

FUNKCJONOWANIE POZNAWCZE I EMOCJONALNE CHORYCH NA CUKRZYCĘ W WIEKU PODESZŁYM

Opracowanie:

dr hab. n. o zdr. Monika Bąk-Sosnowska

Zakład Psychologii, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

MERCK

DiabNewsletter

Starzenie się organizmu wiąże się nieuchronnie ze zmianami w obszarze funkcjonowania poznawczego. Należą do nich obniżenie zdolności akomodacji (tzw. niedowidzenie starcze), utrata ostrości wzroku, dłuższe przetwarzanie bodźców wzrokowych, zmiana percepcji kolorów, niedosłuch czy pogorszenie jakości smaku gorzkiego i słonego. Osłabieniu ulega pamięć krótkotrwała (bezpośrednia) i zdolności zapamiętywania faktów, wyobrażenia przestrzenne i koordynacja wzrokowo-ruchowa oraz zdolność planowania i podejmowania decyzji¹. Pogorszenie w zakresie wymienionych funkcji poznawczych jest zjawiskiem naturalnym i zwykle nie wymaga specjalistycznych interwencji z zewnątrz, a jedynie podtrzymywania aktywności intelektualnej oraz prozdrowotnego stylu życia wspomagającego sprawność psychofizyczną. Jednak w określonych przypadkach powyższe zmiany są na tyle istotne, że dotknięci nimi chorzy wymagają pogłębienia diagnostyki oraz leczenia. Częstym rozpoznaniem są w takiej sytuacji zespoły otępienne, na które w Polsce cierpi około 12% osób powyżej 65. r.ż. Najczęściej występującą postacią otępienia jest choroba Alzheimer².

Współistnienie cukrzycy pogarsza funkcjonowanie poznawcze i predysponuje do wystąpienia demencji. Typ pierwszy cukrzycy powoduje obniżenie szybkości psychomotorycznej, elastyczności poznawczej, pogorszenie funkcji wzrokowo-przestrzennych i uwagowych³. Z kolei typ drugi cukrzycy wiąże się z 50% zwiększeniem ryzyka wystąpienia otępienia i zaburzeń uwagi, szybkości przetwarzania, funkcji wykonawczych oraz pamięci werbalnej⁴. Badacze nie są zgodni co do tego, który czynnik ma najsilniejszy związek z ryzykiem rozwoju zaburzeń poznawczych chorych na cukrzycę. Część z nich uważa, że jest to hiperglikemia⁵, inni są natomiast zdania, że insulinooporność⁶. Podobne rozbieżności pojawiają się w odniesieniu do wpływu rodzaju leczenia farmakologicznego na funkcje poznawcze chorych na cukrzycę w wieku podeszłym. Kryteria diagnostyczne zespołu otępiennego, zgodne z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10)⁷, przedstawiono poniżej.

Kryteria zespołu otępiennego wg ICD-10

A) Zaburzenia pamięci oraz przynajmniej dwa poniższe objawy przez co najmniej sześć miesięcy:

- afazja (zaburzenia mowy)
- apraksja (zaburzenia celowej złożonej aktywności ruchowej)
- agnozja (zaburzenia zdolności rozpoznawania i identyfikowania przedmiotów)
- zaburzenia funkcji wykonawczych (planowania, inicjowania, kontroli i korygowania przebiegu złożonych zachowań)

B) Zaburzenia emocjonalnej kontroli nad motywacją lub zmiana zachowań społecznych manifestująca się co najmniej jednym z poniższych objawów:

- chwiejność emocjonalna
- drażliwość
- apatia
- prymitywizacja zachowań społecznych

Do przesiewowej diagnozy otępienia stosuje się *Test rysowania zegara* oraz *Krótką skalę oceny stanu psychicznego* (MMSE)⁸. Warto pamiętać, że nie diagnozuje się otępienia w przypadku osób z depresją i psychozą endogenną, ostrymi zaburzeniami świadomości (stany majaczeniowe) oraz niepełnosprawnością intelektualną.

Podobnie jak w przypadku funkcjonowania poznawczego, również w obszarze emocji oraz relacji interpersonalnych występuje szereg naturalnych zmian związanych z procesem starzenia się. Mają one związek ze zmianą ról społecznych, stratą małżonka oraz przyjaciół z grona rówie-

śników, często występującym zmniejszeniem możliwości podejmowania decyzji życiowych, obniżonym poczuciem autonomii i niezależności oraz wynikającymi z tego lękami egzystencjalnymi. Do najbardziej powszechnych problemów psychicznych osób w wieku podeszłym należy depresja. Dotyczy ona co trzeciego polskiego seniora. W grupie wiekowej 65-79 lat cierpi na nią 25% populacji, w grupie 80 i więcej lat około 33%⁹.

Występowanie depresji jest dwa do trzech razy częstsze u chorych na cukrzycę niż w populacji ogólnej, przy czym szacuje się, że większość przypadków nie jest zdiagnozowana¹⁰. Przyjmuje się, że około 30% chorych z cukrzycą typu 2 choruje na depresję, przy czym częściej są to osoby poniżej 65. roku życia (31%) niż starsze (21%) oraz częściej kobiety (34%) niż mężczyźni (23%)¹¹. Metaanaliza 24 badań pokazała, że współwystępowanie depresji pogarsza kontrolę glikemii u chorych z cukrzycą, niezależnie od jej typu, a rozmiar tego efektu był większy, gdy używano wystandaryzowanych narzędzi do oceny depresji zamiast skal samooceny¹². Czas trwania cukrzycy wpływa na objawy depresyjne w sposób, który obrazuje krzywa w kształcie litery J. Oznacza to, że objawy depresyjne nasilają się zaraz po rozpoznaniu, następnie zmniejszają się w ciągu kilku kolejnych lat i narastają ponownie z dłuższym czasem trwania choroby. Możliwymi mediatorami wzajemnego związku między cukrzycą typu 2 a depresją są: poziom aktywności fizycznej, skuteczność samokontroli, stres związany z usłyszaną diagnozą oraz słabość związana z zaawansowanym czasem trwania cukrzycy¹³. Niektóre badania wykazują związek między depresją a ryzykiem wystąpienia powikłań u pacjentów z cukrzycą typu 2. Lin i wsp. w dużym (n=4600) prospektywnym badaniu wykazali około 50% wzrost ryzyka powikłań mikronaczyniowych i około 20% wzrost ryzyka choroby dużych naczyń¹⁴.

Depresja u osób w wieku podeszłym może przyjmować postać: endogenną (często myloną z naturalnym zmniejszeniem zdolności poznawczych i zanikiem sił fizycznych u osób starszych), maskowaną (ból, objawy psychopatologiczne, psychosomatyczne, wegetatywne, zaburzenia rytmu dnia, zachowania), psychotyczną (do typowych ob-

jawów dołączają urojenia nihilistyczne, hipochondryczne, omamy słuchowe, nasila się upośledzenie funkcji poznawczych, wzrasta ryzyko samobójstwa) lub wtórną (w przebiegu chorób m.in. neurologicznych, endokrynologicznych, zakaźnych, nowotworowych, w wyniku przyjmowanych leków, niepełnosprawności). Kryteria diagnostyczne depresji, zgodne z ICD-10⁷, przedstawiono poniżej.

Kryteria zespołu depresyjnego wg ICD-10	
A) Przynajmniej dwa poniższe objawy przez co najmniej dwa tygodnie:	B) Dwa lub więcej poniższych objawów:
• obniżenie nastroju • anhedonia (utrata zainteresowań i zdolności do radowania się) • zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności	• osłabienie koncentracji i uwagi • niska samoocena i mała wiara w siebie • poczucie winy i małej wartości • pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości • myśli i czyny samobójcze • zaburzenia snu • zmniejszony apetyt

Do przesiewowej diagnozy depresji u chorych w wieku podeszłym stosuje *Geriatryczną Skalę Oceny Depresji* w wersji 4- lub 15-punktowej¹⁵.

Pacjent w wieku podeszłym cierpiący na choroby przewlekłe (np. cukrzycę) wymaga, w jeszcze większym stopniu niż inni chorzy, uważnego i empatycznego podejścia ze strony lekarza. Powinno ono uwzględniać również naturalne zmiany w obszarze poznawczym i emocjonalnym, związane z wiekiem. Poniżej zamieszczono kilka wskazówek przydatnych w komunikacji z pacjentem w wieku podeszłym.

Wskazówki poprawiające efektywność relacji terapeutycznej z pacjentem w wieku podeszłym

stosowanie intensywniejszych bodźców ekspozycyjnych (np. głośniejsze mówienie)

wydłużenie czasu ekspozycji bodźców (np. wolniejsze przekazywanie informacji)

unikanie presji czasowej

powiązanie informacji z realiami życia codziennego pacjenta

odniesienie informacji do kwestii ważnych dla pacjenta

zapisywanie/rysowanie najistotniejszych informacji

stosowanie metod przypominających informacje (np. karteczki samoprzylepne)

włączanie do współpracy osób trzecich (np. rodziny pacjenta)

położenie nacisku na aspekt relacyjny w kontakcie (w tym dotyk terapeutyczny)

szczegółne poszanowanie podmiotowości i autonomii pacjenta

Zespoły otępienne oraz depresyjne często współwystępują u chorych na cukrzycę w wieku podeszłym, przyczyniając się do obniżenia jakości ich życia. Z tego względu zasadne wydaje się stosowanie testów przesiewowych w tej grupie chorych, aby w razie pozytywnego wyniku nie opóźniać specjalistycznego leczenia.

Bibliografia:

1. Engle R i wsp. Ograniczenia poznawcze: starzenie się i psychopatologia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2013.
2. Klich-Rączka A i wsp. The assessment of cognitive impairment suspected of dementia in Polish elderly people: results of the population-based PolSenior Study. *Exp Gerontol* 2014; 57:233-242.
3. Biessels GJ i wsp. Risk of dementia in diabetes mellitus: a systematic review. *Lancet Neurol* 2006; 5(1):64-74.
4. Monette MC i wsp. A meta-analysis of cognitive functioning in nondemented adults with type 2 diabetes mellitus. *Can J Diabetes* 2014; 38(6):401-408.
5. Dik MG i wsp. Contribution of metabolic syndrome components to cognition in older individuals. *Diabetes Care* 2007; 30(10):2655-2660.
6. Ohara T i wsp. Glucose tolerance status and risk of dementia in the community: the Hisayama study. *Neurology* 2011; 77(12):1126-1134.
7. World Health Organization, ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva: WHO, 1993.
8. Gabrylewicz T i wsp. Otępienie w praktyce. Poznań: Wydawnictwa Medyczne Termedia, 2018.
9. Mossakowska M i wsp. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. W: Broczek K. i wsp. Występowanie objawów depresyjnych u osób starszych. Poznań: Wydawnictwa Medyczne Termedia, 2012.
10. Bădescu SV i wsp. The association between Diabetes mellitus and Depression. *J Med Life* 2016; 9(2):120-125.
11. Khaledi M i wsp. The prevalence of comorbid depression in patients with type 2 diabetes: an updated systematic review and meta-analysis on huge number of observational studies. *Act Diabetol* 2019; 56:631-650.
12. Lustman P i wsp. Depression and Poor Glycemic Control. *Diab Care* 23:934-942, 2000
13. Darwish L i wsp. Depression in people with type 2 diabetes: current perspectives. *Diabetes Metab Syndr Obes* 2018; 11:333-343.
14. Lin E i wsp. Depression and Advanced Complications of Diabetes. *Diab Care* 2010; 33:264-269.
15. Fedyk-Łukasik M. Całościowa ocena geriatryczna w codziennej praktyce geriatrycznej i opiekuńczej. *Geriatrics i opieka długoterminowa* 2015; 1:1-5.