

Particularități în examinarea psihiatrică a vârstnicului

Particularities in elderly psychiatric examination

Conf. Dr. CĂTĂLINA TUDOSE

Catedra de Psihiatrie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”

REZUMAT

Articolul își propune să sublinieze dificultățile pe care medicul de familie le întâmpină în examinarea pacientului vârstnic, pornind de la constatarea că modificarea piramidei vârstelor a schimbat complet structura patologiei. Sunt prezentate soluții pentru o examinare corectă și pentru formularea unor diagnostice prezumtive competente. De asemenea, ipostaze diferite ale examinării fac obiectul prezentării.

Cuvinte cheie: examinare psihiatrică, gerontopsihiatrie, îmbătrânire, interviu structurat

ABSTRACT

The article proposes to underline the difficulties encountered by the family physician in his elderly patient examination, starting from the finding that the change of ages pyramid has modified completely the pathology structure. Solutions are presented for an accurate examination and for framing some competent presumptive diagnosis. Also different hypostasis of the examination make the subject of the presentation.

Key words: psychiatric examination, gerontopsychiatry, ageing, structured interview

Patologiei psihiatrice a vârstnicului a început să i se acorde o importanță sporită din ultimele decenii ale secolului trecut, odată cu accentuarea fenomenului de îmbătrânire a populației, precum și datorită dezvoltării asistenței psihiatrice de tip comunitar, cu elaborarea de numeroase studii epidemiologice. Ele au adus în atenția specialiștilor, dar și a publicului larg informații referitoare la prevalența amenințătoare a demențelor și a bolilor neurodegenerative în general, pe măsura înaintării în vârstă, ca și a frecvenței deosebit de crescute a tulburărilor depresive la toate categoriile de vârstă. Perfecționarea sistemului de

diagnosticare a acestor afecțiuni, elaborarea de criterii de diagnostic tot mai rafinate, dezvoltarea fără precedent a psihofarmacologiei și dovedirea efectelor benefice ale terapierilor antidepresive, anxiolitice, antidemențiale au condus la dezvoltarea unei noi specialități medicale – psihiatria vârstnicului sau psihogeriatra.

În ordinea descrescătoare a frecvenței tulburărilor psihice la vârstnic, pe primele locuri se situează demențele și depresiile, urmate apoi de tulburările anxioase, consumul de substanțe, în mod deosebit consumul de alcool și tulburările psihotice.

Adresă de corespondență:

Conf. Dr. Cătălina Tudose, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, B-dul Eroilor Sanitari nr. 8, Sector 5, București, Cod 050474
e-mail: cftudose@gmail.com

Medicul de familie joacă un rol esențial în prevenirea, dar și în depistarea acestor tulburări, de preferat în stadiile lor incipiente. Importantele repercusiuni asupra calității vieții persoanei vârstnice, cât și a întregii familii ar trebui să constituie motive suficiente pentru ca problematica de sănătate mintală a vârstnicului să devină o prioritate în practica medicală curentă a medicului de familie.

Evaluarea unei persoane vârstnice cu tulburări psihice ar trebui să se finalizeze prin formularea unui diagnostic prezumtiv, prin stabilirea nevoilor persoanei, precum și a posibilelor riscuri (potențial heteroagresiv, suicidal, abuzuri, complicații somatice etc.).

În primul rând, medicul de familie trebuie să stabilească cine și de ce a solicitat consultul. În cazurile fericite, în care vârstnicul este o persoană demult cunoscută, aflată în evidența acestuia de mulți ani, atunci medicul are informații destul de complete despre istoricul său medical, medicamentos, psihiatric, ca și despre antecedentele sale heredocolaterale. În situația în care pacientul îi este necunoscut, atunci trebuie mai întâi obținute toate aceste informații.

În mod ideal, pacientul vârstnic ar trebui consultat la domiciliul său; astfel, persoana poate fi examinată în mediul său natural, se pot testa capacitățile cognitive, de relaționare, ca și competențele funcționale din viața de zi cu zi, în relație directă cu mediul său de viață. Pe de altă parte, sunt facilitate contactele cu ale persoane importante din familie, cum ar fi principalul îngrijitor, prieteni, vecini, alți colocatari. Medicul poate ușor evalua calitatea vieții persoanei și a familiei sale, atmosfera din familie, poate observa direct mediul în care trăiește persoana, eventualele abuzuri sau tulburări psihice/de comportament ale altor membri ai familiei.

În practica obișnuită însă, în România, atât medicul de familie, cât și medicul specialist fac foarte rar consultații la domiciliul pacientului. Deși sunt practic greu de realizat, recomandăm totuși cel puțin o vizită la domiciliu, la un moment dat, de-a lungul relației terapeutice, pentru cunoașterea autentică a situației bolnavului și a familiei sale, pentru evaluarea capacității familiei de a deveni partener în procesul de îngrijire.

Interviul cu o persoană vârstnică are ca scop obținerea de informații despre evenimente de viață, preocupări, nivel de activitate, dar pe de altă parte permite stabilirea unei relații terapeutice. De aceea, elementul esențial al interviului este stabilirea unui contact bun, atât cu persoana suferindă, cât și cu îngrijitorul/familia acestuia. Primele impresii contează mult și de obicei ele

se mențin pe termen lung, în timp ce o nereușită poate compromite definitiv stabilirea unei relații și mai ales a unei alianțe terapeutice.

Examinarea pacientului vârstnic trebuie să fie coerentă, corectă și sistemică, atentă și sensibilă la nevoile persoanei, individualizată. Ea presupune abilități speciale ale medicului. Acesta va trebui să diminueze stresul legat de examinare, având o atitudine prietenoasă și fiind receptiv față de problemele pacientului. Se recomandă o atitudine plină de considerație, valorizantă, empatică, în care persoana trebuie tratată ca un adult, ca un egal și nu ca un copil. Se vor evita atitudinile autoritare, infantilizante, critice, ironice, stigmatizante. Tonul, mimica, gesturile medicului vor trebui să exprime o atitudine pozitivă, de încurajare, de susținere, cu permanentă adaptare la nivelul de instruire, deficitelor senzoriale, fragilitatea generală a persoanei.

Medicul trebuie să faciliteze comunicarea, să-l încurajeze permanent pe pacient pentru a se putea exprima liber, nestingherit; examinatorul trebuie să aibă un rol activ, să pună întrebări ajutătoare, să evite întrebările sugestive, să facă pauze ori de câte ori pacientul dă semne de oboseală, să folosească un ton și un ritm verbal adecvat și adaptat la ritmul verbal al pacientului, să vorbească tare, lent și cât mai clar.

Este de preferat ca examinarea unei persoane în vârstă să se facă în cursul dimineții, pentru ca pacientul să fie odihnit și să se desfășoare într-un ambient adecvat (ca luminozitate, temperatură, poziție, reducerea nivelului de zgomot, eliminarea oricăror surse de distragere a atenției – telefoane mobile, radio, TV, aglomerație etc.).

La un prim contact medicul va trebui să se prezinte și să se adreseze persoanei folosindu-i numele de familie, eventual titlul (ex. profesor, doctor etc.) sau altfel, numai dacă acesta își exprimă o astfel de dorință. Nu se recomandă adresarea prea familiară, chiar dacă e binevoitoare, dar impersonală și stigmatizantă ca „bunicuțo“, „mamaie“, „tataie“ etc., din păcate foarte adesea utilizate de personalul medical în instituții. Este important ca medicul să verifice dacă pacientul știe care este scopul întâlnirii, dacă îl consideră necesar; în caz contrar el trebuie informat cine a solicitat consultul și pentru ce motive.

Evaluarea unei persoane vârstnice cu tulburări psihice necesită mult timp. În afara faptului că este necesară culegerea multor informații, durata examinării psihice și somatice poate fi mult prelungită din cauza deficitelor senzoriale

sau altor suferințe somatice frecvent asociate. În consecință, este nevoie de multă răbdare, iar timpul rezervat examinării trebuie să fie bine planificat și suficient astfel încât să permită o bună desfășurare a interviului și a examinării propriu-zise.

Interviul trebuie să fie structurat, urmărind evaluarea progresivă a funcțiilor psihice, dar în același timp să fie flexibil și permanent adaptat la reacțiile emoționale și la particularitățile persoanei, cu grijă deosebită pentru evitarea reacțiilor catastrofice (anxietate accentuată, agitație, pierderea controlului impulsurilor prin conștientizarea deficitului cognitiv major), care pot conduce la terminarea bruscă, dramatică și prematură a interviului.

De multe ori, este necesar să se repete întrebările, mai ales în situația hipoacuziei sau a deficitului cognitiv semnificativ. De aceea, examinatorul trebuie întotdeauna să se asigure că pacientul a auzit întrebarea și a înțeles-o. Făcând efortul de repetare a întrebărilor, examinatorul contribuie în mod decisiv la menținerea demnității persoanei, dar și la obținerea de rezultate corecte. O examinare atentă, fără grabă, cu repetarea instrucțiunilor, relevă adesea păstrarea capacității de judecată, de decizie, care poate părea compromisă la o examinare superficială sau inadecvată.

De cele mai multe ori, vârstnicii sunt cooperanți și dau cu plăcere informații despre problemele sau evenimentele din viața lor. Este admisă o încălcare a confidențialității ori de câte ori se pune problema asigurării siguranței persoanei (declarații de autovătămare, suicid etc.). Medicul va fi atent și la comportamentul non-verbal al pacientului.

Aproape întotdeauna medicul va discuta cu membrii de familie/îngrijitorul; ei reprezintă importante surse de informație mai ales dacă își petrec cel puțin 10 ore/săptămână în compania pacientului. Ei pot da relații importante, referitoare de ex. despre debutul tulburărilor cognitive: „De când ați observat că a început să uite?“, „Ce anume uită?“, „Repetă aceeași întrebare?“, „A pierdut lucruri?“ etc. Prezența unei astfel de persoane poate facilita, dar și împiedica derularea liberă a interviului. Este recomandabil ca de la bun început pacientul să fie întrebat dacă acceptă/preferă ca altă persoană să fie prezentă la discuții și/sau la examinare.

Pe de altă parte, este destul de important ca medicul să aibă o întrevvedere scurtă, separată cu aparținătorul/îngrijitorul. Uneori, acesta are lucruri importante de comunicat despre comportamentul bolnavului și nu poate vorbi în fața

pacientului. În anumite cazuri poate fi necesară o întâlnire ulterioară cu familia.

În orice caz, principalul obiectiv al medicului de familie rămâne observarea și examinarea persoanei vârstnice și el nu poate fi nicicum înlocuit și realizat numai prin discuția cu aparținătorul.

Medicul va observa însă cu această ocazie și relațiile pacientului cu aparținătorul său; el poate evalua calitatea relațiilor din familie, poate constata ușor dacă aparținătorul se poartă respectuos, dacă este sensibil la suferința pacientului sau, din contră, îl tratează ca pe un obiect, vorbește despre el și în prezența lui la persoana a III-a, i se adresează nepoliticos etc.

Alteori, aparținătorul este la rândul lui o persoană vârstnică, puțin capabilă să ofere informații corecte, iar un îngrijitor angajat nu are de cele mai multe ori pregătirea necesară pentru a descrie și înțelege semnificația comportamentelor modificate. De aceea, sarcina medicului de familie poate fi uneori foarte dificilă, mai ales în fața unor descrieri evazive sau chiar contradictorii.

În consecință, examinarea trebuie să decurgă conform unor reguli și să se desfășoare după o metodologie bine stabilită. Aceasta este în general similară cu examinarea adultului tânăr.

Examinarea somatică este obligatorie; prevalența foarte ridicată a comorbidităților somatice la această categorie de vârstă impune această regulă. Foarte adesea, la examinarea somatică sunt depistate semne și simptome care pot explica simptomatologia psihiatrică și pot oferi indicii etiopatogenice (HTA, fibrilație atrială, deficiente motorii sau senzoriale etc.) sau pot explica înrăutățirea bruscă a stării unui pacient deja diagnosticat cu demență sau depresie (infecții intercurrente, dezechilibre hidro-electrolitice etc.).

Desigur, examinarea somatică trebuie să fie completă, adaptată la caz, dar se recomandă ca medicul să insiste asupra câtorva elemente, particular modificate la vârstnic. Astfel, referitor la aspectul general al persoanei, ar trebui să atragă atenția scăderea recentă și importantă în greutate, o stare de somnolență nejustificată, igiena deficitară, ca și un aspect general suferind.

Decelarea clinică a unui sindrom anemic, icteric, depistarea unor ganglioni măriți de volum sau a semnelor de suferință tiroidiană sunt importante.

Este recomandată examinarea atentă a tegumentelor – se pot constata astfel grade semnificative de deshidratare (turgor cutanat modificat),

echimoze (sugerând căderi, loviri, abuz) sau prezența escarelor la persoanele imobilizate.

Controlul tensiunii arteriale și al pulsului se va face întotdeauna; se pot evidenția modificări patologice ale acestora, întotdeauna cu consecințe asupra stării generale și a performanțelor cognitive (frecvent, tulburări de ritm care pot evidenția deshidratarea – puls slab, filiform, fibrilație atrială etc.). Tegumentele cianozate, o frecvență respiratorie crescută peste 16 respirații/minut vor orienta medicul spre o examinare atentă a aparatului respirator, cu eventuala decelare a semnelor de infecție (raluri crepitante etc.).

Orice organomegalie identificată la nivelul regiunii abdominale, instalarea incontinenței pentru materii fecale sau, invers, constipația cronică foarte frecventă după 70 de ani îl vor determina pe medicul de familie să facă și să recomande investigații suplimentare în servicii specializate, ca de altfel în toate situațiile de mai sus.

Frecvent vârstnicii au suferințe articulare, dureroase. Medicul de familie va descoperi dacă există articulații inflamate, edemate, dureroase, în ce măsură ele limitează mișcările, dacă există deformări articulare. Foarte adesea, durerea neidentificată poate genera un tablou clinic ușor de confundat cu depresia. De aceea este necesară în primul rând examinarea somatică completă.

Evaluarea neurologică pe care o efectuează medicul de familie va cuprinde examinarea acuității vizuale pentru a aprecia nivelul scăderii acesteia și mai ales dacă sunt modificări ale câmpului vizual sau ale mișcărilor oculare, evaluarea mersului și echilibrului, decelarea unor modificări de forță musculară, tonus muscular și sensibilitate la nivelul fiecărui membru în parte.

În fața oricărei simptomatologii somatice semnificative, medicul de familie va recomanda investigații care să-i permită stabilirea unui diagnostic prezumtiv pozitiv și diferențial pentru orice sindrom confuzional, tulburare de dispoziție sau tulburare psihotică, deteriorare cognitivă pentru care a fost de fapt solicitat. Investigațiile de rutină vor cuprinde hemoleucograma completă, VSH, glicemie, electroliți, investigarea funcțiilor hepatice, renale, tiroidiene, vitamina B12.

Valorile modificate ale acestor investigații vor impune consulturi de specialitate – medicină internă, cardiologie, hematologie, neurologie, oncologie etc.

Examinarea stării mintale se efectuează ultima și urmează același demers ca și la adultul

tânăr. Pentru fiecare funcție psihică există însă unele aspecte particulare la vârstnici cărora medicul de familie trebuie să le acorde o atenție sporită.

Elementul clinic esențial este diferențierea unui stări confuzionale (delirium) de un sindrom demențial. Prezența unei tulburări de conștiință este susținută de prezența tulburărilor de atenție, ca și de modificarea stării de vigilență (tendința la somnolență). Orice tablou clinic sugestiv pentru delirium presupune de urgență investigații clinice și paraclinice suplimentare pentru identificarea etiopatogeniei.

Aspect general și comportament

Sunt semne importante: scăderea recentă în greutate, semnul capului întors (demență, Alzheimer), tremor de repaus, stare general de neliniște sau de lentoare psiho-motorie, iritabilitate (depresie), comportament dezinhbit sau inadecvat (tulburare psihotică).

Vorbirea

Medicul poate ușor sesiza tulburări ca: disartrie (post AVC, boală Parkinson, encefalopatii toxice, persoane edentate, sindrom de neuron motor etc.), disfazii (post AVC, sindroame demențiale corticale), perseverări (pacientul continuă să dea răspunsul pentru întrebarea anterioară la următoarele întrebări), palilalia (repetă ultimul cuvânt cu frecvență crescută), logoclonia (repetă ultima silabă) sau logoree. Pacientul poate imita ceea ce spune examinatorul (ecolalie) sau ceea ce face (ecopraxie). Aceste ultime simptome apar destul de rar, dar dacă există nu pot fi trecute cu vederea.

În demență, mai ales la debut, discursul poate fi fluent, dar conținutul banal, circumstanțial trădând sărăcia gândirii.

Dispoziția

Orice modificare semnificativă față de premorbid, cum ar fi neliniștea, anxietatea, iritabilitatea, prezența ideății depresive trebuie luate în considerare. Vârstnicii exprimă mult mai rar acuze subiective referitoare la starea lor de dispoziție sau consideră firească dispoziția depresivă după o anumită vârstă, în contextul suferințelor somatice și al singurătății. Dacă medicul de familie cunoaște persoana cu mult timp înaintea acestui consult, modificările dispoziției vor fi mult mai ușor de recunoscut, altfel că sunt necesare informații suplimentare referitoare la dispoziția bazala premorbidă, ca și la antecedentele sale psihiatice.

Percepția

Uneori pacienții prezintă iluzii sau fenomene halucinatorii. De exemplu, halucinațiile vizuale sunt caracteristice demenței cu corpi Lewy. Este important de evaluat gradul de participare al pacientului la fenomenele halucinatorii (delirium). În cazul în care nu se constată participarea și se exclude astfel o stare confuzională, se recomandă o întrebare non-directivă de genul „Uneori, imaginația vă joacă feste?”

Gândirea

De cele mai multe ori, în cadrul un sindrom demențial conținutul gândirii este sărăcit. Dar un interviu atent și susținut în acest context clinic poate decela și prezența ideilor delirante sau a trăirilor psihotice. Este important să se coreleze conținutul acestor idei cu modificarea dispoziției (idei hipocondriace, ideeație suicidară).

Cogniția

Evaluarea clasică constă într-o serie de întrebări structurate care acoperă anumite domenii cum ar fi orientarea în timp și spațiu (și adesea la persoană – indicând capacitatea de recunoaștere a persoanelor), atenție (sunt solicitați să numere de la 20 la 1 sau să spună lunile anului în sens invers), memoria de lungă și scurtă durată (amintirea imediată a unui nume și a unei adrese, ca și detalii privind aspecte autobiografice), limbajul (denumirea unor obiecte) și praxiile (desenarea unui cub).

Se pot folosi și teste de memorie standardizate cum ar fi MMSE (Mini Mental State Examination). Avantajele acestuia este că poate fi repetat și permite o cuantificare a funcțiilor cognitive, demonstrând evoluția acestora în timp. Dezavantajul este că încurajează o abordare stereotipă care nu surprinde aspectele funcționale.

Recomandarea este ca medicul de familie, care constată tulburări la examinarea clinică, să orienteze pacientul spre un consult complex la nivelul Centrelor de Memorie. În cadrul acestor servicii specializate pacientul este evaluat psihiatric, neurologic și neuropsihologic.

Diagnosticarea depresiei poate fi uneori foarte dificilă. Orice modificare importantă de dispoziție sau de comportament, scăderea energiei, a

motivației pentru activitățile și plăcerile obișnuite ar trebui să determine medicul de familie să recomande un consult psihiatric.

Prezența ideeației de suicid, pe care adesea vârstnicii o formulează în cadrul consultului la medicul de familie, trebuie să reprezinte un semnal de alarmă, să se facă eforturi pentru depistarea depresiei și a riscului pentru suicid, necesitând examinări suplimentare și internarea în servicii de psihiatrie/psihogeriatric.

Supradozarea medicației sau comportamentul de autovătămare, chiar cu repercusiuni minore, au o semnificație mult mai importantă decât la adultul tânăr, sugerând un risc suicidar ridicat.

Insomnia

Un alt simptom foarte adesea acuzat de vârstnici este insomnia. Aceasta ridică problema identificării cauzei, care poate fi o boală psihică, o boală somatică sau ignorarea faptului că nevoia de somn se modifică odată cu înaintarea în vârstă. Problema tratamentului insomniei generează frecvent probleme de dependență la medicația hipnotică, îndeosebi la benzodiazepine.

Nu trebuie ignorată nici problematica sexualității la vârstnici, de multe ori dificil de investigat; ea poate genera situații foarte dificile atât în mediul familial, cât și în societate, de cele mai multe ori fiind vorba de patologie a lobului frontal (dezinhibiție, masturbare în public, comportament sexual inadecvat).

Aspectul neglijent sau igiena precară ar trebui să stimuleze medicul de familie pentru o investigație mai atentă, în majoritatea cazurilor fiind vorba fie de o boală somatică, fie de o tulburare psihică, de cele mai multe ori asociate cu dificultăți sociale și economice.

Tulburările psihotice cu debut după 65 de ani modifică în mod semnificativ comportamentul care este sesizat de familie sau vecini, conducând la internări de urgență în servicii de specialitate.

Tot în sarcina medicului de familie ar intra și depistarea abuzurilor pe care le pot sesiza (urme de violență, subnutriție, suprasedare, contenționare, prezența escarelor) și care se pot produce fie în mediul familial, fie în instituții, situații în care medicul trebuie să sesizeze autoritățile competente.

BIBLIOGRAFIE

1. **Baldwin R., Chiu E., Katona C., Graham N.** – Guidelines on depression in Older People. Practising the Evidence. Martin Dunitz Ltd, London, 2002
2. **Bowker L., Proce J., Smith S.** – Oxford Handbook of Geriatric Medicine, Oxford University Press, 2006
3. **Gauthier S., Ballard C.** – Management of Dementia. Second Edition, Informa Healthcare USA, NY, 2007
4. **Hodges J.** – Cognitive Assessment for Clinicians, second edition, Oxford University Press, 2007
5. **Hughes J.** – Thinking through dementia. Oxford University Press, 2011
6. **Jacoby R., Oppenheimer C.** – Psychiatry in the Elderly, third edition, Oxford University Press, 2002
7. **Jones G.** – Communication and care-giving in dementia: a positive vision. The Wide Spectrum, 2012
8. **Lovestone S., Gauthier S.** – Management of Dementia, Martin Dunitz Ltd, 2001
9. **Marshall M.** – State of the art in dementia care. Centre for Policy on Ageing, London, 1997
10. **Sheehan B., Karim S., Burns A.** – Old Age Psychiatry, Oxford University Press, 2009
11. **Sunderland et al.** – Diagnostic Issues in Dementia. Advancing the Research Agenda for DSM-V. APA, Arlington, Virginia, 2007
12. **Tudose C.** – Demențele – o provocare pentru medicul de familie. Ed. Infomedica, București, 2001
13. **Tudose C., Tudose F., Voicilă C.** – Diagnosticul precoce al demenței Alzheimer, *Infomedica* nr. 3 (18-21), anul V, 1997
14. **Tudose F., Tudose C.** – Abordarea pacientului în psihiatrie, Ed. Infomedica, București, 2002
15. **Tudose C., Tudose F.** – Psihiatrie în practica medicală. Ed. Infomedica, București, 2007
16. **Waite J., Harwood R., Morton I., Connely D.** – Dementia Care, a practical manual. Oxford University Press, 2009.

Vizitați site-ul

SOCIETĂȚII ACADEMICE DE MEDICINĂ A FAMILIEI

www.samf.ro