


Depresja w
gabinecie lekarza
rodzinnego
i u osoby starszej

Maria Łukasiewicz
III Klinika Chorób Wewnętrznych
i Kardiologii
II WL WUM



POZ

Co najmniej jeden na trzech pacjentów zgłaszających się do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej to osoba cierpiąca z powodu zaburzeń dotyczących sfery psychicznej!!!


- 
- pięć najczęściej występujących problemów psychicznych w podstawowej opiece zdrowotnej to:
- zaburzenia depresyjne (F32, F33),
 - zaburzenia lękowe (F40–41),
 - zaburzenia pod postacią somatyczną (F45),
 - problemy związane z nadużywaniem alkoholu (F10),
 - zaburzenia odżywiania (F50)



– szacunki mówią, że depresja dotyczy:

5,8 % mężczyzn i 9,5 % kobiet w każdym roku

– rozpowszechnienie ryzyka depresji w ciągu życia jest szacowane na kilkanaście procent (16–20%)



Depresja wg ICD-10 – objawy podstawowe i dodatkowe:

Objawy podstawowe: obniżenie nastroju, anhedonia, zredukowanie energii prowadzące do nasilonej męczliwości.

Objawy dodatkowe: zmniejszony apetyt, zaburzenia snu, tendencje samobójcze, pesymistyczne nastawienie, niską samoocenę i poczucie winy, a także osłabienie koncentracji i uwagi




Diagnoza depresji:


występowanie u pacjenta min. 2 z 3 objawów podstawowych i min. 2 objawów dodatkowych przez przynajmniej 2 tygodnie




NIE WAHAĆ SIĘ zadawać pytania o myśli i tendencje
samobójcze bezpośrednio i jasno:


- to pytanie nie ma mocy sprawczej i nie stanowi dla pacjenta podpowiedzi skutecznego rozwiązania problemów → nie zwiększa ryzyka samobójstwa!

- 
- rzadko zdarza się, by pacjent spontanicznie opowiadał o myślach samobójczych, jest dla niego natomiast wielką ulgą, gdy temat zostanie poruszony przez lekarza, z empatią, ale otwarcie
 - obecność myśli samobójczych wymaga rzetelnej oceny ryzyka samobójstwa → stwierdzenie tendencji samobójczych wymaga skierowania do szpitala psychiatrycznego!



Nowe okoliczności życiowe (np: pójście do szkoły, narodziny dziecka, zmiana pracy, emerytura, migracja, żałoba) i związane z nimi trudności oraz potencjalne wahania nastroju to nie jest „z automatu” depresja – nie patologizujmy i nie medykalizujmy fizjologicznych aspektów życia!!!

- 
- tzw. zaburzenia adaptacyjne, na ogół ustępują samoistnie bądź przy krótkoterminowym wsparciu psychologicznym
 - możliwe krótkotrwałe leczenie objawowe: nasenne, uspokajające (→ wybierać łagodne w działaniu, nieuzależniające leki)



Nawet u około POŁOWY osób cierpiących na depresję, pierwsze objawy tej choroby są mało charakterystyczne i przypominają schorzenia somatyczne:

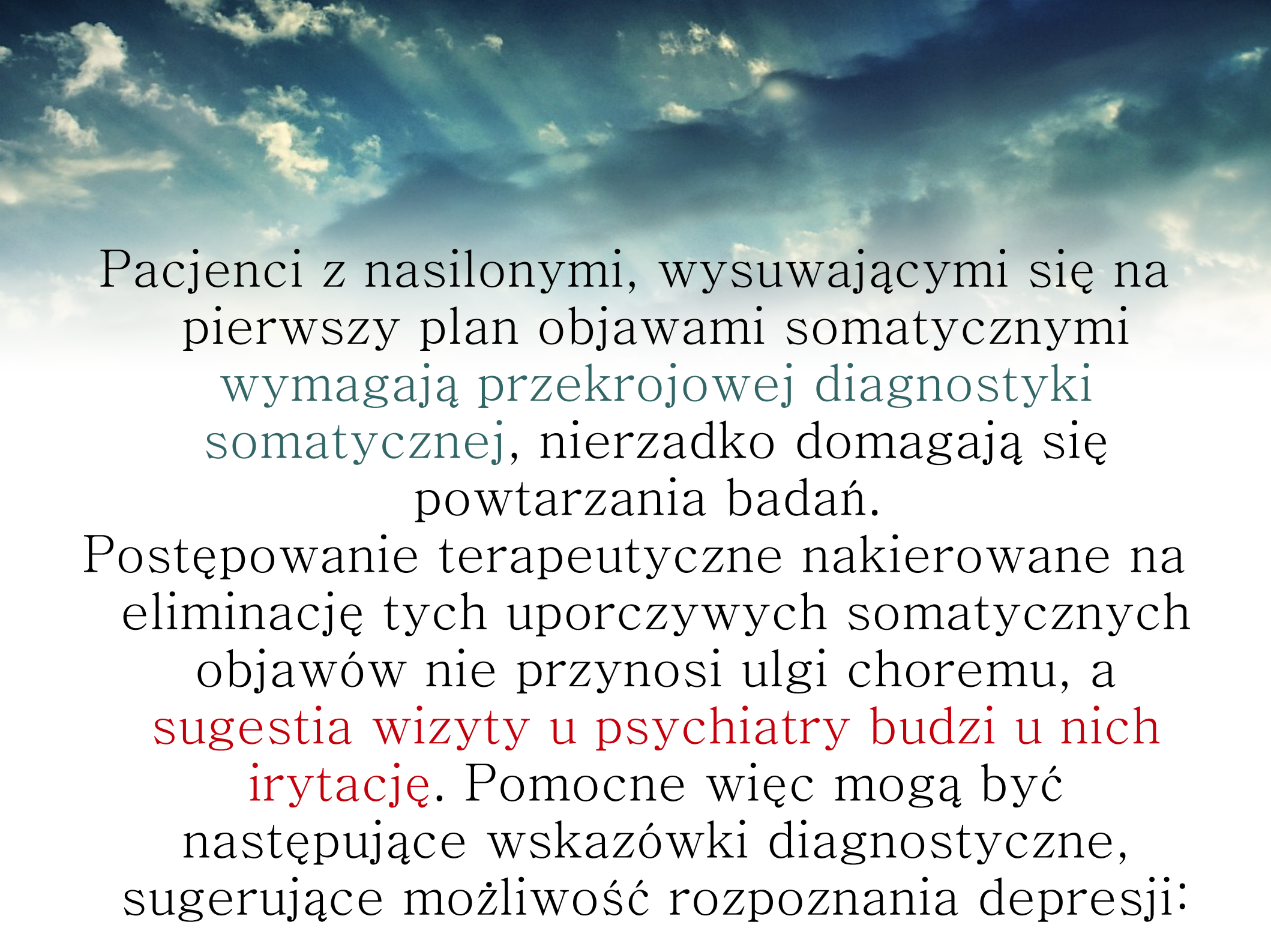




Jak pacjenci z depresją mówią lekarzowi POZ
o swoich objawach? (NEJM, 1999):

70% pacjentów mówiło TYLKO o objawach
somatycznych – spontanicznie nie ujawniało
jakichkolwiek objawów psychicznych

30% pacjentów mówiło zarówno o objawach
psychicznych, jak i somatycznych



Pacjenci z nasilonymi, wysuwającymi się na pierwszy plan objawami somatycznymi wymagają przekrojowej diagnostyki somatycznej, nierzadko domagają się powtarzania badań.


Postępowanie terapeutyczne nakierowane na eliminację tych uporczywych somatycznych objawów nie przynosi ulgi choremu, a **sugestia wizyty u psychiatry budzi u nich irytację**. Pomocne więc mogą być następujące wskazówki diagnostyczne, sugerujące możliwość rozpoznania depresji:

To może być DEPRESJA

- Pacjent zgłasza liczne skargi somatyczne z wielu narządów, nieukładające się w logiczną konstelację objawów
- Drobne skargi somatyczne zgłaszane przez pacjenta mają nieproporcjonalnie duży wpływ na jego funkcjonowanie
- U pacjenta diagnozowano w przeszłości depresję
- U krewnych pierwszego stopnia występowała depresja
- Pacjent wyraźnie schudł i nie można tego przypisać stanowi somatycznemu np. chorobie nowotworowej
- Leki przeciwdepresyjne, stosowane w przeszłości np. do leczenia bólu, przynosiły spektakularny efekt [2]

LECZENIE:

Najpierw PSYCHOEDUKACJA – charakter choroby, sposoby leczenia, ich cechy charakterystyczne (działanie terapeutyczne i czas jego pojawienia się, działania niepożądane) → zwiększenie compliance → zwiększenie skuteczności przyszłego leczenia!

- 
- odsetek odpowiedzi na leczenie lekami przeciwdepresyjnymi wynosi 50–75%
 - farmakoterapia skuteczniejsza w depresjach o średnim lub znacznym nasileniu, też z dużą liczbą objawów somatycznych
 - opublikowana w 2009 roku metaanaliza omawiająca stosowanie 12 najpopularniejszych leków przeciwdepresyjnych, wykazała, że najskuteczniejszymi lekami przeciwdepresyjnymi są **sertralina, escitalopram, wenlafaksyna i mianseryna**, z czego dwa pierwsze leki cechowało najmniej działań niepożądanych



NIE ISTNIEJE JEDNAK DOBRY LEK DLA
KAŻDEGO PACJENTA –

należy dobierać lek pod kątem cech
klinicznych depresji i działań
dodatkowych poszczególnych
preparatów:

Cechy kliniczne depresji a wybór leku przeciwdepresyjnego

<ul style="list-style-type: none"> ■ Zahamowanie ■ Apatia ■ Brak motywacji ■ Wycofanie społeczne 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lęk uogólniony i napadowy ■ Lęk społeczny ■ Mieszane stany lękowe 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Natrętne myśli ■ Ruminacje ■ Kompulsje 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Agitacja ■ Niepokój 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Depresja z bezsennością 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Depresja z bólem
<p>Bupropion Wenlafaksyna Sertralina Reboksetyna Milnacipran Moklobemid</p>	<p>SSRI Wenlafaksyna Agomelatyna Tianeptyna Moklobemid</p>	<p>Klomipramina SSRI Wenlafaksyna</p>	<p>Mirtazapina Mianseryna Trazodon Amitryptylina Doksepina Klomipramina</p>	<p>Mianseryna Mirtazapina Trazodon Doksepina Agomelatyna</p>	<p>Wenlafaksyna Amitryptylina Milnacipran Duloksetyna</p>

LEK PRZECIWDEPRESYJNY W NISKIEJ DAWCE

Sertralina start 25 mg do dawki terapeutycznej 50 mg,
Citalopram start 10 mg do 20 mg,
Escitalopram start 5mg do 10 mg,
Mirtazapina 15 mg do 30 mg,
Wenlafaksyna 37,5 mg do 75 mg,
Fluoksetyna 10 mg do 20 mg

4-6 tygodni

OCENA SKUTECZNOŚCI I TOLERANCJI

skuteczny

kontynuacja przez 6-9 miesięcy

nieskuteczny / źle tolerowany

OCENA STOSOWANIA SIĘ DO ZALECEŃ
ZWIĘKSZENIE DAWKI / ZMIANA LEKU

skuteczny


kontynuacja przez 6-9 miesięcy

nieskuteczny, zła tolerancja

kieruj do psychiatry!

Podstawowe fakty na temat leków przeciwdepresyjnych:

- leki przeciwdepresyjne nie uzależniają
- należy zażywać lek codziennie, zgodnie z zaleceniami lekarza
- działanie leku może być odczuwane dopiero po 2-4 tygodniach, co nie znaczy, że lek nie działa przed tym okresem i można go nie przyjmować
- nawet przy dobrym samopoczuciu nie należy samodzielnie odstawić leku, bo grozi to pogorszeniem stanu psychicznego - koniec leczenia musi być uzgodniony z lekarzem
- niewielkie objawy uboczne: najczęściej mdłości, nudności, biegunki i zawroty głowy powinny ustąpić w ciągu pierwszych tygodni. Nie należy odstawić leku, tylko powiadomić lekarza
- przerwanie zażywania niektórych leków przeciwdepresyjnych może wywołać wystąpienie objawów odstawiennych [5]



Jednoczesne stosowanie farmakoterapii i psychoterapii (najlepiej dowiedziona w badaniach naukowych jest skuteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej) zwiększa szansę satysfakcjonującej odpowiedzi na leczenie!



OSOBY STARSZE

**Zaburzenia depresyjne = NAJCZĘSTSZE
zaburzenia psychiczne wieku podeszłego**

EPIDEMIOLOGIA:

zaburzenia depresyjne u osób starszych w badaniach ogólnoeuropejskich – 11,5–17,7%

Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych wśród osób starszych w zależności od miejsca leczenia:

POZ – 17–30%

oddziały szpitalne 10–45%

ZOL, domy opieki – 30–45%



Polskie badanie PolSenior z wykorzystaniem
Geriatrycznej Skali Oceny Depresji (2012)

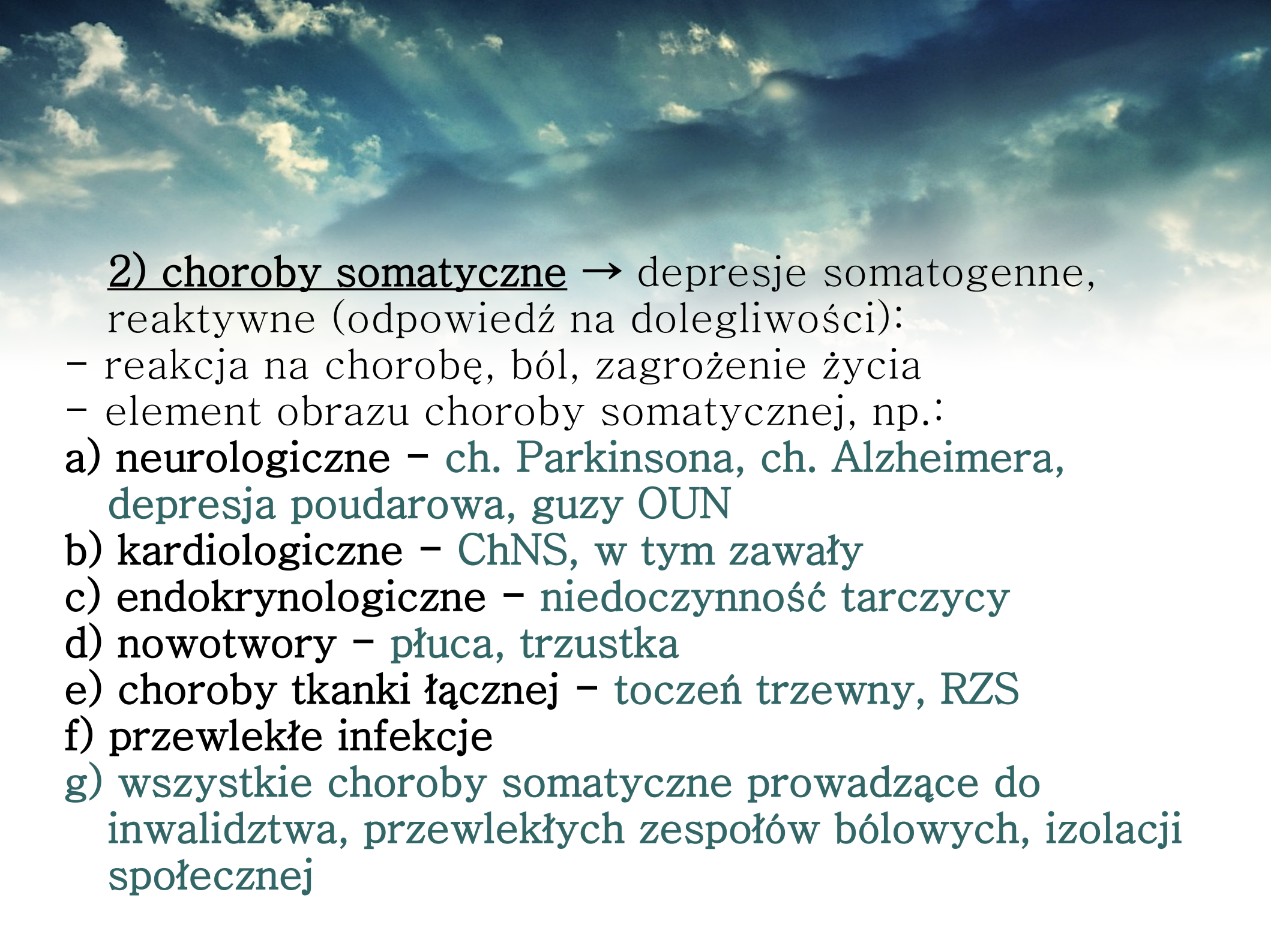
→ chorobowość zaburzeń depresyjnych
wzrasta wraz z wiekiem:

20% w grupie 55–59 lat;
25% w 65–79 lat;
33% w 80 i więcej lat



ETIOLOGIA:


1) starzenie się mózgu → depresje organiczne związane z zanikiem/uszkodzeniem tkanki mózgowej, zwłaszcza ośrodków odpowiedzialnych za emocje (w tym układ limbiczny); trudne do leczenia

- 
- 2) choroby somatyczne → depresje somatogenne, reaktywne (odpowiedź na dolegliwości):
- reakcja na chorobę, ból, zagrożenie życia
 - element obrazu choroby somatycznej, np.:
- a) neurologiczne - ch. Parkinsona, ch. Alzheimerera, depresja poudarowa, guzy OUN
 - b) kardiologiczne - ChNS, w tym zawały
 - c) endokrynologiczne - niedoczynność tarczycy
 - d) nowotwory - płuca, trzustka
 - e) choroby tkanki łącznej - toczeń trzewny, RZS
 - f) przewlekłe infekcje
 - g) wszystkie choroby somatyczne prowadzące do inwalidztwa, przewlekłych zespołów bólowych, izolacji społecznej

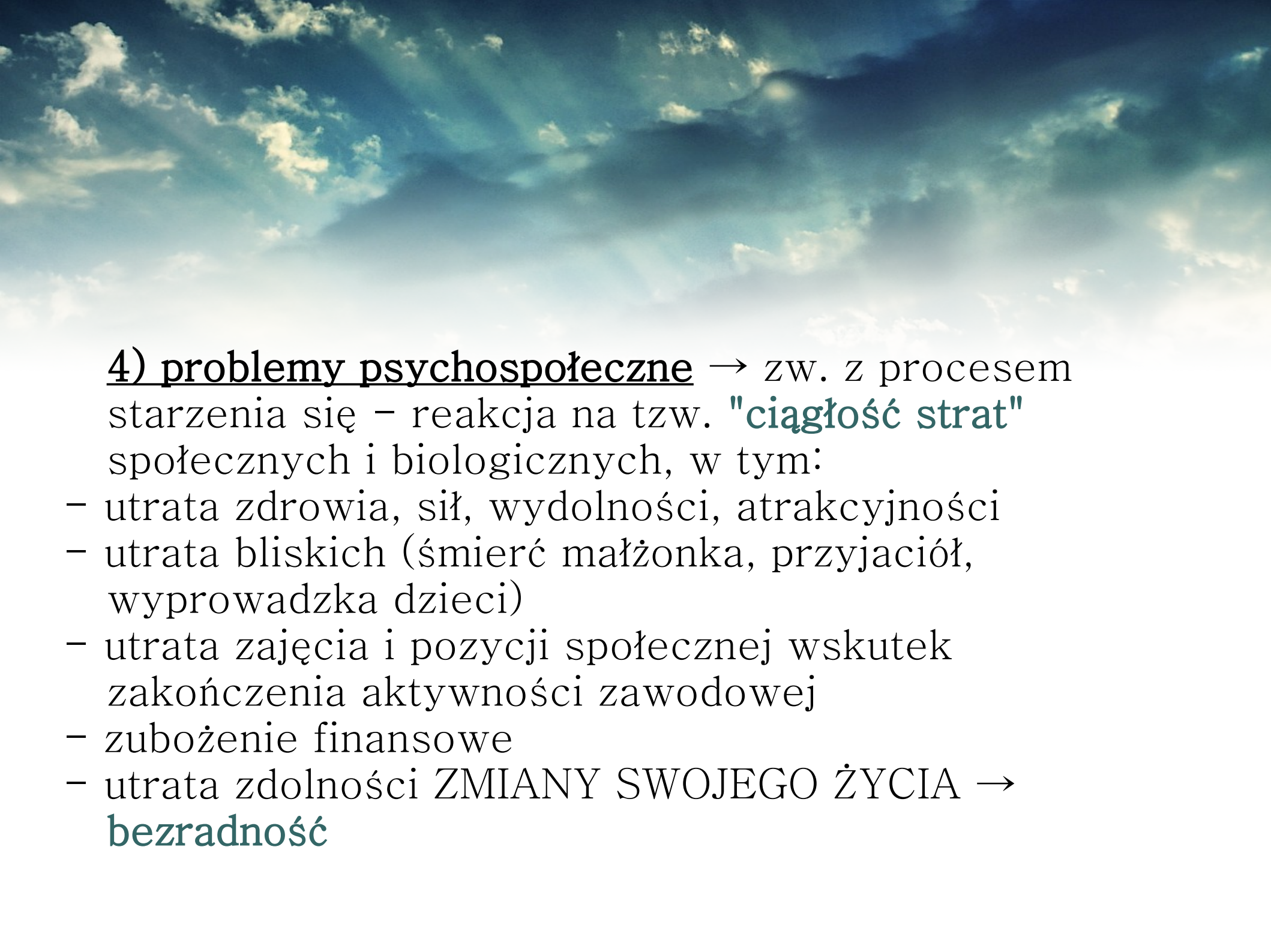



TOP 3 chorób somatycznych z objawami
depresyjnymi:

- 1) ch. Parkinsona (>50%),
- 2) przewlekłe zespoły bólowe (50%),
- 3) nowotwory złośliwe (~43%)



3) skutek działania leków (m. in. sterydy, interferon-alfa, hormonalne środki antykoncepcyjne, leki beta-adrenolityczne, hydralazyna, alfa-metyldopa, niektóre leki przeciwcukrzycowe)

- 
- 4) problemy psychospołeczne → zw. z procesem starzenia się – reakcja na tzw. "**ciągłość strat**" społecznych i biologicznych, w tym:
- utrata zdrowia, sił, wydolności, atrakcyjności
 - utrata bliskich (śmierć małżonka, przyjaciół, wyprowadzka dzieci)
 - utrata zajęcia i pozycji społecznej wskutek zakończenia aktywności zawodowej
 - zubożenie finansowe
 - utrata zdolności ZMIANY SWOJEGO ŻYCIA → **bezradność**



5) kontynuacja dotychczasowej choroby psychicznej → "depresja starzeje się z pacjentem", ale zmienia się obraz psychopatologiczny:

- wydłużenie i zwiększenie częstości faz choroby
- krótsze remisje, zwykle niepełne
- duża tendencja do lekooporności



6) depresje w przebiegu innych zaburzeń psychicznych, np. depresje popsychotyczne

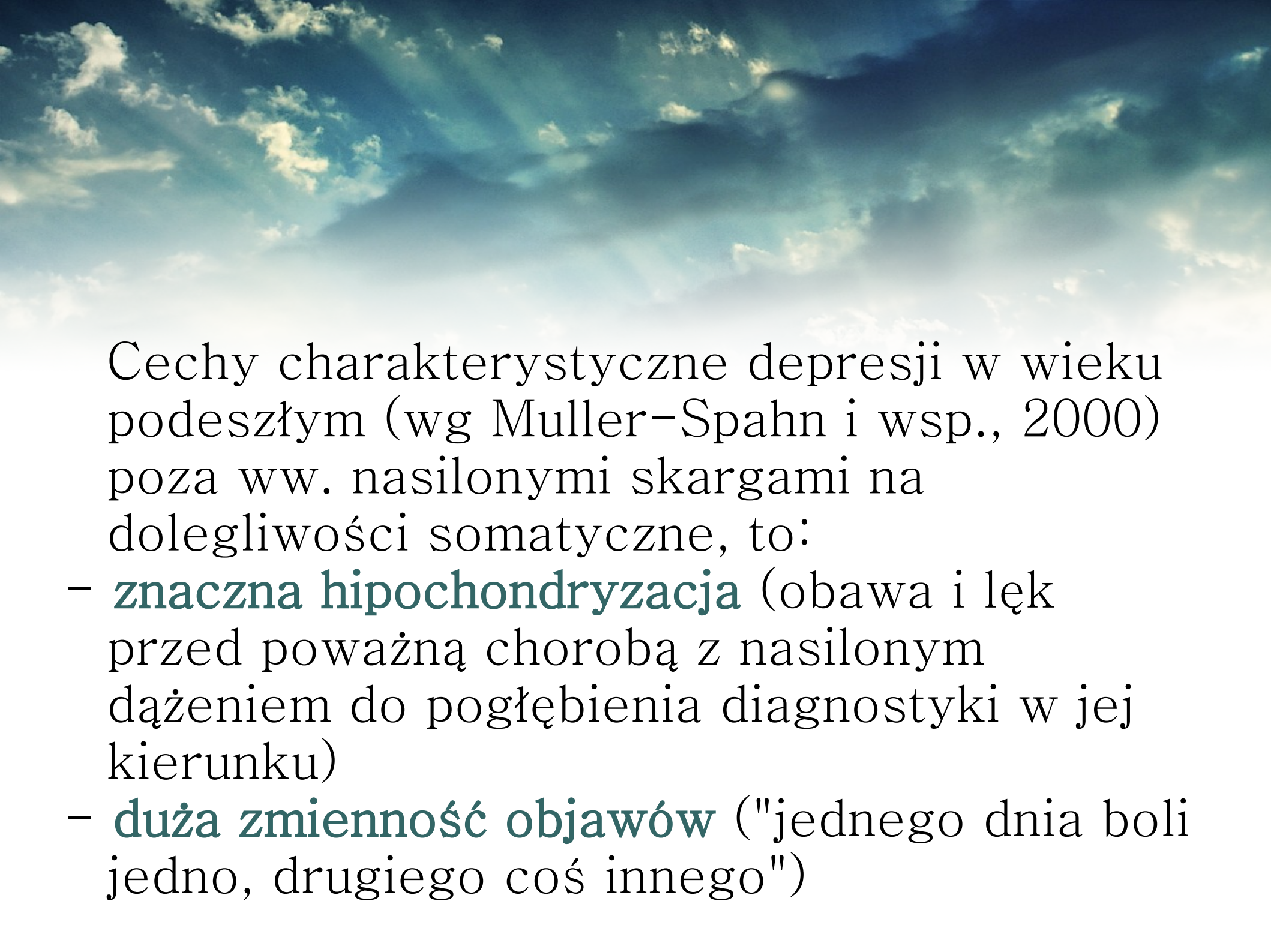
OBRAZ KLINICZNY:

Obraz kliniczny depresji u osób starszych różni się istotnie od kryteriów ICD-10:

Główne objawy depresyjne u osób starszych – OBJAWY SOMATYCZNE!


Najczęstsze z nich:


- astenia („ogólne osłabienie”) 29%
- bóle głowy 25%
- kołatania serca 17%
- dolegliwości bólowe 14%
- zawroty głowy 12%
- ból brzucha 11%
- zaburzenia oddychania 10%
- ból kręgosłupa 7%
- zaburzenia żołądkowo-jelitowe 6%

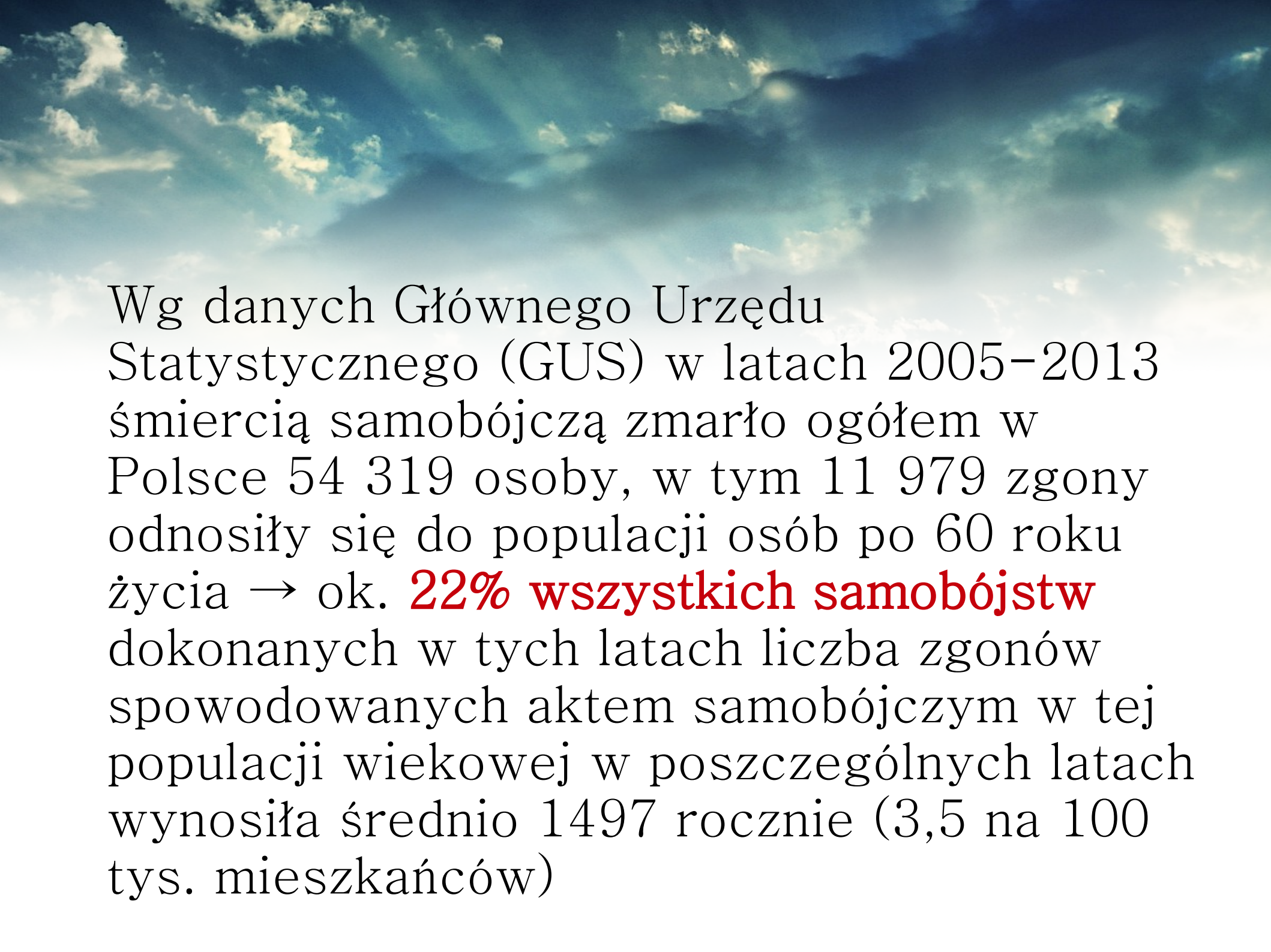


Cechy charakterystyczne depresji w wieku podeszłym (wg Muller-Spahn i wsp., 2000) poza ww. nasilonymi skargami na dolegliwości somatyczne, to:


- **znaczna hipochondryzacja** (obawa i lęk przed poważną chorobą z nasilonym dążeniem do pogłębienia diagnostyki w jej kierunku)
- **duża zmienność objawów** ("jednego dnia boli jedno, drugiego coś innego")

- 
- rzadsze niż w młodszej populacji skargi na smutek i przygnębienie
 - wzrost częstości przypadków depresji subklinicznych (obecne jedynie pojedyncze objawy depresji)
 - podwyższony poziom lęku, nerwowości, drażliwości
 - współistnienie objawów przypominających otępienie → pseudootępienie depresyjne (ok. 10% chorych z rozpoznanym zespołem otępiennym ma tak naprawdę depresję!): zaburzenia pamięci i koncentracji, spowolnienie procesów myślowych, trudności decyzyjne, anergia, niesamodzielność, bezradność, gorsze przyswajanie informacji, poczucie zagubienia, pustki w głowie

- 
- w ciężkich depresjach mogą wystąpić urojenia depresyjne (winy, biedy), ksobne, prześladowcze
 - **podwyższone ryzyko samobójstwa** – mniej (niż u młodszych) impulsywnego, teatralnego "wołania o pomoc", więcej rzeczywistego pragnienia śmierci → bardziej nasilone tendencje autodekstrukcyjne → większa „skuteczność” samobójcza



Wg danych Głównego Urzędu
Statystycznego (GUS) w latach 2005–2013
śmiercią samobójczą zmarło ogółem w
Polsce 54 319 osoby, w tym 11 979 zgony
odnosiły się do populacji osób po 60 roku
życia → ok. **22% wszystkich samobójstw**
dokonanych w tych latach liczba zgonów
spowodowanych aktem samobójczym w tej
populacji wiekowej w poszczególnych latach
wynosiła średnio 1497 rocznie (3,5 na 100
tys. mieszkańców)



W diagnostyce można się POSIŁKOWAĆ (nie jednoznacznie diagnozować!) przesiewową, 30-punktową Geriatryczną Skalą Oceny Depresji (Geriatric Depression Scale – GDS), oceniającą ostatnie 2 tygodnie z życia pacjenta:

Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan(i) z niego
zadowolony(a)?

tak nie*

Czy zmniejszyła się liczba Pana(i) aktywności i
zainteresowań?

tak* nie

Czy ma Pan(i) uczucie, że życie jest puste?

tak* nie

Czy często czuje się Pan(i) znudzony(a)?

tak* nie

Czy myśli Pan(i) z nadzieją o przyszłości?

tak nie*

Czy miewa Pan(i) natrętne myśli, których nie może się Pan(i)
pozbyć?

tak* nie

Czy jest Pan(i) w dobrym nastroju przez większość czasu?

tak nie*

Czy obawia się Pan(i), że może się zdarzyć Panu(i) coś złego?

tak* nie

Czy przez większość czasu czuje się Pan(i) szczęśliwy(a)?

tak nie*

Czy często czuje się Pan(i) bezradny(a)?

tak* nie

Czy często jest Pan(i) niespokojny(a)?

tak* nie

Czy zamiast wyjść wieczorem z domu, woli Pan(i) w nim pozostać?

tak* nie

Czy często martwi się Pan(i) o przyszłość?

tak* nie

Czy czuje Pan(i), że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni ludzie?

tak* nie

Czy myśli Pan(i), że wspaniale jest żyć?

tak nie*

Czy często czuje się Pan(i) przygnębiony(a) i smutny(a)?

tak* nie

Czy obecnie czuje się Pan(i) gorszy(a) od innych ludzi?

tak* nie

Czy martwi się Pan(i) tym, co zdarzyło się w przeszłości?

tak* nie

Czy uważa Pan(i), że życie jest ciekawe?

tak nie*

Czy trudno jest Panu(i) realizować nowe pomysły?

tak* nie

Czy czuje się Pan(i) pełny(a) energii?

tak nie*

Czy uważa Pan(i), że sytuacja jest beznadziejna?

tak* nie

Czy myśli Pan(i), że ludzie są lepsi niż Pan(i)?

tak* nie

Czy drobne rzeczy często wyprowadzają Pana(ią) z równowagi?

tak* nie

Czy często chce się Panu(i) płakać?

tak* nie

Czy ma Pan(i) kłopoty z koncentracją uwagi?

tak* nie

Czy rano budzi się Pan(i) w dobrym nastroju?

tak nie*

Czy ostatnio unika Pan(i) spotkań towarzyskich?

tak* nie

Czy łatwo podejmuje Pan(i) decyzje?

tak nie*

Czy zdolność Pan(i) myślenia jest taka sama jak dawniej?

tak nie*

Obliczanie wyniku:

odpowiedzi zaznaczone gwiazdką = 1 punkt,
pozostałe odpowiedzi = 0 punktów.

Interpretacja:

- 0–9 punktów = brak depresji
- 10–19 punktów = depresja łagodna → włącz leczenie
- 20 i więcej punktów = głęboka depresja → włącz leczenie + skieruj do specjalisty z zakresu zdrowia psychicznego



LECZENIE:

Przed leczeniem depresji – maksymalna możliwa stabilizacja stanu somatycznego, aby objawy somatyczne nie zaciemniały obrazu klinicznego.

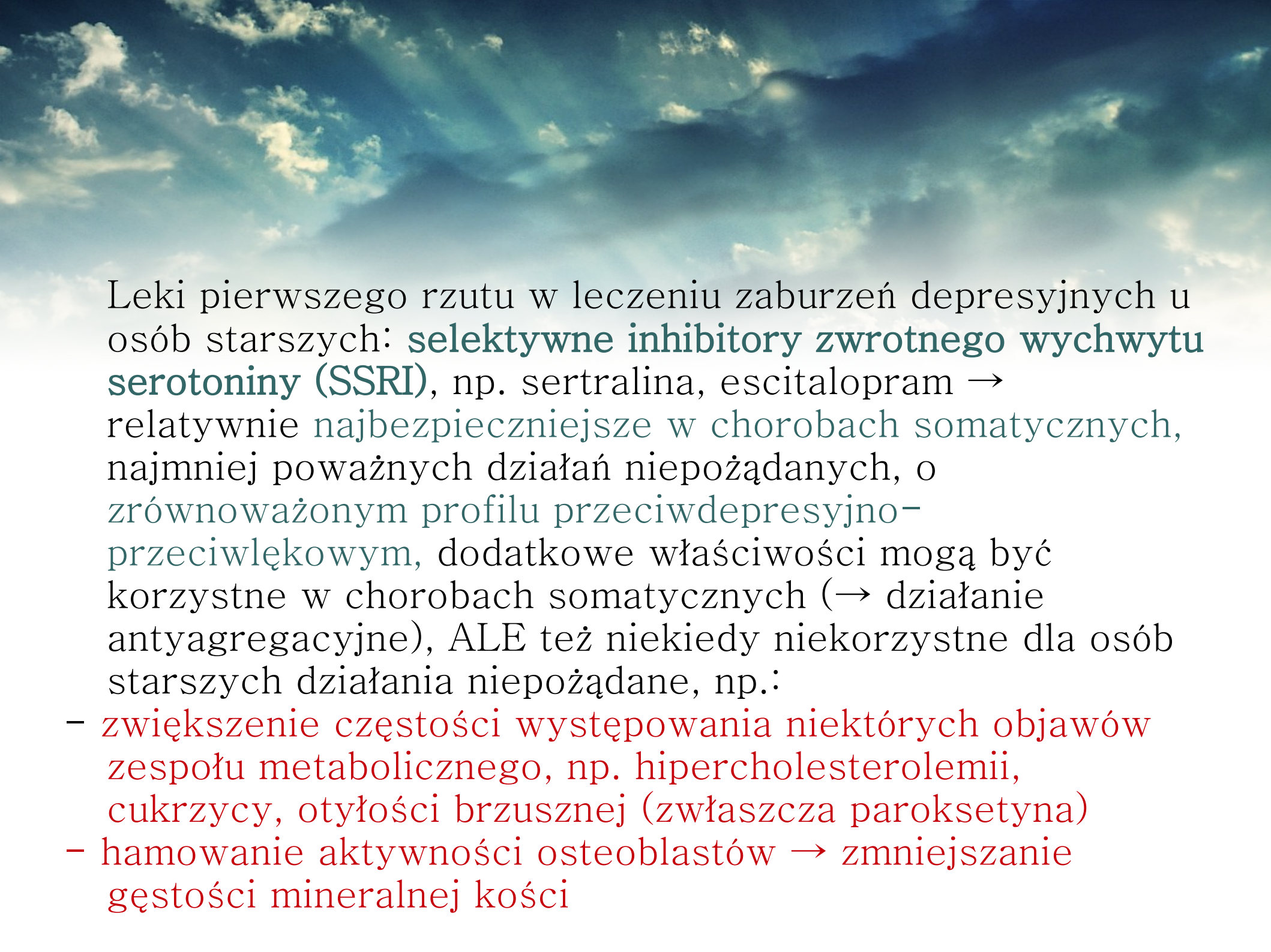


Zasady ogólne farmakoterapii u osób starszych:

- przed włączeniem leków przeciwdepresyjnych – ocena potencjalnych interakcji z wieloma innymi lekami starszych pacjentów
- stosowanie najniższej dawki, podwyższanie powoli i tylko w razie konieczności – „**start low, go slow**”
- stosowanie leków o jak najkrótszym czasie biologicznego półtrwania
- stosowanie leków bez aktywnych metabolitów



- stosowanie jasnego, możliwie najprostszego schematu podawania leków,
- dobieranie preparatu z uwzględnieniem jego ceny i dostępności
- konieczność wielokrotnej, regularnej oceny skuteczności leczenia: pierwsza po 2-4 tygodniach, następnie co 4-6 tygodni



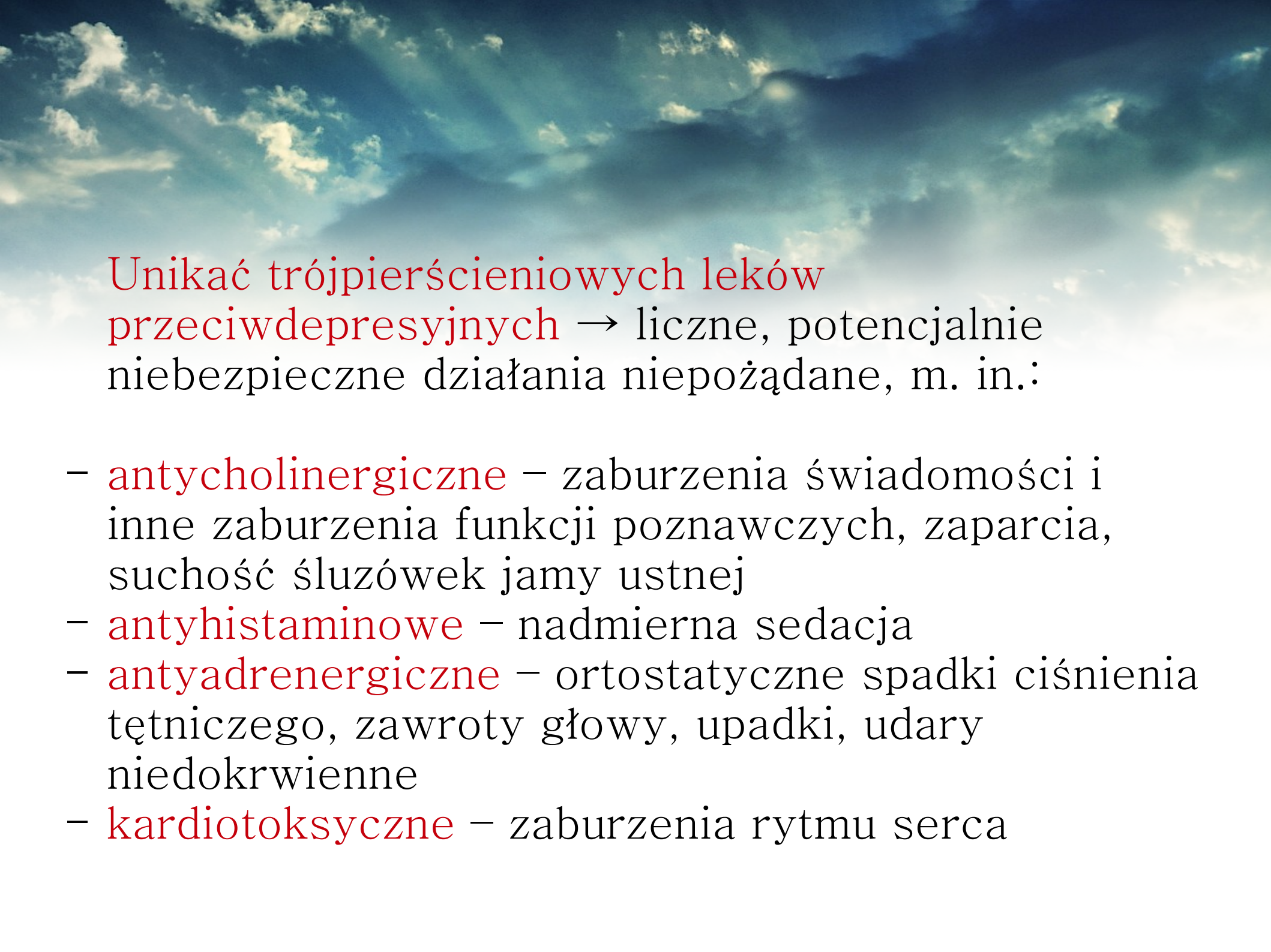
Leki pierwszego rzutu w leczeniu zaburzeń depresyjnych u osób starszych: **selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI)**, np. sertralina, escitalopram → relatywnie najbezpieczniejsze w chorobach somatycznych, najmniej poważnych działań niepożądanych, o zrównoważonym profilu przeciwdepresyjno-przeciwłękowym, dodatkowe właściwości mogą być korzystne w chorobach somatycznych (→ działanie antyagregacyjne), ALE też niekiedy niekorzystne dla osób starszych działania niepożądane, np.:

- zwiększenie częstości występowania niektórych objawów zespołu metabolicznego, np. hipercholesterolemii, cukrzycy, otyłości brzusznej (zwłaszcza paroksetyna)
- hamowanie aktywności osteoblastów → zmniejszanie gęstości mineralnej kości



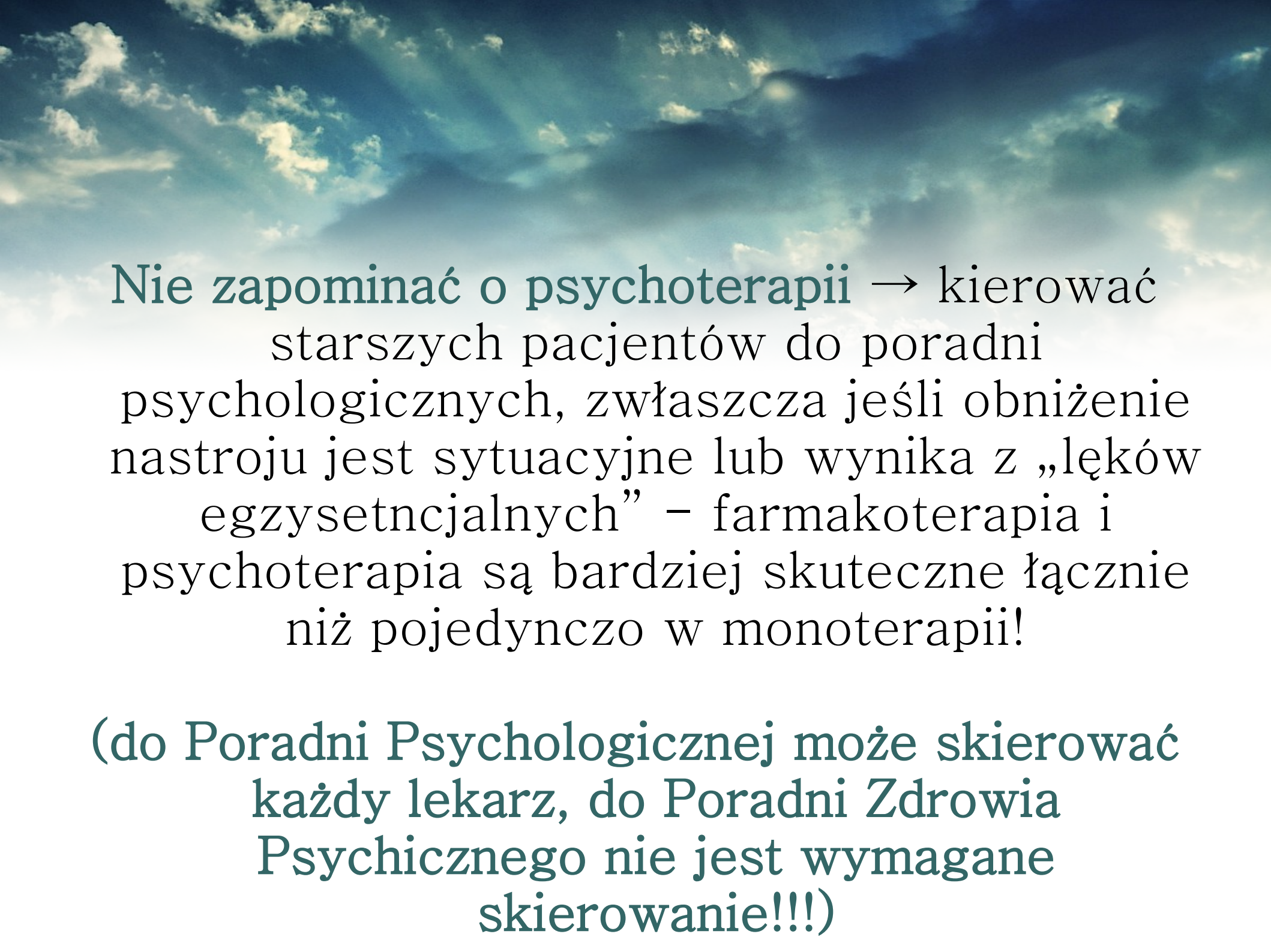
Inne wybrane grupy leków, które można stosować:

- **czteropierścieniowe leki przeciwdepresyjne**, np. mianseryna – zwłaszcza przy współwystępującej bezsenności
- **inhibitory zwrotnego wychwyty serotoniny i noradrenaliny**, np. wenlafaksyna – zwłaszcza przy nasilonej anergii, apatii, nadmiernej senności oraz dolegliwościach bólowych (neuropatie, migrena, napięciowe bóle głowy)
- **inhibitory zwrotnego wychwyty noradrenaliny i dopaminy**, np. bupropion – zwłaszcza przy nasilonej anergii, apatii, nadmiernej senności
- **inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny oraz antagoniści receptorów 5-HT₂**, np. trazodon – zwłaszcza przy współwystępującej bezsenności



Unikać trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych → liczne, potencjalnie niebezpieczne działania niepożądane, m. in.:

- **antycholinergiczne** – zaburzenia świadomości i inne zaburzenia funkcji poznawczych, zaparcia, suchość śluzówek jamy ustnej
- **antyhistaminowe** – nadmierna sedacja
- **antyadrenergiczne** – ortostatyczne spadki ciśnienia tętniczego, zawroty głowy, upadki, udary niedokrwienne
- **kardiotoksyczne** – zaburzenia rytmu serca



Nie zapominać o psychoterapii → kierować starszych pacjentów do poradni psychologicznych, zwłaszcza jeśli obniżenie nastroju jest sytuacyjne lub wynika z „lęków egzystencjalnych” – farmakoterapia i psychoterapia są bardziej skuteczne łącznie niż pojedynczo w monoterapii!

(do Poradni Psychologicznej może skierować każdy lekarz, do Poradni Zdrowia Psychicznego nie jest wymagane skierowanie!!!)



Pytania...?

Dziękuję za uwagę!!!

