

## Zaburzenia poznawcze w depresji wieku podeszłego - opis przypadku

*Cognitive disorders in senile depression - a case study*

KRYSTYNA JAŁYŃSKA-KWIATKOWSKA

*Z Poradni Zaburzeń Pamięci w Siedlcach*

**STRESZCZENIE.** *W pracy przedstawiono przypadek zaburzeń poznawczych, które wystąpiły w przebiegu zespołu depresyjnego u pacjenta w wieku podeszłym.*

**SUMMARY.** *A case of cognitive disorders in the course of depressive syndrome in an elderly patient is presented in the paper.*

---

**Słowa kluczowe:** zaburzenia poznawcze / depresja / wiek podeszły

**Key words:** cognitive disorder / depression / old age

---

Depresja jest jedną z dwóch najczęściej występujących chorób psychicznych wieku podeszłego. Różni autorzy oceniają rozpowszechnienie depresji w tym wieku między 10% a 65% [1]. Starzenie się populacji jest, zdaniem licznych autorów, jedną z głównych przyczyn wzrostu liczby osób chorych na depresję. Obraz kliniczny depresji wieku podeszłego (choć jest spotykany również u osób młodszych) wykazuje liczne cechy specyficzne [7]. Zdarza się również, że depresja imituje objawy otępienne lub współistnieje z zespołem otępiennym, a objawy psychopatologiczne obu zespołów nakładają się, co stwarzać może duże trudności diagnostyczne.

Madden i Kiloh [4,5] opisują poważne zaburzenia funkcji poznawczych imitujące otępienie u pacjentów w wieku podeszłym cierpiących z powodu depresji. Dla pacjentów z takim obrazem klinicznym ustępującym po leczeniu przeciwdepresyjnym Madden w 1952 roku wprowadził termin "depresyjne otępienie rzekome" [5]. Roth i Meyers [9] w swoich pracach podkreślali częste występowanie depresji w wieku podeszłym i objawy przywodzące na myśl otępienie. Folstein [2] opisał grupę pacjentów z depresją z poważnymi za-

burzeniami funkcji poznawczych, które poprawiły się po ustąpieniu depresji. Reifler [8] w 1982 roku rozpoznał zaburzenia poznawcze współistniejące z depresją u 19% osób z populacji geriatrycznej, u których wstępnie rozpoznano zespół otępienny.

Prawidłowe rozpoznanie w takich przypadkach jest nie tylko trudne, ale również niezmiernie ważne. Wiąże się bowiem z właściwym postępowaniem terapeutycznym. Często decyduje również o dalszych losach chorego.

### **Opis przypadku**

*Pacjent, lat 65, żonaty, rolnik, wykształcenie podstawowe. Skierowany został do Poradni Zaburzeń Pamięci w Siedlcach przez lekarza rejonowego z rozpoznaniem: "podejrzanie choroby Alzheimer'a". Przed chorobą samodzielnie prowadził gospodarstwo rolne. Należał do mężczyzn zaradnych i pracowitych. Interesował się aktualnymi wydarzeniami w kraju, czytał prasę, oglądał wiadomości telewizyjne. Regularnie chodził do kościoła. Alkohol pił okazyjnie, w niewielkich ilościach, palił około 20 sztuk papierosów dziennie. Nie chorował, w rodzinie nie było chorób psychicznych ani przypadków samobójstw.*

**Obecna choroba** trwała kilka miesięcy i rodzina obserwowała szybkie pogorszenie. Chory przestał interesować się gospodarstwem i rodziną, sprawiał wrażenie, że nie rozumie co się do niego mówi, niechętnie rozmawiał, nie oglądał wiadomości telewizyjnych, przestał chodzić do kościoła. Miał coraz gorszą pamięć, mylił nazwy sąsiednich wsi, nazwiska sąsiadów, zapominał lub mylił imiona wnuków, co irytowało rodzinę, która uważała, że "udaje". Stracił apetyt, miał kłopoty ze snem. Niechętnie ubierał się, przestał dbać o higienę. Zdarzyło się, że wyszedł z domu i nie było go przez kilka godzin. Przeprowadził go znajomy z sąsiedniej wsi. Spotkał chorego na polnej drodze, szedł on bardzo wolno, nie wiedział, jak się tam znalazł ani jak wrócić do domu. Rodzina niechętnie zajmowała się chorym. Syn, który przywiózł ojca do Poradni był zniecierpliwiony jego chorobą i mówił, że "na wsi trzeba ciężko pracować i nie ma czasu na lekarzy".

Lekarz rejonowy, do którego zgłoszono się z powodu pogarszającego się stanu zdrowia, po przeprowadzeniu wywiadu z pacjentem i synem i po pierwszym badaniu, skierował pacjenta do Poradni Zaburzeń Pamięci.

**W czasie pierwszego badania**, pacjent był w obniżonym nastroju, co uwidaczniało się zarówno w rysach twarzy, jak i w całej sylwetce. Był spowolniony. Do gabinetu wszedł wolno, podtrzymywany przez syna. Kontakt słowny nawiązywał niechętnie. Na pytania odpowiadał wolno po długim zastanowieniu, pojedynczymi słowami. Często odpowiadał "nie wiem" lub "nie mam do tego pamięci". Na wiele prostych pytań nie potrafił odpowiedzieć, sprawiając wrażenie, że nie rozumie ich. Orientację w czasie i co do własnej osoby miał w pełni zachowaną. Zaburzona natomiast była orientacja co do miejsca. Nie potrafił powiedzieć, gdzie się znajduje ani na którym piętrze jest Poradnia. Potwierdzał występowanie lęku i myśli samobójczych, ale nie chciał o tym mówić. Spuścił głowę i rozplakał się.

Szybko męczył się przy wykonywaniu zadań testowych i rezygnował z ich wykonywania. W

teście Mini Mental State uzyskał wynik 18 punktów, w skali depresji Hamiltona 42 punkty. W badaniu psychologicznym testami organicznymi uzyskał wyniki sugerujące zmiany organiczne w o.u.n.

**Badania laboratoryjne.** Badanie EEG i tomografii komputerowej nie wykazały odchyleń od stanu prawidłowego. Badanie EKG wykazało zapis prawidłowy, bez cech zmian mięśniowych. Badanie radiologiczne klatki piersiowej, oprócz wzmożonego rysunku płucnego, zmian patologicznych nie wykazało. Pulmonolog stwierdził przewlekły nieżyt oskrzeli, typowy dla palacza papierosów. W badaniach laboratoryjnych wszystkie wyniki, oprócz OB, które wynosiło 100, były prawidłowe.

**Konsultacja.** Urolog rozpoznał zapalenie gruczołu krokowego, które najprawdopodobniej było przyczyną wysokiego OB.

**Postępowanie.** Objawy, które pacjent ujawniał, szczególnie wywiad od syna i wstępna diagnoza lekarza rejonowego, sugerowały rozpoznanie zespołu otępiennego, ale równie wyraźnie występowały objawy zespołu depresyjnego. Dlatego pacjent rozpoczął kurację trójpierścieniowym lekiem przeciwdepresyjnym (imipraminą) w dawce stopniowo zwiększającej się do 200 mg na dobę.

W wyniku zastosowanego leczenia, stan psychiczny pacjenta ulegał stopniowej, ale wyraźnej poprawie. Pacjent na wizyty zaczął przyjeżdżać sam. Nastąpiła wyraźna poprawa nastroju, kontakt słowny nawiązywał chętnie, był prawidłowo zorientowany, sam chodził na wszystkie, odległe od Poradni konsultacje i badania, chętnie współpracował z lekarzem, ustąpił lęk, myśli samobójcze, poprawiła się pamięć. Zaczął dbać o swój wygląd, interesować się rodziną, oglądał wiadomości telewizyjne i czytał prasę. Zaczął chodzić do kościoła. Pomagał też synowi w gospodarstwie, ale nie prowadził już gospodarstwa samodzielnie. Wyraźnie poprawił się apetyt i sen.

Pacjent otrzymuje obecnie podtrzymujące dawki imipraminy 50 mg, przyjmując lek w jednorazowej dawce wieczornej. W badaniach

kontrolnych testem *Mini Mental State* uzyskał 29 punktów. Zadania testowe wykonywał swobodnie i chętnie. W skali depresji Hamiltona uzyskał 9 punktów. Nadal pozostaje pod opieką Poradni Zaburzeń Pamięci i urologa.

## OMÓWIENIE

Pacjent skierowany został do Poradni Zaburzeń Pamięci z podejrzeniem choroby Alzheimera. Wywiad i pierwsze badanie pacjenta ujawniały wyraźne cechy zespołu otępiennego. Wyraźne zaburzenia pamięci, epizod błędzenia, niezaradność, brak zainteresowania rodziną, wycofanie społeczne, niski wynik w teście *Mini Mental State*. Pacjent przejawiał jednak również objawy zespołu depresyjnego: mocno obniżony nastrój, spowolnienie, myśli samobójcze, lęk, zaburzenia snu i apetytu, wysoki wynik na skali depresji Hamiltona.

Prawidłowe wyniki badań EEG i tomografii komputerowej oraz wyraźna poprawa stanu psychicznego po zastosowaniu leczenia przeciwdepresyjnego z ustąpieniem objawów sugerujących zespół otępienny potwierdzały rozpoznanie zespołu depresyjnego.

Niejasny jest mechanizm rezygnacji z samodzielnie prowadzenia gospodarstwa, chociaż pacjent powrócił do aktywności zawodowej. Można to wprawdzie oceniać jako utrzymujące się, resztkowe objawy depresji, ale również jako prawo zwyczajowe wsi. W czasie choroby pacjenta prowadzenie gospodarstwa przejął dorosły syn. Prawdopodobnie choroba ojca przyspieszyła fakt przejścia gospodarstwa przez syna. Trudnością w prawidłowej ocenie jest zupełny brak kontaktu i współpracy rodziny z lekarzem.

Przedstawiony przypadek depresji można rozpatrywać jako depresję objawową, wywołaną zapaleniem gruczołu krokowego. Przemawia za tym fakt, że poprzednio pacjent nie chorował, a obie choroby wystąpiły prawdopodobnie równocześnie. Choroby somatyczne mogą być przyczyną depresji w każdym wieku, ale w wieku podeszłym znacznie częściej niż u młodszych pacjentów. Znacznie częściej

też jest to depresja z nakładającymi się objawami imitującymi otępienie. Z uwagi na ujawnione w testach psychologicznych zmiany organiczne w o.u.n. można rozpatrywać ten przypadek jako depresję ze zmianami organicznymi wyzwoloną przez proces zapalny lub jako depresję poprzedzającą zespół otępienny.

Kral i Emery [3] w 1989 roku zbadali 44 mężczyzn (o średniej wiekowej 76,5 lat) z szybkim początkiem spadku zainteresowań, spowolnieniem, spadkiem koncentracji, zaburzeniami pamięci i orientacji współlistniejącymi z ciężką depresją charakteryzującą się obniżoną samoocena, poczuciem winy, myślami samobójczymi i brakiem apetytu. Chociaż wszyscy badani dobrze zareagowali na leczenie środkami przeciwdepresyjnymi poprawą funkcji poznawczych i objawów depresji w ciągu następnych 8 lat u 89% badanych wystąpił zespół otępienny typu Alzheimera.

Z uwagi na te wątpliwości trudno jest określić jednoznacznie jaka jest to postać depresji i co było przyczyną jej wystąpienia.

Głównym problemem w diagnozowaniu chorych w wieku podeszłym jest rozpoznanie starości lub zespołu otępiennego w przypadku gdy rzeczywiście występuje depresja. Post [6] na podstawie doświadczenia klinicznego z pacjentami geriatrycznymi, jak również na podstawie kilku badań pacjentów w wieku podeszłym z depresją stwierdził, że nawet doświadczeni klinicyści w czasie pierwszych badań mają czasem trudności z prawidłową diagnozą.

Właściwe rozpoznanie jest niezmiernie ważne. Stwierdzenie starości lub otępienia może prowadzić do zaniechania leczenia, leczenia niewłaściwego lub do oddania chorego do domu opieki, podczas gdy depresja stosunkowo często po prawidłowym leczeniu przeciwdepresyjnym daje poprawę pozwalającą na powrót do normalnego, aktywnego życia.

## PIŚMIENNICTWO

1. Epstein L.J.: Depression in the elderly. *J. Geront.* 1976, 3, 278-282.

2. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R.: "Mini Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiat. Res.* 1975, 12, 189-198.
3. Katona C.L.E.: Depression in old age. John Wiley & Sons, 1994, 3-5.
4. Kiloh L.G.: Pseudodementia. *Acta Psychiatr. Scand.* 1961, 37, 336-351.
5. Madden J.J., Luhan J.A., Kaplan L.A., Manfred H.M.: Nondementing psychosis in older persons. *J. Am. Med. Assoc.* 1952, 150, 1567-1570.
6. Post F.: Dementia, depression and pseudodementia. W: Benson D.F., Blumer D. (eds.): *Psychiatric Aspects of Neurologic Disease*. Grune and Stratton, New York 1975.
7. Pużyński S.: Depresje. PZWL, Warszawa 1988, 349-351.
8. Reifler B.V., Larson E., Hanley R.: Coexistence of cognitive impairment and depression in geriatric outpatients. *Am. J. Psychiatry* 1982, 139, 623-626.
9. Roth M., Myers D.H.: The diagnosis of dementia. *Br. J. Psychiatry Special Publication* 1975, 9, 87-99.

*Adres: Lek. Krystyna Jałyńska-Kwiatkowska, Poradnia Zaburzeń Pamięci,  
ul. Warszawska 1, 08-110 Siedlce*