

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ
الرَّحِيمِ



افسردگی در سالمندان

دکتر محمد عباسی

متخصص اعصاب و روان

۱۴۰۳

آیا در سالمندی شخصیت تغییر می کند؟

- شخصیت آنان تغییر نمی کند. اما تا حدودی
- برونگرا
- مصالحه جو
- عصبی تر
- در مقابل تجربیات جدید و نو باز تر
- به علت آسیب پذیری بیشتر کمی حساس تر و بدبین تراند

آیا در سالمندی بیماریهای روانی بیشتر می شود؟

• دمانس و دلیریوم 

• بیماریهای روانی دیگر از قبیل : افسردگی و اضطراب و سایکوز 

• تجربه های مثبت مانند : خوشحالی و احساس رضایت 

• قدرت کنترل هیجانات و نگرشهای منفی 

• بیماری روانی در سالمندان ایران **2.1%** به **8%** 

اپیدمیولوژی افسردگی در سالمندان

- افسردگی یک اختلال روانی است که به علت شباهت ظاهری با کاهش کلی فعالیت های سالمند ممکن است از تظاهرات طبیعی سالمندی تفسیر شود.
- برخی از بیماریهای مغزی مانند CVA، پارکینسون، اختلالات عروق مغزی در سالمندان شایعتر است که با سندرم افسردگی همراه است.
- شیوع افسردگی **10%** می باشد که در **1/4** موارد بیماری شدید است.
- **60%** موارد بستری در بخشهای روانپزشکی سالمندان را تشکیل می دهد.

انواع افسردگی در سالمندان

- 1) **Agitated depression**
- 2) **Retard depression**
- 3) **Depressive stupor**



علل افسردگی

برخی از تغییرات آناتومیک و نوروفیزیولوژیک و استرسهای ویژه سایکو سوشیال منحصر به سالمندان می باشد که شامل:

1. بیماریهای جسمانی (آرتريت، کم خونی و سوء تغذیه، کمبود ویتامین B12.....)

2. بیماریهای مغزی مانند پارکینسون، سکته مغزی مخصوصا ناحیه قدامی نیمکره چپ)

3. مصرف داروهای متعدد مانند: متیل دوپا، ایندراال، سایمتیدین، دیگوکسین

4. استرسهای ویژه سالمندان مانند: سوگ عزیزان و دوستان، احساس تنهایی، مواجهه با مرگ، مشکلات مالی، فقدان خودمختاری

تشخیص افسردگی

- | | |
|-----------------------------------|---|
| (1) احساس افسردگی و یا کاهش علائق | 5. احساس خستگی یا فقدان انرژی |
| (2) کاهش یا افزایش وزن | 6. احساس بی ارزشی و گناه نامتناسب با حوادث و وقایع |
| (3) کاهش یا افزایش خواب روزمره | 7. کاهش توانایی تفکر و تمرکز کافی فکر |
| (4) کندی بارز یا بی قراری روزمره | 8. افکار مستمر مرگ، فکر خودکشی، برنامه ریزی برای خودکشی |

تظاهرات بالینی افسردگی ویژه سالمندان

- سالمندان بندرت از روحیه یا خلق افسرده شکایت دارند.
بیشتر از تحریک پذیری و عصبانیت، زود از کوره در رفتن، گوشه گیری اجتماعی، حوصله میهمان نداشتن شاکی هستند.
- علائم نباتی در سالمندان بارزتر است. کاهش خواب، کاهش اشتها، کاهش انرژی از شکایات شایع سالمندان است.
- گاهی اوقات افسردگی سالمند خود را به شکل سندرومهای درد مزمن احساس خستگی مزمن و یا خود بیمار انگاری نشان میدهد.

- افسردگی در سالمندان اغلب به شکل خفیف تظاهر میکند و 4 معیار از 8 معیار را شامل نمی شود. این موارد افسردگی خفیف هستند که مانع ارزش تشخیصی و درمانی نمیشود.
- سیر آن طولانی است و در صورت عدم درمان سالها باقی می ماند
- 15% موارد علی رغم درمان بهبود حاصل نمیگردد
- عود پس از درمان بالا است
- خودکشی در آنها شیوع بالایی دارد
- ژنتیک در افسردگی سالمندی نقش ندارد

مقیاس افسردگی سالمندان

- اساساً از زندگی خود رضایت دارید؟
- آیا بسیاری از فعالیت ها و علائق خود را کنار گذاشته اید؟
- بلی-خیر
- خیر
- احساس می کنید که زندگی شما تهی است؟
- آیا اکثراً سر حال هستید؟
- بلی-خیر
- بلی-خیر
- آیا اکثراً احساس خستگی می کنید؟
- آیا نگران وقوع اتفاقی بد برای خودتان هستید؟
- بلی-خیر
- آیا اکثراً احساس خوشحالی می کنید؟
- بلی-خیر
- آیا اکثراً احساس درماندگی می کنید؟
- بلی-خیر

مقیاس افسردگی سالمندان

- آیا ترجیح می دهید در خانه بمانید، تا بیرون بروید و چیزهایی تازه بجوئید؟
بلی-مخیر
- فکر می کنید بیشتر از اکثر مردم مشکل حافظه دارید؟
بلی-مخیر
- آیا فکر می کنید که زنده بودن شگفت آور و عالی است؟
بلی-مخیر
- در حال حاضر خود را بی ارزش می دانید؟
بلی-مخیر
- آیا سرشار از نیرو هستید؟
بلی-مخیر
- احساس می کنید که وضع ناامید کننده ای دارید؟
بلی-مخیر
- فکر می کنید اکثر مردم وضعی بهتر از شما دارند؟
بلی-مخیر

نمرات بالاتر از 5 حاکی از وجود افسردگی است

افسردگی ملانکولیک در سالمندان

- ❖ آسیب پذیر تر
- ❖ افسردگی
- ❖ خود بیمار انگاری
- ❖ احترام به نفس پایین
- ❖ احساس بی ارزشی
- ❖ میل به متهم کردن خود
- ❖ افکار پارانویید و انتحاری

تشخیص افتراقی

● دمانس کاذب

● بیماریهای جسمی



Bereavement

- Normal grief starts with shock, proceeds to preoccupation, then to resolution
- May be prolonged in elderly, but consider major depression if there is marked psychomotor retardation, lasts over 2 months, marked impairment, or if suicidal ideation

پیش آگهی مثبت در افسردگی سالمندان

- (1) سن کمتر از **70** سال
- (2) کوتاه بودن زمان شروع بیماری
- (3) فقدان بیماری جسمی همراه
- (4) داشتن وضعیت انطباقی خوب قبل از بیماری
- (5) سابقه بهبودی قابل قبول در افسردگی های گذشته

عوارض افسردگی

- افزایش خطر مرگ ناگهانی
- کاهش همکاری بیمار در درمان سایر بیماریهای جسمی
- کاهش کیفیت زندگی
- کاهش میزان استقلال بیمار و وابستگی به دیگر اعضا خانواده
- افزایش روز افزون فشار روانی اعضا خانواده

درمان افسردگی



● روان درمانی:

سازش با فقدان های گوناگون

قبول کردن نقشهای تازه

تشویق خاطره پردازی

درمان دارویی افسردگی

- اقدامات قبل از درمان:

ارزیابی طبی

اطلاع از دارو های مصرفی

تجویز بصورت دوز منقسم

فردی ساختن دوز دارو با توجه به بیماریهای همراه

start low and go slow

درمان افسردگی



• درمان دارویی :

TCA

SSRI

آنتی هیستامین

بنزودیازپین

Depression in older adults

- May have delusions which are usually persecutory or hypochondriacal in nature
- Need treatment with both an antidepressant and an antipsychotic
- ECT may be treatment of choice

نگرشهای نادرست در تشخیص به موقع افسردگی در سالمندان

- بسیاری از معیارها در سالمندان غیر افسرده بطور طبیعی دیده می شود.
- بعلت ناتوانی فیزیکی و روانی فزاینده در سالمندان، افسردگی جزء لاینفک سالمندی طبیعی است.
- افسردگی در سالمندان علاج ناپذیر است.
- همه سالمندان درجاتی از افسردگی را بطور طبیعی دارند.
- بیماری جسمی ناتوانی می دهد و ناتوانی مساویست با افسردگی
- چون سالمندان با مفهوم مرگ و نیستی اشتغال ذهنی دارند لذا افسردگی در آنان اجتناب ناپذیر است.
- تحمل عوارض داروهای ضد افسردگی بدتر از تحمل رنج ناشی از وجود افسردگی است.

افسردگی و

- بیماریهای جسمانی (آرتريت، فشارخون، بیماریهای قلبی عروقی)

- **20-25%** کسانی که بیماری جسمانی دارند

توانا از افسردگی رنج می برند.

- دمانس

- **24%** مبتلایان به دمانس دچار افسردگی

و **14%** افسرده های سالمند مبتلا به دمانس هستند.

- سکته مغزی

- **20%** بیماران CVA دچار افسردگی ماژور و **20%** دچار

افسردگی مینور هستند.

- پارکینسون

- **50%** بیماران پارکینسون دچار افسردگی هستند.

اثرات درمان افسردگی سالمندان

- بهبود کیفیت زندگی سالمند
- افزایش همکاری سالمند در درمان بیماریهای جسمانی
- کاهش میزان وابستگی سالمند به سایر اعضا خانواده
- پیشگیری از کاهش سلامت روانی سایر اعضا خانواده
- پیشگیری از افزایش خدمات تشخیصی و درمانی سرپایی و بستری

Anxiety Disorders

- Very common in elderly
- May occur first time after age 60, but not usually
- Most common are phobias, especially agoraphobia
- Elderly more likely to use anxiolytics
- May be due to medical causes or depression

Table 1

Classificatory Systems for Anxiety Disorders

ICD 10	DSM 5
(F40) Phobic anxiety disorders	Anxiety Disorders
(F40.0) Agoraphobia	Separation anxiety disorder
(F40.1) Social phobias	Selective mutism
o Anthropophobia	Specific phobia
o Social neurosis	Social phobia
(F40.2) Specific (isolated) phobias	Panic disorder
o Acrophobia	Agoraphobia
o Animal phobias	Generalized anxiety disorder
o Claustrophobia	
o Simple phobia	
(F40.8) Other phobic anxiety disorders	
(F40.9) Phobic anxiety disorder, unspecified	
o Phobia NOS	
o Phobic state NOS	
(F41) Other anxiety disorders	
(F41.0) Panic disorder (episodic paroxysmal anxiety)	
(F41.1) Generalized anxiety disorder	
(F42) Obsessive-compulsive disorder	Obsessive-Compulsive Disorders (Separate classification)
	Obsessive-compulsive disorder
	Body dysmorphic disorder
	Hoarding disorder
	Trichotillomania

Differences in clinical presentation of anxiety disorders among young and elderly patients

Young patients	Old Patients
GAD in young and old has similar features consisting of muscle tension, worry, easy fatigability and sleep disturbances.	
More severe panic symptoms	Lower level of cognitive and somatic distress during a panic attack
OCD- More compulsive behavior involving counting or symmetry.	More contamination and religious obsessions
PTSD- More severe psychological symptoms	More severe physical symptoms, more impairment in social functions, avoidance behaviour

Risk factors for various anxiety disorders in the elderly

Disorder	Risk Factors
Panic Disorder	Disability in old age
Phobic disorders	Lower income, Early parental loss
Agoraphobia	Female gender, widowed or divorced, presence of comorbid depression and social phobia
PTSD	Female gender, childhood trauma, neuroticism, low self efficacy

Specific presentations of various anxiety disorders in the elderly

Disorder	Specific Characteristics in the Elderly
Specific phobia	<ul style="list-style-type: none"> • Commonly seen • Onset earlier in life, not in the geriatric age group • Commonest symptom- Fear of falling
Generalized Anxiety Disorder	<ul style="list-style-type: none"> • Commonest in elderly • Again, usually early onset and chronic course • Sub-syndromal symptoms more seen in the elder rather than the disorder per se. • Commonest symptoms seen- Illness anxiety and health anxiety
Social Phobia	<ul style="list-style-type: none"> • Again, usually early onset • May be difficult to pick up due to reduced social networking and relative isolation.
Post-Traumatic Stress Disorder(PTSD)	<ul style="list-style-type: none"> • Subsyndromal PTSD is more common in older adults • Can be chronic • Best evidence seen in war veterans • In elder individuals-re-experience phenomenon are rare
Panic Attacks	<ul style="list-style-type: none"> • Not so common, unlike younger age group, unless already pre-existing • Diagnosable panic disorder is rare • Overall functionality –less impeded than in younger adults as sympathetic overdrive reduces • Existential anxiety can also manifest with panic attacks
Obsessive Compulsive Disorder	<ul style="list-style-type: none"> • Onset after 55 years is very rare • OCD may be seen as part of BPSD(Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia) • A peculiarity of this age is hoarding compulsions. Often seen with those having cognitive disorder, personality change or substance use.

Medical conditions in the elderly which can be mistaken for anxiety

System	Specific Diseases
Neurological	Stroke ,Parkinsonism ,epilepsy, multiple sclerosis, tumors
CVS	Angina,mitral valve prolapse,cardiac arrhythmia,acute asthmatic attacks
GI disorders	Irritable bowel syndrome
Metabolic /endocrine	Hypoglycaemia,hyperthyroidism,pheochromocytoma, hyparathyroidism,carcinoidsyndrome, uraemia, hepatic failure, hypocalcemia or hypercalcaemia
Deficiency states	Vit. B1,B6,B12,folic acid

Investigations which may be done in a case of Elder Anxiety

Baseline

CBC,

Blood sugar

Urea ,

Creatinine

Thyroid levels

If indicated Sodium,

Potassium and

Calcium levels

Imaging if required

Chest Xray

ECG

Echo Doppler

Based on individual case

Pulse oximetry

Urine analysis and

Drug screening

Rating Scales for Geriatric Anxiety

Type of Scale	Name of Scale
Observer Rated	<ul style="list-style-type: none">- Hamilton Anxiety Rating Scale- Beck's Anxiety Inventory- Anxiety Status Inventory
Self-Rated(Unidimensional)	<ul style="list-style-type: none">-Geriatric Anxiety Inventory-State-Trait Anxiety Inventory(The child version of the scale is better to apply for the elderly)-State-Trait Inventory of Cognitive and Somatic Anxiety-Self Rating Anxiety Scale
Multi-dimensional	Profile of mood states, Hopkins Symptom Checklist(SCL-90 R).
Anxiety in Dementia	<ul style="list-style-type: none">- Rating anxiety in dementia scale (RAID), BEHAV AD, E-BEHAV AD, NPI, NPI-Q.

Differential Diagnosis of Anxiety in Elder individuals(in order of likelihood)

1. Side Effects of Medication use, including self medication
2. Drug and alcohol use
3. Medical comorbidities
4. Other Psychiatric disorders(including cognitive disorders)

Comparative Symptom Overview for Normal Ageing versus Anxiety versus Depression in the Elder

Symptom	Normal Ageing	Major Depressive Disorder	GAD/Panic Disorder/Phobia
Subjective Memory complaint	+	+++	++
Excessive concern or worry	—	++	+++
Mood Disturbances	—	+++	+/-
Changes in sleep pattern	+	++	++
Appetite disturbances	Check for concomitant medication	+	—
Breathing difficulty	Check for concomitant medication/ Respiratory ailment like COPD	—	++
Anhedonia	—	++	—
Hopelessness	—	++	—

Comparative Symptom Overview for Late Life Anxiety versus Dementia

Behaviour	Late Life Anxiety	Dementia
Rigidity	+/-	+++
Hoarding	+/-	+++
Restlessness	++	++
Psychomotor agitation	++	+++
Worry	+++	--
Medically unexplained physical symptoms	+++	--
Sleep disturbances	++	+++
Being homebound	Volitional	Involuntary
Wandering away	--	+++
Substance/Drug use(either recreational or medical)	+	--

Choice of treatment setting

Most of the anxiety disorders can be treated in outpatient setting.

Inpatient management of anxiety disorders is indicated when

- 1) Comorbid severe depression (and at times suicidality) is present.
- 2) Anxiety disorder is severe and treatment resistant. e.g. OCD.
- 3) In case of poor social support and presence of chronic stressor separation from the stressful situation is needed.
- 4) Concurrent medical illnesses and treatment need evaluation and management.

Non-Pharmacological treatments

- **Lifestyle modification:**

Sleep, diet, exercise, socialisation –all in moderation.

Eliminate medical and non-medical triggers

Behaviour Therapy:

- **a)Relaxation Therapy:** Classical Jacobson's technique of progressive muscle relaxation can be taught to the individual with anxiety. This can also be coupled with guided imagery, or practiced alone.
- **b)Systemic desensitization :** This works particularly for phobias and unspecified fears for eg. fear of falling. Creating a hierarchy and controlling the response helps.
- **c)Exposure and Response Prevention:** For OCD
- **d)Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR):** For PTSD.

Cognitive Therapy:


- Cognitive Behaviour Therapy : The aim of CBT in older adults is to target cognitive symptoms, physical symptoms as well as behavioural symptoms.
- First and foremost psycho-education is a must –about the anxiety in general and management of the same.
- Acceptance that the symptoms may not be suggestive of a medical emergency, at the same time being vigilant of associated co-morbidities, becomes a tricky issue to deal with and require a lot of awareness and self-monitoring.
- The core of CBT, however, remains cognitive restructuring using the ABC model(antecedents-behaviour-consequences), wherein cognitive errors and maladaptive behaviour are identified and worked upon.

Mindfulness:

- Mindfulness is inculcating the ability to focus on ‘the now’.
- The aim is to harmonise the difference between the mind and body.
- Mindfulness is particularly important in the elderly, where there are so many transitions taking place not only in the body, but also in the mind, social interactions and roles within the family as well as outside.

Miscellaneous-

- a) Yoga
- B) Art Therapy
- c) Dance therapy
- d) Music Therapy
- e) Cognitive Rehabilitation
- f) Social Activities or Networking

- 
- **g)Alternative Therapies:** Complementary and alternative therapies like touch therapy, reflexology, massage, reiki etc have been tried with not very robust evidence. There are more of anecdotal reports of the same.

Pharmacological management

	GAD	PHOBIA	PANIC DISORDER	OCD	PTSD
FIRST LINE	SSRI, SNRI, Buspirone	SSRI, RIMA	SSRI, SNRI	SSRI	SSRI
SECOND LINE	Mirtazapine,, Pregabalin TCA, Tianeptine	SNRI	TCA	TCA	Mirtazapine
THIRD LINE	BZD	BZD, MAO-I	BZD, MAO-I	BZD	BZD, Atypical antipsychotics

Dosing strategies for commonly used Antidepressant Medications

Generic Name	Starting dose mg/day	Average Dose(mg)	Maximum recommended dose (CPS)	Comments/Caution
SSRI				
Escitalopram	5	10-20	20 mg	Probably the safest in the elderly Hyponatremia Caution in those with bleeding tendencies
Sertraline	25	50-150	200 mg	
SNRI				
Venlafaxine	37.5	37.5-150	150 mg	Watch for hypertension
Desvanlafaxine	50	50	50 mg	Can start with 25 mg. Watch for hyponatremia
Duloxetine	10 mg	10-30	30 mg	Risk of falls
Others				
Mirtazapine	15	30-45	45 mg	Withdrawal is difficult
Pregabalin	75	150-600	600mg	Very sensitive to side effects; giddiness Use in caution with BZD
Tianeptine	12.5	12.5-50	50 mg	Relatively free of side effects. Well tolerated
Buspirone	10	10-60	60 mg	Restlessness
TCA				
Nortriptyline	10-25	40-100	200 mg	Anti-cholinergic properties; cardiovascular side-effects

Common Side effects of medication seen in elderly

Side Effect	SSRI	SNRI	TCA	Others
Hyponatremia	✓	✓		
Risk of bleeding	✓	✓		
QTc prolongation	Occasional		✓	
Narrow angle glaucoma			✓	
Anti-cholinergic effects			✓	
Elevated blood pressure		✓		
Giddiness		✓	✓	Pregabalin
Serotonin syndrome if given in combination	✓	✓		
Discontinuation syndrome	Especially Paroxetine	✓	✓	Mirtazapine
Toxicity in overdose			✓	
Risk of falls				Benzodiazepines Non-benzodiazepine receptor agonists.

Other modalities of treatment

- Modalities of treatment like. rTMS, tDCS have been tried in a few studies of anxiety disorders in adult patients, but similar studies in elderly patients have not been done. However rTMS has been shown to be useful in resistant geriatric depression and it has been observed in these patients that concurrent anxiety symptoms also improve. Further research is needed in this area to establish these treatment modalities in anxiety disorders.

انشاء الله سالم پير شويد

