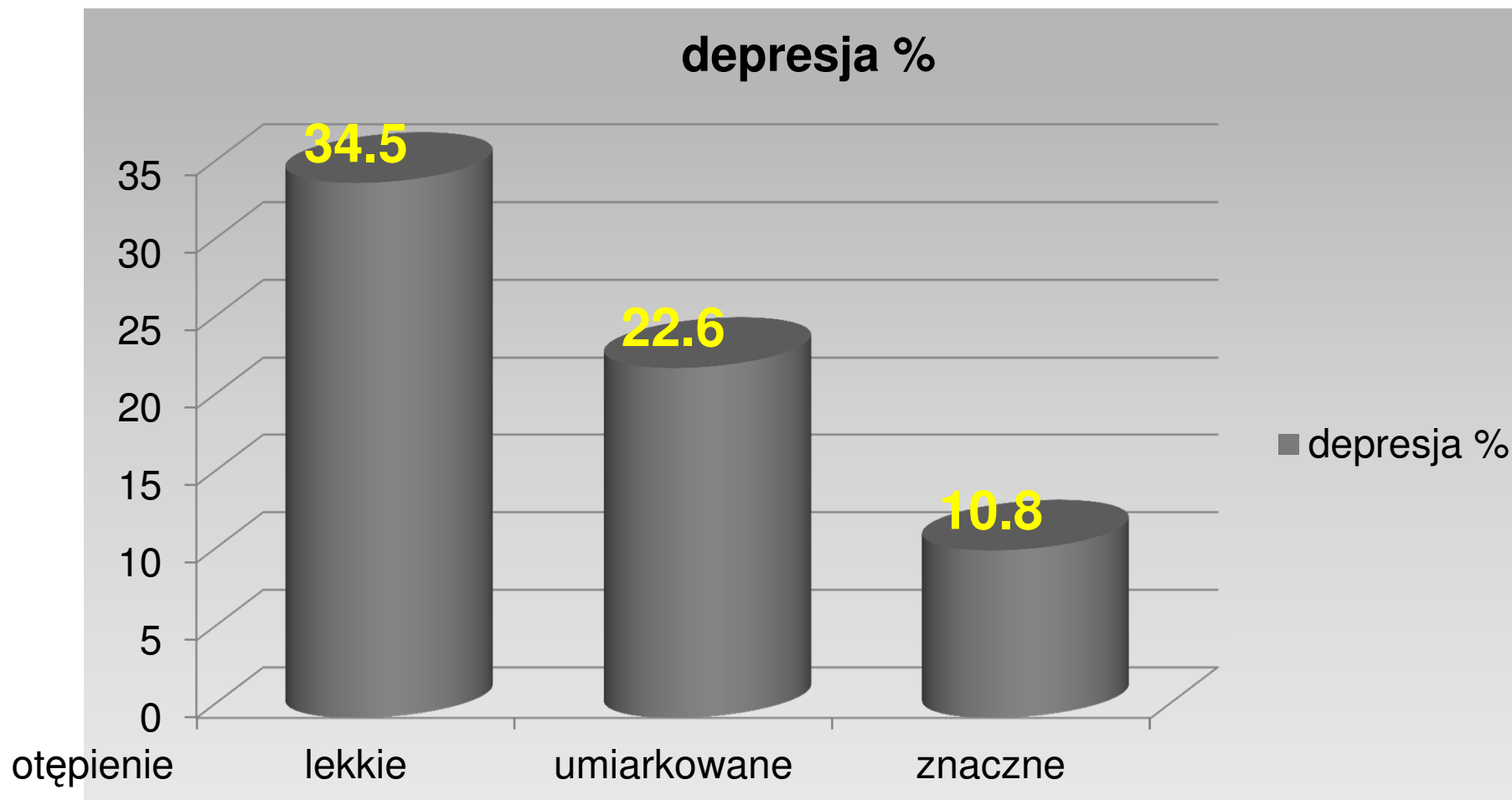
**„...a melancholia często jest powikłana  
„umysłowym osłabieniem”,co oznacza osłabienie  
funkcji poznawczych”**





# CZĘSTOŚĆ DEPRESJI W ZALEŻNOŚCI OD NASILENIA OTĘPIENIA

REIFLER, 1982



# WSPÓŁWYSTĘPOWANIE DEPRESJI I CHOROBY NACZYŃ

Odsetek zgonów z powodu choroby naczyń wzrasta wraz z wiekiem: dwukrotnie pomiędzy 65-74 r.ż., i 75-84 r.ż.

Rozpowszechnienie **zawałów serca**:

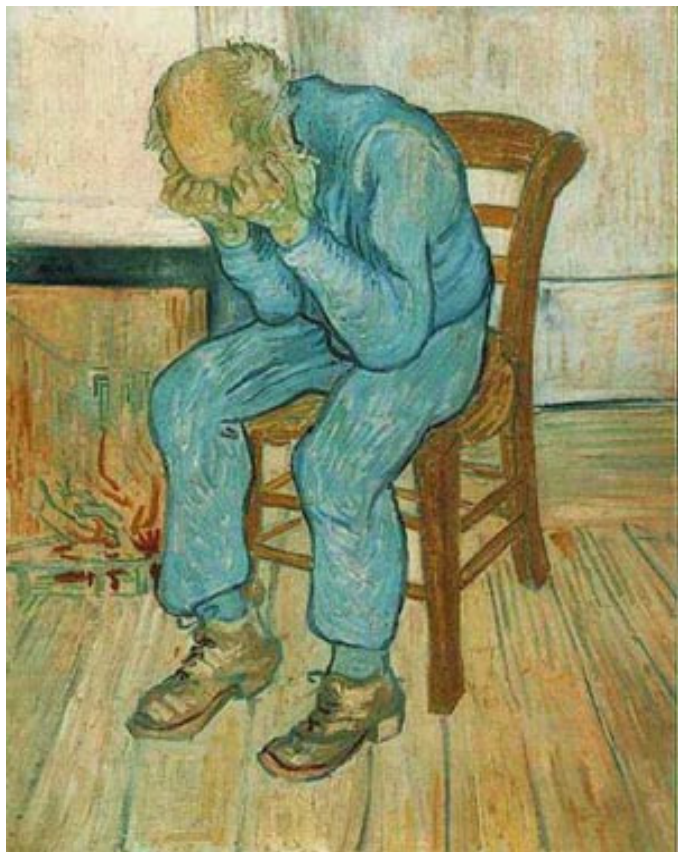
- 2-20% u mężczyzn
- 3-13% u kobiet

Ryzyko **choroby wieńcowej** serca w 70 r.ż.

- 34.9% u mężczyzn
- 24.2% u kobiet

**Nadciśnienie**: ponad połowa wszystkich osób > 65 r.ż.

# JAK ZAPOBIEGAĆ I LECZYĆ ??



## Czynniki biologiczne:

1. Lecz choroby somatyczne; dbaj o regularne kontrole (RR, DM);
2. Ćwicz pamięć!

## Czynniki psychospołeczne:

1. Podtrzymuj aktywność społeczną
2. Działaj na rzecz innych

## Czynniki somatyczne:

1. Codziennie 30 min. spaceru
2. Dieta lekkostrawna
3. Dbłość o płyny
4. Nie nadużywać leków!!