

Ocena częstości występowania nie leczonych zaburzeń depresyjnych u osób starszych

Evaluation of prevalence of untreated depressive disorders among the elderly

MIROSLAW DĄBKOWSKI, JUSTYNA SZRAJDA, JANUSZ RYBAKOWSKI

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM w Bydgoszczy

STRESZCZENIE. Oceniono częstość występowania zaburzeń depresyjnych w dwóch populacjach osób starszych (powyżej 70 r.ż.): (a) pensjonariuszy domu opieki społecznej oraz (b) dobranych do nich parami osób mieszkających we własnych domach. Z badań wyłączono osoby z poważniejszymi zaburzeniami somatycznymi i neurologicznymi. Oceną objęto jedynie osoby nigdy dotychczas nie leczone z powodu depresji. Stwierdzono częste, bo sięgające 1/3 populacji, występowanie zaburzeń depresyjnych. Zaburzenia te występowały ponad trzykrotnie częściej u osób pozostających pod opieką domu pomocy społecznej. U osób starszych, aktywnie uczestniczących w życiu społecznym oraz utrzymujących żywsze kontakty rodzinne występowanie depresji było mniej częste.

SUMMARY. Depressive disorders prevalence was estimated in two populations of the elderly (over the age of 70): a) residents of nursing homes, and b) pair-matched controls living in their own homes. Persons with major physical or neurological disorders were excluded. Subjects in the study were persons never treated for depression in the past. The prevalence rate of depressive disorders was found to be high (up to 1/3 of the population). These disorders were over three times more frequent among residents of nursing homes. The frequency of occurrence of depression among the aged persons actively participating in the community life and keeping up more regular family contacts was lower.

Słowa kluczowe: depresja / depresja nie leczona / wiek starszy / występowanie

Key words: depression / untreated depression / the elderly / prevalence

Jednym z najpoważniejszych problemów diagnostycznych i terapeutycznych u chorych w wieku starszym są zaburzenia depresyjne. Rozpowszechnienie depresji w populacji wieku starszego (ponad 65 r.ż.) szacowane jest - w zależności od przyjętych kryteriów - na 13% do 50% [7, 15]. Tak duże zróżnicowanie ocen ma swe źródła m. in. w różnorodności przyjmowanych kryteriów diagnostycznych oraz technik badawczych.

Istotnym czynnikiem wpływającym na ocenę depresji jest uwzględnienie zależności między stanem depresji a występującym u danej osoby deficytem funkcji poznawczych. Ujawniające się objawy otępienne mogą być związane z nasileniem depresji (tzw. *depressive*

pseudodementia) [10] i wraz z jej ustępowaniem mogą ulegać poprawie. Przejściowy rzekomy zespół otępienny może być też niekiedy prekursorem pełnego, klasycznego otępienia [2]. Z drugiej zaś strony, depresja nierzadko towarzyszy procesom otępiennym, np. chorobie Alzheimera [13], a nawet może skutecznie maskować zmiany otępienne [9].

Późny okres życia cechuje się wieloma sytuacjami "utrąty", zarówno w społecznym jak i psychologicznym sensie, co prowadzić może do traktowania przejawów depresji jako "naturalnych" czy oczekiwanych konsekwencji życiowych ograniczeń [10]. Bagatelizowanie - jako oczywistych przejawów starości - obniżenia funkcji pamięci, możliwości uczenia się,

wycofywania się z aktywności, skrócenia snu, poczucia bezradności i beznadziejności, prowadzi może do nierozpoznania depresji i niepodjęcia leczenia, ze wszystkimi tego następstwami, np. wysoką częstością samobójstw w tej grupie wiekowej [12]. Nierzadko sam chory błędnie odczytuje swój stan zdrowia, wysuwając na plan pierwszy swe kłopoty z pamięcią, uwagą i traktując je jako nieuchronne, związane ze starzeniem się - nie szuka pomocy [10].

Znaczny odsetek osób starszych, przebywających w Domach Opieki, wyznacza kolejny interesujący problem związany z depresją. Ograniczenie wcześniejszych, autentycznych kontaktów społecznych na rzecz instytucjonalnych, specyficzny styl życia zbiorowego w takich "homogennych" społecznościach - mimo zapewnienia lepszej opieki profesjonalnej, może sprzyjać zwiększeniu częstości i nasileniu zaburzeń psychicznych, w tym depresyjnych [8].

CEL

W tej pracy podjęliśmy próbę oceny częstości i nasilenia zaburzeń depresyjnych wśród osób starszych, nie leczonych dotychczas z powodu depresji. Badaniami porównawczymi objęliśmy grupę osób powyżej 70 roku życia, żyjących w warunkach instytucjonalnych (w Domu Pomocy Społecznej) oraz grupę osób w tym wieku, mieszkających we własnych domach. Spróbowaliśmy ocenić związek warunków życia oraz wybranych cech demograficznych z częstością występowania depresji u tych osób.

OSOBY BADANE

Wstępnie, badaniem objęto populację składającą się z dwóch grup, każda o liczebności 73 osób, mających od 70 do 99 lat. Grupę pierwszą stanowili mieszkańcy Państwowego Domu Pomocy Społecznej (PDPS), zaś grupę drugą tworzyli dobrani do nich parami pod względem wieku i płci ich znajomi i sąsiedzi, mieszkający we własnych domach. Obie grupy

były porównywalne również pod względem statusu ekonomicznego. Miały też zbliżoną formalną strukturę rodzinną.

U żadnej z osób włączonych do badań nie rozpoznawano wcześniej depresji ani nie prowadzono poprzednio leczenia przeciwdepresyjnego.

METODY

Procedura przygotowawcza i badawcza obejmowała - po uzyskaniu ustnej zgody na uczestnictwo w badaniach - zebranie podstawowych danych klinicznych, demograficznych i społecznych oraz przeprowadzenie oceny internistycznej i neurologicznej.

Celem oceny deficytów poznawczych i psychomotorycznych respondenci wykonywali zestaw dwu testów: *Short Portable Mental State Questionnaire* [11] i *Face-Hand Test* [5]. Oba testy, mimo swej prostoty, w sposób rzetelny i czuły ujawniają zaburzenia psychoorganiczne u osób starszych, dobrze korelując z oceną kliniczną i innymi standardowymi testami poznawczymi [9]. Co więcej, znacznie rzadziej niż inne testy wykazują one fałszywie dodatnie wyniki w przypadku depresji, zaniebdań kulturowych czy postępującego wieku [10]. Wraz z danymi z badań klinicznych, wyniki tych testów były podstawą wyłączenia z grupy badanej 35 osób, wykazujących istotne psychoneurologiczne objawy uszkodzenia mózgu, mimo wcześniejszego braku u nich informacji katamnesticznych na ten temat.

Po tej procedurze grupa badana mieszkańców PDPS zmniejszyła się do 56 osób (15 mężczyzn i 41 kobiet), w wieku średnio 82 ± 7 lat, a grupa mieszkańców własnych domów obejmowała 55 osób (17 mężczyzn i 38 kobiet), w wieku średnio 79 ± 5 lat.

W obrębie grupy drugiej wyróżniono podgrupę 25 osób (7 mężczyzn i 18 kobiet) uczęszczających do lokalnego Klubu Seniora na codzienne przedpołudniowe zajęcia.

Dla oceny nasilenia objawów depresyjnych wykorzystano podstawowe narzędzie w badaniach poznawczych depresji, jakim jest Inwen-

tarz Depresji Becka (*Beck Depression Inventory - BDI*) [4]. Zgodnie z sugestią twórcy skali, w naszych badaniach respondentowi towarzyszyła osoba badająca, która powoli czytała każde ze stwierdzeń obniżając przez to pierwotnie znaczny poziom lęku u osób badanych [3].

Uzyskane wyniki poddano ocenie statystycznej z wykorzystaniem testu Manna-Whitneya oraz testu χ^2 .

WYNIKI

Nasilenie objawów depresyjnych, mierzone w skali Becka, było znamienne większe w grupie pierwszej (mieszkańców PDPS-u) aniżeli w grupie drugiej (osób mieszkających we własnych domach) - odpowiednio: $8,9 \pm 7,4$ punktów (średnia \pm SD) wobec $4,3 \pm 4,7$ punktów, różnica istotna statystycznie $p < 0,001$.

Wśród osób starszych, zamieszkujących we własnych domach, nasilenie depresji było nieco mniejsze u tych, którzy regularnie uczęszczali na zajęcia do lokalnego Klubu Seniora (średnio 3,5 punktów w skali Becka), aniżeli u osób pozostałych (średnio 4,9 punktów). Różnica ta okazała się jednak statystycznie nieistotna.

Odsetki osób z różnym nasileniem depresji przedstawione są w tablicy 1.

Wśród osób liczących ponad 70 lat a nigdy nie leczonych z powodu depresji ani nie obciążonych poważniejszymi schorzeniami somatycznymi lub neurologicznymi - w gru-

pie mieszkańców PDPS było 35.7% respondentów ujawniających znaczne nasilenie depresji (ponad 11 punktów w BDI). W grupie obejmującej mieszkańców własnych domów o zbliżonej charakterystyce socjodemograficznej, tylko u 11.5% osób stwierdzono depresję o takim nasileniu. Różnica między grupami jest istotna statystycznie, $p < 0,001$.

Uwzględnienie w przeprowadzonej analizie porównawczej osób wykazujących lekkie cechy depresji (tj. od 5 do 10 punktów w BDI) nie wpływa na istotność statystyczną różnic między grupami, utrzymując ją na poziomie $p < 0,001$ (73.2% osób z zaburzeniami depresyjnymi w grupie pierwszej, wobec 41.8% w grupie drugiej).

Częstość występowania zaburzeń depresyjnych u osób starszych, zamieszkujących we własnych domach i uczęszczających regularnie do Klubu Seniora w porównaniu z osobami pozostałymi, nie korzystającymi z tej formy aktywności społecznej, wykazuje znaczne różnice (tabl.2).

Fracja osób, u których nasilenie depresji przekracza 10 punktów w BDI jest istotnie mniejsza wśród członków Klubu Seniora niż wśród osób pozostałych (odpowiednio 4% i 16.7%, istotność statystyczna różnicy $p < 0,001$).

Ujawniono również, że na częstość występowania zaburzeń depresyjnych o istotnym nasileniu (tj. ponad 10 pkt. w BDI) nie miały wpływu: wiek, płeć ani poziom wykształcenia

Tablica 1. Nasilenie objawów depresji mierzone Inwentarzem Depresji Becka u mieszkańców Domu Pomocy Społecznej (56 osób) oraz u pozostałych we własnych domach (55 osób).

| Nasilenie depresji [BDI] | Mieszkańcy PDPS [%] | Pozostający w swoich domach [%] | Różnica [test χ^2] |
|--------------------------|---------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 0-4 punkty | 26.8 | 58.2 | $p < 0,001$ |
| 5-10 punktów | 37.5 | 30.9 | n.s. |
| 11-21 punktów | 32.1 | 9.7 | $p < 0,001$ |
| 22 punkty i więcej | 3.6 | 1.8 | $p < 0,001$ |

Tablica 2. Nasilenie objawów depresji mierzone Inwentarzem Depresji Becka w grupie mieszkańców własnych domów nie uczęszczających (30 osób) i uczęszczających (25 osób) do Klubu Seniora.

| Nasilenie depresji [BDI] | Nie uczęszczający do Klubu Seniora [%] | Uczęszczający do Klubu Seniora [%] | Różnica [test chi ²] |
|--------------------------|--|------------------------------------|----------------------------------|
| 0-4 punkty | 60 | 56 | |
| 5-10 punktów | 23.3 | 40 | |
| 11-21 punktów | 16.7 | 0 | p<0,001 |
| 22 punktów i więcej | 0 | 4 | p<0,001 |

osób badanych. Natomiast znamienne częściej występują te zaburzenia u osób starszych rzadziej kontaktujących się z dziećmi, bądź z dalszą rodziną (tabl. 3).

OMÓWIENIE

W badanej populacji osób starszych, nie obciążonych poważnymi schorzeniami somatycznymi i organicznymi, uprzednio nie leczonych przeciwdepresyjnie - ujawniono znaczne rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych. Wśród mieszkańców PDPS wykazano istotnie większe rozpowszechnienie nie leczonych depresji oraz istotnie głębsze ich nasilenie aniżeli wśród osób mieszkających we własnych domach. Uzyskane wyniki stanowią potwierdzenie wcześniejszych badań innych

autorów wskazujących na większe rozpowszechnienie depresji wśród osób starszych - rezydentów instytucji opiekuńczych, aniżeli osób mieszkających w warunkach domowych. Niektórzy autorzy postulują nawet stworzenie odrębnych norm (!?) w psychometrii depresji dla pensjonariuszy domów opieki [6]. W tej zastosowano standardowe narzędzie oceny depresji (BDI), a wyniki przekazano psychiatrze konsultującemu PDPS, w celu ich dalszego wykorzystania.

Wysoka częstość zaburzeń depresyjnych wśród osób starszych, zwłaszcza mieszkańców PDPS, nigdy nie leczonych z tego powodu, wskazuje na niedoszacowanie rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych wśród tych osób. Może również implikować pewną tendencję do ignorowania objawów depresji u

Tablica 3. Korelacje między częstością występowania zaburzeń depresyjnych (o nasileniu większym niż 10 pkt. w BDI) a wybranymi cechami demograficznymi i społecznymi.

| Wybrane cechy społeczno-demograficzne | | Istotność związku [test chi ²] |
|---|--|--|
| Wiek | 70-80 lat ponad 80 lat | n.s. |
| Płeć | kobiety mężczyźni | n.s. |
| Poziom wykształcenia | podstawowe lub niższe ponadpodstawowe | n.s. |
| Częstość kontaktów z dziećmi | do 6x w roku ponad 6x w roku | p<0,005 |
| Częstość kontaktów z innymi członkami rodziny | do 6x w roku ponad 6x w roku | p<0,01 |

osób w podeszłym wieku przez ich otoczenie, w tym również przez personel medyczny. Są to postawy stojące na przeszkodzie rozpoczęcia leczenia takich zaburzeń, które u osób starszych przejawiać się mogą osłabieniem funkcji poznawczych, popędowych, przygnębieniem czy poczuciem bezradności. Obecność takich zaburzeń nie jest bowiem wtedy traktowana jako choroba, a jako stan wynikający ze zmniejszonych możliwości psychospołecznych, fizycznych, ekonomicznych czy też utraty najbliższych. Sytuacja taka może prowadzić do zwiększenia zachorowalności na inne choroby, a nawet do zwiększenia umieralności osób starszych [1].

U osób przejawiających większą aktywność społeczną wykazano mniejsze rozpowszechnienie depresji. Interesująca jest też zaobserwowana w naszych badaniach wzajemna zależność pomiędzy lepszą jakością życia a mniejszym rozpowszechnieniem depresji. Sugerować to może pewną ochronną rolę życia w warunkach nieinstytucjonalnych bądź życia aktywnego z zadowalającymi kontaktami społecznymi i rodzinnymi. Z drugiej strony - stymulowanie takiej aktywności może stanowić ważny czynnik leczniczy i rehabilitacyjny u osób z zaburzeniami depresyjnymi.

WNIOSKI

1. U osób starszych, powyżej 70 roku życia, stwierdzono częste (u ponad 1/3 badanej populacji) występowanie zaburzeń depresyjnych, nigdy poprzednio nie rozpoznawanych i nie leczonych.
2. Ujawniono trzykrotnie częstsze występowanie objawów depresyjnych w populacji osób pozostających pod opieką instytucji opiekuńczej (PDPS).
3. Aktywne zaangażowanie w życie rodzinne i społeczne może odgrywać w stosunku do

zaburzeń depresyjnych rolę zarówno profilaktyczną, jak i rehabilitacyjną.

PIŚMIENNICTWO

1. Abrams R.C., Teresi J.M., Butin D.N.: Depression in nursing home residents. *Clin. Geriatr. Med.* 1992, 8, 309-322.
2. Alexopoulos G.S., Chester J.G.: Outcomes of geriatric depression. *Clin. Geriatr. Med.* 1992, 8, 363-376.
3. Beck A.T., Rush A.J., Emery G.: *Cognitive Therapy of Depression.* The Guilford Press, New York 1979.
4. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J.: An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiat.* 1961, 4, 561-571.
5. Fink M., Green M., Bender M.B.: The Face-Hand Test as a diagnostic sign of organic mental syndrome. *Neurology* 1952, 2, 46-55.
6. Hulstijn E.M., Deelman B.G., de Graaf A., Berger H.: De Zung-12: een vragenlijst voor depressiviteit bij ouderen. *Tijdschr. Gerontol. Geriatr.* 1992, 23, 85-93.
7. Gurland B., Dean L., Cross P., Golden R.: The epidemiology of depression and dementia in the elderly. The use of multiple indicators of these conditions. W: Cole J.O., Barrett J.E. (Red.): *Psychopathology of the Aged.* Raven Press, New York 1980, 37-49.
8. Kramer D.: Dyskusja. W: Cole J.O., Barrett J.E. (Red.): *Psychopathology of the Aged.* Raven Press, New York 1980, 61-62.
9. Krzymiński S.: Depresja i ośpienie odwracalne w podeszłym wieku. *Psychiat. Pol.* 1989, 23, 209-216.
10. Miller N.E.: The measurement of mood in senile brain disease: examiner ratings and self-reports. W: Cole J.O., Barrett J.E. (Red.): *Psychopathology of the Aged.* Raven Press, New York 1980, 97-118.
11. Pfeiffer E.: A Short Portable Mental Status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1975, 23, 433-441.
12. Post F.: *The Significance of Affective Symptoms in Old Age.* Oxford University Press, London 1962.
13. Reifler B.V., Larson E., Teri L., Poulsen M.: Dementia of the Alzheimer's type and depression. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1986, 34, 855-859.
14. Wallace J., O'Hara M.W.: Increases in depressive symptomatology in the rural elderly: results from cross-sectional and longitudinal study. *J. Abnorm. Psychol.* 1992, 101, 398-404.
15. Zerhusen J.D., Boyle K., Wilson W.: Out of the darkness: group cognitive therapy for depressed elderly. *J. Psychosoc. Nurs. Mental Health Serv.* 1991, 29, 16-21.