

Cechy depresji w wieku podeszłym- etiologia, rozpoznawanie i leczenie

Characteristics of depression in the elderly- etiology, diagnosis and treatment

Sylwia Kałucka

Pierwszy Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Streszczenie

Depresja jest najczęstszym zaburzeniem psychicznym w wieku podeszłym. Może być trudna do rozpoznania ze względu na złożoną etiologię, niepełne objawy epizodu depresyjnego oraz występowanie typowych objawów związanych z wiekiem. Pacjenci z wieloma schorzeniami przewlekłymi uskarżają się na dolegliwości somatyczne, co częściej jest związane z chorobą podstawową, a nie symptomami depresji. To powoduje stopniowe wycofywanie się, izolację, samotność, które wywołują i podtrzymują depresję. Metody leczenia depresji w wieku podeszłym są takie same jak u ludzi młodych i dają dużą skuteczność. Depresje u osób starszych trzeba leczyć, gdyż jest trzykrotnie częściej przyczyną samobójstwa dokonanego, niż u ludzi młodych. *Geriatrics 2014; 8: 240-247.*

Słowa kluczowe: depresja, osoby starsze, rozpoznanie, zapobieganie, farmakoterapia

Abstract

Depression is the most common mental disorder in the elderly. It can be difficult to diagnose due to the complex etiology, incomplete symptoms of a depressive episode and the occurrence of typical symptoms associated with aging. Patients with numerous chronic diseases, complain of somatic symptoms which often are associated with the underlying disease and not the symptoms of depression. This causes a gradual withdrawal, isolation, loneliness that cause and maintain depression. Methods for the treatment of depression in the elderly are the same as in young people and give high efficiency. Depression in the elderly need to be treated because it is three times more often to cause suicide committed than in the young. *Geriatrics 2014; 8: 240-247.*

Keywords: depression, elderly, diagnosis, prevention, pharmacotherapy

Definicja

Zaburzenie depresyjne należy do z grupy zaburzeń afektywnych, charakteryzuje się obniżeniem nastroju i napędu psychoruchowego, zaburzeniem rytmów okołodobowych i lękiem. Depresja jest główną przyczyną samobójstw w Polsce. Codziennie odbiera sobie życie 16 osób, a 274 podejmuje próbę samobójczą. W 2013 roku, wg danych Komendy Głównej Policji, odnotowano 6097 samobójstw, to jest około 2 tys. więcej niż w 2012 roku, kiedy było ich 4177. Najnowszy Raport OECD sytuuje Polskę na siódmym miejscu wśród krajów o największym wzroście liczby samobójstw i lawinowym wzroście depresji [1].

Epidemiologia

Depresja, obok otępienia, jest najczęstszym zaburzeniem psychicznym występującym u osób w wieku podeszłym. Szacuje się, że cierpi z jej powodu 15% osób po 65. roku życia [2]. Problem ten będzie dotyczył coraz większej grupy polskiego społeczeństwa. Najnowsze dane demograficzne przedstawione w Senacie Rzeczypospolitej Polskiej w październiku 2014 na Konferencji „Innowacyjność w medycynie”, prognozują, iż w 2030 roku liczba Polaków po 65. roku życia wzrośnie z 4,8 mln do 8,5 mln. Aż 23 procent społeczeństwa, czyli co czwarta osoba w kraju, będzie miała co najmniej 65 lat. W 2025 roku Polacy

będą przeciętnie żyli 77,6 lat, a Polki – 83,3 lata [3]. Wydłużenie przeciętnej długości życia spowoduje, że coraz więcej osób będzie chorowało na schorzenia neurologiczno-psychiatryczno-geriatryczne.

Czynniki ryzyka rozwoju depresji

Rozpoznanie depresji u osób w wieku starszym, w porównaniu z młodymi osobami, cechuje bardziej zróżnicowana etiologia. Duże znaczenie w czynnikach predysponujących do rozwoju depresji przypisuje się stanowi zdrowia somatycznego pacjenta. Właściwie każda choroba, tym bardziej przewlekła, często związana z bólem, może przyczyniać się do rozwoju depresji lub jej nawrotów [4-7]. Do czynników depresji w wieku podeszłym należą:

1. Samotność.
2. Osamotnienie po stracie partnera życiowego.
3. Syndrom „opuszczonego gniazda”.
4. Poczucie nieprzydatności po przejściu na emeryturę
5. Cierpienie z powodu chorób przewlekłych (choroby naczyń, stan po udarze, zawał mięśnia sercowego, cukrzyca) [7,8].
6. Przewlekłe infekcje (WZW C, borelioza).
7. Choroba nowotworowa.
8. Zaburzenia endokrynologiczne (np. niedoczynność tarczycy).
9. Choroby układu oddechowego (POChP, zespół bezdechu sennego).
10. Ograniczenie sprawności i aktywności, a tym samym utrata niezależności.
11. Otyłość [9].
12. Stany niedoborowe (np. niedobór witaminy B₁₂, witaminy D, kwasu foliowego).

Czynniki genetyczne, rodzinne są zdecydowanie mniej istotne w rozwoju depresji u osób w starszym wieku niż u młodych [10].

Rozpoznanie

Trudności w rozpoznaniu depresji w wieku podeszłym związane są ze zmianami psychofizycznym starzejącego się organizmu. Problemy z pamięcią, koncentracją, gorsze radzenie sobie w życiu codziennym, zaniedbywanie obowiązków, apatia, spowolnienie psychoruchowe mogą być zarówno objawami depresji, jak i rozwijającego się otępienia. Otępienie może powodować depresję i być maską depresji.

Aby ocenić stan pacjenta warto zacząć od powszechnie dostępnego Kwestionariusza Zdrowia

Pacjenta (Patient Health Questionnaire – PHQ) w wersji pełnej lub skróconej 9 pytań. PHQ-9 szybko wyłoni zaburzenia depresyjne, uwzględniające wszystkie kryteria diagnostyczne DSM-V epizodu dużej depresji.

DSM-V jest najnowszą edycją, z 2013 roku, standardowych kryteriów klasyfikacji zaburzeń psychicznych (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [11,12]. Wg DSM-V ustalenie rozpoznania wymaga stwierdzenia objawów podstawowych oraz co najmniej 5 objawów z niżej wymienionych, trwających przez co najmniej 2 tygodnie [13].

Kryterium rozpoznania depresji wg DSM-V

1. Depresyjny nastrój przez większość dnia, prawie codziennie.
2. Istotny spadek (niezwiązany z zastosowaniem diety odchudzającej) lub przyrost masy ciała (to jest > 5% zmiany masy ciała).
3. Zmniejszenie zainteresowania dotychczasowymi przyjemnościami i aktywnościami występujące przez większość dnia, prawie codziennie.
4. Nadmierna senność w ciągu dnia lub bezsenność, wczesne budzenie się w nocy, prawie codziennie.
5. Brak energii, męczliwość, prawie codziennie.
6. Poczucie winy nieuzasadnione, poczucie braku wartości, niemal codziennie.
7. Spowolnienie lub pobudzenie psychomotoryczne.
8. Obniżenie funkcji poznawczych, czyli trudności w myśleniu, koncentracji, podejmowaniu decyzji, prawie codziennie.
9. Uporczywie nawracające myśli o śmierci i/ lub samobójstwie.

Do rozpoznania depresji możemy również zastosować kryterium wg X edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10), na którą składają się podstawowe i dodatkowe objawy depresji. Klasyfikacja ta pozwala także określić stopień nasilenia objawów depresyjnych [14].

Kryterium Depresji wg ICD-10

A. Objawy podstawowe to:

1. obniżenie nastroju;
2. utrata zainteresowania i zdolności radowania się (anhedonia);
3. zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości.

B. Objawy dodatkowe to:

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

U osób w wieku podeszłym należy zwrócić uwagę na urojenia i omamy.

Liczba wystąpienia objawów podstawowych lub/ i dodatkowych daje możliwość podziału depresji na zaburzenia łagodne, umiarkowane, ciężkie.

W przypadku osób w podeszłym wieku najlepiej poznanym standaryzowanym narzędziem do rozpoznania depresji jest Geriatryczna Skala Oceny Depresji (GOD) [15,16]. Jest to powszechnie stosowany, rzetelny kwestionariusz służący do samooceny depresji. Istnieją trzy wersje Skali GOD: wersja pełna, składająca się z 30 pytań, wersja skrócona – 15 pytań i krótka wersja 4 pytań. Pełną wersję testu przedstawia tabela I. Pytania zaznaczone wytłuszczoną kursywą należą do wersji skróconej. Ważne jest, aby pacjent rozwiązał test samodzielnie, można jedynie pomóc czytając pytania osobom słabo widzącym lub niewidomym. Należy pamiętać, iż wszystkie wersje GOD skali odnoszą się do nastroju osoby **w ostatnich 2 tygodniach**.

Stopień nasilenia objawów depresyjnych wg ICD-10

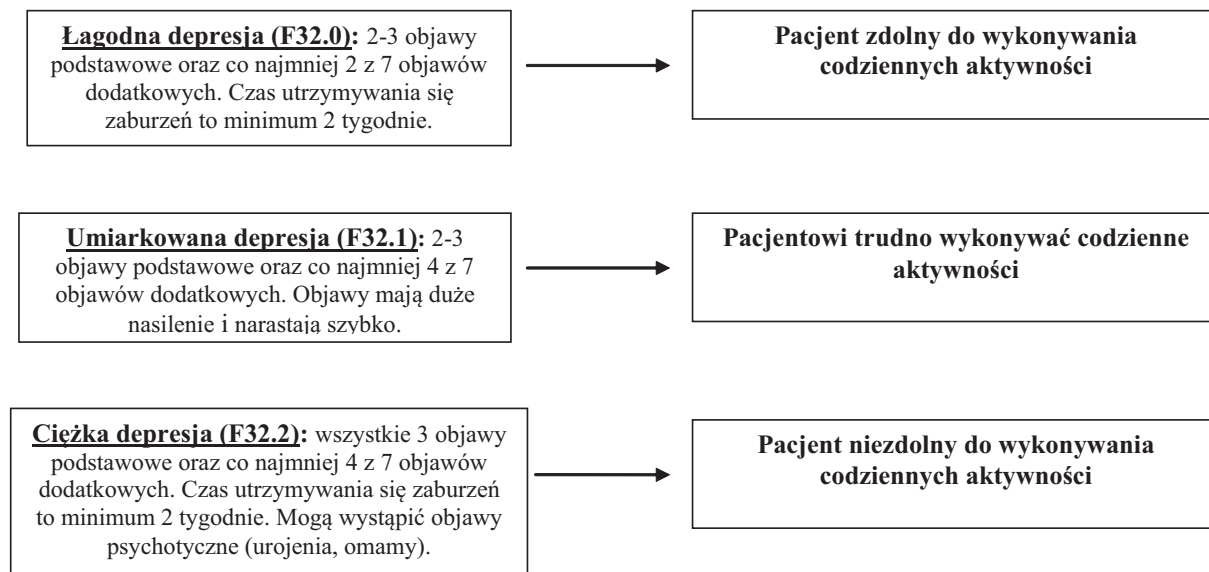


Tabela I. Geriatryczna Skala Oceny Depresji – *pełna wersja, wersja skrócona*

Table I. Geriatric Depression Scale – *full version, abridged version*

PYTANIE	TAK	NIE
1. Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan(i) z niego zadowolony(a)?	T	N
2. Czy zmniejszyła się liczba Pana(i) aktywności i zainteresowań?	T	N
3. Czy ma Pan(i) uczucie, że życie jest puste?	T	N
4. Czy często czuje się Pan(i) znudzony(a)?	T	N
5. Czy myśli Pan(i) z nadzieją o przyszłości?	T	N
6. Czy miewa Pan(i) natrętne myśli, których nie może się Pan(i) pozbyć?	T	N
7. Czy jest Pan(i) w dobrym nastroju przez większość czasu?	T	N
8. Czy obawia się Pan(i), że może się zdarzyć Panu(i) coś złego?	T	N

PYTANIE	TAK	NIE
9. Czy przez większość czasu czuje się Pan(i) szczęśliwy(a)?	T	N
10. Czy często czuje się Pan(i) bezradny(a)?	T	N
11. Czy często jest Pan(i) niespokojny(a)?	T	N
12. Czy zamiast wyjść wieczorem z domu, woli Pan(i) w nim pozostać?	T	N
13. Czy często martwi się Pan(i) o przyszłość?	T	N
14. Czy czuje Pan(i), że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni ludzie?	T	N
15. Czy myśli Pan(i), że wspaniale jest żyć?	T	N
16. Czy często czuje się Pan(i) przygnębiony(a) i smutny(a)?	T	N
17. Czy obecnie czuje się Pan(i) gorszy(a) od innych ludzi?	T	N
18. Czy martwi się Pan(i) tym, co zdarzyło się w przeszłości?	T	N
19. Czy uważa Pan(i), że życie jest ciekawe?	T	N
20. Czy trudno jest Panu(i) realizować nowe pomysły?	T	N
21. Czy czuje się Pan(i) pełny(a) energii?	T	N
22. Czy uważa Pan(i), że sytuacja jest beznadziejna?	T	N
23. Czy myśli Pan(i), że ludzie są lepsi niż Pan(i)?	T	N
24. Czy drobne rzeczy często wyprowadzają Pana(ią) z równowagi?	T	N
25. Czy często chce się Panu(i) płakać?	T	N
26. Czy ma Pan(i) kłopoty z koncentracją uwagi?	T	N
27. Czy rano budzi się Pan(i) w dobrym nastroju?	T	N
28. Czy ostatnio unika Pan(i) spotkań towarzyskich?	T	N
29. Czy łatwo podejmuje Pan(i) decyzje?	T	N
30. Czy zdolność Pana(i) myślenia jest taka sama jak dawniej?	T	N

Tabela II. Geriatryczna Skala Oceny Depresji (Geriatric Depression Scale) – wersja krótka

Table II. Geriatric Depression Scale – short version

PYTANIE	TAK	NIE
1. Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan(i) z niego zadowolony(a)?	T	N
2. Czy obawia się Pan(i), że może się zdarzyć Panu(i) coś złego?	T	N
3. Czy ma Pan(i) uczucie, że życie jest puste?	T	N
4. Czy przez większość czasu czuje się Pan(i) szczęśliwy(a)?	T	N

Wersję krótką należy zawsze zastosować podczas wizyty pacjenta, kiedy lekarza niepokoi zmiana jego nastroju, zachowania i w razie dodatniego wyniku przejść do pełnej wersji testu. Wersji krótkiej skali GOD nie stosuje się u pacjentów po udarze mózgu (Tabela II).

Interpretacja wyniku testu GOD – Geriatryczna Skala Oceny Depresji:

1. Dla wersji pełnej (30 pytań): liczba punktów 0-10 – nie ma depresji, 11-20 punktów – lekka depresja, liczba 21 i więcej uzyskanych punktów – głęboka depresja.

2. Dla wersji skróconej (15 pytań): liczba punktów 0-5 – nie ma depresji, 6-15 punktów -depresja o rosnącym nasileniu.

3. Dla wersji 4-punktowej: liczba punktów $> 1 / 2$ – możliwa depresja.

Trudno jest w pełni postawić diagnozę depresji u osób w wieku podeszłym bez różnicowania z otępieniem. Zaburzenia depresyjne towarzyszące otępieniu często są nierozpoznawane i nieleczone, co pogarsza rokowanie stanu chorego. Pomocne w diagnostyce depresji będzie porównanie zaburzeń depresyjnych z otępieniem, przedstawione w tabeli III.

Tabela III. Różnicowanie otępienia i depresji

Table III. Differentiation of dementia and depression

Otępienie	Depresja
Stopniowo narastające – miesiące/lata – pogorszenie funkcji poznawczych. Nie wiemy kiedy był początek.	Szybko narastające – dni/tygodnie – pogorszenie funkcji poznawczych. Początek zmian możemy łatwo określić.
Osoba jest zwykle zagubiona, traci orientację, gubi się w znanych sobie miejscach.	Osoba zwykle prawidłowo podaje datę, miejsce, w którym się znajduje.
Zaburzone zdolności motoryczne, mówienie, pisanie.	Spowolnione zdolności motoryczne, mówienie, pisanie.
Problem z pamięcią krótkotrwałą.	Problem z koncentracją.
Osoba nie zauważa występujących problemów z pamięcią oraz problemów z codziennym funkcjonowaniem.	Osoba będzie sama zgłaszała problemy z pamięcią.
Odwrocenie rytmu dobowego sen-czuwanie.	Zaburzenia snu, zbyt krótki, wczesne budzenie się lub nadmierna senność.

Depresja w wieku podeszłym nie musi manifestować wszystkich charakterystycznych objawów depresji, może mieć charakter zaburzeń wybiórczych (dystymia, mała depresja) albo zaburzeń mieszanych (depresje psychotyczne, organiczne uszkodzenie mózgowia).

Typy depresji wieku podeszłego

U osób starszych zaburzenia dystymiczne występują częściej niż w wieku młodszym, gdyż są związane z chorobą/chorobami somatycznymi trwającymi lata. Intensywność objawów depresyjnych pod postacią zaburzeń nastroju lub smutku w **dystymii** nie jest tak nasilona jak w epizodzie depresji, ale okres ich trwania wynosi dłużej niż 2 lata. Inaczej jest w przypadku typu **depresji psychotycznej**, gdzie bardzo częstymi objawami są urojenia, hipochondryczne nastawienie i absurdalne wypowiedzi. Są one następstwem starczego zwyrodnienia mózgu. Chory z depresją psychotyczną często zmienia treść urojeń pod wpływem otoczenia. W tym typie depresji często pojawiają się omamy słuchowe. Depresja ta charakteryzuje się większym ryzykiem samobójstwa niż pozostałe jej rodzaje. Kolejnym typem depresji wieku podeszłego są objawy depresyjne, często nazywane „**małą depresją**”, niespełniające kryterium rozpoznania epizodu depresyjnego. Trwają krótko i najczęściej związane są z brakiem energii, motywacji, zanikiem zainteresowań oraz z pogorszeniem funkcji poznawczych. Objawy depresyjne u ludzi starszych występują także przy „organicznym” uszkodzeniu mózgowia, nadużywaniu

leków i uzależnieniu od substancji psychoaktywnych oraz w zaburzeniach lękowych. Jedną z najważniejszych przyczyn polekowych stanów depresyjnych jest długotrwałe (ponad 4 tygodnie) przyjmowanie benzodiazepin jako remedium na sen oraz haloperidolu, chlorpromazyny czy flufenazyny [2,17].

Leczenie

Leczenie depresji w wieku podeszłym powinno obejmować psychoterapię, farmakoterapię lub skojarzenie obu tych metod. U osób starszych z łagodną depresją psychoterapia jest najlepszą metodą leczenia. Psychoterapeuta/psycholog pomoże uporządkować rytm dnia, zaplanować różnorodną aktywność, poprawić higienę snu, tak aby aktywnie „powrócić” do życia. Skuteczność interwencji psychologicznych, w tym terapii poznawczo-behawioralnej (CBT-congenitive-behavioral therapy), terapii zorientowanej na rozwiązywanie problemów i nawiązywanie nowych znajomości, można zauważyć już po kilku spotkaniach z terapeutą.

Osoby starsze często nie chcą stosować leków przeciwdepresyjnych w obawie przed uzależnieniem. Antydepresanty są skuteczne u osób w starszym wieku, a zasady ich przepisywania są takie same jak w przypadku młodszych pacjentów. Lekami pierwszego rzutu są inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI – selective serotonin re-uptake inhibitors). Pozostałe leki stosowane w depresji i ich działania niepożądane przedstawiono w tabeli IV.

Tabela IV. Grupy leków przeciwdepresyjnych i ich działania niepożądane

Table IV. Groups of antidepressants and their side effects

Grupa leków	Działania niepożądane
Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD): amiptrytylina, doksepina, klomipramina	Działania cholinergiczne, sedacja, przyrost masy ciała, wydłużenie odcinka QT, ortostatyczne spadki ciśnienia krwi.
Inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI): citalopram, escitalopram, fluoksetyna, fluwoksamina, paroksetyna, sertalina	Dysfunkcje seksualne, zaburzenia ze strony układu pokarmowego, zmiana masy ciała, sedacja, senność, niepokój, hiponatremia (u pacjentów przyjmujących diuretyki).
Inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI): wenlafaksyna	Nudności, senność, suchość w jamie ustnej, zawroty głowy, bezsenność.
Inhibitory wychwytu zwrotnego noradrenaliny i dopaminy (NDRI): bupropion	Bezsenność, nudności, wymioty, drżenie, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, szumy w uszach.
Wybiórcze odwracalne inhibitory monoaminooksydazy: moklobemid	Zaburzenia snu, pobudzenie, zawroty głowy, suchość w jamie ustnej.
Leki o receptorowych mechanizmach działania: mianseryna, mitrazapina, trazodon	Przyrost masy ciała, senność, zmęczenie, ortostatyczne spadki krwi, nudności, zawroty głowy, suchość w jamie ustnej, osłabienie.
Leki o innych mechanizmach działania: agomelatyna, kwetiapina, tianeptyna	Agomelatyna – rzadko daje objawy niepożądane, u pozostałych leków z tej grupy występują bóle i zawroty głowy, senność/bezsenność, przyrost masy ciała, suchość w jamie ustnej.

Tabela V. Interakcje lekowe

Table V. Medicines interactions

Lek	Zalecane leki przeciwdepresyjne
kwasy acetylosalicylowy, NLPZ	Nie zaleca się stosowania SSRI. Można zastosować mitrazapinę lub trazodon.
warfaryna heparyna	Nie zaleca się stosowania SSRI. Można zastosować mitrazapinę.
selegilina rasagilina	Nie zaleca się stosowania SSRI. Można zastosować mitrazapinę lub trazodon.

Decydując o wyborze farmakoterapii należy zwrócić uwagę na choroby współistniejące u pacjenta. I tak w przewlekłej chorobie somatycznej preferowanymi lekami są sertalina i citalopram, ponieważ mają niską skłonność do interakcji lekowych. W depresji odpornej na leczenie zaleca się wzmocnienie terapii za pomocą litu lub dodanie drugiego leku przeciwdepresyjnego. Takie postępowanie wymaga konsultacji psychiatrycznej. W przypadku wystąpienia postaci ciężkiej depresji, chorego należy skierować do szpitala w celu podjęcia kompleksowego leczenia farmakologicznego, terapii CBT oraz zapobieżenia samobójstwu i próbie jego popełnienia. W przypadku leków tak często stosowanych u osób starszych, np. NLPZ, niektóre antydepresanty są przeciwwskazane (tabela V).

Zapobieganie depresji w wieku podeszłym

Nie da się zapobiec depresji w wieku podeszłym bez zachowania „zdrowego stylu życia” w średnim wieku. Ma tu znaczenie nie tylko zapobieganie chorobom przewlekłym układu sercowo-naczyniowego, układu oddechowego, w tym POChP, cukrzycy, ale także regularna aktywność fizyczna, niepalenie lub zaprzestanie palenia tytoniu, rezygnacja ze złych nawyków żywieniowych oraz dbanie o utrzymanie więzi rodzinnych i odpowiedniej sieci kontaktów społecznych.

Podsumowanie

Cierpienie osoby starszej będącej w depresji jest nie tylko walką z samotnością, ale często osamotnieniem w tej walce. Nie wolno zostawić starszego pacjenta samego z podejrzeniem depresji. Depresja u osób w wieku podeszłym wiąże się ze szczególnie wysokim ryzykiem samobójstwa dokonanego. Skuteczne samobójstwa wśród starszych osób są trzy razy częstsze niż u osób młodszych. Wg Antoniego Kępińskiego „u młodych samobójstwo jest wołaniem o pomoc, u starszych już tylko wołaniem o śmierć” [18].

Co roku 23 lutego obchodzimy Międzynarodowy Dzień Walki z Depresją. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia, depresja jest czwartą najpoważniejszą chorobą na świecie i jedną z głównych przyczyn samobójstw. W Polsce Ogólnopolski Dzień Walki z Depresją obchodzimy od 2001 roku. Celem obchodów jest upowszechnienie wiedzy na temat depresji i innych zaburzeń z nią związanych oraz zachęcenie chorych do leczenia. Organizowane są akcje informacyjne m.in. przez Fundację ITAKA, Stowarzyszenie Aktywnie Przeciwko Depresji. Oprócz tak istotnego leczenia farmakologicznego depresji, nie mniej ważne jest odbudowanie więzi społecznych, aktywizacja intelektualna, psychiczna i fizyczna osoby starszej. Kompleksową pomoc oferują kluby seniora, sanatoria, Uniwersytety Trzeciego Wieku (UTW). W Polsce pierwszy taki uniwersytet powstał w 1975 roku dzięki pani profesor Halinie Szwarc. Obecnie istnieje sieć 110 uniwersytetów, które zrzeszają 25 tys. słuchaczy. Jest to doskonała forma grupowego spędzania wolnego czasu, gdzie seniorzy zapominają o problemach dnia codziennego,

łatwiej rozwiązują bieżące niedogodności, a dzięki nowym znajomościom mogą znowu tworzyć plany na przyszłość i w pełni cieszyć się życiem. I to jest najlepsza metoda zapobiegania nawrotom depresji.

Wykaz skrótów

GOD – Geriatryczna Skala Oceny Depresji (Geriatric Depression Scale)

PHQ – Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta (Patient Health Questionnaire)

DSM-V – The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – V edycja klasyfikacji zaburzeń psychicznych.

ICD-10 – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób – 10 edycja

CBT – Cognitive-Behavioral Therapy – terapia poznawczo-behawioralna

NLPZ – Niesterydowe Leki Przeciwzapalne

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Sylwia Kałucka

I Zakład Medycyny Rodzinnej
Uniwersytet Medyczny w Łodzi,
ul. Narutowicza 60, 90-131 Łódź

☎ (+48) 668-757-160

✉ sylwia.kalucka@umed.lodz.pl

Piśmiennictwo

1. www.oecd.org/poland Raport OECD
2. Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A. Geriatria. Gdańsk: Via Medica; 2007.
3. www.senat.gov.pl – Konferencja „Innowacyjność w medycynie” 21 październik 2014.
4. Turczyński J, Bilikiewicz A. Depresja u osób w podeszłym wieku. Psych Prakt Ogólnolek 2002;2:99-108.
5. Unsar S, Sut N. Depression and health status in elderly hospitalized patients with chronic illness. Arch Gerontol Geriatr 2010;50:6-10.
6. Vogelzangs N, Kritchevsky SB, Beekman ATF, et al. Depressive symptoms and change in abdominal obesity in older persons. Arch Gen Psych 2008;65:1386-93.
7. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. Lancet 2010;376(9735):112-23.
8. Valkanova V, Ebmeier KP. Vascular risk factors and depression in later life: systematic review and meta-analysis. Biol Psychiatry 2013;73(5):406-13.

9. Nilsson FM, Kessing LV, Sorensen TM, et al. Enduring increased risk of developing depression and mania in patients with dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;73(1):40-4.
10. Brodaty H, Peters K, Boyce P, et al. Age and depression. *J Affect Disord* 1991;23(3):137-49
11. Kinderman P. Explainer: what is the DSM? The Conversation Australia. The Conversation Media Group. Retrieved 21 May 2013.
12. DSM-5 Gets APA's Official Stamp of Approval. *Medscape.com*. Retrieved 2012-12-05.
13. American Psychiatric Association Highlights of Changes from DSM –IV-TR to DSM-5, www.dsm5.org
14. Pużyński S, Wciórka J (red.). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 2000.
15. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psych Res* 1982-1983;17:37-49.
16. Montorio I, Izal M. The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. *Intern Psychogeriatr* 1996;8:103-12.
17. Bidzan L. Depresyjne zaburzenia nastroju u osób w wieku podeszłym. *Medycyna Wieku Podeszłego* 2011;1(1):31-41.
18. Kępiński A. *Melancholia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1974.