

Psychogeriatrya: zagadnienia kliniczne

Iwona Kłoszewska

Starzenie się jest procesem nieuniknionym, wszechobecnym, dotyczącym wszystkich przedmiotów i organizmów żywych. Świadomość tego faktu, jego konsekwencji dla pacjenta jest niezbędna lekarzowi, który będzie stykać się coraz częściej, niezależnie od specjalności, z chorymi w podeszłym wieku. Coraz więcej pacjentów przyjmowanych przez psychiatrów to osoby powyżej 65 r.ż., co oczywiście wynika z występującego obecnie zjawiska demograficznego polegającego na starzeniu się populacji. Edukacja żadnego psychiatry nie będzie pełna bez znajomości przebiegu i obrazu klinicznego zaburzeń psychicznych, specyfiki farmakoterapii, reakcji niepożądanych i interakcji lekowych w przebiegu leczenia osób starszych.

U osób w podeszłym wieku wiele zaburzeń psychicznych pozostaje niezauważonych, błędnie rozpoznanych lub zlekceważonych. Wynika to zarówno z ich innego przebiegu niż u młodszych osób, jak i w dużej mierze braku odpowiednich kompetencji lekarzy. Takie sytuacje są zawsze przyczyną cierpienia niepotrzebnego, gdyż możliwego do uniknięcia. Postawę lekarzy zajmujących się chorymi w podeszłym wieku niejednokrotnie cechuje ageizm, myślenie nasycone stereotypami, wynikającymi z wyobrażeń o ostatnim okresie życia, własnych lęków, poczucia niekompetencji i niechęci wobec starego człowieka.

Stereotypy utrudniają podjęcie właściwych decyzji diagnostycznych dotyczących pacjenta w podeszłym wieku, np. „też miałbym depresję, gdybym był stary i chory”, „lekarstwa jej nie pomogą i mogą tylko zaszkodzić”, „ten chory jest zbyt stary, by go leczyć” itp.

Czynniki determinujące różnice między zaburzeniami psychicznymi u osób w podeszłym wieku a zaburzeniami we wcześniejszych okresach życia

Ocena stanu psychicznego osoby w podeszłym wieku musi uwzględniać jego sytuację społeczną. Zrozumienie roli pełnionej przez osoby starsze w rodzinie i społeczności jest niezbędne do zrozumienia jej zachowania. Senior może być niezależny, mieszkać z rodziną lub w domu opieki. Znalezienie się w placówce pozbawia go prywatności i jest wyzwaniem dla zachowania godności i niezależności. Opieka w domu nad niesprawnym fizycznie, często również psychicznie i intelektualnie członkiem rodziny jest obciążeniem emocjonalnym i finansowym, z którym opiekunowie nie zawsze dobrze sobie radzą. Lekarz prowadzący cierpiącego na zaburzenia psychiczne chorego w podeszłym wieku musi w planie terapeutycznym wziąć pod uwagę kondycję psychiczną opie-

kuna, jego wydolność i odporność na obciążenia wynikające z opieki.¹

Wiek sam w sobie nie jest czynnikiem ryzyka złego rokowania. W starości mechanizmy radzenia sobie pozostają takie same, jak we wcześniejszych okresach życia.² Przejście na emeryturę jedynie w połączeniu z innymi czynnikami (zły stan zdrowia, zła sytuacja materialna) jest czynnikiem ryzyka zaburzeń psychicznych. Owdowienie w podeszłym wieku rzadziej jest przyczyną depresji niż we wcześniejszym okresie życia.³ Pacjenci powyżej 85 r.ż. stanowią coraz liczniejszą szczególną kategorię, którą charakteryzuje narażenie na izolację społeczną, choroby somatyczne, kruchość fizyczna (frailty).⁴

Do chorób somatycznych wpływających ujemnie na sprawność funkcji poznawczych należą przewlekłe choroby układu krążenia, stany po zabiegach kardiochirurgicznych, cukrzyca, przewlekła obturacyjna choroba płuc i nadciśnienie tętnicze. Ponadto współistniejące choroby somatyczne istotnie wpływają na obraz i przebieg zaburzeń psychicznych, utrudniając ich leczenie, a przede wszystkim są powodem stosowania leków, które z jednej strony mogą wpływać niekorzystnie na nastrój i funkcje poznawcze, z drugiej wchodzić w interakcje z lekami psychotropowymi. Każdą decyzję terapeutyczną psychiatry powinna poprzedzać staranna analiza przyjmowanych przez chorego leków, a niejednokrotnie wskazana jest konsultacja z internistą lub kardiologiem leczącym pacjenta celem ustalenia ewentualnych przeciwwskazań do włączenia leku psychotropowego (np. inhibitora cholinesterazy u pacjenta z bradykardią).

Ocena stanu psychicznego chorego w podeszłym wieku

Przy ocenie stanu psychicznego chorego w podeszłym wieku konieczne jest uwzględnienie jego ograniczeń motorycznych,

zaburzeń wzroku, słuchu, często zmniejszonej sprawności funkcji poznawczych. Zasady i zalecenia dotyczące prowadzenia badania psychiatrycznego można podsumować następująco:

- badanie chorego należy zawsze uzupełnić o wywiad od osób z najbliższego otoczenia;
- idealnym miejscem do przeprowadzenia badania jest mieszkanie chorego;
- sposób rozmowy z chorym powinien uwzględniać jego podmiotowość i wyrażać szacunek dla wieku, należy przy tym unikać tonu paternalistycznego;
- obowiązuje pełne badanie internistyczne, neurologiczne, odpowiedni zakres badań laboratoryjnych, na ogół konieczne są obrazowe badania mózgu. Szczególnej uwadze podlega zawsze ocena funkcji poznawczych, poziom funkcjonowania pacjenta i jego samodzielność. Należy pamiętać, że dla chorego badanie funkcji poznawczych, ocena pamięci to sytuacja trudna, przypominająca egzamin i budząca lęk. Pacjenci boją się kolejnych wizyt u lekarzy zadających zbyt wiele pytań o datę, wiek itp. Poza tym osoby ze słabą sprawnością szybko się męczą, dlatego badania funkcji poznawczych (FP) nie należy zostawiać na koniec badania. Pytania oceniające FP dobrze zadawać w czasie całego badania. Odpowiedzi chorego dotyczące danych biograficznych, historii choroby lub aktualnego funkcjonowania mogą dostarczyć wielu informacji potrzebnych do oceny sprawności pamięci i ewentualnego otępienia.

Testy przeglądowe (m.in. MMSE, test zegara) służą do identyfikacji chorych wymagających dalszej diagnostyki, nie są natomiast narzędziem do rozpoznawania otępienia.

Ocena nastroju i zagrożenia samobójstwem to kolejne elementy, o których nie wolno zapominać w czasie kontaktu z chorym w podeszłym wieku.

Otępienie

Wraz z wiekiem sprawność intelektualna człowieka pogarsza się. Zakres i głębokość tych zmian pozostaje tematem dyskusji, a liczne badania przynoszą wciąż nowe wyniki.⁵ W najnowszym badaniu prospektywnym w badanej trzykrotnie w ciągu 10 lat populacji wykazano, że pogorszenie niektórych FP rozpoczęło się już u osób w średnim wieku.⁶

Powszechnie uważa się, że istnieje stadium poprzedzające kliniczne objawy otępienia w chorobie Alzheimera lub otępienia naczyniopochodnego, określane jako łagodne zaburzenia poznawcze (mild cognitive impairment, MCI). Można je rozpoznać wyłącznie na podstawie oceny klinicznej lub dodatkowo jeszcze oceny psychometrycznej.⁷

Podjęcie kliniczne polega na zastosowaniu częściowo ustrukturuwanego wywiadu z badanym i jego opiekunem pozwalającym na zgromadzenie informacji o nasileniu objawów u pacjenta. Tego typu informacje umożliwiają zakwalifikowanie stanu pacjenta do jednego ze stadiów definiowanych przez główne, najczęściej stosowane narzędzia kliniczne jak Clinical

Dementia Rating Scale (CDR)⁸ i Global Deterioration Scale (GDR).⁹ W określanym jako „wątpliwe otępienie” CDR stadium 0,5 stan badanego opisywany jest jako „konsekwentna skłonność do zapominania”, jednocześnie badany jest „w pełni zorientowany, ale mogą u niego występować dyskretne zaburzenia dotyczące lokalizacji wydarzeń w czasie”. W zakresie funkcjonowania osoby w stadium CDR 0,5 cechują się „nieznacznymi trudnościami w rozwiązywaniu problemów”, ale „są w pełni zdolne do samodzielnego funkcjonowania”.

Również GDS opisuje stadium – GDS stadium 3 – dla którego początkowo stosowano określenie MCI. W tym stanie chory wykazuje „najwcześniejsze deficyty”. Może wystąpić „zmniejszona sprawność w zakresie bardziej skomplikowanych zadań w pracy i w sytuacjach społecznych” oraz „obiektywne przejawy zaburzeń pamięci ujawniane są jedynie przy bardzo intensywnym badaniu”. Na przykład badany „może zgubić się w czasie podróży w nieznanym otoczeniu” lub współpracownicy mogą zorientować się, że badany gorzej wykonuje swoje obowiązki. GDS 3 obejmuje węższy zakres zaburzeń niż CDR 0,5, w którym mieszczą się zarówno chorzy z MCI, jak i łagodnym otępieniem.⁷

Subiektywne zaburzenia poznawcze (subjective cognitive impairment, SCI) lub skargi na zaburzenia pamięci to zjawisko spotykane niezwykle często. Dotyczy ono, w zależności od definicji i metod badawczych 25-56% osób po 65 r.ż. Wydaje się zależne od wieku, natomiast wraz z narastaniem otępienia ich nasilenie maleje. Szczególnie dużą częstość SCI zaobserwowano u chorych cierpiących na depresję. W badaniach obserwacyjnych w populacji osób zdrowych bez otępienia wykazano, że SCI mogą być stadium poprzedzającym rozwój MCI i otępienia.¹⁰

Choroba Alzheimera (Alzheimer's disease, AD) to najczęstsza przyczyna otępienia. Nie należy jednak rutynowo przyjmować, że każdy chory z otępieniem cierpi na AD. Ustalenie właściwego rozpoznania wymaga dokładnego wywiadu, należy pamiętać o występujących również w późnym okresie życia uzależnieniach, które mogą być przyczyną zaburzeń poznawczych o trwałym lub przemijającym charakterze i różnym nasileniu. Ocena stanu somatycznego, w tym obecności zaburzeń metabolicznych, ustalenie wskazań do profilaktyki miażdżycy obowiązuje niezależnie od rozpoznania AD czy otępienia naczyniopochodnego.

Podstawowym pytaniem, na które musi znaleźć odpowiedź lekarz w konfrontacji z chorym z objawami otępienia, to ustalenie, czy są u niego wskazania i przeciwwskazania do stosowania inhibitora cholinesterazy. Zgodnie z obowiązującymi zasadami leki te należy podawać we wszystkich przypadkach rozpoznania AD. Zgodnie z rejestracją zalecane są przede wszystkim we wczesnym i umiarkowanym otępieniu. W Stanach Zjednoczonych donepezyl zarejestrowano do leczenia głębokiego otępienia, w Polsce przy refundacji inhibitorów cholinesterazy nie bierze się pod uwagę głębokości otępienia.

Otępienie z ciałami Lewy'ego (dementia with Lewy bodies, DLB) jest rozpoznaniem zbyt rzadko brany pod uwagę. Błędy diagnostyczne prowadzą do pochopnego włączania leków przeciwpsychotycznych w związku z występującymi u chorych omamami, urojeniami i niepokojem. Charakterystyczna dla DLB nadwrażliwość na tę grupę leków prowadzi do masywnych objawów pozapiramidowych, skutkiem może być nawet zgon. Rutynowym obowiązkiem psychogeriatry jest zaopatrzenie chorego z rozpoznaniem DLB w zaświadczenie o leczeniu z listą zakazanych leków (nie tylko neuroleptyków, ale także innych leków wywołujących objawy parkinsonowskie, np. metoklopramidem). W otępieniu w chorobie Parkinsona z psychozą inhibitory cholinesterazy są lekami z wyboru.

Zaburzenia psychotyczne

Stwierdzenie objawów psychotycznych u pacjenta w podeszłym wieku to dopiero początek procesu diagnostycznego. Mogą one występować w wielu różnych zaburzeniach, takich jak:

- schizofrenia i pokrewne psychozy (schizofrenia o późnym początku, psychoza schizoafektywna, zaburzenie urojeniowe),
- zaburzenia nastroju (choroba afektywna jedno- i dwubiegunowa),
- otępienie (choroba Alzheimera, otępienie naczyniopochodne, choroba Parkinsona, choroba Picka, zakażenie HIV, otępienie toksyczne, pourazowe),
- majaczenie (związane z chorobą somatyczną, zatruciem, zespołem abstynencyjnym).

Pewne treści urojeń uznano za typowe dla chorych w podeszłym wieku: przekonanie o ingerencji spoza ściany, podłogi, sufitu, istnieniu lokatora-fantomu, urojenia okradania, porzucenia przez opiekuna, urojeniowe błędne identyfikacje. Niektóre z nich częściej występują w psychozach w przebiegu otępienia, inne w psychozach schizofrenicznych, ale nie ma to waloru różnicującego.

Schizofrenia

Schizofrenia jest chorobą ludzi młodych. U kobiet pierwsze objawy występują średnio w 24, a u mężczyzn w 19 r.ż. Zachorowania po 40 r.ż. dotyczą 15% chorych, po 50 r.ż. – 7%, jeszcze później po raz pierwszy objawy schizofrenii występują u 3% chorych.¹¹ Liczba chorych na schizofrenię wydaje się zmniejszać z wiekiem z powodu przedwczesnych zgonów, związanym z wiekiem łagodniejszym obrazem psychozy i udokumentowanym „zdrowieniem”. U 46-68% chorych obserwuje się wyzdrowienie lub znaczną poprawę, jedynie u 18% ciężkie zejście. Zwykle po 5-10 latach choroby następuje plateau nasilenia objawów.¹²

W miarę trwania choroby maleje liczba i nasilenie objawów pozytywnych, nasileniu ulegają objawy negatywne. U chorych w podeszłym wieku rokowanie w schizofrenii o wczesnym początku jest zależne od płci: u starszych kobiet zejście schizo-

frenii jest gorsze niż u mężczyzn (utrata ochronnego działania estrogenów?).

W przypadkach rozpoczynających się po 45 r.ż. choroba występuje 2-10-razy częściej u kobiet. Charakteryzuje się typowymi objawami pozytywnymi, na ogół o mniejszym nasileniu niż u młodszych chorych. Objawy negatywne i zaburzenia myślenia obserwowane są rzadziej niż w postaciach o wczesnym początku.¹³ Opisano nieliczne czynniki predysponujące, takie jak izolacja i zaburzenia słuchu.¹⁴

Depresja

Częstość dużej depresji maleje z wiekiem i wynosi około 1-5%, częstość objawów depresyjnych utrzymuje się na tym samym poziomie (15-18%).¹⁵ Obecność objawów depresyjnych obniża jakość życia, przyczynia się do niepełnosprawności, pogarsza rokowanie w chorobach somatycznych, podnosi koszt ich leczenia.

Rozpoznanie depresji u osoby w podeszłym wieku może być trudne, gdy objawy są liczne, nieswoiste i pochodzą z różnych organów (np. zaparcia, bóle, bezsenność, zmęczenie). Chorzy depresyjni koncentrują się niekiedy bardziej na lęku niż smutku. Do najczęściej zgłaszanych przez starsze osoby cierpiące na depresję skarg należą:¹⁶

- uporczywy ból (np. głowy, pleców, brzucha),
- pobudzenie,
- apatia, wycofanie,
- liczne nieswoiste skargi somatyczne,
- utrata wagi, apetytu,
- nadmierna niesprawność,
- lęk,
- zaburzenia pamięci i koncentracji,
- szybkie męczenie się,
- zaburzenia snu: bezsenność, nadmierna senność w ciągu dnia,
- trudności interpersonalne,
- zaburzenia seksualne.

Niektórzy chorzy, zwłaszcza mężczyźni, traktują choroby psychiczne jako stygmatyzację i sprzeciwiają się rozpoznaniu depresji. Utrata funkcjonowania to ważny element wynikający z zaburzeń depresyjnych w geriatrici. Nasilenie objawów może powodować tak znaczne upośledzenie funkcjonowania, że chory nie jest w stanie wstawać z łóżka. Bezradność, negatywizm, zależność od innych osiągają poziom psychozy. Obraz chorego może nie różnić się od obserwowanego w ciężkiej chorobie somatycznej. W starszych badaniach podkreślano różnice w obrazie klinicznym depresji u osób w podeszłym wieku i młodszych, natomiast w nowszych badaniach, posługując się kryteriami diagnostycznymi DSM, wykazano, że osiowe objawy depresji są w obu grupach równie częste – u starszych chorych mogą być po prostu ukryte pod wymienionymi wcześniej skargami.¹⁷ Trudności diagnostyczne są szczególnie duże, gdy objawy, takie jak bezsenność, utrata energii, apetytu,

ciężaru ciała mogą być przypisane współistniejącej lub niewyjaśnionej chorobie somatycznej.

Depresja wieku podeszłego często współistnieje z chorobami somatycznymi, takimi jak udar, nowotwór, przewlekłe choroby płuc, choroba Parkinsona, choroby układu krążenia.¹⁸ Depresja często pojawia się u chorych po zawale mięśnia sercowego, zwiększając śmiertelność. Leki stosowane w terapii chorób somatycznych mogą niekorzystnie wpływać na nastrój, należą do nich kortykosterydy, leki przeciwnowotworowe, przeciwparkinsonowskie, metoklopramid, interferon alfa i inne. Z drugiej strony objawy depresji mogą być objawem choroby somatycznej, częstszego pozornie nieuzasadnionego korzystania z usług pomocy zdrowotnej, niestosowania się do zaleceń związanych z chorobami somatycznymi. Rokowanie jest ściśle powiązane z czynnikami biologicznymi towarzyszącymi depresji (podkorowe zmiany w istocie szarej), poziomem funkcjonowania i siecią wsparcia społecznego.¹⁹

U 20-45% hospitalizowanych z powodu depresji osób w podeszłym wieku objawy są bardzo nasilone, z towarzyszącymi urojeniami, rzadziej omamami. Częstość depresji psychiatrycznej rośnie wraz z wiekiem.²⁰ Urojenia winy, grzeszności nie różnią się niczym od występujących we wcześniejszych okresach życia. Natomiast typowe dla wieku późnego są przekonania o niefunkcjonowaniu narządów wewnętrznych, ciężkiej chorobie wyniszczającej organizm, zaprzestaniu oddawania moczu lub stolca. W skrajnym przypadku urojeń nihilistycznych pacjent z pełnym przekonaniem twierdzi, że nie żyje, już nie istnieje. Obraz depresji psychiatrycznej może powtarzać się w kolejnych epizodach lub pojawić się w kolejnym epizodzie choroby afektywnej przebiegającej wcześniej bez objawów psychiatrycznych.

Samobójstwo

Samobójstwo jest zjawiskiem występującym w populacji geriatrycznej dwukrotnie częściej niż w populacji ogólnej. Na świecie w ostatnim dziesięcioleciu obserwuje się odwrócenie lub zatrzymanie tendencji wzrostowej liczby dokonanych samobójstw przez osoby w podeszłym wieku.²¹ Wraz ze starzeniem zmniejsza się liczba podejmowanych prób samobójczych, rośnie natomiast ich skuteczność. Charakterystyka demograficzna ofiar skutecznych samobójstw różni się od cech niedoświadczonych ofiar. Sześćdziesiąt procent tych pierwszych stanowią mężczyźni, prawie 75% nieskutecznych samobójstw podejmują kobiety. Również sposoby różnicują obie grupy – samobójcy używają broni palnej, wieszają się, ofiary prób nieskutecznych najczęściej zażywają leki lub podcinają żyły. W podeszłym wieku próby samobójcze podejmowane są starannie, z determinacją, niekiedy w sposób uniemożliwiający stwierdzenie, że śmierć miała charakter samobójczy, np. odstawienie niezbędnego leku (insuliny, leków nasercowych), spowodowanie wypadku drogowego.

Popularnym stereotypem dotyczącym okresu starości jest przekonanie, że myśli samobójcze, poczucie beznadziejności są nieodłącznymi elementami starzenia się. Nie potwierdzają tego badania, w których wykazano, że myśli samobójcze i poczucie braku nadziei stwierdzono jedynie u 0,7-4% zdrowych psychicznie osób w podeszłym wieku.²²

Depresja jest czynnikiem ryzyka samobójstwa, którego znaczenie wzrasta z wiekiem. Jest najczęstszym rozpoznaniem wśród ofiar samobójstwa w grupie starszych osób. Inne czynniki ryzyka to wiek, płeć męska, rasa biała, izolacja społeczna, samotność, zły stan zdrowia (przewlekła choroba) lub przekonanie o poważnej chorobie. Zespoły utraty zdrowia, roli społecznej (np. przejście na emeryturę), niezależności, związków, lęk przed instytucjonalizacją to kolejne czynniki sprzyjające podjęciu decyzji o samobójstwie.²²

Mania

Obraz kliniczny manii w podeszłym wieku nie różni się od obrazu spotykanego we wcześniejszym okresie życia. Wystąpienie manii po raz pierwszy u starszego chorego może być przejawem uszkodzenia mózgu lub toczącego się ogólnoustrojowego procesu chorobowego. „Mania objawowa” dotyczy około 25% hospitalizowanych chorych w podeszłym wieku z objawami manii i jest to zdecydowanie wyższy wskaźnik niż wśród osób młodszych.²³ Szczególnym wyzwaniem diagnostycznym jest stan maniakalny u chorego z objawami otępienia. Taki chory może być zdezorientowany, pobudzony, inkoherentny w wypowiedziach i rozpoznanie manii może nie zostać postawione.

Zaburzenia lękowe

Zaburzenia lękowe to jedno z najczęstszych zaburzeń psychicznych u osób po 65 r.ż. Częstość, z jaką występują, różni się istotnie między płciami: wśród mężczyzn wynosi 3,6%, wśród kobiet – 6,8%. Najczęstsze są fobie. Napady paniki charakteryzuje częsta współchorobowość z chorobami somatycznymi, np. astmą, co odpowiada za trudności diagnostyczne. Pourazowe zaburzenie stresowe jest szczególnym problemem weteranów wojennych.

Zasady psychofarmakoterapii w geriatryi

Polekowe objawy niepożądane występują siedem razy częściej w grupie wiekowej między 70 a 79 r.ż. niż między 20 a 29 r.ż.²⁴ Jedna szóstka wszystkich hospitalizacji osób powyżej 70 r.ż. przypisywana jest działaniom niepożądanym leków. W młodszej części populacji działania niepożądane są przyczyną jedynie 1 na 35 przyjęć do szpitala. Zmieniona wrażliwość na leki psychotropowe związana jest z postępującymi z wiekiem zmianami strukturalnymi i czynnościowymi w mózgu, zmniejszającą się sprawnością organizmu w metabolizowaniu i wydala-

niu leków oraz powszechną polifarmakoterapią. Następstwem, oprócz objawów toksycznych, może być brak oczekiwanej skuteczności mimo właściwie dobranych leków.

Mimo tak dużej wrażliwości starszych pacjentów na działanie leków badania kliniczne prowadzone są na ogół u chorych do 60 r.ż. Również stan zdrowia kwalifikowanych do badań uczestników dobierany jest na zasadzie eliminacji osób obciążonych chorobami somatycznymi. Nie oddaje to realnych warunków prowadzenia terapii.

Chociaż starsi chorzy wymagają stosowania mniejszych dawek leków niż młodszy, sam wiek nie jest podstawą do modyfikacji dawek. Osobnicze różnice między poszczególnymi chorymi w podeszłym wieku są większe niż różnice między grupami pacjentami w młodym i podeszłym wieku. Należy zawsze uwzględniać indywidualne cechy chorego, takie jak czynność układu krążenia i nerek, oraz uwarunkowane genetycznie i nabyte różnice w składzie ciała i metabolizmie leków razem z cechami fizykochemicznymi leku.

Identyfikacja działań niepożądanych wymaga ich różnicowania z objawami chorobowymi i, co oczywiste, powinna prowadzić do odstawienia odpowiedzialnego leku, a nie uruchamiać kaskady włączania kolejnych na pojawiające się objawy niepożądane, np. po włączeniu leku przeciwpsychotycznego pojawiają się objawy pozapiramidowe, w wyniku konsultacji neurologicznej pacjent otrzymuje preparat L-dopy, po czym rozwijają się zaburzenia świadomości, po włączeniu benzodiazepiny (!) narastają objawy majaczenia.

Obok racjonalnej farmakoterapii, należy zadbać o dobrą współpracę pacjenta i jego rodziny w zakresie stosowania się do zaleceń.²⁵ Niestosowanie się do zaleceń i nieregularne przyjmowanie leków to problem, którego częstość wzrasta wraz z wiekiem chorego. Częste objawy niepożądane i ich nasilenie, zaburzenia poznawcze, upośledzenie słuchu, zbyt częste dawkowanie leku to kolejne przyczyny niestosowania się do zaleceń.

Zasady dotyczące leczenia chorych w podeszłym wieku można podsumować następująco:²⁶

1. Rozważ, czy wprowadzenie leku jest konieczne.
2. Poznaj właściwości farmakologiczne leku u chorych z poszczególnych przedziałów wiekowych.
3. Poznaj profil objawów niepożądanych leku w kontekście innych leków i chorób pacjenta.
4. Wybierz dawkę początkową i uważnie dostosuj (dawki często powinny być mniejsze u starszych chorych).
5. Wybierz najkorzystniejszą ekonomicznie opcję terapeutyczną.
6. Ustal jasne i osiągalne cele leczenia.
7. Monitoruj objawy niepożądane – ważną przyczynę zaburzeń stanu zdrowia w geriatрії.
8. Powoli zmniejszaj dawki, by przeciwdziałać/minimalizować ryzyko zespołów odstawiennych (jeśli mogą wystąpić).
9. Regularnie rewiduj konieczność przewlekłego stosowania leku i odstaw zbędne.

10. Oceń, czy nie doszło do pominięcia/odstawienia istotnego leku (niezbędnego z powodu ustalonych rozpoznania).

11. Oceń stosowanie się do zaleceń, uprość schemat leczenia, jeśli możliwe, rozważ wprowadzenie ułatwień.

Podsumowanie

Najszybciej powiększającą się grupą wiekową jest populacja powyżej 85 r.ż, którą charakteryzują liczne choroby, niesprawność motoryczna, upośledzenie słuchu i wzroku oraz ograniczona sprawność poznawcza. Rozpoznanie i leczenie zaburzeń psychicznych u takich chorych wymaga kompetencji przekraczających wykształcenie przeciętnego psychiatry. W wielu państwach psychogeriatría jest odrębną specjalizacją kliniczną. Destrukcyjność polskiego systemu opieki zdrowotnej, z jaką mamy do czynienia w ostatnim okresie, spowodowała, że poziom zaniedbania zdrowia osób w podeszłym wieku postępuje i niezmiernie rzadko dopiero przy okazji procesu diagnostycznego zaburzeń psychicznych zostaje oceniony ogólny stan zdrowia chorego. Beztroskie lekceważenie objawów rozpoczynającego się otępienia lub narastającej depresji przypisywanych w starości kontrastuje z agresywną terapią podejmowaną w sytuacjach, kiedy przewlekłe choroby ulegają zaostrzeniu w stopniu stanowiącym zagrożenie życia. W efekcie obniżeniu ulega jakość życia człowieka w ostatniej fazie, a z drugiej strony pacjent bywa przed śmiercią narażony na niepotrzebne cierpienie.

Piśmiennictwo

1. Casey DA. Management of the Patient In Geriatric Psychiatry. W: Psychiatry Third Edition 2008, vol 2, 2549-2562. Ed. Tasman A, Kay J, Lieberman JA, Firdt MB, Maj M. Wiley-Blackwell.
2. Aldwin CM, Sutton KJ, Chiara G et al. Age differences in stress, coping, and appraisal: findings from the Normative Aging Study. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 1996;51B:171.
3. Carr D, House JS, Kessler RC et al. Marital quality and psychological adjustment to widowhood among older adults: a longitudinal study. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2000;55B: 197.
4. Dunkin JJ, Amano SS. Psychological changes with normal aging. W: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Red. Sadock BJ, Sadock VA, 2005, 3624-3636. Lippincott, Williams & Wilkins.
5. Smith G, Rush BK. Normal Aging and Mild Cognitive Impairment. W: Geriatric Neuropsychology. Assessment and Intervention. Red. Attix D.K, Welsh-Bohmer K.A. wyd. Guilford Press 2006, 27-55.
6. Singh-Manoux A, Kivimaki, M, et al. Timing of onset of cognitive decline: results from Whitehall II prospective cohort study. BMJ 2012;344.
7. Reisberg B, Ferris SH, Kluger A, et al. Mild Cognitive Impairment (MCI): a historical perspective. Int Psychogeriatrics, 2008, 20: 18-31.
8. Hughes CP, Berg L, Danziger WL et al. A new clinical scale for staging dementia. Br J Psychiatry 1982;140: 566-572.
9. Reisberg B, Ferris SH, De Leon BH et al. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry 1982;139: 1136-1139.
10. Reisberg B, Gauthier S. Current evidence for subjective cognitive impairment (SCI) as the pre-mild cognitive impairment (MCI) stage of subsequently manifest Alzheimer's disease. Int Psychogeriatrics 2008;20: 1-16.
11. Castle DJ. Epidemiology of Late Onset Schizophrenia, 139-146. W: Late Onset Schizophrenia. Red. Howard R, Rabins PV, Castle DJ, Wrihston Biomedical Publishing Ltd. 1999.
12. Riecher-Rossler A, Hafner H, Munk-Jorgensen P. Validity of Late Onset Schizophrenia: A European View. W: Late Onset Schizophrenia 1999, 55-78. Red. Howard R, Rabins PV, Castle DJ, Wrihston Biomedical Publishing Ltd.

13. Pearlson GD, Kreger L, Rabins PV, et al. A chart review study of late-onset and early-onset schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1989;146: 1568-1574.
14. Kay D, Roth M. Environmental and hereditary factors in the schizophrenias of old age („late paraphrenia”). *J Ment Sci* 1961;107: 649-686.
15. Lindsay J, Briggs K, Murphy E. The Guy's/ Age Concern survey: prevalence rates of cognitive impairment, depression and anxiety in urban elderly community. *Br J Psychiatry* 1989;155: 317-329.
16. Katona CLE. *Depression In Old Age*. John Wiley and Sons 1994.
17. Brodaty H, Peters K, Boyce P et al. Age and depression. *J Aff Dis* 1991;23: 137-149.
18. Hammond AJ, Yu S, Esa K, et al. Factors associated with persistent risk of depression in older people following discharge from an acute cardiac unit. *Int Psychogeriatrics* 2008;738-751: 20
19. Steffens DC, Pieper CF, Hayden B et al., Biological and social predictors of long-term geriatric depression outcome. *Int Psychogeriatrics* 2005;17(1): 41-56.
20. Martinez RA, Mulsant BH, Meyers BS et al. Delusional and psychotic depression in late life : clinical and research needs. *Am J Geriatr Psychiatry* 1996;4: 77-84.
21. Shah A, Bhat R, MacKenzie S, Koen C, Elderly suicide rates: cross-national comparisons of trends over a 10-year period. *Int Psychogeriatrics* 2008;673-686: 20.
22. Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED Risk Factors for Suicide in Later Life. *Biol Psychiatry* 2002;52:193–204.
23. Stone K. Mania in the elderly. *Br J Psychiatry* 1989; 155: 220-224.
24. Frisk PA, Cooper JW, Campbell NA. Community-hospital pharmacist detection of drug-related problems upon patient admission to small hospitals. *Am J Hosp Pharmacy*;34: 738-742.
25. McDonald ET, McDonald JB, Phoenix M. Improving drug compliance after hospital discharge. *Br Medical J* 1977; 2: 618.
26. Hanlon JT & Maher RL. *Geriatric pharmacotherapy*. W: Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology, Churchill Livingstone 2003.