

Depresyjne zaburzenia nastroju u osób w wieku podeszłym

Leszek Bidzan

Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego Akademii Medycznej w Gdańsku

Przedrukowano za zgodą z: *Psychiatria w Praktyce Klinicznej* 2008; 1: 1–11

Zaburzenia nastroju należą do najczęściej występujących zaburzeń u osób w wieku podeszłym. Obraz kliniczny, przebieg, a także leczenie w pewnym stopniu różnią się u osób starszych i młodszych. Rozpoznanie zaburzeń nastroju u osób w wieku podeszłym jest trudne ze względu na częstą dominację w obrazie klinicznym innych objawów, takich jak: lęk, obniżenie funkcji poznawczych, skargi natury somatycznej. Etiologia depresji wieku podeszłego jest niemal zawsze wieloprzyczynowa. Ustalając diagnozę i określając metody terapii, konieczne jest uwzględnienie współistniejących chorób somatycznych oraz stosowanego leczenia. Bezpieczeństwo i skuteczność określonych metod terapii są odmienne w różnych grupach wiekowych, zmieniają się również u tego samego chorego w trakcie jego życia. Terapia zaburzeń depresyjnych wieku podeszłego zawsze musi mieć charakter holistyczny. Oprócz właściwie dobranej metody leczenia metodami biologicznymi kluczowe znaczenie ma nawiązanie relacji z chorym, stworzenie mu poczucia bezpieczeństwa i zainteresowania. Obecnie dostępnych jest wiele leków o wystarczającej skuteczności i zadowalającym profilu bezpieczeństwa u osób w wieku podeszłym.

Medycyna Wieku Podeszłego 2011, 1 (1), 31–41

słowa kluczowe: zaburzenia depresyjne, wiek podeszły, obraz kliniczny, leczenie

WPROWADZENIE

Zaburzenia nastroju należą do najczęściej występujących zaburzeń u osób w wieku podeszłym [1–3]. Dzieli się je na maniakalne (z podwyższeniem nastroju) oraz depresyjne (z obniżeniem nastroju). U części osób okresy obniżonego nastroju występują naprzemiennie z okresami podwyższonego nastroju. Mówi się wówczas o zaburzeniach dwubiegunowych. Najczęściej jednak pojawiają się okresy depresji. Mogą one być przedzielone wyraźnymi okresami remisji, podczas których pacjent nie wykazuje żadnych objawów psychopatologicznych, mamy wówczas do czynienia z tak zwaną depresją nawracającą. Zazwyczaj okresy depresji, nawet nieleczone, kończą się po rozmaicie długim czasie, który, niestety, może się przeciągać do wielu miesięcy. Wystąpienie depresji (nazywane w systemach klasyfikacyjnych „epizodem”) wcale nie musi oznaczać, że po pewnym czasie pojawi się ona ponownie. U dużej części osób depresja występuje tylko raz w życiu i nigdy nie powraca, nawet jeżeli nie stosuje się działań profilaktycznych. Czasami jednak depresja nie kończy się powrotem do stanu przed chorobą i mimo upływu miesięcy lub lat trwa nadal. Pewna poprawa, która może wówczas wystąpić, nie jest równoznaczna z pełną remisją. Do takiego niekorzystnego przebiegu predysponuje obecność dodatkowych czynników, do których należą zarówno współistniejące choroby fizyczne, jak i psychiczne. W okresie starości szczególnie często dochodzi do współwystępowania wielu czynników o niekorzystnym wpływie na przebieg zaburzenia depresyjnego [4, 5].

Nieco innym zagadnieniem są zaburzenia dystymiczne, oznaczające przewlekłe stany depresyjne o nasileniu mniejszym niż w przypadku epizodu depresyjnego. Niektóre klasyfikacje rozróżniają „depresję z melancholią” i „depresję bez melancholii”. W pierwszym przypadku dominują uwarunkowania biologiczne (endogenne), a w drugim przyczyny depresji trzeba upatrywać w reakcji określonego typu osobowości na niekorzystne czynniki środowiskowe. Do objawów mających świadczyć o endo-

Adres do korespondencji:

lek. Piotr Buchta
III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii
Śląski Uniwersytet Medyczny
Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu
ul. Szpitalna 2, 41–800 Zabrze
tel. 0 32 273 23 16, faks 0 32 273 26 79
e-mail: scchs@infomed.slam.katowice.pl

gennym charakterze należą: wyraźny zanik odczuwania przyjemności, brak aktywności, wyraźne spowolnienie psychoruchowe, a zwłaszcza zaburzenia tak zwanych funkcji cyklicznych, w tym szczególnie zaburzenia snu z charakterystycznym zbyt wczesnym budzeniem się z poczuciem wyczerpania i często lęku. Dla postaci endogennych bardziej typowe są rozmaite reakcje somatyczne. Należy jednak stwierdzić, że dążenie do ścisłej klasyfikacji natury i postaci zaburzeń nastroju w przypadku osoby w wieku podeszłym nie zawsze ma sens. Zaburzenia nastroju u takich osób zasadniczo różnią się od stwierdzanych u osób młodszych. Wynika to ze współdziałania wielu dodatkowych czynników, które w młodszych grupach wiekowych nie występują lub też są wprawdzie obecne, ale nie odgrywają istotniejszej roli. Szczególnie próba określenia, czy zaburzenie ma charakter endogenny czy też raczej egzogeny, jest zwykle skazana na niepowodzenie. Najczęściej obecne są czynniki obydwu typów, co skłania do zastosowania kompleksowego leczenia, które uwzględni różne aspekty funkcjonowania osoby w podeszłym wieku [6].

Trudno zwłaszcza ustalić naturę zaburzenia w przypadku pierwszego zachorowania. U osób, u których w młodszych okresach życia rozpoznano już chorobę jedno- lub dwubiegową, również należy się liczyć ze zmianą zarówno jej przebiegu, jak i obrazu klinicznego wraz z procesem starzenia się.

Stany patologicznego obniżenia nastroju należy odróżnić od naturalnych reakcji psychologicznych. W sytuacji zaistnienia niekorzystnych okoliczności życiowych, szczególnie straty osoby bliskiej, obniżenie nastroju jest procesem zupełnie naturalnym. Często odróżnienie stanów fizjologicznej żaloby od zaburzenia depresyjnego jest trudne. Pomocne w różnicowaniu może być to, że w przypadku reakcji żaloby obniżenie nastroju jest dość ściśle związane z zaistniałą sytuacją, odnosi się to również do wypowiedzanych treści. W miarę upływu czasu nastroj się wyrównuje, chyba że nadal utrzymują się niekorzystne czynniki wyzwolone przez sytuację, która zapoczątkowała taką reakcję. Głębokie przygnębienie, trwające przez długi czas, wypowiedzanie niedorzecznych treści depresyjnych, a zwłaszcza tak zwane objawy „endogenne”, mogą już wskazywać na depresję [3, 7, 8].

Rozpoznanie zaburzeń nastroju w okresie starości jest trudnym zadaniem. Należy zdawać sobie sprawę, że znaczna część zaburzeń pozostaje nierozpoznana lub jest niewłaściwie rozpoznana, co powoduje często zaniecha-

nie leczenia lub prowadzenie terapii w zupełnie nieodpowiednim kierunku.

Zaburzenia nastroju u osób w wieku podeszłym rzadko spełniają wszystkie kryteria diagnostyczne określone dla tej kategorii chorób. W okresie starości mamy raczej do czynienia z objawami zaburzeń nastroju w szerokim pojęciu niż z konkretną jednostką chorobową opisaną poprzez systemy diagnostyczne [9].

Zaburzenia depresyjne, o czym należy pamiętać, często współwystępują w wielu stanach chorobowych. Praktycznie trudno wskazać taką kategorię diagnostyczną, w której nie byłyby obecne zaburzenia nastroju.

ZABURZENIA DEPRESYJNE

Depresja to zaburzenie życia emocjonalnego, którego podstawowym objawem jest dominujące uczucie smutku, przygnębienia, zniechęcenia. Zaburzenia depresyjne przybierają kilka postaci, które opisują systemy klasyfikacji. Należy jednak zdać sobie sprawę, że stwierdzane objawy nie zawsze są możliwe do zakwalifikowania w określonych kategoriach diagnostycznych. Uwaga ta odnosi się zwłaszcza do psychopatologii wieku podeszłego.

POSTACIE DEPRESYJNYCH ZABURZEŃ NASTROJU

Epizod depresyjny

Pojęciem tym określa się stan obniżonego nastroju, ale również utraty zainteresowań i zmniejszenie energii, które w istotny sposób wpływają negatywnie na funkcjonowanie człowieka. Nie są to jedyne objawy. Często pojawiają się również: zaburzenia koncentracji uwagi i zdolności myślenia, utrata poczucia własnej wartości, poczucie winy, zahamowanie lub niepokój, zaburzenia snu oraz zmiany łaknienia i masy ciała. Problem pojawia się wówczas, kiedy te „dodatkowe”: objawy zaczynają dominować w obrazie klinicznym. Jest to częsta przyczyna trudności i błędów diagnostycznych. Taka sytuacja jest szczególnie częsta u osób w wieku starszym i dodatkowo skomplikowana poprzez zgłaszanie wielu skarg somatycznych. Skargi somatyczne w przebiegu zaburzeń depresyjnych stanowią złożony problem. Z jednej strony mogą być wynikiem typowo depresyjnego postrzegania własnego ciała („jest chore”, „umiera”), a z drugiej strony trzeba również pamiętać o zwiększonej predyspozycji do odczuwania doznań bólowych w trakcie depresji. Zarówno sama depresja sprzyja obecności zaburzeń somatycznych (układ sercowo-naczyniowy, oddechowy, immunologiczny, endokrynologiczny), jak i choroby somatyczne

poprzez różne mechanizmy sprzyjają stanom depresyjnym. Dodatkowym elementem tego skomplikowanego układu wzajemnych zależności jest stosowanie leków, z których niektóre mają działanie depresyjne. Są to na przykład leki hipotensyjne, kortykosteroidy, antagoniści wapnia, część leków przeciwnowotworowych. Działanie depresyjne ma też wiele leków psychotropowych.

Zaburzenia depresyjne u osoby starszej, jak już wspomniano, mogą dość często różnić się od spotykanych w młodszym wieku [10, 11]. Jedną z różnic może polegać na odmienności w ekspresji lęku. Lęk jako jeden z istotnych objawów zaburzeń depresyjnych u osób młodszych wydaje się częściej ujawniać w bezpośredniej postaci i jako taki jest werbalizowany. U osób starszych często przybiera on postać przesadnego zamartwiania się, nieuzasadnionych obaw, przedłużonego czuwania, zaburzeń koncentracji i pamięci. Niejednokrotnie objawia się tylko w postaci somatycznej jako zmęczenie, uczucie duszności lub hiperwentylacji, potliwość, dolegliwości bólowe głowy, mięśniowe, żołądka (i wiele innych), wymioty lub biegunka oraz przyspieszone bicie serca.

Nasilenie depresji może przybierać różne stopnie, które często się zmieniają u pacjenta w trakcie trwania jednego epizodu. Jak wiadomo, epizod depresyjny, nawet nieleczony, powinien ustąpić w ciągu różnie długiego okresu. Powinien, ale zwłaszcza u osób w wieku podeszłym często w ogóle nie ustępuje, przechodząc w stan przewlekły. Jednak nawet wówczas, kiedy depresja utrzymuje się przez kilka lat, zawsze możliwe jest uzyskanie remisji, chyba że oprócz depresji rozwija się inna choroba, która maskowała swój początek objawami depresyjnymi. Z taką sytuacją można mieć do czynienia w przypadku procesów otępiennych [12].

Depresje psychotyczne

Objawy psychotyczne w przebiegu zaburzeń depresyjnych u osób w wieku podeszłym są stosunkowo częste. Urojenia są najczęściej nihilistyczne lub hipochondryczne, charakteryzują się absurdalnością i najczęściej towarzyszą stanom związanym z uszkodzeniem mózgu w przebiegu różnych etiologicznie chorób. We współczesnych systemach klasyfikacji chorób psychicznych depresjom z towarzyszącymi objawami psychotycznymi przyznano osobne miejsce wśród zaburzeń nastroju [13, 14].

Często u podłoża wypowiedzanych urojeń leży nie zawsze artykułowane pragnienie śmierci. Chory na depresję wypowiadający urojenia może zmieniać lub mody-

fikować ich treść pod wpływem otoczenia. Niekiedy nawet sam przyznaje, że jego wypowiedzi są absurdalne. Oprócz urojeń spotyka się również inne objawy psychotyczne. Są to najczęściej omamy słuchowe, których treść wiąże się z urojeniowymi sądami. Inne, poza słuchowymi, rodzaje omamów mogą się wprawdzie pojawić w depresji psychotycznej, ale są rzadkie i raczej powinny sugerować inne niż depresyjne podłoże chorobowe. W depresjach psychotycznych bardziej wyrażone są zaburzenia funkcji poznawczych [15].

Depresje psychotyczne wiążą się z większym ryzykiem samobójstwa niż pozostałe. Obecność objawów psychotycznych w depresji wiąże się zwykle z przedłużaniem się fazy depresyjnej, niekiedy przez okres ponad 2 lat. Długotrwałość choroby łącznie z obecnością objawów psychotycznych powoduje w większym stopniu niż w przypadku innych zaburzeń depresyjnych upośledzenie w funkcjonowaniu społecznym i zawodowym chorego, co prowadzi do inwalidztwa.

Dystymia

O tej kategorii zaburzeń mówi się wówczas, kiedy pojawia się przewlekłe, trwające powyżej 2 lat poczucie obniżonego nastroju lub smutku. Zwykle nie występują tutaj z taką intensywnością pozostałe objawy, szczególnie określane pojęciem „endogenne”. Obraz kliniczny tego zaburzenia nie jest tak „dramatyczny”, jak można to obserwować w trakcie epizodu depresji. Zaburzenia dystymiczne zasadniczo nie uniemożliwiają człowiekowi funkcjonowania, ale w znacznym stopniu je utrudniają. U osób w wieku podeszłym zaburzenia dystymiczne w wielu przypadkach wiążą się z obciążeniem somatycznym, często o charakterze przewlekłym. Uważa się, że w okresie starości występują częściej.

Objawy depresyjne („mała depresja”)

Bardzo często u osób w wieku podeszłym stwierdza się zaburzenia nie spełniające kryteriów diagnostycznych epizodu depresyjnego lub dystymii. Najczęściej obserwuje się pojedyncze objawy typowe dla depresji, którym często towarzyszą inne, nietypowe (wg kryteriów diagnostycznych), często związane ze sferą somatyczną. Niektórzy próbują stosować termin „małej depresji”, oznaczającej stan pod względem intensywności zbliżony do zaburzeń dystymicznych, ale o krótszym okresie trwania, któremu towarzyszą często takie objawy, jak: brak energii, zanik zainteresowań i motywacji, pogorszenie funkcji poznawczych.

Objawy depresyjne w innych zaburzeniach psychopatologicznych

Kategoria „Zaburzenia nastroju” (ICD-10, *International Classification of Disorders, tenth revision*) nie wyczerpuje wszystkich możliwości wystąpienia objawów depresyjnych. Trudno właściwie wskazać postać zaburzeń psychopatologicznych, w której nie występowałyby objawy depresji. Do kategorii zaburzeń, w przebiegu których objawy depresji pojawiają się typowo, można zaliczyć: zaburzenia poznawcze i wszelkie stany tak zwanego „organicznego” uszkodzenia mózgowia, nadużywanie i uzależnienie od substancji psychoaktywnych, zaburzenia lękowe i pokrewne, zaburzenia osobowości, w tym uwarunkowane procesami patologicznymi mózgowia (tzw. „charakterpatie”).

Objawy depresyjne w przebiegu procesów otępiennych

Obniżenie funkcji poznawczych sprzyja pojawieniu się zaburzeń nastroju. Związek zaburzeń otępiennych z obniżeniem nastroju jest złożony i niewątpliwie uzależniony od postaci etiologicznych demencji. Sama obecność otępienia wpływa w oczywisty sposób na obraz psychopatologiczny depresji, ale również pojawienie się tej ostatniej niekiedy w dramatycznym stopniu pogarsza funkcjonowanie chorego. Zaburzenia depresyjne towarzyszące otępieniom często nie są rozpoznawane, a przez to nie podejmuje się ich leczenia, co wpływa negatywnie na stan chorego [16–18].

Obraz psychopatologiczny depresji wykazuje pewną zmienność w zależności od stopnia nasilenia otępienia. Wśród łagodnych postaci demencji częściej stwierdza się dystymię. Również w mniej nasilonych postaciach otępienia dominują zaburzenia nastroju z dysforią, zmniejszenie łaknienia, lęk, myśli samobójcze. Natomiast takie objawy, jak utrata energii i zainteresowań wraz z wyrażonymi zaburzeniami funkcji poznawczych, są charakterystyczne dla silniejszych stanów otępienia [19–21].

Pomiędzy poszczególnymi postaciami otępienia stwierdza się pewne różnice w obrazie depresji. Na przykład w otępieniu czołowo-skroniowym do jednych z pierwszych objawów należy apatia, której jednak nie towarzyszą pozostałe charakterystyczne objawy depresji, takie jak: smutek, płaczliwość oraz poczucie beznadziejności. W dalszych etapach choroby obraz może się jednak zmieniać i zbliżać do „typowego” dla depresji. Znaczne

zróżnicowanie obrazu klinicznego zaburzeń depresyjnych stwierdza się w otępieniach naczyniopochodnych. Głębokie zmiany w substancji białej wiążą się z wyraźną redukcją pobudzenia, czemu towarzyszy jednocześnie głębsze przygnębienie [22].

Pewne cechy charakterystyczne ma depresja w przebiegu otępienia wielozawałowego. Częściej niż w innych postaciach otępień stwierdza się w tym przypadku zmiany nastroju, w tym takie, które zachodzą w ciągu doby. Fluktuacja nastroju może prowadzić również do zmian w funkcjonowaniu, które nie znajdują wytłumaczenia w stanie fizycznym. Można się spodziewać zaburzeń psychotycznych (urojeń depresyjnych) o treści dostosowanej do aktualnego nastroju [23].

W demencji podkorowej spowodowanej zawałami lakunarnymi wynikającymi z zamknięcia światła tętniczek występują apatia, spowolnienie procesów psychicznych oraz spowolnienie ruchowe [24].

Uszkodzenie tkanki mózgowej sprzyja wystąpieniu licznych objawów psychopatologicznych, co oznacza, że prawie zawsze „typowym” objawom depresyjnym towarzyszy wiele innych zjawisk psychopatologicznych, znacznie modyfikujących obraz. Szczególnie wystąpienie objawów psychotycznych oraz agresji, nierzadkie w przebiegu demencji, może sprawiać, że objawy depresji są mało widoczne.

Zespół depresyjny powoduje zaburzenia funkcji intelektualnych, co wykazano za pomocą metod psychologii klinicznej również u osób bez klinicznych cech otępienia. Należy wobec tego oczekiwać, że pojawienie się depresji w przebiegu procesu otępiennego nasili istniejące już wcześniej upośledzenie czynności poznawczych.

Depresja nawracająca

Jest to niejednolita grupa zaburzeń, która klinicznie charakteryzuje się okresowymi stanami obniżonego nastroju z występującymi pomiędzy nimi okresami remisji. Zaburzenia te zwykle rozpoznaje się we wcześniejszych okresach życia. Przeciętny wiek zachorowania to 4. lub 5. dekada życia, chociaż choroba ta może po raz pierwszy wystąpić również znacznie później. Można się spodziewać pojawienia się kilku nawrotów, w tym zawsze, w każdym wieku, może wystąpić epizod maniakalny, co powoduje, że rozpoznanie zaburzeń depresyjnych nawracających nigdy nie będzie diagnozą ostateczną. Obraz kliniczny poszczególnych epizodów wykazuje pewne różnice w zależności od

Tabela 1. Czynniki zwiększające ryzyko samobójstwa u osób w wieku podeszłym

Cechy zespołu depresyjnego	<ul style="list-style-type: none"> · Depresja o dużym nasileniu · Poczucie winy · Poczucie beznadziejności · Niska samoocena · Anhedonia · Lęk przewlekły, niepokój · Bezsenna · Ujawnianie myśli lub zamiary samobójcze · Przewlekła subdepresja
Cechy demograficzne	<ul style="list-style-type: none"> · Wiek podeszły · Płeć męska · Osoby owdowiałe (rozwidzione) (obu płci)
Sytuacja socjalna	<ul style="list-style-type: none"> · Samotność · Zła sytuacja materialna · Utrata źródeł utrzymania
Dane z wywiadu	<ul style="list-style-type: none"> · Próby samobójcze w przeszłości · Samobójstwa osób bliskich (krewnych, osób ważnych dla pacjenta), okres żałoby
Inne cechy	<ul style="list-style-type: none"> · Złe przystosowanie społeczne · Nadużywanie alkoholu · Zaburzenia osobowości (cyklotymiczne, antyspołeczne) · Przewlekłe choroby somatyczne · Przewlekła bezsenność · Przewlekłe dolegliwości bólowe · Organiczne zespoły mózgowe

wieku osoby, u której wystąpią. Im starsza osoba, tym bardziej mogą być u niej wyrażone takie objawy, jak niepokój, lęk oraz objawy psychotyczne.

RYZIKO SAMOBÓJSTWA

Przy okazji omawiania problemów związanych z zaburzeniami nastroju należy pamiętać o problemie samobójstw. Niestety, wiek podeszły oraz zaburzenia nastroju, szczególnie depresyjne, znacznie zwiększają groźbę podjęcia próby samobójczej.

Ryzyka popełnienia samobójstwa nigdy nie można całkowicie wykluczyć. Istnieje jednak kilka czynników, które łączą się z większym ryzykiem. Przedstawiono je w tabeli 1. Często chory podejmuje próby samobójcze przy użyciu leków. Dlatego też, przepisując jakkolwiek środek, należy zawsze brać pod uwagę możliwość jego przedawkowania. Możliwe jest tutaj zarówno przedawkowanie świadome (w celach samobójczych), jak i nie-

świadome, wcale nierzadkie u osób w wieku podeszłym, a często wynikające z zaburzeń pamięci.

TERAPIA ZABURZEŃ NASTROJU

Ogólne zasady

Pojęcie „zaburzenia nastroju” obejmuje stany wprawdzie podobne pod względem obrazu klinicznego, ale uwarunkowane bardzo różnymi procesami. Jednym z elementów patogenezy zaburzeń nastroju są zmiany w układach neuroprzebieżnikowych, zwłaszcza w układach noradrenergicznym i serotonergicznym. Jednak postrzeganie tych złożonych patogenetycznie zaburzeń tylko w kontekście stanu neuroprzebieżników jest niedopuszczalnym uproszczeniem. Szczególnie u osób w wieku podeszłym zaburzenia nastroju, a zwłaszcza stany depresyjne, są uwarunkowane wieloma przyczynami, co zmusza do podjęcia wielokierunkowych działań terapeutycznych.

Znaczna część stanów depresyjnych (zwłaszcza lżejszych) nie zawsze wymaga podjęcia leczenia farmakologicznego. W innych przypadkach przyczyną depresji może być właśnie stosowanie leków; w takim przypadku działanie powinno się sprowadzić do odstawienia takiego środka, a kiedy z przyczyn medycznych nie jest to możliwe — do redukcji jego dawki lub zamiany na inny. Wiele stanów depresyjnych wynika z niekorzystnych uwarunkowań środowiskowych lub jest przejawem zaburzeń osobowości (niektóre ze stanów dystymicznych), w takich przypadkach raczej trudno oczekiwać, że zastosowanie leku przyniesie radykalną poprawę. Farmakologia może być w tej sytuacji pomocna jedynie w redukowaniu niektórych objawów (nasilone objawy wegetatywne, lęk, zaburzenia snu).

Zarówno indywidualne, jak i grupowe formy psychoterapii stanowią istotny element leczniczy w depresjach wieku podeszłego. Jak podkreślano, zaburzenia depresyjne u osób w tym wieku stanowią zwykle wieloczynnikowy problem, dlatego ich leczenie nie może pomijać oddziaływań psychologicznych. Metody biologiczne łącznie z psychoterapią są o wiele bardziej efektywne. W wielu przypadkach leczenie może się opierać wyłącznie na psychoterapii.

Spośród metod psychoterapii kierunek poznawczy wydaje się najbardziej właściwy w leczeniu depresji wieku podeszłego. Zakłada się tutaj, że u podłoża depresji leżą głęboko zakorzenione schematy negatywnego myślenia, które powodują, że wszelkie wydarzenia, również obojęt-

ne, a nawet pozytywne, są postrzegane jako negatywne. Celem terapii jest zmiana sposobu postrzegania rzeczywistości, co wpływa również na modyfikację zachowania [3].

Ważnym kierunkiem oddziaływania psychoterapeutycznego jest rodzina pacjenta. Niewłaściwe relacje, jakie w niej panują, niezrozumienie ograniczeń wynikających z choroby czy po prostu ze starości stanowią istotny element patogenetyki depresji u osób w wieku podeszłym.

Niezależnie od preferowanych metod i kierunków psychoterapii najważniejsze z terapeutycznego punktu widzenia będzie nawiązanie relacji z człowiekiem chorym, stworzenie mu poczucia bezpieczeństwa i zainteresowania. Nie wymaga to posiadania szczególnych kwalifikacji psychoterapeutycznych, zawsze jednak ma ogromne znaczenie terapeutyczne.

Dopiero wyczerpanie innych możliwości postępowania uprawnia do zastosowania farmakoterapii, która nawet prowadzona przy użyciu nowoczesnych środków, nigdy nie będzie całkowicie wolna od działań ubocznych, które u osób starszych mogą mieć podstawowe znaczenie.

W zaburzeniach nastroju działanie terapeutyczne mają zasadniczo trzy klasy środków: przeciwdepresyjne, przeciwpsychotyczne, przeciwdrgawkowe, a także lit i leki przeciwlękowe. Stosuje się je w leczeniu stanów depresyjnych lub maniakałnych albo w postępowaniu profilaktycznym w depresjach nawracających oraz chorobie afektywnej dwubiegunowej.

W leczeniu zaburzeń nastroju, podobnie jak w wypadku innych rodzajów zaburzeń, ogromne znaczenie ma uświadomienie pacjentowi oraz jego opiekunom konieczności systematycznego leczenia, które należy kontynuować przez wiele tygodni. Leki należy stosować również po uzyskaniu poprawy, a nawet pełnej remisji. Leki przeciwdepresyjne działają ze znacznym opóźnieniem. Przyjmuje się, że dopiero po około 6–8 tygodniach leczenia optymalną dawką bez uzyskania efektu klinicznego można mówić o braku skuteczności danego leku. Chociaż wydaje się, że szczególnie w odniesieniu do części nowszych leków okres ten jest krótszy, jednak trwa przynajmniej 4 tygodnie. Nie oznacza to bynajmniej, że już wcześniej nie powinniśmy oczekiwać poprawy w odniesieniu do części objawów. Już w początkowym okresie stosowania leku można się spodziewać poprawy w zakresie snu oraz redukcji lęku (jeżeli takie objawy występują). Po uzyskaniu remisji nie należy zaprzestawać leczenia, co niestety dosyć często następuje. Odstawienie substancji czynnej po uzyskaniu poprawy klinicznej powoduje nawrót choro-

by w ciągu najbliższych miesięcy u połowy pacjentów, natomiast dalsza kontynuacja leczenia zmniejsza to ryzyko do 15%. Konieczny okres leczenia podtrzymującego zależy przede wszystkim od przyczyny zaburzeń nastroju. W przypadku choroby afektywnej jedno- lub dwubiegunowej, szczególnie z dużą liczbą nawrotów w przeszłości, konieczne może być stałe przyjmowanie leku. Natomiast jeśli wcześniej wystąpiło niewiele faz choroby lub jest to jej pierwszy epizod, u osób w wieku podeszłym zaleca się leczenie przez okres 12 miesięcy, czyli przez dłuższy czas niż u pacjentów młodszych [25]. Zrozumiałe jest, że dawkowanie dostosowuje się do okresu leczenia. Po uzyskaniu widocznej poprawy, po pewnym czasie (nie od razu) dawkę należy zredukować, zwracając uwagę, aby nie zmniejszać dawek leku poniżej zalecanego minimum. Jednocześnie w tym okresie dąży się do wyeliminowania wszelkich objawów niepożądanych. Zrozumiałe jest, że efekt kliniczny zależy nie tyle od stosowanej dawki, co od stężenia aktywnych metabolitów leku. Niestety, ocena tego parametru w warunkach codziennej praktyki jest w zasadzie niemożliwa w odniesieniu do większości leków stosowanych w zaburzeniach nastroju. Wyjątkiem są niektóre z leków przeciwdrgawkowych i lit. Szczególnie stężenie tego ostatniego środka może (i powinno!) być monitorowane. Leczenie środkami psychotropowymi, a zwłaszcza terapia przewlekła musi uwzględniać wymogi bezpieczeństwa. Nawet jeżeli w poprzednich okresach leczenie było pozbawione działań niepożądanych, nie należy zapominać o możliwości ich wystąpienia w każdym momencie jego trwania (a nawet po jego zakończeniu). Konieczna będzie systematyczna kontrola stanu somatycznego, łącznie z parametrami biochemicznymi, morfologicznymi oraz EKG.

GRUPY LEKÓW PRZYDATNE W LECZENIU ZABURZEŃ NASTROJU U OSÓB W WIEKU PODESZŁYM

Leki przeciwdepresyjne

Wprowadzenie do lecznictwa w 1957 roku imipraminy wywołało przełom w leczeniu zaburzeń depresyjnych porównywalny z wprowadzeniem chlorpromazyny do terapii zaburzeń psychotycznych. Imipramina należy do leków przeciwdepresyjnych trójpierścieniowych, które przez wiele lat były podstawową grupą środków stosowanych w tej kategorii zaburzeń. Postęp, jaki osiągnięto w tej dziedzinie psychofarmakologii, polega na wprowadzeniu nowych grup leków, które wprawdzie nie przewyższają pod względem skuteczności leków trójpierścienio-

wych, ale cechują się lepszym profilem bezpieczeństwa. Leki przeciwdepresyjne nie powodują uzależnienia, co umożliwia ich długotrwałe stosowanie, a ponadto mogą być przydatne w terapii wielu objawów, takich jak niepokój czy bezsenność. W przypadku stosowania ich w leczeniu objawowym zaleca się dawki mniejsze od rekomendowanych w leczeniu zaburzeń nastroju. Porównanie skuteczności, a także bezpieczeństwa poszczególnych klas leków przeciwdepresyjnych w leczeniu osób w wieku podeszłym jest trudne. Jak łatwo się domyślić, zależy ono od wielu zmiennych indywidualnych. Ogromne znaczenie ma wywiad farmakologiczny. Należy uwzględnić przede wszystkim dane empiryczne potwierdzone w dokumentacji medycznej. Psychofarmakologia jest dziedziną często nie do końca przewidywalną. Dlatego jeżeli jakiś środek okazał się skuteczny i bezpieczny w przeszłości, należy najpierw rozważyć jego zastosowanie w aktualnej sytuacji. Trzeba jednak pamiętać, że ponowne podjęcie leczenia wcześniej już stosowanym środkiem za każdym razem wymaga całościowej oceny wszystkich wymiarów funkcjonowania pacjenta. Przy zbieraniu danych o wcześniejszym leczeniu należy zwrócić baczną uwagę na stosowane wcześniej dawki oraz okres leczenia. Często sytuacją jest stosowanie leku przez zbyt krótki okres lub w zbyt małej dawce. Trudno wówczas ocenić jego skuteczność.

Jeżeli nie ma wiarygodnych danych z wywiadu farmakologicznego, wówczas należy się kierować teoretycznymi przesłankami przy wyborze leku.

Leki przeciwdepresyjne znacznie różnią się pomiędzy sobą; istotne różnice występują też między poszczególnymi klasami leków. Odmienne jest zarówno profil kliniczny, jak i ich tolerancja.

Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne

Jest to najstarsza grupa leków przeciwdepresyjnych. Ich skuteczność kliniczna jest niekwestionowana, problemem natomiast są dość liczne, uciążliwe, a niejednokrotnie groźne objawy niepożądane. Są to leki dobrze wchłaniane w przewodzie pokarmowym. Ich metabolizm zachodzi w wątrobie, natomiast eliminacja odbywa się poprzez nerki. Schorzenia tych narządów oraz zmniejszenie ich wydolności wraz z wiekiem istotnie wpływają na stężenie leku w surowicy. Może to powodować znaczne nasilenie objawów niepożądanych, a nawet wystąpienie dość nieoczekiwanych efektów, wskutek tego, że w trakcie metabolizmu wątrobowego dochodzi do powstania niejednokrotnie nawet kilku czynnych metabolitów.

Wyróżnia się następujące działania niepożądane trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych związane z wpływem na receptory: muskarynowe (działanie cholinolityczne — wysychanie błon śluzowych, zaburzenia w oddawaniu moczu, zaburzenia akomodacji, nasilenie objawów jaskry, tachykardia, zaburzenia świadomości jako ośrodkowy zespół cholinolityczny, niekorzystny wpływ na funkcje poznawcze), histaminowe (senność, sedacja, spadki ciśnienia tętniczego, przyrost masy ciała) oraz alfa1-adrenergiczne (senność, sedacja, spadek ciśnienia). Z wychwytem zwrotnym monoamin wiążą się: tachykardia, drżenie mięśniowe, zaburzenia erekcji i ejakulacji (noradrenalina), pobudzenie psychoruchowe, zaostrenie objawów psychotycznych (dopamina), osłabienie łaknienia, biegunka, nudności, objawy dyspeptyczne, zaburzenia erekcji i ejakulacji (serotonina) [26–28].

Ponadto poprzez działanie na mechanizmy błonowe trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne wywierają wpływ kardiotoxyczny, powodując wydłużenie czasu przewodnictwa w mięśniu sercowym, nie należy ich stosować u chorych z blokiem serca.

Zastosowanie trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych w okresie starości jest znacznie ograniczone, a w wielu stanach zdecydowanie niewskazane. Oprócz ograniczeń natury somatycznej nie powinny one być podawane u osób z zaburzeniami funkcji poznawczych ze względu na ośrodkowy efekt cholinolityczny.

Możliwą alternatywą u osób w wieku podeszłym może się stać później zsyntetyzowany lek trójpierścieniowy — lofepramina. Wywołuje ona nieznaczny efekt cholinolityczny, a ponadto nie ma wyraźnego działania kardiotoxycznego [25].

Czteropierścieniowe leki przeciwdepresyjne

Z tej grupy na szczególne omówienie zasługuje jeden lek — mianseryna. Powoduje on głównie uwolnienie noradrenaliny. Cechuje się lepszym profilem bezpieczeństwa od leków trójpierścieniowych, poprzez znacznie mniejsze powinowactwo do receptorów muskarynowych, cholinergicznych i dopaminowych. Mianseryna jest dość często stosowana u osób w wieku podeszłym ze względu na znaczną, porównywalną z lekami trójpierścieniowymi skuteczność działania, przy relatywnie mniej nasilonych objawach niepożądanych. Jednak nie należy zapominać, że przy stosowaniu tego leku może również pojawić się ośrodkowy zespół cholinolityczny, objawiający się zaburzeniami świadomości. Stosowanie

mianseryny wymaga też systematycznej kontroli obrazu krwi ze względu na ryzyko (niewielkie wprawdzie) wywołania agranulocytozy.

Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny

Rozpowszechniona jest również nazwa „SSRI” (*selective serotonin reuptake inhibitors*). Jest to obecnie bardzo dynamicznie rozwijająca się grupa leków przeciwdepresyjnych, z której pierwszym związkiem gotowym do wprowadzenia do praktyki klinicznej była fluoksamina, jednak światowy rozgłos tej grupie przyniosła fluoksetyna (Prozac firmy Eli Lilly). Obecnie stosuje się wiele leków z tej grupy: paroksetynę, sertralinę, citalopram oraz escitalopram (farmakologicznie aktywny enantiomer citalopramu). Listę leków oryginalnych uzupełnia znaczna liczba związków generycznych. Nazwa grupy leków określa ich mechanizm działania. Są to leki bezpieczniejsze od trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych, jednak bynajmniej nie są wolne od działań niepożądanych. Po szczególne środki znacznie różnią się okresem półtrwania. Ponadto, co ma szczególne znaczenie dla terapii osób w wieku podeszłym, stężenie w surowicy warunkowane zdolnością do wiązania z białkami jest w różnym stopniu podatne na wpływ wieku. W wieku podeszłym okres półtrwania w osoczu nie zmienia się dla fluoksaminy i fluoksetyny. Natomiast stężenie osoczowe jest wyższe dla paroksetyny, sertraliny oraz citalopramu.

Do typowych objawów niepożądanych związanych z przyjmowaniem SSRI należą objawy ze strony przewodu pokarmowego, takie jak nudności czy biegunka, które występują najczęściej przy stosowaniu sertraliny. Ponadto paroksetyna oraz sertralina mogą powodować suchość w jamie ustnej, a bóle głowy i jądłowstręt są w większym stopniu związane z przyjmowaniem fluoksetyny. Ponadto przy stosowaniu tej ostatniej mogą pojawić się: lęk, „nerwowość”, zaburzenia erekcji i ejakulacji oraz nieznaczne objawy pozapiramidowe. Nasilenie tych objawów zwykle nie jest duże i najczęściej dość szybko przemijają, niekiedy trzeba zmniejszyć dawkę lub częstotliwość podawania środków o długim okresie półtrwania (fluoksetyna). Warto jeszcze wspomnieć większą sedację obserwowaną po podaniu paroksetyny, szczególnie u osób w wieku podeszłym. Po odstawieniu SSRI mogą się zdarzyć zespoły odstawienia. Do powikłań (na szczęście niezbyt częstych) związanych z przyjmowaniem SSRI należy zespół serotoninowy. Polega on na wystąpieniu zaburzeń świadomości wraz z niepokojem i wzmożeniem

odruchów ścięgnistych okostnowych. Dochodzi do zaburzenia koordynacji ruchów. Pojawiają się zlewne poty, biegunka, podwyższona ciepłota. Możliwe jest wystąpienie napadu drgawkowego [27].

W okresie starości wzrasta znaczenie interakcji z innymi lekami, które również są metabolizowane w strukturach wątrobowego cytochromu P450. Do interakcji dochodzi między innymi z lekami trójpierścieniowymi (wzrost ich stężenia w surowicy).

Inhibitory monoaminooksydazy

Można pominąć nieselektywne inhibitory, które w tej chwili w wielu krajach, także w Polsce, nie są stosowane. Inhibitory selektywne są reprezentowane przez moklobemid (odwracalny inhibitor monoaminooksydazy typu A).

Środek ten nie wpływa w istotny sposób na wartości ciśnienia tętniczego — wyjątkiem jest guz chromochłonny nadnerczy oraz nadczynność tarczycy, w przypadku których nie można stosować moklobemidu. Nie wykazuje działania antycholinergicznego ani sedatywnego, nie powoduje też przyrostu masy ciała. Jego przedawkowanie nie jest obciążone dużym ryzykiem — nie zanotowano zgonów po nadużyciu moklobemidu — stwierdzono jedynie nasilone objawy niepożądane, takie jak: zawroty głowy, osłupienie, senność, dezorientacja, nudności, pobudzenie, niepamięć, wzrost ciepłoty ciała, zmiany w zapisie EKG.

W trakcie kuracji moklobemidem w dawkach terapeutycznych znamienne częściej występują nudności, zawroty głowy i zaburzenia snu. Nie należy łączyć go z selegiliną ani narkotycznymi lekami przeciwbólowymi, gdyż nasila ich działanie.

Okres półtrwania moklobemidu jest krótki, co zmusza do podawania go w kilku dawkach, jednak ze względu na możliwe zaburzenia snu unika się stosowania leku w godzinach popołudniowych.

Leki hamujące wybiórczo wychwyt zwrotny serotoniny i noradrenaliny

Do tej klasy można zaliczyć wenlafaksynę oraz milnacipran. Szczególnie w przypadku wenlafaksyny istnieją przekonujące dane wskazujące na jej skuteczność równą skuteczności leków trójpierścieniowych. Dawkę leku dobiera się indywidualnie. W odniesieniu do osób starszych nie ma tu wyraźnych wytycznych. Należy jednak pamiętać, że wenlafaksyna w mniejszych dawkach zachowuje się wyłącznie jako inhibitor wychwytu zwrotnego sero-

toniny. Obydwa leki uważa się za względnie bezpieczne. Wśród objawów niepożądanych wymienia się przede wszystkim objawy ze strony przewodu pokarmowego, takie jak: zmniejszenie łaknienia, nudności, rzadziej biegunki i wymioty. Chorzy zgłaszają również bóle głowy, suchotę w jamie ustnej, wzmożoną potliwość, wzrost ciśnienia tętniczego, niepokój, lęk [29].

Inne leki przeciwdepresyjne

Mirtazapina powoduje wzrost wydzielania noradrenaliny, wykazuje też działanie serotonergiczne. Istnieje stosunkowo niewiele danych o jej skuteczności i bezpieczeństwie u osób w wieku podeszłym. Głównym objawem niepożądanym, który może mieć szczególne znaczenie u osób starszych, jest sedacja.

Tianeptyna zasługuje na uwagę, ponieważ jej mechanizm działania jest różny od mechanizmu pozostałych leków przeciwdepresyjnych. Jest środkiem dobrze tolerowanym. U niektórych pacjentów może nasilać objawy lęku. Wskazana jest raczej w depresjach o umiarkowanym i lekkim nasileniu. Jej zastosowanie wydaje się warte rozważenia w przypadku występowania tak rozpowszechnionych w wieku podeszłym objawów spektrum depresyjnego. U osób w wieku podeszłym zaleca się redukcję dawki.

Neuroleptyki (leki przeciwpsychotyczne)

Środki te stosuje się zwłaszcza w leczeniu depresji psychotycznych. Ponadto w małych dawkach wykazują pomocnicze działanie symptomolityczne.

Terapię depresji psychotycznych opartą wyłącznie na środkach przeciwdepresyjnych powszechnie uznaje się za mniej efektywną w porównaniu z łącznym stosowaniem z lekami przeciwpsychotycznymi. Zasadniczo nie ma jednoznacznych danych wskazujących, który z leków przeciwpsychotycznych i w jakim skojarzeniu jest najbardziej odpowiedni w leczeniu depresji psychotycznych. Współcześnie coraz większe znaczenie przypisuje się neuroleptykom atypowym i jest to związane przede wszystkim z lepszą tolerancją leków z tej grupy. Jednak nie należy pomijać niebezpieczeństw związanych z interakcjami pomiędzy neuroleptykami a lekami przeciwdepresyjnymi. Zwłaszcza łączne stosowanie atypowych neuroleptyków i leków z grupy inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny skłania do dużej ostrożności. Opierając się na teoretycznych przesłankach, najbardziej celowe wydaje się stosowanie neuroleptyku mającego rów-

nież działanie przeciwdepresyjne. Niektóre z neuroleptyków atypowych, jak sugerują wyniki badań, mają pozytywny wpływ na obniżony nastrój. Na przykład, w badaniach nad olanzapiną wykazano nie tylko jej działanie profilaktyczne w chorobie afektywnej dwubiegunowej, ale również korzystne działanie w depresji. Nie należy jednak zapominać o neuroleptykach klasycznych, szczególnie tych o stosunkowo dobrym profilu bezpieczeństwa, jak na przykład perazyna.

Stabilizatory nastroju

Do stabilizatorów nastroju zalicza się wiele środków o różnej budowie chemicznej, które zmniejszają wahania nastroju w kierunku manii lub depresji. Leki te znajdują zastosowanie w leczeniu epizodów manii, ale przede wszystkim wykorzystuje się je w postępowaniu profilaktycznym w chorobie afektywnej dwubiegunowej i — z mniejszym efektem (oraz znacznie rzadziej) — w jedno-biegunowej.

Lit

Lit jest od dawna stosowany w lecznictwie psychiatrycznym. Efekt kliniczny, ale również profil bezpieczeństwa jest ściśle uzależniony od utrzymywanego stężenia w surowicy krwi. Dlatego konieczne jest systematyczne kontrolowanie stężenia litu. Trudno ustalić zalecane stężenie litu w surowicy u osób w starszym wieku, tym bardziej że objawy niepożądane mogą występować przy zastosowaniu relatywnie małych dawek. Przyjmuje się przedział 0,4–0,7 mEq/l [25].

Osoby w wieku podeszłym wymagają mniejszego dawkowania. Wpływają na to dwa czynniki: zmniejszony klirens nerkowy oraz zmniejszona objętość dystrybucji. Zasadniczo jednak lit nie wydaje się szczególnie odpowiednim środkiem dla osób w wieku podeszłym. Efekt toksyczny spotykany również w młodszych grupach wiekowych w tym przypadku pojawia się już przy relatywnie małych dawkach leku.

Leki przeciwdrgawkowe

Jest to szybko rozwijająca się grupa leków o działaniu obniżającym próg pobudliwości drgawkowej, które znalazły zastosowanie w leczeniu wielu stanów psychopatologicznych. Do ich najważniejszych zastosowań w psychiatrii należy profilaktyka zaburzeń nastroju.

Poza od dawna podawanymi karbamazepiną i kwasem walproinowym w ostatnich latach pojawiło się wiele

nowych leków przeciwdrgawkowych stosowanych w profilaktyce zaburzeń nastroju. Ich wartość w terapii osób w wieku podeszłym jest zróżnicowana i w dużym stopniu zależy od profilu bezpieczeństwa.

Liczne kontrowersje wzbudza przeciwdepresyjne działanie leków przeciwpadaczkowych. Na ogół kwestionuje się ich przeciwdepresyjny wpływ. Natomiast w kilku badaniach wykazano ich działanie potencjalizujące efekt trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych.

Działanie leków przeciwdrgawkowych w lecznictwie psychiatrycznym zostało najpełniej udokumentowane w profilaktyce nawrotów w chorobie afektywnej dwubiegunowej. Niestety, w celu oceny skuteczności i bezpieczeństwa stosowania leków przeciwdrgawkowych w postępowaniu profilaktycznym w chorobie afektywnej u osób w wieku podeszłym przeprowadzono niewiele badań. Można jednak sądzić, że prawdopodobnie nie wszystkie leki przeciwdrgawkowe mogą być stosowane w profilaktyce choroby afektywnej dwubiegunowej w tej grupie wiekowej. Istnieją doniesienia świadczące o tym, że niektóre z nich mogą wyzwać fazę chorobową (zwykle maniakalną). Należy również uwzględnić to, że wiek wpływa w zróżnicowany sposób na poszczególne leki przeciwdrgawkowe. Niektóre z nich, stosowane u osób starszych, wymagają redukcji dawki (np. lamotrygina), a inne nie (np. kwas walproinowy). Ocena bezpieczeństwa przy podawaniu leków z tej grupy u osób w wieku podeszłym nabiera szczególnego znaczenia ze względu na ni rzadką możliwość wystąpienia objawów niepożądanych, a nawet groźnych powikłań. Dodatkowo częste interakcje omawianych leków mogą znacznie zwiększyć ryzyko terapeutyczne w tej grupie chorych [30].

Leki przeciwlękowe

Stosuje się je pomocniczo w celu redukcji objawów występujących w zaburzeniach nastroju. W miarę możliwości należy unikać ich podawania u osób w podeszłym wieku, u których występują różnice w profilu bezpieczeństwa leków w stosunku do osób z młodszymi grupami wiekowymi. Oprócz ryzyka uzależnienia odrębnym problemem jest wpływ leków anksjolitycznych na funkcje poznawcze. Ta ostatnia uwaga dotyczy zwłaszcza pochodnych benzodiazepinowych, które mogą się przyczyniać do wystąpienia zaburzeń świadomości. Jeżeli istnieje potrzeba ich stosowania, to należy się ograniczać do krótkotrwałego (kilka lub kilkanaście dni) zastosowania środków o krótkim okresie półtrwania (np. lorazepam). Pierw-

szeństwo należy dać lekom z grupy azapironów oraz neuroleptykom w niewielkich dawkach. Najwłaściwszą drogą postępowania będzie jednak dobór leku przeciwdepresyjnego o wyraźnym działaniu przeciwlękowym.

ELEKTROWSTRZĄSY

Omawiając zagadnienie depresji wieku podeszłego, nie należy zapominać także o elektrowstrząsach. Elektrowstrząsy (EW) są skuteczną metodą terapii osób w wieku podeszłym. Szczególne wskazanie stanowi depresja psychotyczna. Tolerancja zabiegów EW u najstarszych pacjentów jest podobna jak w młodszym grupach wiekowych, natomiast ich skuteczność niejednokrotnie okazuje się wyższa. Współistnienie niektórych schorzeń somatycznych, gorsza tolerancja leków psychotropowych, występowanie zaburzeń psychotycznych i znaczne nasilenie procesu chorobowego sprawiają, że EW są metodą z wyboru u wielu pacjentów w wieku podeszłym. Elektrowstrząsy są niejednokrotnie skuteczne w sytuacjach, kiedy zawiodło leczenie farmakologiczne. Okazuje się, co może być nieco zaskakujące, że wraz z wiekiem efektywność EW nie tylko się nie obniża, a wręcz rośnie. Elektrowstrząsy okazywały się skuteczną i dobrze tolerowaną metodą leczniczą nawet w najstarszych grupach wiekowych. Częstym problemem wieku podeszłego są współistniejące schorzenia somatyczne. Ich obecność nie wpływa jednak znacząco na odpowiedź terapeutyczną, natomiast zmusza do szczególnej ostrożności przy prowadzeniu terapii EW [31].

PIŚMIENNICTWO

1. Bilikiewicz A. Depresja u ludzi w wieku podeszłym. *Lęk i Depresja* 1996; 1: 332–340.
2. Krzywiński S. (red.). *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*. PZWL, Warszawa 1993.
3. Lovestone S., Howard R. *Depression in elderly people*. Martin Dunitz Ltd, London 1996.
4. NIH Consensus Conference: diagnosis and treatment of depression in late life. *JAMA* 1992; 268: 1018–1024.
5. Parnowski T. Depresje w chorobach somatycznych wieku podeszłego. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1998; 7 (supl. 1): 25–33.
6. Gottfries C.G., Karlson I. *Depression in later life*. OCC Ltd, Oxford 1997.
7. Pitt B. *Psychogeriatrics*. PZWL, Warszawa 1986.
8. Puzyński S. *Depresje i zaburzenia afektywne*. PZWL, Warszawa 1996.
9. Gottfries C.G. Recognition and management of depression in the elderly. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1997; 12 (supl. 7): 31–36.
10. Turczyński J., Bidzan L., Turczyńska K. Depresja u ludzi młodych i starych. Różnice w obrazie klinicznym i rokowaniu. *Ann. Univ. M. Curie-Skłodowskiej* 2007; 62 (supl. 18): 398–402.
11. Turczyński J., Bidzan L., Turczyńska K. Obraz kliniczny depresji wieku podeszłego. *Ann. Univ. M. Curie-Skłodowskiej* 2007; 62 (supl. 18): 394–397.
12. McKeith I.G., Perry R.H. Operational criteria for senile dementia of Lewy body types (SDLT). *Psychol. Med.* 1992; 22: 911–922.

13. Pużyński S. Depresje. PZWL, Warszawa 1988.
14. American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics: *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed. 4. Washington, DC 1994.
15. Teasdale J.D., Beaumont J.G. The effect of mood on performance on the Modified New Word Learning Test. *Br. J. Soc. Clin. Psychol.* 1971; 10: 342–345.
16. Ballard C., Bannister C., Solis M. i wsp. The prevalence, associations and symptoms of depression amongst dementia sufferers. *Affect Disord.* 1996; 36: 135–144.
17. Migliorelli R., Teson A., Sabe L. i wsp. Prevalence and correlates of dysthymia and major depression among patients with Alzheimer's disease. *Am. J. Psychiatry* 1995; 152: 37–44.
18. Reichman W.E., Coyne A.C. Depressive symptoms in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia. *Geriatr. Psychiatry Neurol.* 1995; 8: 96–99.
19. Mega M.S., Cummings J.L., Fiorello T. The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology* 1996; 46: 13–15.
20. O'Connor D.W. Epidemiology of behavioral and psychological symptoms of Dementia. *Int. Psychogeriatr.* 2000; 12 (supl. 1): 41–45.
21. Tandberg E., Larsen J.P., Aarsland D. The occurrence of depression in Parkinson's disease: a community-based study. *Arch. Neurol.* 1996; 53: 175–179.
22. Simpson S., Baldwin R.C., Jackson A., Burns A., Thomas P. Is the clinical expression of late-life depression influenced by brain changes? *Int. Psychogeriatr.* 2000; 12: 425–434.
23. Rickards H. Depression in neurological disorders: Parkinson's disease, multiple sclerosis, and stroke. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2005; 76 (supl.): 48–52.
24. Shimoda K., Robinson R.G. The relationship between poststroke depression and lesion location in long-term follow-up. *Biol. Psychiatry* 1999; 45: 187–192.
25. Jawaid N., Baldwin R.C. Management of geriatric mood disorders. W: Curran S., Bullock R. (red.). *Practical old age psychopharmacology*. Radcliffe Pub 2005.
26. Bressler R., Katz M.D. Drug therapy for geriatric depression. *Drugs & Aging* 1993; 3: 195–219.
27. Naranjo C.A., Herrmann N., Mittmann N., Bremner K.E. Recent advances in geriatric psychopharmacology. *Drugs & Aging* 1995; 7: 184–202.
28. Zisook S. Depresja w późnym wieku. Starsi ludzie wymagają odpowiedniego postępowania. *Med. Dypl.* 1998; 7: 103–109.
29. Hirschfeld R.M. Efficacy of SSRI and newer antidepressants in severe depression: comparison with TCAs. *J. Clin. Psychiatry* 1999; 60: 326–335.
30. Bidzan L. Lek przeciwdrgawkowy w psychogeriatric. *Przegl. Lek.* 2006; 63: 583–587.
31. Bidzan L. Leczenie elektrowstrząsami w populacji wieku podeszłego. *Psychogeriatr. Pol.* 2007; 4: 41–50.