

IDŐSKORI DEPRESSZIÓ PRAXISOMBAN



DR. SALAMON SÁNDOR-TÖMÖS BÉLA GYULÁNÉ

Előregedő társadalmunkban rohamosan nő az idős-kori mentális zavarban szenvedők száma. A depresszió prevalenciája is emelkedő, napjainkban 5%-os. A házi-orvos kompetenciája a szűrés, a beállított terápia követése, a szociális és orvosi rehabilitáció segítése. Idősödő praxisunkban szerzett tapasztalataink szerint javuló mortalitás és elviselhető életminőség elérhető.

Praxisomról

A Bodrogköz peremén elhelyezkedő, halmozottan hátrányos helyzetű aprófalvakban gyakoroljuk hivatásunkat. Idősödő praxisunk átlagéletkora 2003-ban 55 év volt, 60%-os munkanélküliség és az országos GDP 20%-ának megfelelő jövedelmek mellett. Öregjeink zöme zárkózottan, magányosan tengeti életét. Sokszor alkoholizálnak, nikotinfüggők, nyugtató és altató igénylők. 1999 elejétől kiemelten foglalkozunk a 60 éven felüliek szűrésével, gondozásával, rehabilitációjával és házi ápolásával. Öt év tapasztalatait foglaltuk össze, s reméljük, sokak érdeklődését felkeltettük.

1. táblázat

Időskori depressziós betegek

	1999		2000		2001		2002		2003	
	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N
Depressziós esetek	5	16	9	25	15	30	9	50	11	68
60 éven felüli betegek összesen	230		259		285		294		301	

Az etiológiáról

Ma már tudjuk, hogy a depresszió időskori formájának a kialakulásában a szociális, demográfiai, pszichológiai, illetve biológiai faktorok játszanak szerepet. (1)

A biológiai okok a nem, a szomatikus betegségek és az idegrendszeri károsodások. A pszichológiai faktorok

a „betegségteher”, a veszteségélmények, a céltalanság, a diszfunkcionális attitűdök és az érzelmi zavarok. A szociális tényezők pedig a családi állapot, a szociális, társadalmi izoláció, a munkaképesség csökkenése. (2)

Mi is gyakran tapasztaltuk, hogy a kezeletlen esetek súlyos szövődményekkel járhatnak. Ezek az öngyilkosság, az alkohol-, gyógyszerabuzus, a szociális devalválódás és a személyiségváltozás (3–4).

Lefolyás és prognózis

A házi-orvos figyeljen arra is, hogy az időskori depresszióra is jellemző DSM-IV kritériumok mellett gyakoriak az életkori sajátosságok. Utóbbiak közül kiemelném a szomatikus panaszokat, az alvászavarokat, az emlékezet kihagyásokat, a gondolkodás lelassulását és nem utolsósorban a krónikus fáradtságot (5–6).

2. táblázat

A prognózisromlás provokáló okai eseteinknél*

	1999	2000	2001	2002	2003
Idősödő életkor	8	10	14	17	20
Elhúzódó és súlyos tüneteket produkálók	5	5	8	9	10
Pszichotikus panaszokkal társulók	4	5	7	8	8
Kognitív károsodottak	3	4	4	5	5
Kísérő betegségben szenvedők	6	8	9	10	10
Organikus agykárosodottak	3	5	6	6	7
Terápiát visszautasítók	6	5	5	3	1**
Rossz életkörülmények között élők	12	25	36	47	56
Összes idős depressziós betegünk	21	34	45	59	79

*Számítalan esetben együtt jelentkező okok.

**A betegek meggyógyzése sikeres volt.

Diagnosztikai kritériumok

A diagnózis megállapítása szakorvosi feladat. Segíti munkájukat az ún. tünetbecslő skálák, speciális tesztek is. Konzultánsok támogatásával próbálkozhatunk a GDS-4 teszt használatával és a vulnerábilis tényezők figyelembevételével, Nagy Tamás Gergő elvei alapján (2002). A depresszióra utaló válaszokat 1 ponttal értékeltük. A GDS-4 >1 pont és a vulnerabilitás >1 pont esetében felmerült betegeinknél a depresszió gyanúja (8–10).

GDS-4 – Alapkérdések

- | | |
|---------------------------------------|-----------|
| 1. Elégedett az életével? | Igen/Nem* |
| 2. Üresnek érzi az életét? | *Igen/Nem |
| 3. Pessimista a jövővel kapcsolatban? | *Igen/Nem |
| 4. Boldogságra vágyik? | Igen/Nem* |

*Depresszió gyanús.

3/a. táblázat

Betegeink GDS-4 szűrő kérdőívre adott válaszai

	1999	2000	2001	2002	2003
1. Nem*	15	18	31	35	51
2. Igen*	19	26	29	32	43
3. Igen*	18	23	31	38	52
4. Nem*	21	34	45	59	79
Összes idős depressziós betegünk	21	34	45	59	79

Vulnerabilitási tényezők – Alapkérdések

- | | |
|------------------------------------|-----------|
| 1. Depresszió az anamnézisben? | *Igen/Nem |
| 2. Szociálisan izolált? | *Igen/Nem |
| 3. Krónikus testi betegsége van-e? | *Igen/Nem |
| 4. Veszteség élménye volt-e? | *Igen/nem |

*Depresszió gyanús.

3/b. táblázat

Betegeink vulnerabilitási vonatkozású kérdésekre adott válaszai

	1999	2000	2001	2002	2003
1. Igen*	3	4	4	5	7
2. Igen*	18	30	38	49	68
3. Igen*	19	31	42	56	78
4. Igen*	4	6	7	8	10
Összes idős depressziós betegünk	21	34	45	59	79

Terápiás tapasztalataink

A kezelés általános irányelveit az alábbiakban foglaltuk össze:

1. A szomatikus betegségek ellátása, a gondozás és a rehabilitáció biztosítása.
2. Kerülendők a depressziót indukáló gyógyszerek (lásd a 4. táblázatot).

3. Kiiktatandó a szenzoros depriváció, illetve az immobilizáció.
4. Aktivizáljuk, azaz stimuláljuk a betegeinket.
5. Alkalmazzuk a pszichoterápiát. Elsősorban a kognitív viselkedésterápiát, a szupportív kezelést javasoljuk. A csoportterápia elsősorban a veszteség-élményeket átélteknél hatásos.
6. Folyamatos legyen a pszichiátriai konzultáció. Eseteinkben ezt a sátoraljaújhegyi kórház szakrendelése és osztálya biztosította, amit ezúton is megköszönök.
7. Mérlegetjünk a farmakoterápia változtatásának a szükségességét.
8. Gondoskodjunk a család, a szociális gondozók bevonásáról, a korrekt pszichoedukációról (11).

4. táblázat

Depressziós tüneteket okozó (A), illetve fokozó (B) gyógyszerek (Mendels 1993)

A.	B.
Egyes diuretikumok	Benzodiazepinek
A béta-blokkolók	Phenobarbital.
Digitálisok	Indometacin
Bizonyos antihipertenzívumok	Phenothiazinok
Glükokortikoidok	Cimetidin
Vincristin és vinblastin	Reserpin
Methothrexat	Amantadin
Interleukin	Progeszteron túlsúlyú
Interferon	orális fogamzásgátlók

A gyógyszeres kezelés elvei a következők voltak:

1. Minimális dózissal kezdünk, majd fokozatosan emeljük az adagot és egyénre szabott fenntartó terápiával folytatjuk.
2. Profilaktikus kezelésre akkor került sor (szakorvosi indikációra), ha öt éven belül legalább két depressziós epizód már előfordult.
3. Törekedtünk a legkedvezőbb mellékhatású gyógyszerek alkalmazására, a túladagolás elkerülésére és az alacsony inter-alkulós potenciálra.

Az említett követelményeknek a szerotonin reuptake gátló (SSRI), a reverzibilis MAO-A bénító (RIMA), illetve a szelektív szerotonin reuptake fokozó tianeptin antidepresszívumok feleltek meg a legjobban. (A klasszikus tri- és tetraciklikus antidepresszívumok időskorban kontra-indikáltak.) A szerotonerg és noradrenerg transzmissziót fokozó szerekről még folyik az adatgyűjtés. Véleményünk szerint az új generációs szorongás gátlók, az altatók adása csak nagyon indokolt esetben és a legkisebb hatékony dózisban, rövid ideig történjék (12–13).

A pszichoterápiával is kedvező tapasztalatokat szereztünk. A területre rendszeresen eljutó kollégák segítségével elsősorban a kognitív viselkedés, az interperszonális, a relaxációs és a csoportterápiával értünk el sikereket (14–15).

5. táblázat

A pszichoterápia hatásossága

	1999	2000	2001	2002	2003
Betegségtudat kialakulása	5	18	24	38	69
Probléma felismerés és a kiváltó okok keresése	3	7	14	21	32
Probléma megoldásra törekvés	2	6	12	20	29
Életmódváltozás	2	11	28	40	63
Diéta	0	1	4	6	7
Fizikai aktivitás	0	2	6	8	10
Alkoholról leszokás	1	3	8	10	15
Dohányzásról leszokás	1	4	8	12	18
Indokolatlan gyógyszerokről lemondás	0	1	2	4	13
Empatikus compliance	0	3	6	10	17
Összes idősebb betegekünk	21	34	45	59	79

Természetesen a farmako- és pszichoterápia kombinációja a leghatásosabb, a legtartósabb és a leginkább költségkímélő, különösen a szociális támogató rendszerrel együttműködve. Praxisunkban a falugondnoki, a házi szociális gondozónői és a házi szakápolási szolgálat biztosítja a megfelelő háttérrel. Eredményeinket az alábbiakban foglaltuk össze, gyógyultnak tekintve a két éve panaszmentessé vált idősebb betegeinket. (16)

ÖSSZEFOGLALÁS

A praxisunkban elért eredmények is igazolják, hogy az időskorban kialakult hangulatzavart kísérő terápiás nihilizmus indokolatlan. A háziorvos empátiája, compliance-a és pszichopedagógiai aktivitása alapvetően fontos a depresszióban szenvedő idősebb betegeknek is.

IRODALOM

- (1) Kovács M. editor: Időskori depresszió és szorongás. Springer. Budapest
- (2) Mátyássy A., Kelemen O., Szűcs A.: Időskori depresszió. In: Szádaky E., Rihmer Z. editors: Hangulatzavarok. Bp. Medicina. 2001. p.68-90.

6. táblázat

Idős depressziós betegek állapotjavulása

	1999	2000	2001	2002	2003
Változatlan	18	26	18	18	18
Tüneti javulás	3	6	11	14	20
Mérsékelt javulás (6–12 hónapos)	0	2	7	11	15
Közepes mértékű javulás (12–18 hó)	0	0	5	8	11
Javult (18–24 hónapos)	0	0	3	5	8
Gyógyult (18–24 hónapja tünet- és panaszmentes, a közösségbe visszailleszkedett)	0	0	1	3	7
Összes idősebb depressziós betegekünk	21	34	45	58	79

(3) Janka Z.: Az időskori depresszió. Háziorvos Továbbképző Szemle. 1996; 1:86-8.

(4) Simkó A., Fráter R., Tariska P. (szerk.): A gerontopszichiátria aktuális problémái. Print-X. Bp. 1994.

(5) Alexopolus G.S., Meyers B.S., et.al.: Recovery in geriatric depression. Arch Gen. Psychiatry. 1996; 53:305-12.

(6) Cole M.G., Bellavance F.: The prognosis of depression in old age. Am. J. Geriatr. Psychiatry. 1997; 5:4-14.

(7) Swartz M.S., Wagner H.R., et.al.: Administrative update – Community Ment. Health J. 1998; 34:133-134.

(8) Coyne H., Katz I.: Improving the primary care treatment of late life depression. Med. Care. 2001; 39:756-9.

(9) Mendels J.: Clinical management of the depressed geriatric patient. 1993; 94 (Suppl. 5A): 13-8.

(10) Viederman M. Grief. Am. J. Psychiatry. 1995; 152: 1-4.

(11) Leonard B.E: A pszichofarmakológia alapjai. Bp. 1995.

(12) Dunner D.L.: Management of anxiety disorders. Depression Anxiety 2001; 13:57-71.

(13) Arató M. (szerk.) A pszichiátria haladása. Bp. 1994.

(14) Füredi J. (szerk.): A pszichiátria kézikönyve. Medicina 1998.

(15) Briley M., Montgomery S.: Antidepressant therapy. Martin Dunitz Ltd. 1998.

(16) Thorpe L., Whithy D.K., et.al. SH and the CANMAT Depression Work Group. Clinical. Can. J. Psychiatry. 2001; 46 (Suppl. 1): 63-76.42.