

Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Białymstoku
Kierownik: dr hab. med. Andrzej Cześniakiewicz
Department of Psychiatry Medical Academy in Białystok
Head: Andrzej Czernikiewicz, M.D., Ph.D.
Zakład Laboratoryjnej Diagnostyki Klinicznej Akademii Medycznej w Białymstoku
Kierownik: prof. Dr hab. med. Szymona Kemon
Department of Clinical Laboratory Diagnostic Medical Academy in Białystok
Head: Szymona Kemon, M.D., Ph.D.

DARIUSZ JUCHNOWICZ, ANNA AGNIESZKA TOMCZAK,
MARIA MANTUR, BEATA KONARZEWSKA,

Cognitive impairment in Major Depressive Episode

Zaburzenia funkcji poznawczych u pacjentów z epizodem dużej depresji

Depresja jest najczęstszym zaburzeniem psychicznym i jedną z najczęstszych przewlekłych chorób, która dotyczy ok. 10 -15% populacji ogólnej. Epizod Dużej Depresji występuje u ok.3-6% osób w populacji ogólnej i ok.5 -10% pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej.

Istotnym problemem związanym z depresją jest wysoka śmiertelność w jej przebiegu związana z ryzykiem samobójstwa (10-15% osób chorujących na depresję), a także ze zwiększoną zachorowalnością tych osób na choroby somatyczne. Depresja jest nie tylko czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na choroby somatyczne (np. choroby układu krążenia) ale także pogarszającym ich przebieg, leczenie i rokowanie. (Covinsky et al., 1997; Jarema, 1999). Często obserwujemy współwystępowanie depresji i zaburzeń poznawczych w postaci zaburzeń pamięci, uwagi, zdolności uczenia się, koordynacji wzrokowo-ruchowej. Mogą one w zależności od nasilenia mieć charakter otępienia lub łagodnych zaburzeń funkcji poznawczych.

DEPRESJA A OTEPIENIE

Wiele badań potwierdza związek między występowaniem depresji i zwiększonym ryzykiem rozwoju otępienia w postaci Choroby Alzheimera. (Schweitzer et al., 2002). Niektóre badania wskazują, że obecność objawów depresyjnych wśród pacjentów bez otępienia, ale z zaburzeniami pamięci zwiększa ryzyko szybszego postępu zaburzeń poznawczych. (Yaffe et al., 1999; Devanand et al., 1996). Opierając się na przeglądzie ostatnich badań Schweitzer i wsp. twierdzi, że depresja rozpoczynająca się w starszym wieku jest prodromem otępienia. (Schweitzer et al., 2002).

Depresja jest częstym objawem u pacjentów z Chorobą Alzheimera. Badania wskazują, że epizod dużej depresji występuje u 20-25% pacjentów z Chorobą Alzheimera natomiast inne zespoły depresyjne, w tym mała depresja, u kolejnych 20-30% pacjentów. (Olin et al., 2002). Trudności diagnostyczne może stwarzać różnicowanie otępienia i depresji, a współwystępowanie tych zaburzeń wiąże się z trudnościami w ocenie nasilenia każdego z nich.

Chociaż większość pacjentów z niewielkim zaawansowaniem Choroby Alzheimera nie jest w stanie ocenić ciężkości występujących u nich zaburzeń poznawczych oraz ich wpływu na codzienne funkcjonowanie, to jednak zwykle mają oni świadomość występowania u nich zaburzeń poznawczych.

Wiele wyników badań wskazuje, że często osoby z Chorobą Alzheimera doświadczają obniżonego nastroju z powodu świadomości obniżenia poziomu ich funkcjonowania. Migliorelli i wsp. wyka-

zali, że pacjenci z Chorobą Alzheimera. i dystymią mieli lepszą świadomość występowania u nich zaburzeń poznawczych niż pacjenci z Chorobą Alzheimera z dużą depresją lub bez depresji. Świadczy to o tym, że objawy subdepresyjne zwiększają zdolność pacjentów do trafniejszej oceny własnych deficytów poznawczych.

Pewne cechy osobowości mogą także wpływać na zdolność pacjentów do radzenia sobie z zaburzeniami poznawczymi i przyczyniać się do występowania u nich depresji.

DEPRESJA A ŁAGODNE ZABURZENIA FUNKCJI POZNAWCZYCH (MCI)

Ostatnie badania dotyczące starzenia się i otępienia wskazują, że istnieje stan pośredni między normalnym starzeniem się i otępieniem nazywany łagodnymi zaburzeniami poznawczymi (mild cognitive impairment - MCI). Opisują one stan kliniczny, w którym pacjenci mają większe zaburzenia pamięci niż te których spodziewamy się w przebiegu normalnego starzenia się, natomiast nie osiągają one nasilenia umożliwiającego rozpoznanie otępienia. (Petersen et al., 2001).

Większość badań klinicznych przyjmuje kryteria diagnostyczne MCI ustalone przez Petersena i współpracowników a uznane przez Amerykańską Akademię Neurologii.

Do kryteriów tych należą: skargi na pogorszenie pamięci najlepiej potwierdzone przez inne osoby, gorsza pamięć z uwzględnieniem wieku i poziomu wykształcenia badanych, zachowane ogólne funkcje poznawcze, niezaburzone codzienne funkcjonowanie, brak otępienia. Kryteria te są stosowane w większości wielośrodkowych badań dotyczących skuteczności leków.

Pacjenci z MCI zgłaszają pogorszenie pamięci lub innych funkcji poznawczych, które zwykle są zauważalne dla otoczenia. Jednak, mimo że wykonują oni testy dotyczące pamięci i innych funkcji poznawczych gorzej niż oczekuje się przy uwzględnieniu ich wieku i wykształcenia, to ich codzienne funkcjonowanie nie jest istotnie zaburzone. Ok. 20% osób powyżej 65 r.z. cierpi na MCI, co świadczy o czterokrotnie większej częstości występowania tych zaburzeń niż otępienia. (DeCarli, 2003). Dla określenia MCI funkcjonują różne terminy w literaturze takie jak: związane z wiekiem zaburzenia pamięci, związane z wiekiem zaburzenia poznawcze, zaburzenia poznawcze – nieotępienne.

Podobnie jak u pacjentów z depresją w podeszłym wieku i depresją w Chorobie Alzheimera., etiologia i patofizjologia depresji u pacjentów z MCI jest heterogenna.

U pacjentów w podeszłym wieku, u których stwierdza się występowanie MCI, 3 do 15 razy częściej rozwija się otępienie niż u osób w tym samym wieku bez MCI. (DeCarli, 2003).

Badania oceniają występowanie depresji u pacjentów z MCI na 12 do 20%. Niewiele wiadomo o przebiegu depresji u pacjentów z MCI. Istnieją także sprzeczne doniesienia na temat związku występowania depresji z nasileniem zaburzeń poznawczych. (Lyketsos et al., 2002; Chan et al., 2003; Forsell et al., 2003).

Większość badań wskazuje że częstość występowania depresji jest większa u pacjentów z MCI niż u zdrowych osób w podeszłym wieku, a mniejsza niż u osób z otępieniem. (Lyketsos et al., 2002). Potrzebne są dalsze badania dla oceny przebiegu depresji u pacjentów z MCI dla wyjaśnienia związku między objawami afektywnymi i poznawczymi, w tym rozstrzygnięcia czy depresja u pacjentów z MCI jest czynnikiem ryzyka rozwoju u nich otępienia.

Prawdopodobnie między innymi psychologiczny wpływ zaburzeń poznawczych może prowadzić do depresji u pacjentów z MCI posiadających określone cechy osobowości takie jak np.: neurotyzm.

Inną przyczyną występowania depresji u pacjentów z MCI mogą być zaburzenia krążenia mózgowego. Alexopoulos i wsp. uważa, że tzw. „depresja naczyniowa” może być spowodowana krytycznymi zaburzeniami krążenia mózgowego lub kumulacją tych zaburzeń, które prowadzą do przerwania połączeń czołowo-prądkowiowych lub uszkodzenia ich systemu regulującego. Ponadto zmiany patofizjologiczne prowadzące do MCI mogą równocześnie być przyczyną depresji u tych pacjentów.

Wiele badań oceniało MCI lub depresję jako niezależne czynniki ryzyka otępienia, lecz nie oceniano dotychczas czy jest to łączny wpływ tych dwóch czynników ryzyka jeżeli one współwystępują.

Najlepszym postępowaniem klinicznym dla rozpoznania i oceny depresji u pacjentów z MCI jest stosowanie standaryzowanych narzędzi psychometrycznych do oceny zarówno zaburzeń poznawczych jak i depresji. Systematyczne stosowanie tych narzędzi umożliwi klinicyście rozpoznanie i ocenę depresji i zaburzeń poznawczych. Kolejne oceny umożliwiają też ocenę odpowiedzi na stosowane leczenie.

Do najczęściej stosowanych narzędzi psychometrycznych należą: Geriatric Depression Scale GDS, Skala Zunga, Inwentarz Objawów Depresyjnych Becka (BDI), Skala Depresji wg Montgomery Asberg (MADRS), Skala Depresji wg Hamiltona (HDRS), Skala do Oceny Depresji i Otepienia wg Cornella (CSDD)

Do oceny funkcji poznawczych najpowszechniej stosowana jest Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego (MMSE) i jej modyfikacje.

W terapii depresji u pacjentów z MCI zalecane są leki przeciwdepresyjne drugiej generacji np.: SSRI (fluoksetyna, fluwoksamina, paroksetyna, sertralina, citalopram, escitalopram), venlafaksyna i moklobemid.

W przypadkach ciężkiej lub przewlekłej depresji współwystępującej z otępieniem powinny być brane pod uwagę elektrowstrząsy. Retrospektywne badanie 31 pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem Choroby Alzheimera. potwierdziło dobrą tolerancję i skuteczność terapii elektrowstrząsowej w tej grupie pacjentów.

PODSUMOWANIE

MCI są etapem pośrednim między normalnym starzeniem się i otępieniem. Z powodu dużej częstości występowania tych zaburzeń i wysokiego wskaźnika ich konwersji w otępienie powinny one być przedmiotem zainteresowania ochrony zdrowia w gwałtownie starzejącym się społeczeństwie. Istnieje potrzeba prowadzenia dalszych badań dotyczących rozpoznawania, oceny i leczenia depresji u pacjentów z MCI.

Konieczne jest prowadzenie dalszych badań zmierzających do oceny współwystępowania i wzajemnych zależności między zaburzeniami funkcji poznawczych i depresją. Wnikliwa ocena częstości występowania i rodzaju zaburzeń poznawczych u pacjentów z epizodem dużej depresji pozwoli na bliższe poznanie przebiegu i cech klinicznych depresji i na ewentualne wyodrębnienie i charakterystykę jej szczególnie postaci – dużej depresji z zaburzeniami poznawczymi.

PIŚMIENNICTWO

1. Covinsky KE et al. Relation between symptoms of depression and health status outcomes in acutely ill hospitalized older patients. *Ann Intern Med.* 1997;126(6):417-425.
2. Schweitzer I et al. Is late-onset depression a prodrome to dementia? *Int J Geriatr Psychiatry.* 2002;17(11):997-1005.
3. Olin JT et al. Provisional diagnostic criteria for depression for Alzheimer disease: rationale and background. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2002;10(2):129-141.
4. Petersen RC et al. Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch Neurol.* 2001;58(12):1985-1992.
5. DeCarli C Mild cognitive impairment: prevalence, prognosis, aetiology and treatment. *Lancet Neurol.* 2003;2(1):15-21.
6. Lyketsos CG et al. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the Cardiovascular Health Study. *JAMA.* 2002;288(12):1475-1483.
7. Chan DC et al. Prevalence and correlates of behavioral and psychiatric symptoms in community-dwelling elders with dementia or mild cognitive impairment: the Memory and Medical care Study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2003;18(2):174-182.
8. Forsel J et al. Psychiatric symptoms/syndromes in elderly persons with mild cognitive impairment. Data from a cross-sectional study. *Acta Neurol Scand Suppl.* 2003;179:25-28.
9. Yaffe K et al. Depressive symptoms and cognitive decline in nondemented elderly woman: prospective study. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56(5):425-430.
10. Devanand DP et al. Depressed mood and the incidence of Alzheimer disease in the elderly living in the community. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53(2):175-182.
11. Jarema M Depresja w chorobach somatycznych. *Medipress, Psychiatria –Neurologia*, 1999 (suppl. 7);17-22.
12. Puzyński S. Depresje. PZWL, Warszawa, 1998.
13. Judd L.L. Mood disorders in the general population represent an important and worldwide public health problem. *Internat Clin Psychopharmacol.*, 1995; 10 (suppl. 4):5-10

STRESZCZENIE

Depresja jest najczęstszym zaburzeniem psychicznym. Jej rozpowszechnienie w populacji ogólnej wynosi ok. 10-15%, a rozpowszechnienie dużej depresji ok. 3-6%. Objawy depresyjne często współwystępują z zaburzeniami funkcji poznawczych w postaci otępienia lub łagodnych zaburzeń funkcji poznawczych. Często sprawia trudności diagnostyczne różnicowanie depresji i otępienia. Duża depresja szczególnie ze współwystępującymi łagodnymi zaburzeniami funkcji poznawczych jest predykatorem rozwoju otępienia.

SUMMARY

Depression is a common psychiatric disorder in general population. Prevalence of depression in general population is 10 – 15% and prevalence of Major Depressive Episode 3-6%. Depressive symptoms often coexist with cognitive impairment as dementia or Mild Cognitive Impairment (MCI). We often have diagnostic problem to distinguish between depression and dementia. Major depression especially with MCI is predictor of dementia.