

Trudności diagnostyczne depresji wieku podeszłego – przegląd wybranych skal skriningowych

Challenges of depression diagnosis in elderly people – assessment of depression screening scales

Katarzyna Humięcka, Tomasz Targowski

Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, Warszawa

Streszczenie

Zespoły depresyjne występujące u osób starszych, ze względu na swój specyficzny obraz, stanowią współczesne wyzwanie dla klinicystów. Seniorzy stają przed wieloma problematycznymi sytuacjami, z którymi nie potrafią sobie poradzić, w wyniku czego coraz częstsze jest występowanie zaburzeń depresyjnych w tej grupie wiekowej. Nieleczona depresja między innymi pogarsza rokowanie istniejących chorób somatycznych oraz zwiększa ryzyko zgonu. Obecnie dostępnych jest wiele narzędzi skriningowych do oceny zaburzeń afektu. Najczęściej wykorzystywane w praktyce klinicznej testy to: Inwentarz Depresji Becka, Skala Hamiltona oraz Geriatryczna Skala Oceny Depresji. Ta ostatnia uważana jest za najlepiej przystosowaną do pracy z pacjentem geriatrycznym. W niniejszym artykule, przygotowanym na podstawie przeglądu literatury, opisano główne trudności w diagnostyce depresji u osób starszych oraz przedstawiono najczęściej wykorzystywane skale do pomiaru zaburzeń afektu. Ponadto omówiono problemy, z jakimi osoby starsze zmagają się na co dzień, poruszono problematykę samobójstw, w celu podkreślenia konieczności ulepszenia metod diagnostycznych depresji. *Geriatrics 2018; 12: 44-48.*

Słowa kluczowe: wiek podeszły, zaburzenia depresyjne, samobójstwa w podeszłym wieku, testy przesiewowe

Abstract

Depressive syndromes in the elderly, due to their specific characteristics, present significant challenges for clinicians. Senior citizens face many problematic situations they are unable to cope with by themselves and in consequence the incidence of depressive disorders is increasingly high in this age group. Untreated depression, among other factors, worsens the prognosis of existing somatic diseases and increases the risks of premature death substantially. Currently many screening tools are available to evaluate affective disorders. The most commonly used clinical practice tests are: Beck Depression Inventory, Hamilton Scale, and Geriatric Depression Assessment Scale. The latter is considered to be the best suited to work with a geriatric patient. This article, based on exhaustive reviews of precedent publications, describes the main difficulties in diagnosing depression in the elderly, the negative effects of misdiagnosis, and the main scales for measuring affective disorders. In addition, as the contemporary lifestyle and socioeconomic circumstances of the current civilization places further stresses and problems on elderly people on a daily basis, the risks of mortal consequences such as suicide are increased significantly, therefore this emphasizes the need of improving the diagnostic methods of depression. *Geriatrics 2018; 12: 44-48.*

Keywords: old age, depressive disorders, elderly suicides, screening tests

Wstęp

Starość jest nieuchronnym etapem życia, do którego zmierza każdy człowiek. W psychologii coraz częściej mówi się o okresie starości jako o okresie utrat. Trudno jest uogólniać, gdyż życie każdego człowieka ma charakter wybitnie jednostkowy, jednakże utrata

witalności, bliskich osób, pozycji społecznej oraz finansowej, to sytuacje krytyczne, z którymi przyjdzie się zmierzyć większości populacji. Z psychologicznego punktu widzenia ludzie łatwiej znoszą kryzysy, kiedy widzą sens i szanse na pozytywne zakończenie problematycznej sytuacji. W ostatniej fazie życia perspektywa

korzystnych zmian dla wielu jest już niewidoczna. Ważnym problemem, odbierającym radość życia jest brak celu. Cel, który nadaje sens życiu, jest również czynnikiem motywującym do bycia aktywnym i jest pewnego rodzaju obietnicą satysfakcji. Brak celu działa stresogennie szczególnie na osoby starsze. Powyższe aspekty są jednymi z wielu czynników etiologicznych występowania depresji [1].

Zespoły depresyjne są najczęstszymi zaburzeniami psychicznymi po 60 roku życia i pojawiają się dwa razy częściej niż zespoły otępienne. Szacuje się, iż z powodu depresji cierpi ponad 15% osób po 65 roku życia. Ze względu na demograficzne starzenie się społeczeństwa, zapadalność na depresję może się zwiększać [2].

Trudności diagnostyczne

Depresje u osób w podeszłym wieku, choć występują często, nadal są rzadziej rozpoznawane niż być powinny oraz niewłaściwie leczone. Przyczyn trudności w diagnozowaniu depresji jest kilka.

Przed wszystkim obraz kliniczny depresji seniorów różni się od objawów klinicznych depresji występujących w młodszych grupach wiekowych. Jedną z pierwszych trudności diagnostycznych depresji seniorów jest jej częsty, somatyczny obraz, czyli nakładanie się objawów o charakterze nieswoistym np. bóle głowy, bezsenność, dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, poczucie osłabienia, duszności. W opinii społecznej obniżony nastrój u osób starszych, wciąż traktowany jest jako nieodłączny aspekt, naturalna reakcja na zmiany zachodzące w życiu seniora. Utrwalony obraz zmęczonej twarzy osoby starszej oraz stereotypowe podejście do wizyty u psychiatry bądź psychologa, często jest przyczyną przeoczenia diagnozy, a w rezultacie wielomiesięcznego odroczenia leczenia depresji [3].

Konsultując starszych pacjentów można spotkać się z jeszcze jedną, typową sytuacją, a mianowicie z aktywnym zaprzeczeniem obniżenia nastroju, gdy inne przesłanki takie jak: wyraz twarzy, ton głosu, spowolnienie, płaczliwość, wskazują na obecność depresji. Taka postawa pacjentów może wynikać z różnych przyczyn. Po pierwsze dla wielu seniorów słowo „nastrój” jest mało zrozumiałe, a samo mówienie o nim trudne. Pacjent może również nie dostrzegać u siebie związku pomiędzy sytuacją życiową, a obecnym stanem zdrowia. Kolejnym powodem chęci zatuszowania problemów emocjonalnych jest obawa przed stygmatyzacją lub przekonanie, że uzewnętrznienie złego nastroju

i tak niczego nie zmieni [4].

Trafność diagnozy może również zaburzyć współwystępowanie objawów depresyjnych i demencji. Choroby mogą przybierać wzajemne maski lub nakładać się na siebie. Błędne diagnozy mogą pojawić się nawet w przypadku czystych postaci depresji lub otępienia. Zaburzenia depresyjne towarzyszące zespołom otępiennym pozostają często nierozpoznane, są nieleczone, co w rezultacie wpływa negatywnie na stan chorego, przyspieszając oraz pogłębiając deficyty poznawcze [5].

Rodzaje zaburzeń depresyjnych

Jednym z najczęściej spotykanych zaburzeń depresyjnych wśród seniorów jest dystymia, czyli przewlekłe obniżenie nastroju o mniejszym nasileniu niż w przypadku epizodu depresyjnego. O dystymii mówimy wówczas, kiedy objawy takie jak: przewlekły smutek, brak energii, motywacji, utrzymują się przez około 2 lata. Dystymia nie uniemożliwia człowiekowi normalnego funkcjonowania, ale znacznie je utrudnia. W wielu przypadkach zaburzenia dystymiczne wiążą się z długotrwałym obciążeniem somatycznym. Najbardziej niebezpieczna i zwiększająca ryzyko samobójstwa jest depresja psychotyczna. Urojenia mają najczęściej treści hipochondryczne lub nihilistyczne, są wysoce absurdalne. Kolejnym objawem psychotycznym są najczęściej omamy słuchowe o treści podobnej do urojeniowych. Obecność objawów wytwórczych wydłuża fazę depresyjną nawet o 2 lata. Depresja psychotyczna znacznie upośledza sprawność kognitywną, funkcjonowanie społeczne, co w rezultacie prowadzi do inwalidztwa bądź samobójstwa [6]. Kolejnym typem obniżenia nastroju jest tzw. mała depresja, której głównymi objawami są smutek, anhedonia, brak energii, motywacji oraz pogorszenie funkcjonowania poznawczego. Mała depresja charakteryzuje się zmiennością objawów, somatyzacją. U niektórych osób przeradza się w dużą depresję, dlatego pomimo trudności w leczeniu, nie wolno jej ignorować.

Epizod depresyjny charakteryzuje się ostrym wystąpieniem objawów takich jak: smutek, anhedonia, abulia, które negatywnie wpływają na funkcjonowanie człowieka. Nie są to jedyne objawy. Dodatkowo może występować: upośledzenie funkcji kognitywnych, myśli lub zachowania samobójcze, spowolnienie, poczucie winy, zaburzenia snu oraz zmiany łaknienia. Dominacja zaburzeń somatycznych w obrazie klinicznym znacznie utrudnia postawienie prawidłowej diagnozy [7].

Wspomnieć należy również o depresjach jatrogennych pojawiających się w wyniku terapii farmakologicznej o ubocznym działaniu depresyjnym. Osoby starsze cierpią przeważnie na więcej niż jedno schorzenie somatyczne. Ilość branych pastylek przekracza średnio 6-8 dziennie, a wiele spośród nich może wywoływać objawy depresyjne [8].

Depresja a śmiertelność

Dlaczego tak ważne jest wczesne rozpoznawanie i leczenie zaburzeń nastroju? Przede wszystkim depresja ma niekorzystny wpływ na przebieg chorób somatycznych. Może powodować nie tylko pogorszenie stanu fizycznego (np. intensyfikuje doznania bólowe), ale również zwiększa ryzyko wystąpienia niektórych chorób. Wiele poważnych stanów fizycznych może współistnieć z depresją, np. choroba wieńcowa, choroby autoimmunologiczne typu stwardnienie rozsiane lub toczeń, choroba parkinsona, choroby nowotworowe, cukrzyca, udary mózgu itp. [9].

Również choroby płuc, podobnie jak inne schorzenia, którym towarzyszy przewlekła duszność, można uznać za jeden z somatogennych czynników występowania zaburzeń afektywnych.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest uważana za czwartą przyczynę zgonów zarówno w Polsce, jak i w USA czy Wielkiej Brytanii. Postępujący charakter choroby, narastająca duszność oraz zmienny, niepewny przebieg jest silnie stresogennym czynnikiem, który może wywoływać wtórnie zaburzenia lękowe lub depresję. Badania pokazują, iż około 10-42% pacjentów, cierpi na zaburzenia afektywne w przebiegu POChP. Samo zachorowanie na chorobę obturacyjną zwiększa o 2,5 raza ryzyko wystąpienia depresji. Szacuje się, iż 10-19% pacjentów z POChP, w okresie stabilnym choroby, cierpi również na zaburzenia lękowe. Natomiast w okresie zaostrzenia choroby liczba ta wzrasta aż do 58% [10-12].

Wystąpienie zaburzeń afektywnych niesie ze sobą również ryzyko przedwczesnej śmierci (samobójstwa). Dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) i Komendy Głównej Policji (KGP), podkreślają, iż seniorzy i dzieci to grupy, w których występuje największe ryzyko popełnienia samobójstwa. Liczba prób samobójczych zwykle jest większa od liczby samobójstw. I tak w grupie seniorów na cztery samobójstwa zakończone zgonem przypada piętnaście prób. Dane z programu badawczego WHO/EURO Multicenter Study of Suicidal Behavior pokazują, iż najpowszechniejszymi metodami odebrania sobie życia wśród

seniorów jest zatrucie lekami z grupy benzodiazepin oraz leków nasennych lub podcięcie żył.

W 2014 roku odnotowano w Polsce najwyższy wzrost liczby zamachów samobójczych w grupie osób w wieku 60-64 lata. Było ich o 139 więcej niż w roku poprzednim. W 2014 roku odnotowano również wzrost prób samobójczych w grupie osób w wieku 65-69 lat i 75-84 lata [13].

Obserwuje się również wśród seniorów zachowania autodestrukcyjne, świadome bądź nieświadome. Pacjenci przestają stosować się do zaleceń lekarskich, nie chcą przyjmować leków, nie przestrzegają diety, odmawiają jedzenia lub wody. Tego typu zachowania dominują zwykle wśród osób wierzących, dla których odebranie sobie życia jest grzechem. Konsekwentne zaniedbywanie swojego stanu zdrowia jest również formą samobójstwa [14].

Skale oceny depresji

Diagnostyka zaburzeń depresyjnych polega na rozpoznaniu zespołu objawów, które utrzymują się przez odpowiednio długi czas i w odpowiednim natężeniu. U pacjenta, szczególnie starszego, należy przeprowadzić dodatkową diagnostykę, w celu wykluczenia podłoża organicznego występujących symptomów [15]. Pomocne w diagnostyce złożonego obrazu klinicznego depresji, mogą być testy przesiewowe, które w sposób łatwy i szybki mierzą obecność i natężenie zaburzeń afektu.

Obecnie dostępnych jest wiele skal, natomiast najpopularniejsze i najczęściej wykorzystywane w praktyce klinicznej narzędzia to:

- Inwentarz Depresji Becka (ang. Beck Depression Inventory – BDI),
- Geriatryczna Skala Oceny Depresji Yesavage'a (ang. Yesavage Geriatric Depression Scale),
- Skala Depresji Hamiltona (ang. Hamilton Depression Rating Scale – HAM-D).

Kwestionariusz do pomiaru depresji Becka (BDI) został opracowany przez Aarona Becka i współpracowników w 1961 roku. W Polsce spotykany jest pod nazwami Skala Depresji Becka, Inwentarz Depresji Becka czy Kwestionariusz Depresji Becka. Wykorzystywany jest jako przesiewowe narzędzie diagnostyczne do pomiaru natężenia objawów depresji oraz monitorowania dynamiki zmian poszczególnych objawów depresji. Do tej pory nie ukazała się pełna adaptacja tego narzędzia w języku polskim, nigdy nie został opublikowany podręcznik do BDI. Niemniej

jednak kwestionariusz jest bardzo popularny i często stosowany w praktyce klinicznej. Składa się z 21 pytań, na które pacjent udziela samodzielnie odpowiedzi na skali od 0 do 3, przy czym 0 wskazuje na brak danego objawu, a 3 na bardzo dużą intensywność objawu [16].

Geriatryczna Skala Oceny Depresji, często stosowana na oddziałach geriatrycznych do oceny emocjonalnego stanu pacjenta, została opracowana w 1983 roku przez Yesavage i współpracowników. Skala jest narzędziem przesiewowym. Składa się z 30 pytań, ale są również dostępne jej skrócone wersje, składające się z 15 lub 4 pytań. Dokonując samooceny pacjent udziela odpowiedzi zakreślając "tak" lub "nie" [17].

Skala depresji Hamiltona (HAM-D) jest testem obserwacyjnym, co oznacza, że jest wykonywany przez lekarza, a nie przez pacjenta. Niektóre z punktów skali mogą powodować fałszywie dodatnie wyniki u pacjentów w wieku podeszłym (np. dotyczące problemów somatycznych), dlatego uważa się, że skala ta jest mało specyficzna dla depresji wieku podeszłego [18].

W 2004 roku Wichowicz, Sumiła i Stolcman, opublikowali wyniki badania przeprowadzonego u 30 pacjentów w podeszłym wieku, hospitalizowanych z powodu zaostrzeń schorzeń somatycznych. Celem badania było oszacowanie wartości diagnostycznej wyżej wymienionych skal depresji, w stosunku do przewlekłe chorych osób w podeszłym wieku. Okazało się, iż najmniej miarodajnie wypadła skala Hamiltona, która po pierwsze wykazała się niską specyficznością w samym rozpoznaniu depresji, a po drugie znacznie zawiązała stopień nasilenia objawów.

Podobnie niską specyficznością wykazała się skala Becka, natomiast natężenie objawów depresji mierzone tym kwestionariuszem, było statystycznie podobne do wyników uzyskanych za pomocą standardowego badania psychiatrycznego, dzięki czemu uznano tę skalę za nieco lepszą.

Najlepiej w badaniu wypadła Geriatryczna Skala Oceny Depresji. Wykazała się najbardziej optymalną kombinacją wysokiej czułości i specyficzności w badanej grupie. W badaniu potwierdzono również fakt, iż skale skriningowe są cennym narzędziem, ułatwiającym rozpoznanie zaburzeń nastroju, natomiast nie mogą one zastąpić pełnej diagnozy psychiatrycznej [19].

Żadna z wyżej przedstawionych skal nie została do tej pory zwalidowana i zaadaptowana do polskich warunków. Ponadto doświadczenia z praktyki klinicznej pokazują, iż ciągle potrzebne jest doskonalenie narzędzi do pracy z osobami starszymi. Pacjenci hospitalizowani

na oddziale geriatry w Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, często zgłaszają problemy z udzieleniem adekwatnej odpowiedzi w Geriatrycznej Skali Oceny Depresji, sygnalizując, że na większość pytań trudno jest odpowiedzieć w sposób zero-jedynkowy. Obserwując pacjentów udzielających odpowiedzi na skali GDS, nasuwa się wniosek, iż pytania skonstruowane są zbyt ogólnie i nie są do końca spójne z obrazem życia wieku podeszłego.

Podsumowanie

Okres starości jest dla większości ludzi trudnym etapem życia, pełnym problematycznych sytuacji, które prowadzą do rozpowszechnienia depresji w grupie seniorów. Odmienny obraz kliniczny depresji wieku podeszłego oraz nieprawdziwe przekonanie o okresie starzenia się jako o okresie smutnym, sprawia, że zespoły depresyjne u osób starszych często pozostają nierozpoznane i są nieleczone. W epoce wydłużającego się życia coraz ważniejsze wydaje się być doskonalenie diagnostyki i leczenia zaburzeń depresyjnych w najstarszych grupach wiekowych.

Zwykle pierwszymi drzwiami, do których puka pacjent geriatryczny z prośbą o pomoc, są drzwi lekarza pierwszego kontaktu. Ograniczony czas wizyty w gabinecie oraz wielorakość obrazu depresji może przyczynić się do długiego odroczenia postawienia prawidłowej diagnozy. Z tego powodu doskonalenie testów przesiewowych wydaje się być priorytetowym krokiem w kierunku sukcesywnego rozpoznawania zaburzeń depresyjnych wieku podeszłego. Nie mniej ważne jest rozpowszechnianie wiedzy na temat depresji dotyczącej osób po 60. roku życia oraz o dostępnych narzędziach skriningowych. Z pewnością przyczyni się to do większej ilości prawidłowych diagnoz i do wdrażania właściwego postępowania terapeutycznego.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji

✉ Katarzyna Humiecka

Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji

ul. Spartańska 1; 02-637 Warszawa

☎ (+48) 664 716 806

✉ k.humiecka1@wp.pl

Piśmiennictwo

1. Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K, Kornatowski T. Starość jako wyzwanie. *Gerontol Pol.* 2008;16(3):131-5.
2. Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A. *Geriatrya*. Gdańsk: Via Medica; 2007.
3. Widła A. Depresja w późnym wieku- odrębności kliniczne i wyzwania terapeutyczne. *Neuropsychiatria. Przegl Klin.* 2012;4(3):135-40.
4. Gülfizar Sözeri-Varma. Depression in the Elderly: Clinical Features and Risk Factors. *Aging and Disease*; 2012. PubMed.
5. Bidzan L. Depresyjne zaburzenia nastroju u osób w wieku podeszłym. *Medycyna wieku podeszłego* 2011;1(1):31-41.
6. Kałużka S. Cechy depresji w wieku podeszłym – etiologia, rozpoznawanie i leczenie. *Geriatrya*. 2014;8:240-7.
7. Manthorpe J, Iliffe S. *Depresja wieku podeszłego*. Warszawa; 2005.
8. Kocur J, Szczęsny D, Grabska U. Psychoedukacja w depresjach wieku podeszłego. *Zdrowie Publ.* 2002;112 (Supl. 1):34-7.
9. Goldberg J. How depression affects your body? *WebMD Medical Reference Reviewed*; 2016.
10. Orzechowska A, Gałecki P (red.). *Zaburzenia psychosomatyczne w ujęciu terapeutycznym*. Wrocław; 2014.
11. Talarowska M, Gałecki P (red.). *Zaburzenia funkcji poznawczych w wybranych chorobach somatycznych*. Wrocław; 2013.
12. De Miguel Diez J i wsp. Mental Health among adults with asthma and chronic bronchitis. A population based study in Spain. *Respirat Med.* 2012;106:924-32.
13. Makara-Studzińska M, Madej A. Samobójstwa wśród osób starszych. *Psychiatr Psychol Klin.* 2015;15(4):189-94.
14. <https://www.jscimedcentral.com/Gerontology/gerontology-2-1028.pdf>.
15. Kurpas D, Steciwko A. Metody diagnostyki i terapii zaburzeń depresyjnych u pacjentów w wieku podeszłym w praktyce lekarza rodzinnego. *Terapia*. 2008;9(2):79-84.
16. Zawadzki B, Popiel A, Pragłowska E. Charakterystyka Psychometryczna Polskiej Adaptacji Kwestionariusza Depresji BDI-II Aarona T. Becka. *Psychol Etiol Genet.* 2009;19:71-94.
17. Albiński R, Kleszczewska-Albińska A, Bedyńska S. Geriatryczna Skala Depresji (GDS). Trafność i rzetelność różnych wersji tego narzędzia – przegląd badań. *Psychiatr Pol.* 2011;XLV(4):555-62.
18. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960;23:56-62.
19. Wichłłowicz H, Sumiła A, Stolcman M. Ocena występowania i nasilenia depresji u chorych w podeszłym wieku z przewlekłymi chorobami somatycznymi: zastosowanie wybranych skal, zalety i wady tej metody diagnozy. *Przegl Lek.* 2004;61(12):1374- 7.