

Zaburzenia psychiczne u pacjentów w wieku podeszłym hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii AM w Bydgoszczy w latach 1992–1996

Mental disorders in elderly inpatients treated in Psychiatry Department, Medical Academy in Bydgoszcz in the years 1992–1996

ALEKSANDER ARASZKIEWICZ¹, BEATA BIERKOWSKA-JAKÓBCZYK¹,
MARCIN JAKÓBCZYK²

Z: 1. Katedry i Kliniki Psychiatrii AM w Bydgoszczy
2. Katedry i Zakładu Biologii AM w Bydgoszczy

STRESZCZENIE. *W pracy przedstawiono wyniki analizy dokumentacji medycznej pacjentów kliniki psychiatrycznej w wieku podeszłym z uwzględnieniem: przyczyn hospitalizacji, związku wystąpienia zaburzeń psychicznych z wiekiem i współwystępowania chorób somatycznych.*

SUMMARY. *The paper presents results of an analysis of medical records of elderly psychiatric inpatients, taking into account: causes of hospitalization, relationship between age and the onset of mental disorders, and the presence of concomitant somatic diseases.*

Słowa kluczowe: wiek podeszły / zaburzenia psychiczne / depresja
Key words: old age / mental disorders / depression

Życie ludzkie przebiega w trzech warstwach, każdy z nas jest organizmem biologicznym, jednostką czującą i myślącą oraz członkiem społeczności. Stąd też tylko w kontekście biopsychospołecznym mogą być rozpatrywane i rozwiązywane problemy zdrowia i choroby. W wymiarze systemowym nie jest to tylko stan biologiczny organizmu, ale także proces psychiczny uzależniony od osobowości oraz sytuacji społecznych [Bertalanffy 1984]. Wskazuje się także na poziom obciążenia stresem, zakres oparcia społecznego i umiejętność radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, jako na istotne zmienne wpływające na homeostazę organizmu człowieka [Doherenwend i Doherenwend 1974].

Ważnym czynnikiem mogącym stanowić zagrożenie dla tej homeostazy są zmiany w życiu człowieka dotyczące czy to życia emocjonalnego, rodzinnego, zawodowego,

czy niezależnie od jednostki – życia społeczeństw. Zmusza to człowieka do ciągłego adaptowania się do nowej sytuacji. Holmes i Rahe [1967] wykazali, że im większa jest liczba i intensywność zmian (zdarzeń życiowych) w życiu jednostki na przestrzeni pewnego okresu czasu, tym większe jest ryzyko pogorszenia stanu zdrowia.

Prace Lazarusa [1983] pokazują ponadto, że istotniejsze od zdarzeń życiowych, wpływające negatywnie na zdrowie człowieka, są tzw. utraipenia życiowe. Należy przy tym podkreślić, że szeroka skala sytuacji związanych ze środowiskiem angażuje stosunkowo niewielką liczbę patofizjologicznych mechanizmów, które mogą doprowadzić do powstania zaburzeń. Trudne sytuacje psychospołeczne mogą ujawnić patogenetyczne mechanizmy szczególnie wtedy, gdy są doświadczane po raz pierwszy lub kiedy ochrona naturalna czy społeczna nie jest wystarczająca.

Chociaż większość ludzi w wieku podeszłym „radzi sobie” bez istotnych strat ze „zdarzeniami czy utrapieniami życiowymi”, to dla licznej grupy mogą to być to czynniki ryzyka, szczególnie gdy zmiany w życiu dokonują się gwałtownie.

Człowiek w wieku podeszłym ma wyraźniej mniejsze możliwości adaptacyjne zarówno w sensie biologicznym, jak i psychospołecznym. To co wydaje się istotne dla wystąpienia zaburzeń w stanie psychicznym u ludzi w wieku podeszłym, to:

-
- załamanie się dotychczasowego życia związanego ze zmianą statusu społecznego i zawodowego,
 - stan żałoby po stracie bliskich osób,
 - obniżenie się dynamiki życiowej,
 - wystąpienie zaburzeń poznawczych,
 - obniżenie sprawności ustroju,
 - choroby somatyczne,
 - zniedołężnienie.
-

Czynniki te mogą być przyczyną powstania po raz pierwszy zaburzeń psychicznych lub spowodować nawrót choroby psychicznej.

CEL PRACY

Celem pracy było ustalenie: (1) zaburzeń psychicznych, które były powodem hospitalizacji w Klinice, (2) wieku hospitalizacji i nawrotowości, (3) związku z chorobami somatycznymi, (4) różnic pomiędzy kobietami a mężczyznami co do zachorowalności psychiatrycznej.

BADANI PACJENCI I METODA

Analizie poddano historie chorób 61 pacjentów (48 kobiet i 13 mężczyzn) w wieku powyżej 60 lat leczonych w Klinice Psychiatrii AM w Bydgoszczy w latach 1992–1996. Stanowili oni 6% spośród ogółu leczonych w tym czasie. Wiek chorych zawierał się pomiędzy 60 r.ż. a 83 r.ż. W grupie kobiet od 60 do 83 r.ż. (średnio 66,6 lat), a w gru-

pie mężczyzn między 60 a 72 r.ż. (średnio 65,5 lat). Podział na dwie grupy: kobiet i mężczyzn stanowił szczególny przedmiot naszego zainteresowania.

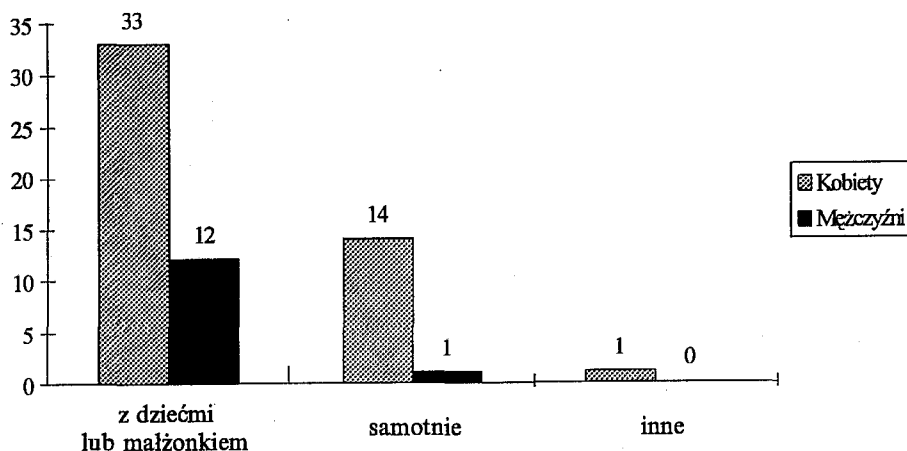
Większość pacjentów miała wykształcenie podstawowe (kobiety 48%, a mężczyźni 46%) lub ponadpodstawowe (kobiety 27% i mężczyźni 31%). Wyższe wykształcenie posiadało 12 kobiet (25%) i 3 mężczyzn (23%). Podstawowym źródłem utrzymania była emerytura lub renta. Tylko jedna osoba była czynna zawodowo. Wśród kobiet stwierdzono większą liczbę osób samotnych niż w grupie mężczyzn. 18 kobiet (38%) było wdowami, 3 pacjentki (6%) to panny, 3 (6%) były rozwiedzione, 24 kobiety (50%) były mężatkami, natomiast 12 mężczyzn (92%) było żonatych, a tylko jeden (8%) był wdowcem. Spośród kobiet samotnie mieszkało 14 pacjentek (28%), pozostałe mieszkały w rodzinach z mężem lub dziećmi. Tylko jeden mężczyzna mieszkał sam.

WYNIKI

Zasadniczą przyczyną hospitalizacji w analizowanej grupie pacjentów były zaburzenia afektywne i to zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Tabl. 1 i 2 przedstawiają rozpoznania, które postawiono w czasie pobytu w Klinice.

U większości pacjentów stwierdzano współistnienie chorób somatycznych. Najczęściej były to choroby układu krążenia – nadciśnienie tętnicze i choroba wieńcowa oraz cechy organicznego uszkodzenia mózgu, najczęściej związane z procesami miażdżycowymi.

W zdecydowanej przewadze byli pacjenci pierwszy raz hospitalizowani psychiatrycznie w wieku powyżej 60 r.ż. Po raz pierwszy w tym wieku zostało przyjętych 9 mężczyzn (69%) i 28 kobiet (58%). Przed 30 r.ż. leczona szpitalnie była tylko jedna kobieta, a w wieku od 31 do 59 lat – 40% kobiet i 31% mężczyzn. W analizowanej grupie hospitalizacja była dotąd jedyną (dla 42% kobiet i dla 31% mężczyzn). Rzadziej były to hospitalizacje wielokrotne.



Rysunek 1. Sytuacja domowa pacjentów z badanej grupy

Tablica 1. Zaburzenia psychiczne stwierdzone w badanej grupie

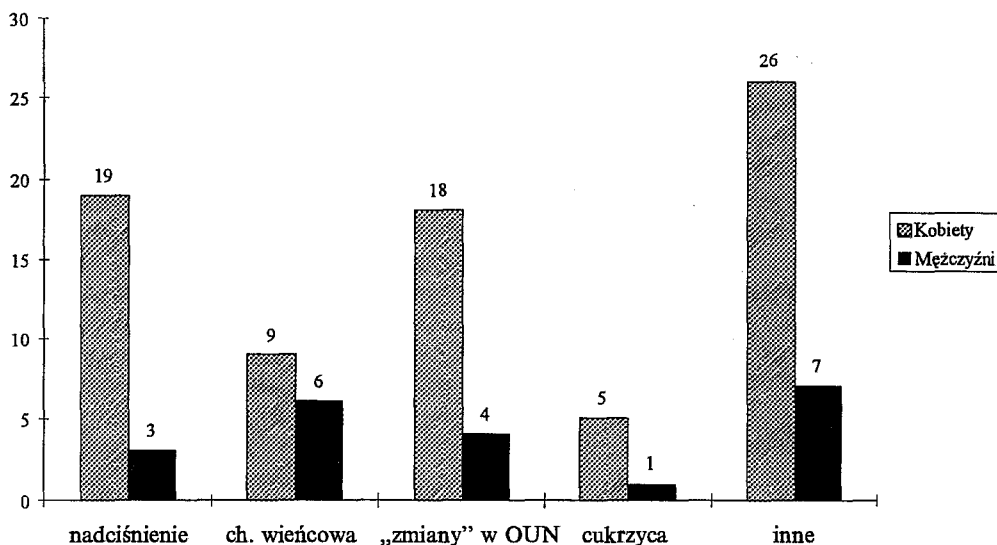
Rozpoznanie	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
choroba afektywna	27	56	7	56	34	56
schizofrenia	2	4	1	8	3	5
zmiany organiczne	6	13	2	15	8	13
zmiany otępienne	9	19	1	8	10	16
choroba Alzheimera	1	2	—	—	1	2
zaburzenia lękowe	1	2	1	8	2	3
inne	2	4	1	8	3	5

Tablica 2. Rozpoznania zespołowe postawione w badanej grupie

Rozpoznanie zespołowe	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
zespół depresyjny	36 10* 2**	75	10 2*	76	46 12* 2**	75
zespół maniakalny	3	6	—	—	3	5
zespół paranoidalny	4	8	—	—	4	7
zespół otępienny	2	4	1	7	3	5
zespół lękowy	1	2	1	7	2	3
inne	2	4	1	7	3	5

* – oprócz zespołu depresyjnego – cechy otępienne.

** – zespół depresyjny z elementami psychotycznymi

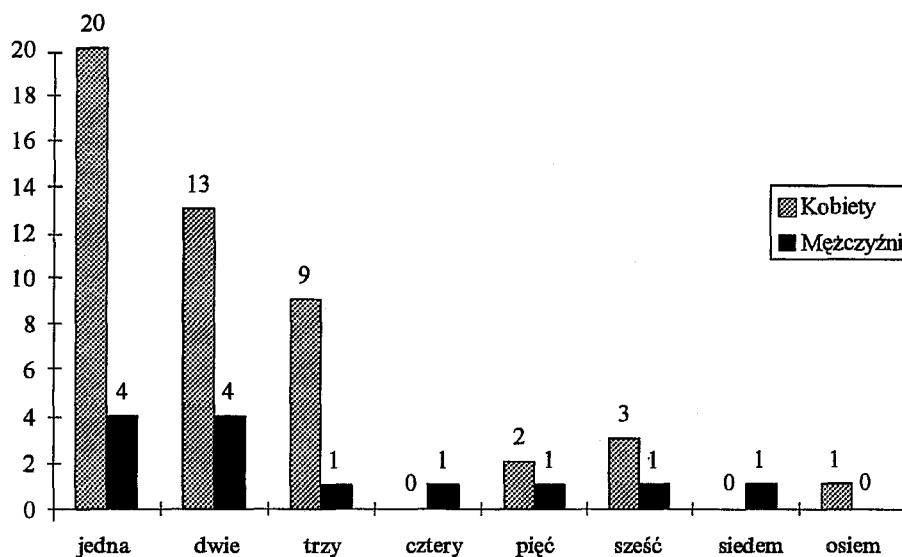


Rysunek 2. Zaburzenia somatyczne stwierdzone w badanej grupie

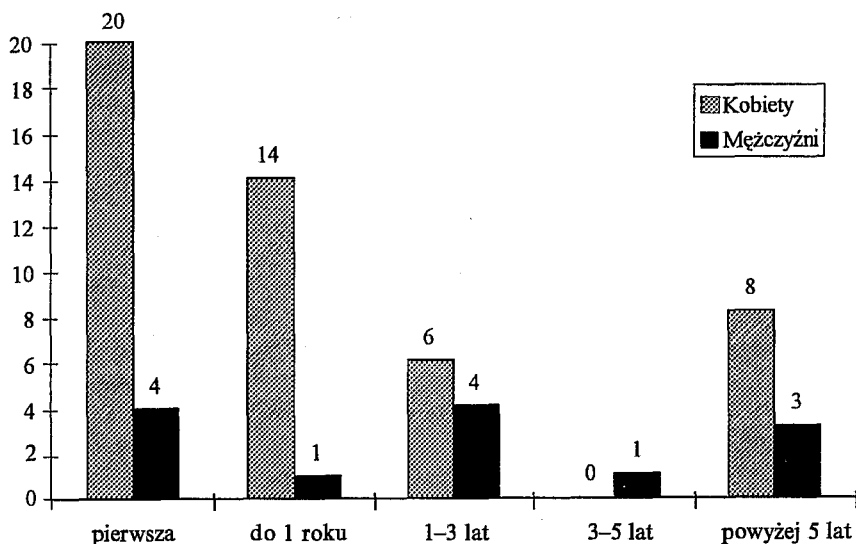
Potrzebę rehospitalizacji w ciągu roku od wypisu stwierdzono u 14 kobiet (29%) a w ciągu 5 lat u 8 pacjentek (17%). U mężczyzn potrzeba rehospitalizacji zaszła w okresie od 1 do 3 lat w 4 przypadkach

(31%) a w okresie powyżej 5 lat u 3 pacjentów (28%).

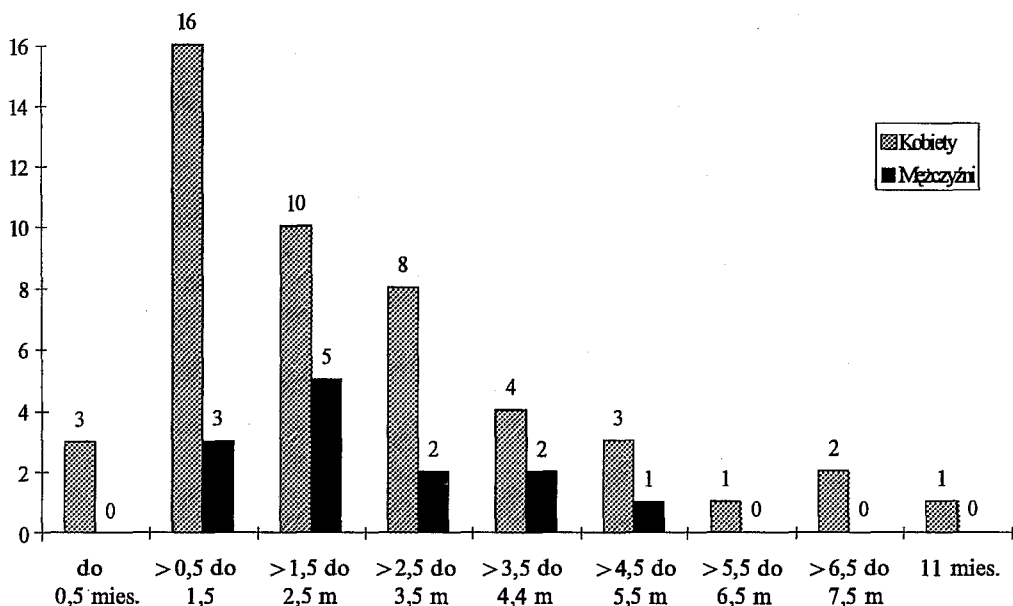
Czas hospitalizacji u kobiet jak i u mężczyzn był podobny. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci leczeni w Klinice od 15 do 42 dni.



Rysunek 3. Liczba hospitalizacji (wliczając aktualną)



Rysunek 4. Czas od poprzedniej hospitalizacji



Rysunek 5. Czas trwania ostatniej hospitalizacji

OMÓWIENIE

Przedstawione dane wskazują, że aż u 60% pacjentów w wieku podeszłym, leczonych w Klinice, pierwsza hospitalizacja miała miejs-

ce po 60 r.ż. Wydaje się, że to właśnie wiek podeszły może stanowić ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych [Karlsson 1993]. Spośród czynników ryzyka zaburzeń psychicznych w tym wieku niewątpliwie należy

wyróżnić choroby układu krążenia [Starkstein i Robinson 1989], które dość często występowały u naszych pacjentów. Nie ulega wątpliwości, że również zaburzenia krążenia są odpowiedzialne za istotnie częste zmiany organiczne w o.u.n. w badanej grupie.

Ważnym czynnikiem psychospołecznym, który może mieć istotne znaczenie w patogeniezie zaburzeń psychicznych u naszych pacjentów jest problem samotności [Araszkiwicz 1995]. Dotyczy to szczególnie kobiet. 50% pacjentek nie miało swojego partnera życiowego. Dla większości było to następstwem zgonu współmałżonka.

Najczęściej, bo aż u 75% chorych rozpoznawanymi zaburzeniami psychicznymi były zespoły depresyjne. Potwierdza to, że depresja jest najczęstszym zaburzeniem psychicznym wieku podeszłego [Turner i Noh 1988]. W badaniach stwierdziliśmy, że dla większości naszych pacjentów czas leczenia szpitalnego mieścił się pomiędzy 15 a 42 dniami. Wskazuje to na fakt, że zaburzenia psychiczne, a przede wszystkim depresyjne w tej grupie pacjentów dobrze „odpowiadają” na leczenie. Poza stosowanymi lekami przeciwdepresyjnymi większość pacjentów uczestniczyła również w programie psychoterapii opartej o teorie poznawcze. Wydaje się, że „przepracowanie” problemów depresyjnych z tymi pacjentami daje im możliwość wpływania na psychospołeczne czynniki depresyjne. Wyniki tej kompleksowej terapii wskazują również na etiologiczne tło zaburzeń depresyjnych wieku podeszłego.

WNIOSKI

1. Czynniki biologiczne i psychospołeczne związane z wiekiem mają istotne znaczenie w występowaniu zaburzeń psychicznych u osób w wieku powyżej 60 lat.

2. Najczęściej rozpoznawanymi zaburzeniami psychicznymi u pacjentów w wieku podeszłym, leczonych w Klinice, są zaburzenia depresyjne.
3. Kobiety stanowiły zdecydowaną większość grupy leczonych pacjentów.
4. Znaczna liczba pacjentów z zaburzeniami krążenia w badanej grupie chorych wskazuje na istotny wpływ zaburzeń krążenia na zachorowalność psychiatryczną u osób w wieku podeszłym.

Wydaje się, że tylko kompleksowa terapia psychiatryczna – farmakoterapia i psychoterapia wraz z właściwym leczeniem stanu somatycznego – może być efektywna.

PIŚMIENNICTWO

1. Araszkiwicz A.: Zmiany społeczno-ekonomiczne w Polsce a zaburzenia depresyjne u ludzi w wieku podeszłym. *Psychiatr. Pol. suppl.*: 37 Zjazd Psychiatrów Polskich – streszczenia, 1995, s. 8.
2. Bertalaffy L.: *Ogólna teoria systemów*. PWN, Warszawa 1984.
3. Doherenwend B.S., Doherenwend B.P.: *Stressful life events and their nature*. John Wiley & Sons, New York 1974.
4. Holmes T.H., Rahe R.H.: The social readjustment rating scale. *J. Psychosom. Res.* 1967, 11, 213–218.
5. Karlsson J.: Aspects of etiology in depression in the elderly. W: Gottfrieds C.G. (red.): *Affective disorders in the elderly*. 1993, 11–12.
6. Lazarus R.S.: Utrapienia życiowe mogą być niebezpieczne dla zdrowia. *Nowiny Psycholog.* 1983, 1, 8, 7–14.
7. Starkstein S.E., Robinson R.G.: Affective disorders and cerebral vascular disease. *Br. J. Psychiatry* 1989, 154, 170–182.
8. Turner R.J., Noh S.: Physical disability and depression: a longitudinal analysis. *J. Health Soc. Beh.* 1988, 29, 23–27.