

Obraz zaburzeń depresyjnych zgodnie z klasyfikacją DSM-IV u pacjentów w wieku podeszłym bez otępienia i z zespołem otępiennym

Clinical pattern of depressive disorders according to DSM-IV in the elderly patients with and without dementia

IWONA KŁOSZEWSKA

Z II Kliniki Psychiatrycznej AM w Łodzi

STRESZCZENIE. *Badaniami objęto pacjentów w wieku powyżej 59 r.ż.: 42 osoby bez otępienia z zaburzeniem depresyjnym oraz 32 osoby z chorobą Alzheimera i depresją. Obraz zaburzenia depresyjnego analizowano w oparciu o kryteria diagnostyczne DSM-IV. Objawy dużego zespołu depresyjnego stwierdzono u 71,4% pacjentów bez zespołu otępiennego oraz u 27,3% pacjentów z chorobą Alzheimera. Kryteria mniejszego zaburzenia depresyjnego spełniało 14,3%, a kryteria zaburzenia dystymicznego 9,5% osób bez otępienia. W grupie pacjentów z chorobą Alzheimera i depresją nie spełniającą kryteriów dużego epizodu depresyjnego do najczęstszych objawów należały: płaczliwość (75%), bezradność (62,5%) i przygnębienie (50%).*

SUMMARY. *Subjects in the study were 42 patients with depressive disorder without dementia and 32 patients with Alzheimer's disease and depression, all aged over 59. The clinical pattern of depressive disorder was analyzed using the DSM-IV diagnostic criteria. Major depression symptoms were found in 71.4% of the patients without dementia and in 27.3% of those with Alzheimer's disease. The criteria for minor depressive disorder were met by 14.3% of patients without dementia, while dysthymic disorder was recognized in 9.5% of this subsample. In the group of Alzheimer patients with depression not meeting the criteria for a major depressive episode, the most frequent symptoms were: tearfulness (75%), helplessness (62.5%), and depressed mood (50%).*

Słowa kluczowe: depresja / choroba Alzheimera / wiek podeszły / DSM-IV

Key words: depression / Alzheimer's disease / the elderly / DSM-IV

Kolejne wersje *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, klasyfikacji zaburzeń psychicznych wydawanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, znajdują coraz większe uznanie i popularność wśród klinicystów i badaczy. W ostatniej z nich, DSM-IV, wszystkie kody i kategorie diagnostyczne korespondują z dziesiątym wydaniem międzynarodowej klasyfikacji chorób (ICD-10, 1992). Zasady wyłaniania działów diagnostycznych DSM-IV są podobne do stosowanych w DSM-III-R. Są

one oparte na stwierdzeniu fenomenologicznego podobieństwa zaburzeń, wspólnej etiologii oraz występowania w podobnym okresie życia człowieka. Zaburzenia nastroju opisane są w szóstym dziale DSM-IV.

Rozpoznawanie zaburzeń depresyjnych w wieku podeszłym stanowi często większy problem diagnostyczny niż u ludzi młodszych, ze względu na słabiej wyrażone zaburzenia nastroju, częste współistnienie chorób somatycznych oraz związanych z nimi skarg hipochondrycznych.

Przedstawiane przez różnych autorów opisy obrazu depresji u osób w wieku podeszłym różnią się istotnie od siebie. Gurland (1976) stwierdził częstsze występowanie skarg hipochondrycznych w grupie osób starszych z depresją. Oxman i wsp. (1990) wykazali rzadsze występowanie u ludzi powyżej 60 r.ż. niż w grupie młodszej trzech objawów: drażliwości, uczucia bycia zmuszonym do działania i utraty zainteresowań. W grupie analizowanej przez Kramer-Ginsberga i wsp. (1989) szczególnie częsta była hipochondria. Stwierdzono ją u 60% badanych. Zgodnie z opisem Downesa i wsp. (1988) najczęstsze objawy depresji u osób starszych to: martwienie się, płaczliwość, poczucie, że nie warto żyć, obawa przed przyszłością i spowolnienie ruchowe. Szukając objawów depresji w populacji powyżej 60 r.ż. Fredman i wsp. (1989) obserwowali zaburzenia snu u 14,8% badanych, myśli o śmierci u 10%, natomiast nastrój depresyjny jedynie u 5%. Conwel i wsp. (1989) nie znaleźli różnicy w częstości występowania melancholii czy też objawów psychotycznych u pacjentów z wczesnym (< r.ż.) i późnym (60 r.ż.) początku depresji. Burvill i wsp. (1989) wykazali, że 82% analizowanych przez nich przypadków depresji wieku podeszłego spełniało kryteria endogenności wg Newcastle Depression Index [Carney i wsp., 1965]. Stosując kryteria DSM-III u 1/3 pacjentów rozpoznali depresję urojeniową, u 1/3 dużą depresję i u 1/3 dużą depresję z melancholią. Częstość występowania urojeń depresyjnych u osób starszych oceniana była na 1% [Kivela i Pakkala, 1988] do 53% [Post, 1972]. Z przedstawionego tu krótkiego przeglądu piśmiennictwa wynika, że nadal nie dysponujemy konsekwentnym opisem dominującego w wieku podeszłym obrazu zaburzeń depresyjnych.

Częstość występowania depresji w chorobie Alzheimera (ch.A.) waha się znacznie w zależności od opracowania. W przeglądzie Wragga i wsp. (1989) dotyczącym tego problemu wynosi ona 0-87% dla nastroju depresyjnego oraz 0-86% dla zaburzenia depresyj-

nego. Obecność dużej depresji Rovner i wsp. (1989) wykazali u 17% pacjentów z ch.A. W obrazie klinicznym depresji w ch.A. Greenwald i wsp. (1989) zwrócili uwagę na częstsze występowanie poczucia krzywdy i poczucia odrzucenia oraz rzadsze występowanie martwienia się, anhedonii, zaburzeń snu i apetytu niż u osób depresyjnych bez otępienia.

Celem pracy było zastosowanie kryteriów DSM-IV do opisu zaburzeń depresyjnych u leczonych ambulatoryjnie pacjentów (w wieku 60 lat i powyżej) bez otępienia i pacjentów z ch.A.

BADANE OSOBY I METODYKA BADAŃ

Badaniami objęto grupę 42 pacjentów z zaburzeniem depresyjnym bez otępienia, w tym 32 kobiety (średnia: wiek $66,0 \pm 4,1$ lat) oraz 10 mężczyzn (średnia: $62,6 \pm 3,1$ lat). Drugą grupę stanowiło 16 kobiet (średnia: $66,8 \pm 4,8$ lat) i 6 mężczyzn (średnia: $69,7 \pm 8,4$ lat), u których w przebiegu ch.A. stwierdzono zaburzenie depresyjne. Wszyscy chorzy byli pacjentami Poradni Leczniczo-Konsultacyjnej Klinik Psychiatrycznych lub Poradni dla Osób z Chorobą Alzheimera przy II Klinice Psychiatrycznej AM w Łodzi.

Zarówno zaburzenia depresyjne, jak i chorobę Alzheimera rozpoznawano na podstawie kryteriów DSM-IV. Rozpoznanie choroby Alzheimera odpowiadało prawdopodobnej ch.A. wg kryteriów NINCDS-ADRDA [McKhan i wsp., 1984]. Do badań włączono pacjentów otępiających w stopniu lekkim i umiarkowanym, odpowiadającym stadium IV i V wg Reisberga (1986).

W grupie chorych bez otępienia u 34 osób czas trwania depresji nie przekraczał 12 miesięcy (średnia: $5,7 \pm 3,3$ miesiąca), zaś u 8 był dłuższy niż 2 lata. W drugiej grupie u wszystkich chorych objawy depresji utrzymywały się krócej niż 12 miesięcy (średnia: $5,4 \pm 3,2$), natomiast czas trwania zespołu otępiennego wynosił od 1 do 10 lat (średnia: $3,4 \pm 3,6$).

Tablica 1. Kryteria diagnostyczne dużego epizodu depresyjnego z melancholią wg DSM-IV

Kryteria	Częstość [%]
A. Jeden z poniższych objawów musi występować w obecnym epizodzie:	
1. utrata doznawania przyjemności we wszystkich lub prawie wszystkich sferach aktywności	91,7
2. brak reakcji na bodźce zazwyczaj odczuwane jako przyjemne (nie odczuwa nawet przejściowej poprawy samopoczucia w sytuacjach przyjemnych)	66,7
B. Obecność 3 lub więcej z następujących objawów:	
1. szczególny charakter zespołu depresyjnego (nastój depresyjny przeżywany jest jako coś zupełnie innego niż przygnębienie po śmierci osoby bliskiej)	91,7
2. nastrój gorszy rano	91,7
3. wczesne budzenie (co najmniej 2 godziny przed zwykłą porą)	83,3
4. wyraźne spowolnienie lub pobudzenie psychoruchowe	83,3
5. wyraźny jadłowstręt lub utrata wagi	66,7
6. nadmierne lub nieadekwatne poczucie winy	25,0

WYNIKI I OMÓWIENIE

Najczęściej (71,4%) stwierdzanym obrazem zaburzenia depresyjnego w badanej grupie pacjentów bez otępienia był duży epizod depresyjny. W jego obrazie dominowało obniżenie nastroju (93,3%), spadek zainteresowań (100%) i uczucie zmęczenia (100%). Zaskakująco rzadkie były myśli i tendencje samobójcze (20%). Częściej obserwowano spowolnienie niż pobudzenie psychoruchowe, z zaburzeń snu stwierdzano wyłącznie bezsenność. Aż 86,7% pacjentów z dużym epizodem depresyjnym skarżyło się na spadek sprawności intelektualnej.

Znacznie częściej (odpowiednio 57,1% i 14,3%) stwierdzano duży epizod depresyjny z melancholią niż bez niej. Poczucie winy obserwowano tylko u 25% pacjentów z dużym epizodem depresyjnym z melancholią, co zgodne jest z obserwacjami Greenwalda i wsp. (1989), którzy zwracali uwagę na częst-

sze poczucie krzywdy niż winy w tej grupie wiekowej. Aż 86,7% pacjentów z dużym epizodem depresyjnym skarżyło się na spadek sprawności intelektualnej. Wcześniej już Depطلا i wsp., (1993) zauważyli, że stany zaburzeń emocjonalnych w większym stopniu wpływają na sprawność intelektualną osób starszych niż młodszych. Objaw ten ustępuje razem z objawami dużej depresji, niezależnie od rodzaju stosowanej terapii [Stoudemire i wsp., 1993]. Z objawów nie zawartych w kryteriach diagnostycznych dużego epizodu depresyjnego DSM-IV u 8 pacjentów (26,7%) obserwowano lęk, a w wypowiedziach 4 (13,3%) obecne były treści hipochondryczne.

Spośród pozostałych chorych 6 osób (14,3%) spełniało kryteria diagnostyczne mniejszego zaburzenia depresyjnego, a 4 (9,5%) zaburzenia dystymicznego. Dwie chore zostały zakwalifikowane do kategorii "zaburzeń depresyjnych nigdzie nie wyszczególnionych" (du-

Tablica 2. Kryteria diagnostyczne dużego epizodu depresyjnego wg DSM-IV

Kryteria	Częstość [%]
A. Pięć (lub więcej) z następujących objawów występuje jednocześnie przez okres 2 tygodni i stanowi zmianę w dotychczasowym funkcjonowaniu; co najmniej jeden z objawów to (1) nastrój depresyjny albo (2) utrata zainteresowań bądź odczuwania przyjemności. Uwaga: nie brać pod uwagę objawów wynikających z ogólnego stanu zdrowia lub niezgodnych z nastrojem urojeń bądź omamów.	
1. nastrój depresyjny utrzymujący się przez większą część dnia, prawie codziennie, co wynika z subiektywnych skarg (np. uczucie smutku lub pustki) lub z obserwacji innych osób (np. wyglądu na płaczącego)	93,3
2. wyraźne zmniejszenie zainteresowań lub zdolności odczuwania przyjemności dotyczące wszystkich lub prawie wszystkich sfer aktywności, utrzymujące się przez większą część dnia prawie codziennie (co wynika z relacji własnych lub z obserwacji innych osób)	100
3. znacząca utrata wagi bez stosowania diety lub przyrost wagi (np. zmiana o ponad 5 wagi ciała w ciągu miesiąca), bądź spadek lub wzrost apetytu utrzymujący się prawie codziennie	53,3
4. bezsenność lub nadmierna senność występująca prawie codziennie,	93,3 (wyłącznie bezsenność)
5. pobudzenie lub spowolnienie psychomotoryczne obecne prawie codziennie (widoczne dla osób postronnych a nie tylko subiektywne uczucie niepokoju czy spowolnienia)	93,3
6. uczucie zmęczenia lub utrata energii występujące prawie codziennie	100
7. poczucie małej wartości lub nadmierne lub nieadekwatne poczucie winy (może mieć charakter urojeniowy) występujące prawie codziennie (nie jest to zwykle niezadowolnienie czy poczucie winy z powodu bycia chorym)	53,3
8. zmniejszenie sprawności intelektualnej lub zdolności koncentracji albo trudności w podejmowaniu decyzji występujące prawie codziennie (deklarowane przez pacjenta bądź obserwowane przez innych)	86,7
9. nawracające myśli o śmierci (nie zwykły lęk przed śmiercią), nawracające myśli samobójcze bez konkretnego planu lub próba samobójcza w wywiadzie albo szczegółowy plan odebrania sobie życia	20,0

ży epizod depresyjny nałożony na zaburzenie urojeniowe).

Klasyfikacja DSM-IV wyróżnia kategorię "otępienie typu Alzheimera z nastrojem depresyjnym" bez względu na to, czy zaburzenia nastroju spełniają kryteria dużego epizodu depresyjnego. W materiale własnym tylko 27,3% osób z ch.A. i depresją spełniało te kryteria, a 9,1% kryteria dużego epizodu depresyjnego z melancholią. W grupie pacjentów z ch.A. i depresją nie odpowiadającą dużemu epizodowi depresyjnemu do najczęstszych objawów należały: płaczliwość (75%), bezradność (62,5%), przygnębienie (50%), bezsenność

(50%), myśli samobójcze (12,5%), skargi hipochondryczne (12,5%).

Przeprowadzone badania wykazały, że kryteria diagnostyczne zaburzeń nastroju zawarte w DSM-IV umożliwiają wyczerpującą charakterystykę zaburzeń depresyjnych u osób w wieku podeszłym. W grupie pacjentów bez zespołu otępiennego zwraca uwagę zdecydowana dominacja (71,4%) dużego epizodu depresyjnego. Prawdopodobnie nie oznacza to jednak, że jest to najczęstsza postać zaburzenia depresyjnego w wieku podeszłym, natomiast jest to najczęstsza przyczyna szukania porady u psychiatry. U osób z ch.A. ta postać depresji

występowała zdecydowanie rzadziej (27,3%). Może to sugerować odmienny patomechanizm zaburzenia depresyjnego w omawianych grupach, które w przypadku części pacjentów z ch.A. jest spowodowane procesem zwyrodnieniowym.

PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (ed. 4). APA, Washington D.C. 1993.
2. Burvill P.W., Hall W.D., Stampfer H.G., Emmerson J.P.: A comparison of early-onset and late-onset depressive illness in the elderly. *Br. J. Psychiatry* 1989, 155, 673-679.
3. Carney M.W.P., Roth M., Garside R.F.: The diagnosis of depressive syndromes and the prediction of ECT response. *Br. J. Psychiatry* 1965, 111, 659-674.
4. Conwel C., Nelson J.C., Kim K.M., Mazure C.M.: Depression in late life: age of onset as a marker of a subtype. *J. Affect. Disord.* 1989, 17, 189-195.
5. Deptula D., Rajkumar S., Nunzio P.: Aging, emotional states and memory. *Am. J. Psychiatry* 1993, 150, 429-434.
6. Downes J.J., Davies A.D.M., Copeland J.R.M.: Organisation of depressive symptoms in the elderly population hierarchal patterns and Guttman scales. *Psychology and Aging* 1988, 3, 367-374.
7. Fredman L., Schoenbach V.J., Kaplan B.H.: The association between depressive symptoms and mortality among older participants in the Epidemiologic Catchment Area - Piedmont Health Survey. *J. Gerontol.* 1989, 44, S149-156.
8. Greenwald B.S., Kramer-Ginsberg E., Marin D.B.: Dementia with coexistent major depression. *Am. J. Psychiatry* 1989, 146, 1472-1478.
9. Gurland B.J.: The comparative frequency of depression in various adult age groups. *J. Gerontol.* 1976, 31, 283-292.
10. International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems - Tenth Revision. World Health Organization, 1992.
11. Kivela S-L., Pahlkala K.: Symptoms of depression in old people in Finland. *Zeitschrift Gerontol.* 1988, 21, 257-263.
12. Kramer-Ginsberg E., Greenwald B.S., Aisen P.S., Brod-Miller C.: Hypochondriasis in the elderly depressed. *J. Am. Ger. Soc.* 1989, 37, 507-510.
13. McKhann G., Drachman D., Folstein M., Katzman R., Price D., Stadlan E.M.: Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group, Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology* 1984, 34, 939-944.
14. Oxman T.E., Barrett J.E., Barrett J., Gerber P.: Symptomatology of late life minor depression among primary care patients. *Psychosomatics* 1990, 31, 174-180.
15. Post F.: The management and nature of depressive illness in late life: a follow-through study. *Br. J. Psychiatry* 1972, 21, 393-404.
16. Rovner B.W., Broadhead J., Spencer M., Carson K., Folstein M.F.: Depression and Alzheimer's disease. *Am. J. Psychiatry* 1989, 146, 350-353.
17. Stoudemire A., Hill C.D., Morris R., Martino-Saltzman D., Levison B.: Long-term affective and cognitive outcome in depressed older adults. *Am. J. Psychiatry* 1993, 150, 896-900.
18. Wragg R.E., Jeste D.V.: Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *Am. J. Psychiatry* 1989, 146, 577-586.

*Adres: Dr Iwona Kłoszewska, II Klinika Psychiatryczna AM,
ul. Czechostowicka 8/10, 92-216 Łódź*