

REKOMENDACJE POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU DEPRESJI U OSÓB STARSZYCH, WRAZ Z PROPOZYCJĄ PROGRAMU PROFILAKTYKI DLA LEKARZY POZ, LEKARZY GERIATRÓW I PIELEŃNIAREK ODDZIAŁÓW GERIATRYCZNYCH

*lek. Beata Kijanowska-Haładyna, lek. Agnieszka Borzym,
dr Anna Z. Antosik-Wójcińska, prof. dr hab. Iwona Kurkowska-Jastrzębska*
INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII
W WARSZAWIE

1. WSTĘP

Za cezurę wyznaczającą początek starości w rozumieniu statystycznym według WHO uznaje się ukończenie 60 roku życia. Niektóre źródła przyjmują wiek 65 lat za rozpoczynający ten okres (Kinsella, 2002). Możemy wyróżnić tu trzy przedziały:

- 60-74 lata – starość wczesna (wiek podeszły)
- 75-89 lat – starość pośrednia (faza starości pełnej)
- powyżej 90 lat – starość późna (etap długowieczności).

W sensie fizjologicznym początek starości to takie zaawansowanie procesów starzenia się, które ogranicza funkcje biologiczne i adaptacyjne. Ludzie starzy nie stanowią zatem jednolitej grupy, zarówno jeżeli chodzi o funkcjonowanie ciała i psychiki, jak i o ogólny stan zdrowia. Sam proces starzenia się, a także powszechna w populacji osób po 60 roku życia obecność chorób przewlekłych powodują pogorszenie sprawności fizycznej, lokomocyjnej, a także emocjonalnej i intelektualnej. Ma to niekorzystny wpływ na ich życie codzienne i społeczne. Zmniejszona odporność na czynniki biologiczne i sytuacje stresowe powoduje łatwe naruszanie równowagi organizmu przez dodatkowe obciążenia, stres, problemy ekonomiczne i socjalne. Może się to przyczyniać do nasilenia istniejących chorób lub pojawiania się nowych.

Ze względu na rosnącą populację osób w wieku poprodukcyjnym należy zwrócić szczególną uwagę na właśnie tę grupę w projektowanych interwencjach. Wprowadzenie rozwiązań dedykowanych osobom starszym w zakresie diagnostyki, zapobiegania i leczenia depresji przybliży do osiągnięcia celu, jaki WHO promuje od 2002 r. – przyczyni się do zdrowego i aktywnego starzenia się, które jest rozumiane jako jak najdłuższe utrzymanie aktywności w życiu społecznym, ekonomicznym, kulturalnym, duchowym i prywatnym. Depresja u seniorów – ze względu na częstość występowania oraz negatywny wpływ na ogólny stan zdrowia, funkcjonowanie społeczne i jakość życia – stanowi poważny problem socjomedyczny (Dobrzyńska i wsp., 2007). Osoby w wieku emerytalnym stanowią ponad 20% wszystkich leczonych z powodu depresji. A z uwagi na starzenie się społeczeństwa – ich udział w tej grupie będzie się nadal powiększał. Nieleczona lub źle leczona choroba pogarsza rokowanie we współistniejących schorzeniach somatycznych, wiąże się też ze zwiększonym ryzykiem długotrwałej opieki, hospitalizacji i pobytu w ośrodkach opiekuńczo-leczniczych (Sheeran i wsp., 2010), stąd też tak istotne jest wczesne rozpoznanie i wdrożenie skutecznego leczenia.

Realizacja Programu Zapobiegania Depresji w Polsce na Lata 2016-2020 ma przyczynić się do zmian w tym zakresie. Jego celem jest pogłębienie świadomości i uwrażliwienie społeczeństwa na problem, jakim jest ta choroba – w tym depresja w wieku podeszłym – m.in. dzięki ogólnopolskiej kampanii edukacyjno-informacyjnej pod nazwą Depresja. Rozumiesz – pomagasz. W jej ramach publikowane i dystrybuowane są (także za pomocą środków masowego przekazu) treści dydaktyczne i uświadamiające skierowane do ogółu populacji, z wyszczególnieniem

grup o podwyższonym ryzyku zachorowania na depresję – dzieci i młodzieży, kobiet w okresie okołoporodowym oraz osób starszych. Równocześnie została przygotowana przedmiotowa strona internetowa www.wyleczdepresje.pl oraz broszury stanowiące rzetelne kompendium informacji o głównych czynnikach ryzyka depresji, jej objawach, profilaktyce, leczeniu oraz formach wsparcia oferowanych chorym i ich otoczeniu. Materiały kampanii to dobre źródło podstawowej wiedzy również dla profesjonalistów medycznych, w tym lekarzy rodzinnych, geriatrów i innych specjalistów, jak kardiologów czy diabetologów, których liczną grupą pacjentów są osoby starsze.

2. BARIERY WPŁYWAJĄCE NA NISKĄ ROZPOZNAWALNOŚĆ ORAZ NIEDOSTATECZNE LECZENIE DEPRESJI W POPULACJI OSÓB STARSZYCH

Ograniczenia wpływające na niską rozpoznawalność oraz niedostateczne leczenie depresji wśród osób w wieku podeszłym można podzielić na trzy kategorie:

1. Bariery związane z personelem medycznym zaangażowanym w opiekę nad osobami starszymi, tj.: ograniczony czas podczas wizyty, brak odpowiedniej wiedzy i praktycznych umiejętności odnośnie zapobiegania, rozpoznawania i leczenia depresji.

Rozwiązaniem, które może przynieść poprawę w tym zakresie, jest program edukacyjny skierowany do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), geriatrów, internistów i neurologów, a także pozostałego personelu medycznego sprawującego opiekę nad osobami starszymi, obejmujący zapoznanie z profilaktyką depresji, metodami wczesnego wykrywania oraz podstawami leczenia depresji w tej populacji wiekowej. Niezbędne jest samodzielne pogłębianie wiedzy przez profesjonalistów medycznych w ramach kształcenia ustawicznego.

2. Bariery związane z pacjentem, tj.: obawa przed stygmatyzacją, niewiedza na temat profilaktyki depresji wśród osób starszych, brak wiedzy o objawach choroby, brak wsparcia w rodzinie i w otoczeniu.

Szansą na polepszenie tej sytuacji jest edukowanie pacjentów i ich rodzin oraz opiekunów osób starszych. Wskazane są więc oddziaływania psychoedukacyjne prowadzone na poziomie POZ (edukacja przez personel medyczny, broszury informacyjne). Równie istotne i bardzo potrzebne jest także uświadamianie całego społeczeństwa za pośrednictwem odpowiedniej kampanii o ogólnopolskim zasięgu, która obecnie jest realizowana w ramach Programu Zapobiegania Depresji w Polsce na Lata 2016-2020.

3. Bariery systemowe, tj.: brak wytycznych skierowanych do lekarzy POZ, geriatrów i pozostałych specjalistów odnośnie postępowania z pacjentem w wieku podeszłym z depresją, organizacja systemu ochrony zdrowia, oddzielenie opieki podstawowej od specjalistycznej opieki psychiatrycznej.

Konieczne w tym zakresie zmiany można przeprowadzić dzięki opracowaniu rekomendacji dotyczących rozpoznawania i dalszego postępowania z pacjentem dla lekarzy i pielęgniarek POZ oraz geriatrów.

Sposoby przezwyciężenia wszystkich opisanych barier są uwzględnione w zaproponowanym programie profilaktyczno-edukacyjnym zapobiegania depresji w populacji osób w wieku podeszłym. Składa się on z trzech części odnoszących się do zidentyfikowanych powyżej problemów.

3. KRYTERIA, SPOSÓB KWALIFIKACJI UCZESTNIKÓW ORAZ FORMY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W RAMACH PROPONOWANEGO PROGRAMU, W TYM ZASADY WSPÓŁPRACY I WYMIANY INFORMACJI Z PLACÓWKAMI OCHRONY ZDROWIA REALIZUJĄCYMI PROGRAM.

Zalecanymi oddziaływaniami, zawartymi w proponowanym programie bądź w innych interwencjach dedykowanych tematyce depresji w wieku podeszłym, powinni zostać objęci wszyscy co najmniej 65-letni pacjenci leczący się w poradniach POZ oraz wszyscy lekarze pierwszego kontaktu i geriatrzy. Potencjalni chorzy zaproszeni do udziału w przedsięwzięciu – zgodnie z *Rocznikiem Statystycznym* z 2017 r. uwzględniającym dane za 2016 r., tj. mający powyżej 65 lat – stanowią liczną grupę 6 303 400 osób, z czego 5 560 900 to ludzie w wieku 65-84 lata, a pozostałe 742 500 – seniorzy mający powyżej 85 lat. Projektowana inicjatywa z założenia ma mieć charakter ciągły, a przesiewowe badanie pod kątem występowania zaburzeń depresyjnych powinno stanowić stały element praktyki lekarskiej.

Działania profilaktyczne i lecznicze trzeba przeprowadzać za pośrednictwem lekarzy podstawowej opieki medycznej oraz geriatrów. W Polsce praktykuje co najmniej 32 292 lekarzy POZ (liczba zgłoszona do realizacji umów z Narodowym Funduszem Zdrowia – NFZ), udzielając świadczeń zdrowotnych w co najmniej 6 226 podmiotach¹. Powyższe dane nie uwzględniają lekarzy POZ, którzy nie zawarli umów z NFZ. Zadania programu powinny być prowadzone również przez lekarzy i pielęgniarki stacjonarnego leczenia geriatrycznego, pielęgniarki realizujące opiekę środowiskową, w domu starszego pacjenta oraz pracowników dziennych ośrodków opieki medycznej dla seniorów i geriatrycznych zespołów opieki domowej (*Standardy postępowania w opiece geriatrycznej 2013*). Właśnie ich należy kierować na odpowiednie szkolenia z zakresu profilaktyki, wczesnego rozpoznawania, diagnostyki i dalszego leczenia depresji oraz dystrybuować wśród nich zalecenia postępowania.

¹ NFZ, *Podstawowa opieka zdrowotna, potencjał i jego wykorzystanie*. 2016.

4. PROGRAM PROFILAKTYKI DEPRESJI DLA LEKARZY POZ, GERIATRÓW I PIELĘGNIAREK ODDZIAŁÓW GERIATRYCZNYCH

4.1. Krótkie przedstawienie sytuacji epidemiologicznej

Przewiduje się, że starzenie się społeczeństwa Polski będzie przebiegało znacznie szybciej niż dotychczas. GUS obliczył, że w 2035 r. osoby powyżej 65 roku życia będą stanowić 23,8%, a w 2050 r. 40% populacji. Urząd prognozuje również nasilenie procesu podwójnego starzenia się, czyli wzrostu odsetka ludzi w najstarszej grupie wiekowej, tj. 75-80 lat i powyżej. W latach 1950-2011 procent osób w wieku 75 lat i więcej wzrósł z 1,6% do 6,5%. W roku 2035 osiągnie 12,3%. Polacy powyżej 80 roku życia stanowią obecnie 4% ogółu społeczeństwa. W tej grupie wiekowej wyraźnie przeważają kobiety (59%). Na 100 mężczyzn w wieku 80 lat i więcej przypadają 143 kobiety, podczas gdy w całej populacji wskaźnik feminizacji wynosi 107. Zgodnie z wyliczeniami GUS proces starzenia się obywateli Polski ulega znacznemu przyspieszeniu w pierwszej połowie XXI wieku.

W badaniu Polsenior przeprowadzonym w latach 2007-2011 stwierdzono narastającą z wiekiem obecność objawów depresji w polskim społeczeństwie (Mossakowska i wsp., 2012). W grupie 55-59 lat choroba ta występowała u 20%, w przedziale 65-79 lat u 25%, a 80 i więcej lat – u 33% populacji. Depresję diagnozowano częściej u kobiet niż u mężczyzn. Schorzenia o znacznym nasileniu zaobserwowano w grupie wiekowej 65-79 lat u co 15 kobiety i u co 40 mężczyzny. W grupie 80 lat i więcej – już u co 12 kobiety i u co 20 mężczyzny. Ocena symptomów chorobowych była tutaj przeprowadzona z użyciem *Geriatrycznej skali oceny depresji* (GDS). Lekki przeciwdepresyjny, jak oszacowano w tym badaniu, przyjmowała jedynie połowa pacjentów z depresją w wywiadzie. U 54,6% z nich utrzymywały się objawy depresyjne o nasileniu umiarkowanym lub znacznym (Mossakowska i wsp., 2012).

4.2. Trudności diagnostyczne i specyfika depresji w podeszłym wieku

Niewielka liczba osób starszych leczonych z powodu depresji wynika w dużej mierze z trudności diagnostycznych. Część symptomów pacjenci, ich rodziny lub opiekunowie przypisują samemu procesowi starzenia lub problemom zdrowotnym czy ekonomicznym i nie zgłaszają ich lekarzowi. Przykładem może być utrata zainteresowań, radości z życia, wycofywanie się z kontaktów społecznych, brak energii, męczliwość, zaburzenia snu czy łaknienia. Depresja w podeszłym wieku często współistnieje ze schorzeniami somatycznymi, a także z innymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak stany lękowe czy otępienie (APA, 2013). Znacznym utrudnieniem w diagnostyce są: częste współwystępowanie licznych chorób somatycznych oraz nakładanie się czynników psychologicznych i społecznych (utrata pracy, przejście na rentę/emeryturę, śmierć partnera, osamotnienie, ograniczenie kontaktów z otoczeniem, brak zainteresowania ze strony rodziny), obecność zaburzeń funkcji poznawczych, niekorzystne, depresjogenne działanie leków przyjmowanych z powodu schorzeń somatycznych.

Odmienność obrazu depresji u osób w podeszłym wieku nie ułatwia postawienia właściwej diagnozy. Pacjenci jedynie niekiedy zgłaszają obniżenie nastroju – typowe są za to skargi dotyczące stanu fizycznego, takie jak dolegliwości bólowe, uczucie duszności, zawroty głowy, kołatanie serca, zaparcia, rzadziej biegunki. Narzekają na osłabienie, męczliwość, utratę energii, zaburzenia snu i łaknienia. Często jest poczucie beznadziejności, myśli o śmierci, lęk. Bliscy obserwują wycofanie z życia rodzinnego i społecznego. Pojawiają się zaburzenia funkcji poznawczych – głównie problemy z pamięcią. W depresji o późnym początku częściej występują objawy psychotyczne, najczęściej hipochondryczne, nihilistyczne (np. chory jest przeświadczony, że jego przewód pokarmowy nie pracuje, nerki nie działają, nie oddaje moczu) lub zubożenia.

Depresja w wieku podeszłym charakteryzuje się bardziej przewlekłym przebiegiem, nawrotami o większej częstotliwości. Rzadziej udaje się uzyskać pełne remisje, nawet mimo prawidłowego leczenia. Często też objawy choroby poprzedzają wystąpienie otępienia.

W populacji osób starszych wyróżnić możemy te, u których choroba afektywna jedno- lub dwubiegunowa pojawiła się już we wcześniejszych okresach życia. Przebieg epizodów może zmieniać się z wiekiem. Wspomnieć należy też o pacjentach z zaburzeniami lękowo-depresyjnymi, które można odnotować zwykle już w młodszym wieku. Wielu autorów wyróżnia depresję o późnym początku (*late life depression*), rozwijającą się po 60 roku życia, która często wiązana jest z koncepcją naczyniową jej powstawania. (Parnowski, 2016). Z wiekiem rośnie również rozpowszechnienie dystymii. Występuje ona częściej u osób niepracujących, rozwiedzionych lub w separacji, w związku z czym bywa uważana za formę niekonstruktywnego przystosowania się do trwającej sytuacji.

4.3. Czynniki ryzyka depresji

Wśród czynników ryzyka depresji typowych dla grupy pacjentów w podeszłym wieku możemy wyodrębnić czynniki psychogenne, jak i biologiczne.

Wśród pierwszych dominuje samotność (Bisschop i wsp., 2004; Jongenelis i wsp., 2004) i wiążące się z nią ograniczone wsparcie społeczne (Lynch i wsp., 1999).

Czynniki psychogenne zwiększające ryzyko depresji to:

1. samotność
2. utrata partnera życiowego (śmierć, rozwód)
3. odejście dorosłych dzieci z domu
4. przejście na emeryturę
5. śmierć przyjaciół – rówieśników
6. pobyt w zakładzie opiekuńczym
7. sprawowanie opieki nad przewlekle chorym bliskim, zwłaszcza z zespołem otępiennym.

Czynniki biologiczne zwiększające ryzyko depresji to:

1. wcześniejsze epizody depresji

2. depresja u krewnych pierwszego stopnia
3. uzależnienia
4. obecność przewlekłych chorób somatycznych.

Ważne w tej grupie wiekowej czynniki somatogenne, w postaci ciężkich bądź przewlekłych chorób, wpływają zarówno na sferę psychiczną – wypadnięcie z ról życiowych, lęk przed niesprawnością i śmiercią, jak i biologiczną – przewlekły ból, wpływ patogenetyczny choroby na neuroprzebieżność mózgową. Nie bez znaczenia jest też oddziaływanie leków stosowanych w przypadłościach somatycznych.

Wśród najczęstszych chorób sprzyjających rozwojowi depresji należy wymienić:

1. stan po udarze mózgu
2. otępienia
3. choroba Parkinsona
4. schorzenia układu sercowo-naczyniowego z zawałem i/lub niewydolnością mięśnia sercowego
5. cukrzyca
6. nowotwór
7. choroby endokrynologiczne, zwłaszcza niedoczynność tarczycy
8. schorzenia układu oddechowego (POCHP, zespół bezdechu sennego)
9. schyłkowa niewydolność nerek
10. niedobory witamin (witamina B12, kwas foliowy, witamina D)
11. choroby narządu ruchu, z przewlekłym bólem i niesprawnością.

Dodatkowo rozwojowi depresji sprzyjają czynniki środowiskowe, np. osłabienie więzów rodzinnych spowodowane migracją zarobkową dorosłych dzieci lub prowadzonym przez nie trybem życia. Często członkowie rodziny (mieszkający nawet w niewielkiej odległości) przez większą część doby są skoncentrowani na pracy. Dzieje się to kosztem ograniczenia kontaktów z rodzicami, prowadzanych co najwyżej do zapewnienia im niezbędnych materialnych potrzeb życiowych.

4.4. Czynniki chroniące

Analiza wpływu aspektów społeczno-demograficznych na zmniejszenie ryzyka depresji, przeprowadzona w badaniu EZOP (Moskalewicz, 2012), wykazała, że największą rolę odgrywają te czynniki, które oddziałują na wsparcie społeczne. Jednym z ważnych problemów jest brak zatrudnienia, zarówno bezrobocie w różnych grupach wiekowych, jak i status rencisty, emeryta czy gospodyni domowej. W tym kontekście praca jest źródłem nie tylko utrzymania, lecz także wsparcia społecznego.

Dalej, biorąc pod uwagę stosunkowo mniejsze rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych wśród mieszkańców wsi i małych miast – w porównaniu do tych z aglomeracji miejskich powyżej 200 tys. zaludnienia – można podejrzewać pozytywny, ochronny wpływ kontaktów i relacji w małych

wspólnotach. Ze względu na formę badania (samoocena pacjenta dotycząca jasno opisanych dysfunkcji) różnica ta nie wynikała z ograniczenia rozpoznawalności zaburzeń w małych ośrodkach.

Symptomy depresji rzadziej występują też u osób żyjących w związkach małżeńskich. Najczęściej obecne są wśród wdów i wdowców oraz osób rozwiedzionych. Osoby samotne, które nigdy nie były w związku (panny i kawalerowie) rzadziej relacjonowali objawy choroby.

Jak wynika również z innych badań, poczucie wsparcia społecznego i zaufania jest ważnym czynnikiem chroniącym przed zaburzeniami psychicznymi w wieku podeszłym (Baron i wsp., 2000).

4.5. Ryzyko samobójstwa

Szczególnym niebezpieczeństwem ściśle związanym z występowaniem depresji jest ryzyko odebrania sobie życia. Częstość aktów suicydalnych dokonywanych przez osoby w wieku podeszłym z depresją jest znacznie większa niż w młodszych grupach wiekowych (Bidzan, 2011). Fakt ten świadczy o potrzebie szczególnego wyczulenia na obecność typowych dla starszych pacjentów czynników ryzyka popełnienia samobójstwa, które opisano poniżej.

Tabela 1. Czynniki ryzyka samobójstwa u osób w wieku podeszłym (Bidzan, 2011)

Cechy epizodu depresji	<ul style="list-style-type: none"> ● znaczne nasilenie ● przewlekły lęk, niepokój ● dojmujące poczucie winy ● pogłębiona niska samoocena ● uczucie beznadziejności ● bezsensowność ● anhedonia ● wypowiedzenie myśli i zamiarów samobójczych ● długotrwały przebieg (także subdepresja) ● próby samobójcze w przeszłości
Towarzyszące zaburzenia psychiczne	<ul style="list-style-type: none"> ● nadużywanie alkoholu ● zaburzenia osobowości (cyklotymia, antyspołeczność)
Towarzyszące zaburzenia somatyczne	<ul style="list-style-type: none"> ● choroby z przewlekłym bólem ● organiczne uszkodzenie OUN
Cechy demograficzne	<ul style="list-style-type: none"> ● płeć męska ● osoby owdowiałe (szczególnie w okresie żałoby) lub rozwiedzione ● samotność
Wywiad rodzinny	<ul style="list-style-type: none"> ● samobójstwa osób bliskich
Sytuacja socjalno-ekonomiczna	<ul style="list-style-type: none"> ● utrata źródeł utrzymania ● ubóstwo

4.6. Możliwe przyczyny zbyt małej rozpoznawalności depresji w wieku podeszłym

Rozdźwięk pomiędzy rozpowszechnieniem schorzeń psychicznych (badanie *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska*) a danymi od-

nośnie liczby pacjentów leczonych w poradniach zdrowia psychicznego (GUS: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*) sugeruje, że wielu chorych z zaburzeniami psychicznymi w ogóle nie trafia do specjalisty psychiatry, z różnych przyczyn (takich jak: obawa przed stygmatyzacją, niewiedza o stanie chorobowym, brak poczucia choroby, trudności w dostępie do lekarza specjalisty). W szczególności dotyczy to pacjentów w wieku podeszłym. Jedynie połowa osób z nasilonymi objawami depresji jest z tego powodu poddana terapii. Respondenci badania EZOP ocenili psychiatryczną opiekę medyczną na 5 punktów w skali od 0 do 9, podczas gdy ogólna ocena opieki zdrowotnej (przez tę samą populację) wynosiła 7 punktów. Jedynie 36,6% badanych z różnych grup wiekowych deklaroowało, że w razie problemów ze zdrowiem psychicznym szukałoby pomocy psychiatry – 10% zgłosiłoby się do psychologa, 26,6% do lekarza innej specjalności niż psychiatra. Członkowie najstarszej grupy wiekowej częściej wybierali właśnie tę możliwość.

Powodem zwiększającym opór przed otrzymaniem diagnozy z kręgu chorób psychicznych jest pejoratywny stosunek części społeczeństwa do ludzi z zaburzeniami psychicznymi. Zatrważające jest zjawisko narastania negatywnych postaw wobec tych osób na przestrzeni ostatnich lat. Spośród respondentów EZOP 50,6% w 2012 r. deklaroowała życzliwość względem chorych psychicznie – podczas gdy w 1996 r. było to 74%. Serdeczna postawa wobec tej grupy była rzadsza niż w stosunku do niepełnosprawnych fizycznie i upośledzonych umysłowo. 43% badanych była przeciwna temu, aby mieć za sąsiada osobę chorą psychicznie. Odpowiedzi były również bardziej restrykcyjne niż w poprzednich latach (CBOS i IPiN 1995, 1996, 2005).

Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi – w tym zwłaszcza ci w starszym wieku – zdecydowanie częściej niż pozostali odwiedzają swoich lekarzy rodzinnych, narzekając zazwyczaj na różnorodne dolegliwości somatyczne. Dotyczy to głównie osób z zaburzeniami snu, depresyjnymi oraz lękowymi, a głównym źródłem tych skarg jest właśnie nierozpoznane schorzenie psychiczne. To szczególnie istotny problem w przypadku depresji ze względu na szerokie rozpowszechnienie choroby wśród pacjentów POZ – 23% badanych spełnia kryteria jej rozpoznania (Drózdź, 2007). Szacuje się, że tylko połowa z nich ma właściwie ustaloną diagnozę i wdrożone leczenie przeciwdepresyjne (Hirschfeld, 1997). Tymczasem dostępne badania potwierdzają, jak ważne są wczesna identyfikacja choroby i zastosowanie odpowiedniej terapii. Krótszy czas nieleczonej depresji przekłada się bezpośrednio na większy procent odpowiedzi na leczenie, remisji i mniejszy odsetek inwalidyzacji (Bukh, 2013; Ghio, 2015).

Skala rozpowszechnienia schorzeń depresyjnych u osób w podeszłym wieku, ich złożone uwarunkowania oraz konsekwencje wymagają działań i współpracy zarówno ze strony struktur ochrony zdrowia, jak i innych organów państwa – opieki społecznej, samorządów i organizacji pozarządowych. Celem tych działań powinno być zmniejszenie zasięgu występowania depresji oraz poprawa jej rozpoznawalności.

4.7. Przegląd dotychczasowych badań i doświadczeń

Czynniki wymienione jako psychogenne przyczyny depresji w znacznej mierze podlegają mo-

dyfikacji pod wpływem działań profilaktycznych. Autorzy opublikowanego w 2015 roku przeglądu opracowań naukowych na temat zapobiegania depresji u osób starszych podkreślają niewielką liczbę badań dotyczących tej grupy wiekowej (Cuijpers i wsp., 2015). Szczególnie trzeba zwrócić uwagę na pacjentów z przewlekłymi chorobami grożącymi wystąpieniem niepełnosprawności i prowadzącymi do niesprawności utrudniającej codzienne funkcjonowanie. W grupie ponad 200 starszych osób z rozpoznaniem zwyrodnieniem plamki żółtej prowadzono krótkoterminową terapię (6 sesji) nastawioną na problem. Po 2 miesiącach od jej zakończenia częstość zaburzeń depresyjnych (duża lub mała depresja) była w tej grupie dwukrotnie mniejsza niż wśród pacjentów korzystających z typowej opieki. Różnica ta zmalała w kolejnym badaniu, po 6 miesiącach od zakończenia leczenia (Cuijpers i wsp., 2015).

Inne badanie oceniało grupy osób z subklinicznym nasileniem depresji i lękiem. W trakcie trzymiesięcznego programu obejmującego uważne oczekiwanie (*watchful waiting*), biblioterapię opartą o terapię poznawczo-behawioralną (CBT) oraz indywidualną skierowaną na problem, uczestnicy byli konsultowani przez lekarzy POZ w celu zapewnienia opieki i ewentualnego leczenia. Objawy depresji i lęk zmniejszyły się wśród badanych ponad dwukrotnie (w stosunku do grupy kontrolnej). Poprawa utrzymywała się także w czasie testów kontrolnych po 12 i 24 miesiącach (Rovner, 2007).

Ze względu na duże rozpowszechnienie depresji wśród pensjonariuszy zakładów opiekuńczych, warto przyjrzeć się badaniu obejmującemu 185 rezydentów domów opieki. W grupie tej prowadzono: uważne oczekiwanie (*watchful waiting*), treningi planowania aktywności, przegląd (ocena/recenzja) życia (*life review*). Badani byli konsultowani przez pracowników medycznych pod kątem objawów zaburzeń depresyjnych i lęku. Stwierdzono znaczące zmniejszenie intensywności symptomów depresji – który to stan utrzymywał się nawet 2 lata po zakończeniu interwencji. Terapia nie miała niestety istotnego wpływu, jeżeli chodzi o nasilenie lęku.

Inne badanie przeprowadzone na niewielkiej grupie 64 rezydentów domów opieki z wyraźnymi symptomami depresji, ale bez rozpoznania zaburzeń depresyjnych, zrandomizowano do dwóch grup. W pierwszej prowadzono terapię poznawczo-behawioralną. Zaobserwowano znamiennej redukcję objawów depresyjnych, a przez kolejne 6 miesięcy u nikogo z tej grupy nie rozpoznano zaburzeń depresyjnych. W drugiej – objętej rutynowym postępowaniem – choroba rozwinęła się u dwóch osób (Dozeman i wsp., 2012).

W kolejnym przedsięwzięciu badawczym oceniano pacjentów po udarze mózgu, bez zdiagnozowanej depresji. Porównano częstość występowania choroby w trzech grupach: biorącej escitalopram, korzystającej z terapii nastawionej na problem i przyjmującej placebo. W obu grupach interwencyjnych stwierdzono zauważalnie mniejszą liczbę nowych przypadków depresji (Robinson i wsp., 2008). Inne opracowanie wykazało porównywalną skuteczność terapii nastawionej na problem i treningu dietetycznego (Cuijpers i wsp., 2015).

Przeprowadzona metaanaliza badań klinicznych z grupą kontrolną przyjmującą placebo i bez grupy kontrolnej wykazała redukcję odczuwania samotności pod wpływem szkolenia w nurcie poznawczym (Masi i wsp., 2010). Podobnie korzystne okazały się interwencje skierowane na zmniejszenie izolacji społecznej i osamotnienia (Findlay, 2003; Cattana i wsp., 2005).

Pozytywne efekty przyniosły warsztaty oparte na terapii poznawczo-behawioralnej. Zmniejszenie nasilenia objawów depresji stwierdzono u starszych osób korzystających z usług związanych z pomocą socjalną (Jane-Liapis i wsp., 2003).

Analiza sześćdziesięciu dziewięciu badań oceniających skuteczność różnego rodzaju interwencji psychospołecznych w zapobieganiu depresji u osób w wieku podeszłym, udowodniła ich wpływ na zmniejszenie objawów choroby. Wykazano także ogólne polepszenie zdrowia psychicznego i jakości życia. Potwierdzono pozytywne oddziaływanie takich interwencji, jak aktywizujące działania społeczne, zajęcia ukierunkowane na poprawę radzenia sobie w codziennym życiu oraz treningi umiejętności poznawczych. Prowadzono terapię reminiscencyjną (przywoływanie zdarzeń z życia uczestników, przegląd życia) oraz grupy wsparcia. Organizowano również indywidualne oraz grupowe ćwiczenia fizyczne. Niektóre badania obejmowały łączne stosowanie kilku wymienionych wyżej typów interwencji (Cohen i wsp., 2006).

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) w swoim dokumencie *Mental well-being in over 65s: occupational therapy and physical activity interventions 2008* zaleca następujące działania profilaktyczne zaburzeń depresyjnych u osób w wieku podeszłym:

- terapia zajęciowa i edukacja dotycząca ważnych dla uczestników tematów (zdrowy tryb życia, dieta, utrzymanie aktywności)
- programy grupowych ćwiczeń ruchowych (pływanie, marsze, ćwiczenia rozciągające i treningi siłowe)
- zachęcanie do regularnych pieszych wycieczek grupowych
- namawianie do ćwiczeń fizycznych w ramach codziennych zajęć (np. zakupów, prac domowych lub ogrodniczych).

Coraz więcej wiadomo o możliwościach wykorzystania aktywności ruchowej w profilaktyce i leczeniu depresji w wieku podeszłym. Udowodniono korzystny wpływ ćwiczeń fizycznych w leczeniu pacjentów z depresją, w tym z jej odmianą o późnym początku (Mammen, Faulkner, 2013). W niedawno opublikowanym badaniu, trwającym 24 tygodnie, wykazano, że dołączona do typowej farmakoterapii gimnastyka znacząco zwiększyła częstość remisji (z 43% u leczonych wyłącznie lekiem do 77% w grupie, gdzie dołączono aktywność fizyczną). Nie było wyraźnej różnicy pomiędzy grupą stosującą ćwiczenia nieprogressywne i progressywne, natomiast stwierdzono lepszy efekt leczenia wśród osób z wyższym wyjściowym pułapem tlenowym (VO₂max – parametr mierzący wydolność fizyczną). Dodanie ćwiczeń gimnastycznych spowodowało przede wszystkim redukcję spowolnienia psychoruchowego, apatii i zaburzeń funkcji wykonawczych, a więc typowych objawów towarzyszących depresji o późnym począt-

ku, będących predyktorami braku reakcji na terapię lekami przeciwdepresyjnymi. Symptomy te wynikają z dysfunkcji obszarów czołowo-prążkowiowych i zaburzeń układu dopaminowego (Zanetidou i wsp., 2016).

Aktywność fizyczna nie wykazuje wyraźnego wpływu na objawy lęku zarówno u osób zdrowych, jak i z przejawami depresji. Należy zwrócić uwagę, by wykonywane ćwiczenia nie przekraczały progu niedotlenienia. Wywołany w tej sytuacji stres, poczucie duszności, nieprzyjemne odczucia emocjonalne nie są wskazane. Zalecanymi formami ruchu są ćwiczenia aerobowe prowadzące do intensywnej wymiany tlenowej i uruchamiające wiele grup mięśni. We wspomnianym badaniu stosowano zajęcia z piłką, kijami, ćwiczenia na macie, a w grupie wybranej do ćwiczeń progresywnych – jazda na rowerze.

Ze względu na złożoność czynników ryzyka depresji, współistnienie aspektów biologicznych i psychologicznych, a także większe trudności w dotarciu do specjalistów oraz częste problemy opiekuńcze – szczególną wagę przywiązuje się do współpracy lekarzy pierwszego kontaktu z psychologami i pracownikami ośrodków opieki społecznej. W warunkach polskich niska dostępność psychiatrów oraz oczekiwanie na wizytę w poradni zdrowia psychicznego powodują przesunięcie na lekarzy rodzinnych konieczności prowadzenia diagnostyki i włączenia terapii w przypadku rozpoznania zaburzeń depresyjnych.

W prowadzonych na świecie badaniach oceniających skuteczność różnych strategii postępowania w przypadku starszych pacjentów z depresją, badani korzystali z usług *depression care manager*. Były to pielęgniarki oraz psycholodzy lub pracownicy socjalni, którzy prowadzili edukację dotyczącą depresji i możliwości terapeutycznych oraz krótkoterminową psychoterapię interpersonalną lub terapię poznawczo-behawioralną. Pracownicy ci monitorowali nasilenie objawów choroby, a także występowanie działań ubocznych stosowanych leków. U uczestników badania IMPACT w wyniku prowadzonych interwencji stwierdzono ewidentnie większą redukcję symptomów depresji, myśli samobójczych oraz wyższą ocenę jakości życia. Zauważono w tej grupie poprawę funkcjonowania w zakresie aktywności dnia codziennego. Opcja współpracy z terapeutą (dwa razy w tygodniu w ostrym przebiegu choroby i raz w miesiącu w okresie poprawy) pozwalała na dostosowanie planu terapii do preferencji pacjenta. Czynny udział starszej osoby w leczeniu depresji prowadził do długofalowych korzyści, w tym wzmocnienia wiary we własne umiejętności i możliwości (Lapierre i wsp., 2011).

W badaniu PROSPECT uzyskano 2,1 razy większą redukcję myśli i planów suicydalnych wśród pacjentów z dużą depresją, jeżeli korzystali oni z pomocy *care managera* (Alexopoulos, 2009). Ze względu na szczególnie duże ryzyko samobójstwa u osób z depresją w wieku podeszłym na szczególnie dużą uwagę zasługują przedsięwzięcia oceniające skuteczność różnego rodzaju interwencji wśród chorych, w tym prowadzących do zmniejszenia częstości prób odebrania sobie życia. Programy prowadzone w Japonii na obszarach ze szczególnie dużą liczbą samobójstw popełnianych przez osoby w wieku 65 lat i więcej (ponad 150 na 100 000 miesz-

kańców) okazały się skuteczne w zakresie obniżenia nasilenia depresji, a zwłaszcza zmniejszenia częstości prób samobójczych (Lapierre i wsp., 2011). Inicjatywy te obejmowały warsztaty zdrowia psychicznego dla osób starszych prowadzone przez pielęgniarki. W trakcie realizacji programów zwracano szczególną uwagę na wczesne rozpoznawanie choroby i ocenę ryzyka samobójstwa. U uczestników wykonywano przesiewowe testy w kierunku depresji. Dodatni wynik był weryfikowany w trakcie wizyty u lekarza pierwszego kontaktu lub psychiatry. Pacjenci korzystali również ze spotkań z wyspecjalizowanymi pielęgniarkami zdrowia psychicznego. Inne japońskie przedsięwzięcie miało na celu wzmocnienie wsparcia społecznego u osób w wieku emerytalnym. Uczestnicy brali udział w zajęciach grupowych, rekreacyjnych oraz ćwiczeniach fizycznych. Angażowali się także w wolontariat. Objawy depresji były oceniane za pomocą kwestionariusza samooceny. Wykazano około 70-procentowe obniżenie liczby samobójstw w obu populacjach objętych interwencjami. Analiza wykazała, że znamiennej redukcję samobójstw uzyskano jedynie wśród kobiet. Podobnie tylko osoby płci żeńskiej uzyskiwały znaczące statystycznie korzyści z programów wsparcia telefonicznego. Skutkowało ono zmniejszeniem śmiertelności z powodu odbierania sobie życia, zminimalizowaniem liczby epizodów depresji oraz próśb do lekarzy podstawowej opieki o umieszczenie w szpitalu (Lapierre i wsp., 2011).

4.8. Działania profilaktyczne skierowane do ogółu populacji w podeszłym wieku

4.8.1. Działania informacyjno-edukacyjne przybliżające problematykę depresji wieku podeszłego

Kampania informacyjno-edukacyjna naświetla problematykę depresji w grupie ryzyka – osób w wieku podeszłym, przez:

- 1) przeprowadzenie ogólnopolskiej kampanii informacyjno-edukacyjnej
- 2) edukację pacjentów i ich rodzin oraz opiekunów na temat profilaktyki, objawów depresji i możliwości uzyskania pomocy
- 3) upowszechnienie broszur dydaktycznych dotyczących depresji w poradniach POZ oraz oddziałach geriatrycznych dla pacjentów, ich rodzin oraz opiekunów osób starszych.

4.8.2. Działania mające na celu ograniczenie środowiskowych czynników ryzyka wystąpienia depresji wieku podeszłego

Promowanie zdrowia psychicznego i zapobieganie depresji u osób starszych, zwłaszcza za pośrednictwem interwencji psychospołecznych, powinno być priorytetem w działaniach zmierzających do zmniejszenia rozpowszechnienia choroby w populacji osób starszych. Zalecane są działania nakierowane na obniżenie poczucia osamotnienia, ułatwienie nawiązywania nowych relacji społecznych wśród seniorów, wspieranie tworzenia sieci pomocy sąsiedzkich. Wymagają one współpracy jednostek ochrony zdrowia z organami samorządu, ośrodkami opieki społecznej, spółdzielniami mieszkaniowymi, wspólnotami parafialnymi. Ze względu na częstą wśród osób w wieku podeszłym niepełnosprawność ruchową, a także zaburzenia wzroku i słuchu, konieczne jest zwrócenie bacznej uwagi na sposoby informowania o wdrażanych inicjatywach skierowanych do tej grupy ludności.

Przykłady proponowanych działań:

1. odpowiednie informowanie – ogłoszenia na klatkach schodowych, tablicach przy kościele, w przychodniach, na przystankach, ekrany w często uczęszczanych punktach
2. pomoc w transporcie – wolontariusze (np. uczniowie okolicznych szkół, harcerze) odprowadzający starszych podopiecznych na zorganizowane imprezy, koncerty itp.

4.9. Rekomendacje w zakresie profilaktyki, wczesnego wykrywania i dalszego postępowania u starszych pacjentów z depresją dla przedstawicieli zawodów medycznych zaangażowanych w opiekę nad populacją osób w podeszłym wieku

Obecnie to właśnie lekarze POZ faktycznie rozpoznają i leczą depresję wieku podeszłego u większości pacjentów z tą chorobą. Wydaje się jednak, że wykonują te działania w sposób daleki od optymalnego. Pracownikom POZ może brakować zarówno odpowiednich procedur przesiewowych, jak i praktycznej wiedzy klinicznej dotyczącej rozpoznawania schorzeń psychicznych. Celowe wydają się zatem działania nakierowane na podniesienie kwalifikacji lekarzy pierwszego kontaktu oraz pozostałych (w szczególności geriatrów, internistów, neurologów, kardiologów, diabetologów), jak również personelu medycznego sprawującego opiekę nad pacjentami w starszym wieku – w zakresie wczesnego wykrywania i podstaw leczenia depresji. Jednym z możliwych rozwiązań obecnej sytuacji jest szkolenie lekarzy w stosowaniu zasad profilaktyki, metod wczesnego rozpoznania zaburzeń psychicznych oraz dostarczenie im właściwych narzędzi do takiej identyfikacji. Aby osiągnąć wymierny efekt tych działań w skali kraju, należy dotrzeć do bardzo szerokiego grona lekarzy. Ważne jest również, aby w kształceniu ustawicznym specjalistów medycznych uwzględnić treści dotyczące chorób i zaburzeń zdrowia psychicznego, w tym depresji.

4.9.1. Rekomendacje dla lekarzy rodzinnych, internistów, geriatrów, pielęgniarek środowiskowych i pielęgniarek oddziałów geriatrycznych dotyczące profilaktyki depresji u starszych pacjentów

Działania profilaktyczne powinny polegać na ograniczaniu wpływu czynników ryzyka i wzmacnianiu zasobów i czynników chroniących.

1. Wskazane jest promowanie zdrowego stylu życia w młodszych grupach wiekowych jako „czynnika warunkującego dobre starzenie się”.
2. Zaleca się edukację pacjentów w wieku podeszłym i ich rodzin w zakresie prozdrowotnego stylu życia, technik radzenia sobie ze stresem oraz negatywnymi emocjami, możliwych wczesnych objawów depresji, czynników ryzyka i możliwości uzyskania pomocy.
3. U pacjentów z podwyższonym ryzykiem zachorowania (a w szczególności u tych z przewlekłą chorobą somatyczną, długotrwałym bólem, z depresją w wywiadzie) i ich rodzin rekomenduje się regularne oddziaływania psychoedukacyjne obejmujące wiedzę dotyczącą korzystnego dla zdrowia stylu życia i możliwych pierwszych symptomów depresji.
4. Podkreśla się znaczenie promowania wśród pacjentów po 60 roku życia codziennej aktywności fizycznej – zarówno w ramach czynności dnia codziennego, jak i zajęć zorga-

nizowanych, oraz edukowania pacjentów odnośnie dobroczynnego wpływu ruchu na stan zdrowia i ogólne samopoczucie.

5. Sugeruje się, aby zachęcać starsze osoby do podtrzymywania aktywności społecznej oraz do angażowania się w realizację różnych zadań, dzięki którym mogą czuć się potrzebni i ważni.
6. Duże znaczenie ma także aktywność intelektualna pacjentów w podeszłym wieku, stymulowana przez uczestnictwo w zajęciach organizowanych przez kluby seniora czy Uniwersytet Trzeciego Wieku (UTW).
7. Zaleca się edukację opiekunów osób przewlekle chorych odnośnie czynników ryzyka wystąpienia u nich depresji, zachęcanie ich do uczestnictwa w grupach wsparcia, korzystania z usług ośrodków pomocy społecznej oraz utrzymywania więzi rodzinnych i kontaktów społecznych.
8. Starszych pacjentów należy kierować do instytucji, które mogą im oferować pomoc w czasie kryzysu (poradnie psychologiczne, kluby pacjentów, kluby seniora, ośrodki pomocy społecznej).

4.9.2. Rekomendacje dla lekarzy rodzinnych, internistów, geriatrów, pielęgniarek środowiskowych i pielęgniarek oddziałów geriatrycznych dotyczące wczesnego wykrywania depresji u starszych pacjentów

Nieleczona depresja pogarsza rokowanie we współistniejących chorobach somatycznych, wiąże się też ze zwiększonym ryzykiem długotrwałej opieki, hospitalizacji i pobytu w ośrodkach opiekuńczo-leczniczych (Sheeran i wsp., 2010). Wskazane są działania edukacyjne zakrojone na szeroką skalę i kierowane do personelu medycznego pracującego z pacjentami w wieku podeszłym, które ułatwią wczesne wykrywanie objawów depresji.

Jednym z możliwych rozwiązań obecnej sytuacji jest szkolenie lekarzy POZ w stosowaniu metod wczesnego rozpoznania zaburzeń psychicznych oraz dostarczenie im właściwych narzędzi do takiej identyfikacji. Zalecane jest również przeszkolenie internistów, geriatrów, pielęgniarek środowiskowych i pielęgniarek oddziałów geriatrycznych w zakresie wykrywania depresji u starszych pacjentów. W poradniach POZ i oddziałach geriatrycznych warto rozpowszechniać *Kwestionariusz zdrowia pacjenta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)* oraz *Geriatryczną skalę oceny depresji (Geriatric Depression Scale, GDS)*.

Proponowana tematyka szkolenia – kursy (co najmniej 4 godziny) obejmujące: zapoznanie się z objawami i przebiegiem depresji oraz czynnikami ją podtrzymującymi, wstępną ocenę stanu psychicznego, zapoznanie się z kwestionariuszami PHQ-9 i GDS, zasadami rozpoczynania leczenia przeciwdepresyjnego, wytycznymi dotyczącymi kierowania chorych do dalszej specjalistycznej opieki psychiatrycznej. Spotkanie powinien prowadzić doświadczony w tym zakresie lekarz psychiatra.

Biorąc pod uwagę cenę szkoleń tradycyjnych, jak również inne bariery (np. trudności logistyczne w dostępie do organizowanych programów stacjonarnych), optymalnym rozwią-

zaniem jest nauczanie za pośrednictwem platformy internetowej. Pozwala to na zmniejszenie zarówno kosztów samego szkolenia, jak i tych ponoszonych przez pracodawcę delegującego lekarza na szkolenie stacjonarne. Dodatkowymi zaletami kursów online są ich powtarzalność oraz duża efektywność dzięki urozmaiconej formie przekazu (nagrania audio, wideo, animacje).

4.9.3. Rekomendacje dotyczące wczesnego wykrywania depresji w populacji pacjentów w wieku podeszłym

1. Obecność objawów depresyjnych powinna być rutynowo oceniana u każdego starszego pacjenta zgłaszającego się na pierwszą wizytę do POZ i poradni geriatrycznej.
2. Zaleca się przeprowadzenie badania skryningowego w kierunku depresji u każdej osoby starszej w trakcie hospitalizacji w oddziałach geriatrycznych i internistycznych.
3. Lekarze POZ i poradni geriatrycznych oraz pielęgniarki środowiskowe powinny rutynowo robić test w kierunku symptomów depresji u każdego pacjenta w podeszłym wieku po nagłym pogorszeniu stanu zdrowia lub utracie bliskiej osoby.
4. W celu oceny objawów choroby zaleca się zastosowanie przesiewowego narzędzia PHQ-9, albo – alternatywnie – GDS.
5. Jeśli starsza osoba (pomimo motywowania) nie wyraża zgody na wypełnienie kwestionariusza PHQ-9 lub GDS, warto dać jej go do domu – z prośbą o uzupełnienie przed kolejnym spotkaniem, lub zaproponować zastosowanie skali podczas następnej wizyty.
6. W przypadku wyniku więcej niż 6 punktów w kwestionariuszu PHQ-9 wskazane jest zebranie dalszego wywiadu celem potwierdzenia rozpoznania depresji lub skierowanie do specjalisty psychiatry.
7. Wywiad powinien obejmować pytania dotyczące występowania poszczególnych objawów depresyjnych zgodnie z kryteriami ICD-10.

Tabela 2. Objawy depresji wieku podeszłego zgodnie z kryteriami ICD-10

Objawy podstawowe:

1. pogorszenie się nastroju
2. utrata zainteresowań i zdolności do radowania się
3. obniżenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności

Objawy dodatkowe:

1. osłabienie koncentracji i uwagi
2. niska samoocena i mała wiara w siebie
3. poczucie winy i małej wartości (nawet w epizodach o łagodnym nasileniu)
4. pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości
5. myśli i czyny samobójcze
6. zaburzenia snu
7. zmniejszony apetyt

Dla ustalenia rozpoznania niezbędne jest stwierdzenie utrzymywania się zaburzeń przez **co najmniej 2 tygodnie**, choć może to być okres krótszy, gdy symptomy osiągają znaczne nasilenie i szybko narastają. Konieczne jest stwierdzenie co najmniej dwóch objawów podstawowych (obniżony nastrój nie musi być jednym z nich) i dwóch dodatkowych. W przypadku zaburzeń niespełniających kryteriów rozpoznania dla epizodu depresji, np. gdy zaobserwowano tylko jeden podpunkt z listy objawów podstawowych, należy rozważyć inne dysfunkcje (np. reakcję depresyjną lub mieszane zaburzenia depresyjno-lękowe).

8. Pozytywny wynik badania przesiewowego wymaga odnotowania w dokumentacji medycznej. Następnie zaleca się, by:

- przedyskutować z pacjentem wynik
- poinformować bliskich chorego o rozpoznaniu i planie leczenia – jeśli pacjent wyraża zgodę
- ocenić poziom wsparcia w najbliższym otoczeniu
- poinformować o możliwych opcjach dalszego postępowania i możliwościach leczenia (psychoterapia, farmakoterapia)
- zaproponować plan dalszego postępowania – wdrożenie farmakoterapii/ skierowanie do lekarza psychiatry/do psychologa.

9. Rekomendowana jest skoordynowana opieka nad pacjentem w wieku podeszłym z rozpoznaną depresją we współpracy ze specjalistami psychiatrami i psychologami oraz lekarzami innych specjalności (neurologami, diabetologami, kardiologami itd., mającymi do czynienia z osobami w wieku podeszłym).

10. Pacjenta należy w trybie pilnym skierować na konsultację psychiatryczną w następujących przypadkach:

- deklarowanie myśli i tendencji samobójczych albo samookaleczenia (lub wynik powyżej 0 w punkcie 9 na skali PHQ-9)
- duże nasilenie objawów depresyjnych, wyraźnie upośledzających codzienne funkcjonowanie chorego
- podejrzenie depresji psychotycznej
- domniemanie choroby afektywnej dwubiegunowej
- gdy pacjent odmawia przyjmowania posiłków lub płynów albo znacznie je ogranicza.

11. Wskazane jest zebranie wywiadu odnośnie czynników ryzyka depresji. W szczególności należy pytać o:

- depresję i stany obniżonego nastroju w przeszłości
- choroby psychiczne w rodzinie
- schorzenia somatyczne, przewlekłe bóle
- sytuację bytową, wsparcie w najbliższym otoczeniu
- stresujące wydarzenia życiowe w ostatnim czasie.

Lekarzom poradni zaleca się zwracanie szczególnej uwagi na możliwość wystąpienia objawów depresji wśród osób:

- po stracie bliskich (a także – szczególnie u osób samotnych – zwierzęcia domowego)
- po zmianie statusu społecznego (np. odejście na emeryturę)
- z wielochorobowością (dwoma lub więcej przewlekłymi chorobami)
- z długotrwałym zespołem bólowym
- które doświadczyły upadku
- z niesprawnością fizyczną
- sprawujących opiekę nad ludźmi przewlekle chorymi (zwłaszcza z otępieniem)
- będących pensjonariuszami domów opieki i wykonywanie u nich okresowego badania w kierunku depresji.

12. Zaleca się, aby lekarze poradni przeprowadzali rutynowe testy pod kątem wykrycia depresji u starszych pacjentów skarżących się na zaburzenia snu.

13. Lekarze poradni powinni przeprowadzać rutynowy skryning w kierunku depresji u starszych pacjentów w sytuacji, gdy zgłaszanych przez chorych objawów (bądź ich nasilenia) nie można przypisać występującym u nich chorobom somatycznym.

14. Rekomenduje się edukowanie pacjentów i ich rodzin odnośnie celu wykonania badania przesiewowego pod kątem depresji oraz jej wpływu na ogólny stan zdrowia i funkcjonowania osób starszych.

15. Zaleca się przeprowadzanie wywiadu w kierunku uzależnienia od alkoholu i leków uspokajających. W przypadku pozytywnego wyniku trzeba odbyć rozmowę edukacyjną, zmotywować pacjenta do poddania się terapii i skierować go do opieki psychiatrycznej

4.9.4. Rekomendacje dla lekarzy rodzinnych, internistów, geriatrów, pielęgniarek środowiskowych i pielęgniarek oddziałów geriatrycznych dotyczące postępowania ze starszym pacjentem, u którego zdiagnozowano depresję

Leczenie depresji w wieku podeszłym jest zagadnieniem złożonym z uwagi na jej wieloprzyczynowość oraz występowanie u osób starszych licznych chorób somatycznych, przyjmowanie przez nich wielu leków, które mogą wchodzić w interakcje z potencjalnie „odpowiednimi” środkami przeciwdepresyjnymi, a także ze względu na zmiany farmakokinetyczne zachodzące w starzejącym się organizmie, przekładające się na słabszą tolerancję leków psychotropowych i ich mniejszą skuteczność. Dodatkowymi trudnościami terapeutycznymi są też częstsze niż w młodszych grupach wiekowych zaburzenia funkcji

poznawczych oraz znaczne nasilenie i przewlekłość procesu chorobowego. Wśród starszych osób z nieleczoną depresją odnotowuje się wysoką śmiertelność, spowodowaną odebraniem sobie życia, chorobami serca oraz innymi dolegliwościami. Jak wspomniano wcześniej, z powodu depresji samobójstwo popełnia ponad dwukrotnie więcej osób starszych niż młodszych (Lapierre, 2011).

1. W przypadku zdiagnozowania depresji u pacjenta w podeszłym wieku należy podjąć następujące działania:

- przedyskutować z pacjentem ustalone rozpoznanie
- zlecić oznaczenie w surowicy parametrów: TSH, witaminy B12 i D3
- ocenić poziom wsparcia w najbliższym otoczeniu
- poinformować o możliwościach dalszego postępowania i leczenia (zaleca się także edukację pacjenta – i najlepiej również jego rodziny – o konsekwencjach niepodjęcia kuracji, czyli o możliwym pogorszeniu rokowania współistniejących chorób oraz o większym ryzyku utraty samodzielności)
- przekazać jego bliskim informacje o rozpoznaniu i planie leczenia – jeżeli pacjent wyrazi zgodę.

2. W następujących sytuacjach należy skierować starszego pacjenta w trybie pilnym na konsultację psychiatryczną:

- deklarowanie przez chorego myśli i/lub tendencji samobójczych
- rozpoznanie depresji psychotycznej
- duże nasilenie objawów depresyjnych, odmowa przyjmowania posiłków, płynów i leków, wyniszczenie
- współistniejące uzależnienie od alkoholu
- współwystępujące uzależnienie od leków uspokajających
- podejrzenie choroby afektywnej dwubiegunowej.

3. W depresji o nasileniu łagodnym u osoby starszej warto rozważyć jako metodę leczenia jedną z form psychoterapii:

- poznawczo-behawioralną
- interpersonalną
- zorientowaną na rozwiązywanie problemów.

4. W depresji o nasileniu głębszym niż łagodne zaleca się stosowanie farmakoterapii, a w kolejnym kroku – dołączenie psychoterapii.

5. W leczeniu farmakologicznym depresji u pacjentów w podeszłym wieku zaleca się:

- rozpoczynanie leczenia od połowy dawki wyznaczanej w młodszych grupach wiekowych
- wolniejsze zwiększanie porcji leków
- kierowanie się w doborze środka leczniczego przede wszystkim jego profilem bezpieczeństwa dla danego pacjenta
- powrót do wcześniej stosowanego leku, jeśli był on skuteczny i dobrze tolerowany
- preferowanie monoterapii
- dłuższy czas leczenia (10-12 tygodni) w celu uzyskania poprawy.

6. Rekomenduje się stosowanie jako leków I rzutu środków z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI); preferowane: escitalopram, citalopram, sertralina. W razie braku poprawy należy zamienić je na inny lek z tej grupy.
7. Nie stwierdziwszy poprawy, należy wybrać kolejny lek po analizie objawów choroby:
 - w przypadku depresji z niepokojem i agitacją – wenlafaksynę
 - w depresji z zaburzeniami snu, lękiem, problemami z łaknieniem – mirtazapinę
 - w depresji z zahamowaniem i apatią – bupropion.
8. Przy depresji występującej w otępieniu zaleca się lek z grupy SSRI, w dalszej kolejności – bupropion, wenlafaksynę, mirtazapinę.
9. W przypadku leczenia osoby starszej lekiem przeciwdepresyjnym, szczególnie z grupy SSRI, zaleca się regularną kontrolę poziomu sodu w surowicy krwi, ponieważ selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny trzykrotnie częściej niż u osób młodych wywołują zespół nieadekwatnego wydzielania hormonu natriuretycznego (SIADH).
10. W trakcie terapii citalopramem należy nie przekraczać dawki leku powyżej 20 mg/d i wykonać kontrolne EKG – ze względu na ryzyko wydłużenia odstępu QTc.
11. Po osiągnięciu remisji objawów depresyjnych dobrze jest stosować dotychczasowe dawki leków w ramach terapii podtrzymującej:
 - przez rok przy pierwszym epizodzie choroby
 - przez 2 lata w przypadku drugiego epizodu
 - przez co najmniej 3 lata lub bezterminowo w przypadku trzech lub więcej epizodów depresji.
12. Warto zachęcać starszych pacjentów z depresją do regularnej aktywności fizycznej, spacerów na świeżym powietrzu, terapii tańcem i ruchem.
13. W każdej placówce medycznej zajmującej się starszymi pacjentami zaleca się sporządzenie listy instytucji, które mogą oferować choremu pomoc w czasie kryzysu (poradnie psychologiczne, kluby pacjentów, kluby seniora, grupy samopomocowe, ośrodki pomocy społecznej).

5. NARZĘDZIA DO BADAŃ PRZESIEWOWYCH DLA LEKARZY POZ, GERIATRÓW, NEUROLOGÓW

Skalą rekomendowaną do przesiewowej oceny objawów depresji u osób w podeszłym wieku jest *Kwestionariusz zdrowia pacjenta – 9* (PHQ-9). Jest to jedno z najczęściej używanych na świecie narzędzi do skryningu pod kątem depresji w różnych populacjach. W wielu krajach jest podstawowym lub jednym z podstawowych sposobów oceny wystąpienia i nasilenia zaburzeń depresyjnych wśród osób w wieku podeszłym. Kwestionariusz PHQ-9 nadaje się do diagnostyki symptomów choroby u starszych pacjentów, także z cukrzycą, chorobą nowotworową, schorzeniami układu sercowo-naczyniowego, problemami ze wzrokiem (Acee, 2010; Lamoureux i wsp., 2009). PHQ-9 składa się z dziewięciu głównych pytań i jednego dodatkowego. Są one oparte o kryteria rozpoznawania depresji DSM (*Diagnostic and Statistical*

Manual of Mental Disorders) zgodnie z klasyfikacją zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Instrukcja zawarta w formularzu brzmi: „Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni dokuczały Panu/Pani następujące problemy? (Proszę zaznaczyć odpowiedź znakiem ✓)”. Pacjent ma cztery warianty odpowiedzi: *wcale nie dokuczały, kilka dni, więcej niż połowę dni, niemal codziennie*. Otrzymać może za nie odpowiednio od 0 do 3 punktów (wynik 3 oznacza najczęstsze występowanie objawu). Maksymalna liczba punktów, świadcząca o największym nasileniu depresji, to 27. Dodatkowe polecenie brzmi: „Jeżeli zaznaczył/a Pan/Pani którykolwiek z problemów, jak bardzo utrudniły one Panu/Pani wykonywanie pracy, zajmowanie się domem lub relacje z innymi ludźmi?” (a możliwe odpowiedzi to: *w ogóle nie utrudniły, trochę utrudniły, bardzo utrudniły, niezmiernie utrudniły*). Na świecie najczęściej zaleca się punkt odcięcia 10, jednak zgodnie z polską walidacją – do pogłębionej diagnostyki w kierunku depresji skłania wynik PHQ-9 powyżej 6 punktów. Skala ta w 2011 roku została walidowana w polskiej populacji osób hospitalizowanych z przyczyn somatycznych w wieku 60 i więcej lat. Badacze porównali PHQ-9 z 15-punktową *Geriatryczną skalą oceny depresji*. Podobną czułość i swoistość obu uzyskali, przyjmując powszechnie uznany punkt odcięcia 6 dla GSD, natomiast powyżej 6 dla PHQ-9 (Tomaszewski i wsp., 2011). Skala ta umożliwia zarówno rozpoznanie depresji, jak i ocenę stopnia nasilenia poszczególnych jej objawów, nadaje się również do monitorowania efektów leczenia (Paprocka-Borowicz, 2015). Szczegółowe zasady korzystania z PHQ-9 znajdują się na stronie www.phqscreeners.com/instruc. Kwestionariusz został przetłumaczony na język polski przez MAPI Research Institute.

Narzędziem utworzonym specjalnie do określenia objawów choroby u osób w wieku podeszłym jest Geriatryczna skala oceny depresji, której autorem jest Jeronime Yesavage (Yesavage i wsp., 1983). Zaprojektowana została w taki sposób, by zminimalizować wpływ częstych w podeszłym wieku dolegliwości somatycznych na ocenę zaburzeń nastroju (Albiński i wsp., 2011). Czułość GDS wynosi 84%, specyficzność – 95%. Dowiedziono też wysoką trafność zbieżnej GDS względem *Inwentarza depresji Becka*, który jest powszechnie używanym kwestionariuszem samooceny depresji. Używane są jej dwie wersje: pełna, 30-punktowa, i skrócona, 15-punktowa. Prosta instrukcja zawarta w formularzu badania to prośba o określenie swojego samopoczucia w ciągu ostatnich 2 tygodni przez zakreślenie właściwych odpowiedzi na załączone pytania. Badany ma do wyboru dwa warianty: tak lub nie. Wyniki uzyskiwane w obu wersjach skali są ze sobą wysoko skorelowane. GDS jest przeznaczona do samodzielnego uzupełnienia. Jak wykazały badania, konieczne w niektórych przypadkach (takich jak znaczne niedowidzenie czy brak szkielek korekcyjnych) czytanie pacjentowi pytań przez badającego, może prowadzić do obniżenia wyniku (O'Neill, 1992). Prawdopodobnie wynika to z samej sytuacji badania, lęku przed negatywną oceną i uznaniem za chorego oraz obawą stygmatyzacji. GDS dostępna jest obecnie w wielu wersjach językowych. Została przetłumaczona na polski i udostępniona do wykorzystania w praktyce klinicznej przez firmę Servier. 15-punktowa wersja skali wchodzi w skład Całościowej oceny geriatrycznej, jest więc już znana środowisku geriatrów. Najczęściej uznawany wynik świadczący o objawach depresji to 6 i więcej punktów. 15 punktów odpowiada największemu nasileniu depresji. Podawany w literaturze czas wykonania

tej wersji testu to 5 minut. W praktyce każdy pacjent powinien przeprowadzać badanie w swoim tempie. Wynik najszybciej można uzyskać, korzystając ze specjalnego szablonu. Wykazano, że użycie kwestionariuszy w celu przesiewowej identyfikacji symptomów depresji pozwala je rozpoznać dwukrotnie częściej niż testy przeprowadzane przez lekarzy innych specjalności niż psychiatria. (Lowe i wsp., 2004).

6. PODSUMOWANIE

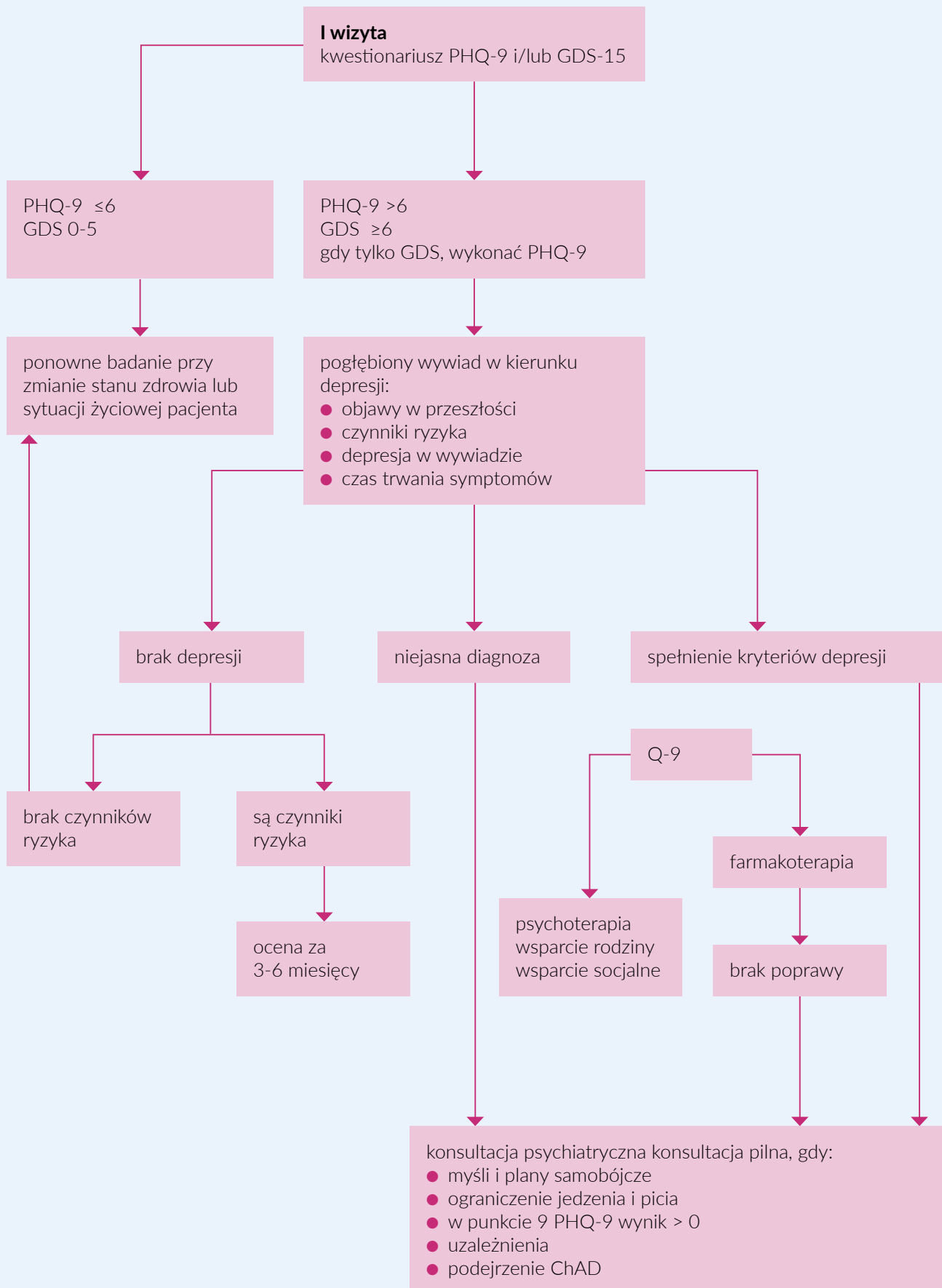
Poniżej podsumowano kluczowe kwestie odnośnie profilaktyki, rozpoznawania i leczenia depresji u osób w wieku podeszłym.

1. Promowanie zdrowia psychicznego i zapobieganie depresji u seniorów, zwłaszcza za pomocą interwencji psychospołecznych, powinno być priorytetem w działaniach zmierzających do zmniejszenia rozpowszechnienia choroby w populacji seniorów. Zaleca się przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej przybliżającej problematykę depresji wieku podeszłego oraz podjęcie działań mających na celu ograniczenie środowiskowych czynników ryzyka wystąpienia depresji wieku podeszłego.
2. Działania edukacyjne na szeroką skalę (kierowane do ogółu społeczeństwa, osób zagrożonych, ich rodzin, opiekunów, personelu medycznego) ułatwiają wczesne rozpoznawanie objawów zaburzeń depresyjnych.
3. Depresja w wieku podeszłym ma swoją odmienną charakterystykę i wymaga szczególnie uważnego badania starszych pacjentów i różnicowania z innymi chorobami somatycznymi i psychiatrycznymi.
4. Obecność symptomów depresyjnych może i powinna być oceniana przez lekarzy innych specjalności (w tym lekarzy rodzinnych, geriatrów, internistów, neurologów) za pomocą narzędzi przesiewowych.
5. Zaleca się rutynowe badanie przesiewowe u pacjentów z czynnikami ryzyka depresji w wieku podeszłym.
6. W diagnostyce przesiewowej u osób w podeszłym wieku wskazane jest stosowanie standaryzowanych skal. Do skryningu najczęściej zalecane jest użycie kwestionariuszy PHQ-9 oraz GDS-15. Narzędzia te zwiększają znacząco wykrywanie depresji, pozwalają również na monitorowanie efektów leczenia. Są to testy przeznaczone do samooceny. Zawierają proste, zrozumiałe dla większości pacjentów instrukcje.
7. Przy wyborze leku przeciwdepresyjnego należy uwzględnić: cechy kliniczne depresji profil działań niepożądanych, współistniejące choroby somatyczne i leki przyjmowane z ich powodu. W leczeniu farmakologicznym depresji u osób starszych zaleca się rozpoczynanie leczenia od połowy porcji zalecanej w młodszych grupach wiekowych oraz wolniejsze zwiększanie dawek.
8. Bardzo ważne jest zachowanie ostrożności w trakcie prowadzenia terapii przeciwdepresyjnej. Z uwagi na możliwość interakcji z innymi lekami, a także zmieniony metabolizm leków, należy rozważyć stosowanie mniejszej dawki preparatu i uważne monitorowanie stanu pa-

cjenta oraz uwzględnić konieczność dłuższego czasu leczenia (nawet 10-12 tygodni) potrzebnego do uzyskania poprawy.

9. Rekomenduje się stosowanie jako leków I rzutu środków z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny, zwłaszcza: escitalopramu, cytalopramu, sertraliny. W razie braku poprawy trzeba zamienić go na inny lek z grupy SSRI.
10. Lekarzom innych specjalności niż psychiatria brakuje zarówno wiedzy, praktycznych umiejętności, jak i opracowanych wytycznych, którymi mogliby się kierować w profilaktyce, wczesnym rozpoznawaniu i leczeniu zaburzeń depresyjnych u pacjentów w wieku podeszłym. W związku z tym wskazane jest rozpowszechnienie instrukcji postępowania i narzędzia skryningowego oraz przeprowadzenie szkoleń dla lekarzy rodzinnych, geriatrów oraz pozostałego personelu medycznego sprawującego opiekę nad chorymi w wieku podeszłym – mających na celu podniesienie kompetencji w zakresie metod zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji wieku podeszłego oraz umiejętnego stosowania i interpretacji badania z użyciem kwestionariusza przesiewowego.
11. W przypadku wątpliwości co do rozpoznania, trudności w ustaleniu terapii farmakologicznej, przy znacznym nasileniu objawów, gdy jest to kolejny epizod depresji, kiedy współistnieją inne zaburzenia psychiczne (w tym uzależnienia od alkoholu, leków uspokajających i nasennych oraz substancji psychoaktywnych) bądź przy współwystępowaniu wielu chorób somatycznych – wskazane jest kierowanie chorego bezpośrednio do specjalisty psychiatrii.
12. Jeżeli – niezależnie od etapu leczenia – brakuje poprawy, wskazana jest weryfikacja rozpoznania i przyjmowania leku przez pacjenta.
13. W przypadku poprawy stanu psychicznego leczenie przeciwdepresyjne należy kontynuować przez rok przy pierwszym epizodzie choroby, przez 2 lata w przypadku drugiego epizodu, a kiedy jest to trzeci lub kolejny – przez co najmniej 3 lata lub bezterminowo.
14. Zakończenie leczenia przeciwdepresyjnego powinno być poprzedzone ponowną oceną stanu psychicznego oraz wywiadem dotyczącym aktualnej sytuacji życiowej podopiecznego (należy wnikliwie rozważyć odstawienie leku, jeśli istnieją środowiskowe czynniki ryzyka nawrotu choroby, np. trudna sytuacja życiowa).
15. Nie można odstawiać leku nagle, a powoli redukować jego dawkę.
16. Na każdym etapie leczenia wskazane jest rozważenie zalecenia oddziaływań psychoterapeutycznych (w depresji o niewielkim nasileniu jako jedyna forma leczenia, przy większym nasileniu objawów jako leczenie wspomagające obok farmakoterapii).
17. Ważne jest podjęcie działań mających na celu skoordynowanie ochrony zdrowia pacjentów w wieku podeszłym cierpiących na depresję. W polskich warunkach opiekę nad osobami starszymi charakteryzuje fragmentaryzacja świadczeń medycznych – należy dążyć do holistycznego, kompleksowego ujęcia problematyki zdrowia psychicznego seniorów.

ALGORYTM POSTĘPOWANIA W DEPRESJI W PODESZŁYM WIEKU



KWESTIONARIUSZ ZDROWIA PACJENTA – 9 (*Patient Health Questionnaire 9, PHQ-9*)

Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni dokuczały Panu/Pani następujące problemy? (Proszę zaznaczyć odpowiedź znakiem „✓”)	Wcale nie dokuczały	Kilka dni	Więcej niż połowę dni	Niemal codziennie
1. Niewielkie zainteresowanie lub nieodczuwanie przyjemności z wykonywania czynności	0	1	2	3
2. Uczucie przygnębienia, zatroskania lub beznadziejności	0	1	2	3
3. Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany sen albo zbyt długi sen	0	1	2	3
4. Uczucie zmęczenia lub brak energii	0	1	2	3
5. Brak apetytu lub przejadanie się	0	1	2	3
6. Poczucie niezadowolenia z siebie – lub uczucie, że jest się do niczego, albo że zawiodł/zawiodła Pan/Pani siebie lub rodzinę	0	1	2	3
7. Problemy ze skupieniem się na przykład przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji	0	1	2	3
8. Poruszanie się lub mówienie tak wolno, że inni mogliby to zauważyć. Albo wręcz przeciwnie – niemożność usiedzenia w miejscu lub podenerwowanie powodujące ruchliwość znacznie większą niż zwykle	0	1	2	3
9. Myśli, że lepiej byłoby umrzeć, albo chęć zrobienia sobie jakiejś krzywdy	0	1	2	3

Całkowity wynik:

Nasilenie objawów depresji:

brak (0-4 pkt), lekkie (5-9 pkt), średnie (10-14 pkt), średnio ciężkie (15-19 pkt), ciężkie (20-27)

GERIATRYCZNA SKALA OCENY DEPRESJI (wersja 15-punktowa wg Yesavage'a)

Proszę ocenić swoje samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni, zakreślając właściwą odpowiedź:

1. Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan/i zadowolony/a?

TAK / **NIE**

2. Czy zmniejszyły się Pana/Pani zainteresowania lub aktywność (liczba zajęć)?

TAK / NIE

3. Czy ma Pan/i uczucie, że Pana/Pani życie jest puste?

TAK / NIE

4. Czy często czuje się Pan/i znudzony/znudzona?

TAK / NIE

5. Czy zwykle jest Pan/i w dobrym nastroju?

TAK / **NIE**

6. Czy obawia się Pan/i, że może mu/jej się przydarzyć coś złego?

TAK / NIE

7. Czy przez większość czasu czuje się Pan/i szczęśliwy/szczęśliwa?

TAK / **NIE**

8. Czy często czuje się Pan/i bezradny/bezradna?

TAK / NIE

9. Czy zamiast wyjść wieczorem z domu, woli Pan/i w nim pozostać?

TAK / NIE

10. Czy uważa Pan/i, że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni?

TAK / NIE

11. Czy uważa Pan/i, że wspaniale jest żyć?

TAK / **NIE**

12. Czy czuje się Pan/i gorszy/gorsza od innych ludzi?

TAK / NIE

13. Czy czuje się Pan/i pełen/pełna energii?

TAK / **NIE**

14. Czy uważa Pan/i, że sytuacja jest beznadziejna?

TAK / NIE

15. Czy myśli Pan/i, że większość ludzi jest lepsza niż Pan/i?

TAK / NIE

Za każdą odpowiedź wytłuszczoną przyznajemy 1 punkt.

Liczba punktów /15

Interpretacja: 0-5 bez depresji; 6-10 depresja umiarkowana; 11-15 depresja głęboka

PIŚMIENNICTWO

Acee A.M., *Detecting and managing depression in type II diabetes: PHQ-9 is the answer!* Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses, 2010, 19:32-8.

Albiński R., Kleczewska-Albińska A., Bedyńska S., *Geriatryczna Skala Oceny Depresji (GDS). Trafność i rzetelność różnych wersji tego narzędzia – przegląd badań.* Psychiatria Polska, 2011, 5:555-562.

Alexopoulos G., Reynolds C., Bruce M., i wsp., *Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients; 24-month outcomes the PROSPECT study.* American Journal Psych, 2009, 166:882-890.

Baron S., Field J., Schuller T., *Social capital: Critical Perspectives.* London Oxford University Press, 2000.

Bidzan L., *Depresyjne zaburzenia nastroju u osób w wieku podeszłym.* Medycyna Wieku Podeszłego, 2011, 1(1):31-41.

Bisschop M., Kriegsman D., Beekman A., Deeg D., *Chronic disease and depression: The modifying role of psychosocial resources.* Social Science & Medicine P, 2004, 59:721-733.

Bukh J.D., Bock C., Vinberg M., Kessing L.V., *The effect of prolonged duration of untreated depression on antidepressant treatment outcome.* J Affect Disord, 2013, 15;145(1):42-8.

Cuijpers P., Smit F., Vikram P., *Prevention of depressive disorders in older adults: An overview.* PsyCh Journal, 2015, 4 :3-10.

Dobrzyńska E., Rymaszewska J., Kiejna A., *Depresje u osób w wieku podeszłym.* Psychogeriatrya Polska, 2007, 4(1):51-60.

Dozeman E., Marwijk H., Schaik D., Smit F., Stek M., Horst H., Beekman A., *Contradictory effects for prevention of depression and anxiety in residents in home for the elderly: A pragmatic randomized controlled trial.* International Psychogeriatrics, 2012, 24:1242-1251.

Drózdź W., Wojnar M., Araszkiewicz A., et al. *The study of the prevalence of depressive disorders in primary care patients in Poland.* Wiad Lek, 2007, 60:109-113.

Ghio L., Gotelli S., Cervetti A., Respino M., Natta W., Marcenaro M., Serafini G., Vaggi M., *Duration of untreated depression influences clinical outcomes and disability.* J Affect Disord, 2015, 1:175:224-8.

Główny Urząd Statystyczny, start.gov.pl/files

Hirschfeld R.M., Keller M.B., Panico S., Arons B.S., Barlow D., Davidoff F., Endicott J., et al., *The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression.* JAMA, 1997, 277(4):333-40.

<https://www.phqscreeners.com/select-screener/36>

Jongenelis K., Pot A., Eisses A., Beekman A., Kluiters H., Ribbe M., *Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study*. J Affect Disord, 2004, 83 (2-3):135-42.

Kinsella K., Velkoff V.A., *The Demographic of Aging*. Aging Clin Exp Res, 2002, 14(3).

Lamoureux E.L., Tee H.W., Pesadows K., Pallant J., Keeffe J.E., Rees G., *Can clinicians use the PHQ-9 to assess depression in people with vision loss? Optometry and vision science: official publication of American academy of Optometry*. 2009, 86(2):139-145.

Lapierre S., Erlangsen A., Waern M. i wsp., *A Systematic Review of Elderly Suicide Prevention Programs*. Crisis, 2011, 32(2):88-98.

Lowe B., Spitzer R.L., Grafe K., *Comparative validity of tree screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians diagnoses*. J Affect Disord, 2004, 78:131-140.

Lynch T., Mendelson T., Robinson C., Krishnan K.R., George L., Johnson C., Blazer D., *Perceived social support among depressed elderly; middle-aged and young samples: cross-sectional and longitudinal analyses*. J Affect Disord, 1999, 55(2-3):159-70.

O'Neill D., Rice I., Blake P., Walsh J.B., Coakley D., *The Geriatric Depression Scale: rater administered or self-administered?* Int. J. Geriatr. Psychiatry, 1992, 7: s.511-515.

Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P., *Pol -Senior Pol senior; Aspekty Medyczne, psychologiczne, socjalnie i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.

Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., *Kondycja Psychiczna Mieszkańców Polski*. IPiN, 2012.

Paprocka-Borowicz M., Trafalska A., Borowicz W., *Wpływ fototerapii na objawy depresji u pacjentów rehabilitowanych z powodu zaburzeń narządu ruchu*. Piel Zdr Publ, 2015, 5(2):121-130.

Parnowski T., *Depresje w wieku podeszłym przyczyny diagnoza rozpoznawanie*. Termedia Wydawnictwa Medyczne, 2016.

Pękala K., Ponichtera-Kasprzykowska M., Sobów T., *Rozpoznawanie depresji u pacjentów z chorobą Parkinsona za pomocą różnorodnych narzędzi diagnostycznych*. Arch Neurol, 2015, 15(4): 210-216.

Robinson R., Jorge R., Moser D., Acion L., Solodkin A., Small S., Arndt S., *Escitalopram and problem-solving therapy for prevention of post-stroke depression: A randomized controlled trial*. Journal of the Am Med Ass, 2008, 299:2391-2400.

Rovner B., Castem R., Hegel M., Leiby B., Tasman W., *Preventing depression in age-related macular degeneration*. Archives of General Psychiatry, 2007, 64:886-892.

Sheeran T., Byers A.L., Bruce M.L., *Depression and increased short-term hospitalization risk among geriatric patients receiving home health care services*. Psychiatr Serv, 2010, 61(1):78-80.

Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez Ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. 31.01.2013

Tomaszewski K., Zaryhta M., Bieńkowska A. i wsp., *Walidacja polskiej wersji językowej Patient Health Questionnaire-9 w populacji hospitalizowanych osób starszych*. Psychiatria Polska, 2011, 2:223-23.

Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L., Lum O., Huang V., Adey M., Leirer V.O., *Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report*. J Psychiatr Res, 1983, 17:37-49.

Zanetidou S., Murri M.B., Menchetti M., *Physical exercise for Late Life Depression: Customizing an Intervention for Primary Care*. Journal Am Ger Soc, 2016.