

Zaburzenia depresyjne a zaburzenia lękowe u osób w podeszłym wieku, różnicowanie, diagnostyka i leczenie

Depression and anxiety disorders in elderly patients, differential diagnosis and treatment options

Edyta Zwyrtek, Joanna Rymaszewska

Zakład Psychiatrii Konsultacyjnej i Badań Neurobiologicznych, Katedra Psychiatrii Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Streszczenie

Zaburzenia depresyjne i lękowe u osób w podeszłym wieku stają się coraz istotniejszym problemem klinicznym. Należą do najczęściej występujących zaburzeń w tej grupie wiekowej. Dotyczą zwłaszcza pacjentów chorujących na przewlekłe schorzenia somatyczne. Powodują cierpienie, prowadzą do niepełnosprawności, pogarszają wyniki leczenia współwystępujących chorób oraz zwiększają śmiertelność. Obraz zaburzeń depresyjnych różni się u osób starszych w porównaniu do osób młodszych. Częstsze u osób starszych występowanie lęku, pogorszenie funkcji poznawczych czy skarg pod postacią somatyczną utrudnia diagnozę. Zaburzenia lękowe rzadko mają początek w podeszłym wieku i nie są tak częste jak u osób młodych, w przeciwieństwie do częstych objawów lękowych. Wyraźnie jednak wiążą się z pogorszeniem jakości życia, samopoczucia i upośledzeniem aktywności. Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych wiąże się z cięższym i bardziej przewlekłym przebiegiem oraz gorszym rokowaniem. Warto podkreślić, że terapia zarówno zaburzeń depresyjnych jak i lękowych lekami przeciwdepresyjnymi jest równie skuteczna jak u osób młodych, choć mogą wymagać dłuższego czasu leczenia. *Geriatrics 2015; 9: 39-49.*

Słowa kluczowe: depresja, zaburzenia lękowe, wiek podeszły, leczenie

Abstract

Depressive and anxiety disorders are highly prevalent in elderly individuals, both mainly affect those with chronic medical illnesses. The symptoms of anxiety and depression cause suffering, promote disability, worsen the outcomes of many medical illnesses and increase mortality. The clinical expression of depressive disorders differs in older patients when compared to younger adults. Their diagnosis is difficult due to tendencies for elderly patients to attribute their symptoms to physical conditions, more frequent occurrence of anxiety or cognitive impairment. Anxiety disorders in elderly patients are less common than in younger adults contrary to anxiety symptoms. The anxiety symptoms reduce quality of life and are associated with significant disruption in daily living. Anxiety disorders are highly comorbid with depression which causes more severe course, greater chronicity and poorer outcome of treatment. The pharmacotherapy of depressive and anxiety disorders is as effective in elderly individuals as it is in younger adults however can need longer treatment. *Geriatrics 2015; 9: 39-49.*

Keywords: depression, anxiety disorder, elderly, treatment

Wstęp

Istnieje przekonanie, że starość jest smutnym i szarym schyłkiem życia. Smutek, niepokój i anhedonię uważa się za jej nieodzowny element. Kulturowo łatwiej przyznać się do niepełnosprawności fizycznej

niż słabości wynikającej z przeżywanych emocji. Wypowiadane przez osoby w podeszłym wieku obawy nieraz traktuje się pobłażliwie, a lekarze niechętnie przysłuchują się kolejnym skargom dotyczącym objawów somatycznych. Być może warto zastanowić się czy za nawarstwiający się objawami fizycznymi

i licznymi wizytami nie kryje się coś więcej. Być może pacjent między słowami stara się zakomunikować lęk, smutek, zmartwienie swoim brakiem energii i spadkiem zainteresowania aktywnościami, które kiedyś wydawały się ekscytujące. Warto mieć świadomość, że to nie musi być objawem starości, a choroby, która często jej towarzyszy. Zaburzenia depresyjne i lękowe są szeroko rozpowszechnione w populacji osób w podeszłym wieku. Zauważono, że istotnie pogarszają jakość życia i upośledzają funkcjonowanie. I choć diagnoza nie należy do łatwych i wykracza poza uznane kryteria diagnostyczne, warto ją rozważyć. Rozpoznanie zaburzenia depresyjnego czy lękowego daje możliwość skutecznej terapii i dobrze przeżytej starości.

Epidemiologia

▪ Epidemiologia zaburzeń depresyjnych

Zaburzenia depresyjne są częstym zaburzeniem psychicznym u osób starszych i jedną z najczęstszych chorób przewlekłych w populacji ogólnej. Ponad połowa osób z rozpoznaniem zaburzenia depresyjnego w podeszłym wieku, miała pierwszy epizod po sześćdziesiątym roku życia [1]. Dostępne badania nie są zgodne co do rozpowszechnienia schorzenia. Różnice wynikają prawdopodobnie z definicji ‚wieku podeszłego‘, metod badawczych, czy kryteriów branych pod uwagę. Częstość występowania zaburzeń depresyjnych u osób starszych sięga od 0,9% do 42%. Rozpowszechnienie istotnych klinicznie objawów depresyjnych w tej samej grupie wiekowej sięga od 7,2% do 49,0% [2]. Zaburzenia depresyjne częściej dotyczą kobiet, osób chorujących na przewlekłe choroby ogólnomedyczne, niepełnosprawnych, samotnych czy dotkniętych trudną sytuacją socjalną. Szacuje się, że 40% epizodów depresji pozostaje niezdiagnozowanych [3].

▪ Epidemiologia zaburzeń lękowych

Rozpowszechnienie zaburzeń lękowych w wieku podeszłym jest niższe niż wśród osób w młodym wieku i sięga od 3,2% do nawet 21,6% populacji osób starszych [4]. Najczęściej występującym zaburzeniem lękowym jest zaburzenie lękowe uogólnione, występujące od 1,2% do 12,8% populacji osób starszych. Prawie równie często można spotkać się z zaburzeniem lękowym w postaci fobii (od 3,1% do 10,2%). Rzadziej występują fobie społeczne (0,6% do 4,3%), agorafobia (2,1%) i zaburzenia lękowe z napadami lęku (0,1% do 1,0%). Zaburzenia lękowe występują częściej u kobiet, osób

chorujących somatycznie, u osób z niższym wykształceniem, niższymi dochodami oraz po traumatycznych doświadczeniach życiowych. Powszechnie przyjmuje się, że zaburzenia lękowe rozwijają się najczęściej w okresie młodzieńczym lub we wczesnej dorosłości. Mniej niż 1% zaburzeń lękowych rozwinię się u osób po 65r.ż, natomiast 90% rozwinię się u osób do 41 r.ż., a 75% przed 21 r.ż. [5].

▪ Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych

Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych oraz lękowych jest częste i istotne klinicznie. Zaburzenia depresyjne mogą występować u 13-60% pacjentów z rozpoznaniem zaburzeniem lękowym. Zaburzenia lękowe natomiast mogą być obecne u 23-60,4% osób z rozpoznaniem zaburzeniem depresyjnym [6]. Szacuje się, że nawet 85% pacjentów z zaburzeniem depresyjnym doświadcza istotnego poziomu lęku [7]. Schoevers i wsp. bazując na populacyjnym badaniu osób w podeszłym wieku (AMSTEL) zauważył, że depresja była obecna u 12,9% badanych osób, a zespół lęku uogólnionego u 3,2%. W tym samym badaniu 14,5% pacjentów z rozpoznaną depresją również chorowało na zespół lęku uogólnionego. Jednocześnie 60,4% pacjentów z rozpoznaniem zaburzeniem lękowym uogólnionym prezentowało objawy zaburzeń depresyjnych. Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych wiąże się ze znacznym pogorszeniem funkcjonowania, słabszą odpowiedzią na leczenie, z cięższym i bardziej przewlekłym przebiegiem, gorszym rokowaniem oraz istotnie zwiększa ryzyko samobójstwa.

Diagnoza

Zaburzenia depresyjne i zaburzenia lękowe u osób w podeszłym wieku odnoszą się do objawów opisanych w klasyfikacji ICD-10 i DSM-5 oraz dotyczą ludzi powyżej 65 roku życia. Zaburzenia depresyjne u osób starszych w odróżnieniu od osób młodszych częściej mają przewlekły przebieg i rzadziej ulegają samoistnej remisji.

Osoby w podeszłym wieku częściej skupiają się na objawach somatycznych, odczuwają niepokój, pojawiają się lęki o treści hipochondrycznej i spadek zainteresowania sferą seksualną. Obraz zaburzeń lękowych jest podobny do obserwowanego u osób młodych. Charakteryzuje się występowaniem nadmiernego lęku, troski, zmartwień, nieuzasadnionych obaw, obsesyjnymi myślami oraz wzmożonym napięciem mięśniowym.

Obawy częściej dotyczą objawów somatycznych, zdrowia, niepełnosprawności, a rzadziej skupiają się na problemach rodzinnych czy zawodowych. Fobie częściej dotyczą zjawisk naturalnych, jak burza z piorunami. Charakterystyczny dla osób starszych jest lęk przed upadkiem. Obraz zaburzeń zarówno depresyjnych, jak i lękowych, rozpoznanych w młodszym wieku, może ulec zmianie. Dużą trudność diagnostyczną może sprawiać ocena realności wypowiedzianych obaw. Lęk przed upadkiem może wiązać się z uzasadnionymi obawami przed urazem, hospitalizacją czy niepełnosprawnością. Trudna jest także ocena objawów somatycznych. Pacjenci z zespołem lęku uogólnionego zwykle zgłaszają się do lekarza pierwszego kontaktu z niejasnymi objawami fizycznymi. Może to być zmęczenie, bóle kostno-mięśniowe, objawy ze strony przewodu pokarmowego czy zaburzeniami snu. W jednym z badań tylko 13,3% pacjentów z zespołem lęku uogólnionego wypowiedało „niepokój” jako pierwotną przyczynę zgłoszenia się do lekarza rodzinnego [8].

▪ **Diagnoza zaburzeń depresyjnych**

Epizod depresyjny

Zarówno w klasyfikacji ICD-10 jak i DSM-5 podstawę rozpoznania epizodu depresyjnego stanowi wystąpienie obniżonego nastroju, utraty zainteresowań lub anhedonia. Obniżony lub depresyjny nastrój występuje prawie każdego dnia przez okres co najmniej 2 tygodni. Nastrój może być określany jako uczucie smutku, pustki, beznadziei. U osób starszych nierzadko przyjmuje formę dysforii, a sam chory staje się płacziwy. Warto podkreślić, że starsze osoby niechętnie oceniają swój nastrój jako „obniżony” czy „depresyjny”. W zaburzeniach depresyjnych nierzadkie są myśli rezygnacyjne czy myśli, plany i zachowania samobójcze.

Jednym z częstszych objawów depresji u osób starszych są zaburzenia snu, zarówno pod postacią bezsenności jak i nadmiernej senności. Wczesne wybudzenie się rano wydaje się być najczęściej zgłaszanym problemem. Bezsenność jest istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia depresji u osób starszych. Wyraźnie pogarsza jakość życia u osób z rozpoznaną depresją. Pojawiać się może wzrost lub spadek masy ciała z towarzyszącym nadmiernym lub obniżonym apetytem. W badaniu Cuijpers i wsp. wykazano, że u osób starszych zaburzenia jedzenia i snu są istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia depresji. Wśród pacjentów mających oba czynniki ryzyka aż u 57% rozwinęło się

zaburzenie nastroju, w porównaniu do 7% pacjentów niemających problemów ze snem i jedzeniem [9].

W spektrum kryteriów diagnostycznych wymienia się także utratę energii lub zmęczenie po nawet niewielkim wysiłku, zahamowanie lub pobudzenie psychoruchowe, zmniejszenie aktywności, zawężenie zakresu zainteresowań. Mogą pojawić się zaburzenia funkcji poznawczych. Niemal zawsze dochodzi do zaniżenia samooceny i poczucia bezwartościowości. Pojawiają się idee nadmiernej winy. Ilość objawów i ich nasilenie może osiągać różny stopień, jednakże większość z nich prowadzi do cierpienia, istotnego pogorszenia jakości życia i funkcjonowania. W procesie diagnozy istotne jest wykluczenie zaburzeń adaptacyjnych, pojawiających się w odpowiedzi na trudną sytuację życiową. Szczególny jest stan żałoby odróżniający się od depresji treścią wypowiedzi i samoograniczającym się charakterem. Niemniej jednak przewlekająca się żałoba może rozwinąć się w zaburzenie depresyjne. Szacuje się, że depresja pojawia się u 14% ludzi starszych w drugim roku po utracie bliskiej osoby [10].

Nie wszystkie elementy obrazu klinicznego zaburzeń depresyjnych osób w podeszłym wieku mieszczą się w kryteriach diagnostycznych. Wiele autorów podkreśla bardzo częste występowanie lęku, jako głównego objawu zaburzeń depresyjnych u osób starszych. Przybiera on postać nadmiernego zamartwiania się lub uczucia niepokoju. Wypowiadane obawy są nieadekwatne do sytuacji życiowej. Lęk może także objawiać się zaburzeniami pod postacią somatyczną, jako tachykardia, uczucie duszności, napięciowe bóle głowy i mięśni, potliwość, objawy ze strony układu pokarmowego. Treść wypowiedzianych skarg zwykle skupia się na zdrowiu, życiu codziennym, rzadziej dotyczy problemów rodzinnych czy zawodowych jak w przypadku ludzi młodszych. W swojej pracy Vaughn McCall zwraca uwagę na najczęstsze skargi wskazujące na zaburzenia depresyjne u osób po 65 roku życia:

- uczucie zmęczenia lub braku energii (43,12%),
- bezsenność lub nadmierna ilość snu (34,39%),
- spadek zainteresowania aktywnościami (17,89%),
- uczucie przygnębienia, beznadziei (17,02%),
- brak lub nadmierny apetyt (14,14%),
- problemy z koncentracją (9,81%).

Wiele objawów może zostać przypisanych starzeniu się lub innym chorobom przewlekłym, często współwystępującym w starszym wieku. Prowadzi to do nierozpoznawania zaburzeń depresyjnych wśród ludzi w podeszłym wieku oraz pozbawia ich możliwości leczenia.

Depresja psychotyczna

Do rozpoznania depresji psychotycznej uważa się obecność objawów epizodu depresyjnego z towarzyszącymi urojeniami, omamami, zahamowaniem psychoruchowym lub osłupieniem. Stan ten może prowadzić do zagrożenia życia, wiąże się też z większym ryzykiem samobójstwa. Urojenia często mają charakter hipochondryczny, nihilistyczny, winy, prześladowczy, rzadziej zdrady. Najczęstsze są omamy słuchowe, zgodne z treścią wypowiedzianych urojeń. Inne rodzaje omamów są rzadkie i częściej towarzyszą innym chorobom.

Depresja w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej

Do rozpoznania choroby afektywnej dwubiegunowej konieczna jest obecność epizodów manii lub hipomanii. Ocenia się, że 10% osób z zaburzeniami depresyjnymi, w istocie choruje na zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Częstość zaburzeń dwubiegunowych maleje z wiekiem od 1,4% populacji młodych dorosłych (18-44 r.ż.) do 0,1% populacji osób po 65 r.ż. Szacuje się, że 90% chorych rozwinię objawy przed 50 r.ż. [11]. Depresji w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej często towarzyszą uzależnienie od alkoholu, zaburzenie lękowe z napadami lęku, zaburzenie lękowe uogólnione, dystymia. Starsi pacjenci z chorobą dwubiegunową mają cięższe i bardziej upośledzające funkcjonowanie epizody.

▪ **Diagnoza zaburzeń lękowych** **Zaburzenia lękowe uogólnione**

Zespół lęku uogólnionego jest najczęstszym zaburzeniem lękowym opisywanym u osób starszych. Charakteryzuje się przesadnym lękiem lub niepokojem, występującym przez większość czasu w ciągu dnia. Pojawiają się trudności w radzeniu sobie z odczuwanym lękiem. Może objawiać się również w postaci uczucia zdenerwowania, łatwego męczenia się, trudności w koncentracji, drażliwości. Mogą występować zaburzenia snu, pod postacią trudności w zasypianiu, czy nienależytego wypoczynku po przebudzeniu. Odczuwany lęk nie jest związany z żadnymi szczególnymi sytuacjami zewnętrznymi czy okolicznościami. Do objawów somatycznych towarzyszących przeżywanemu lękowi należą drżenie, wzmożone napięcie mięśniowe, pocenie się, zawroty głowy, tachykardia, uczucie ucisku w nadbrzuszu. U osób starszych problemy diagnostyczne może sprawiać „lęk przedser-

cowy”, trudny do różnicowania z chorobami serca. Pacjent wypowiada obawy, że zachoruje lub będzie miał wypadek. Odczuwany lęk prowadzi do cierpienia oraz upośledzenia funkcjonowania. U osób starszych skargi częściej dotyczą objawów somatycznych, zdrowia, niepełnosprawności, a rzadziej skupiają się na problemach rodzinnych czy zawodowych. Dużym problemem jest przypisywanie objawów lękowych współistniejącej chorobie somatycznej. Sprzyja temu treść wypowiedzianych obaw, skupiająca się na objawach fizycznych i zdrowiu, przez co zaburzenia lękowe pozostają niezdiagnozowane i w konsekwencji nieleczone.

Zaburzenie lękowe z napadami lęku (lęk paniczny)

Istotą zaburzenia lękowego z napadami lęku są nawracające stany paniki (silnego, nagłego lęku), niewiążące się z żadną specyficzną sytuacją czy przedmiotem; przez co są one niemożliwe do przewidzenia. Do rozpoznania konieczna jest obecność objawów wegetatywnych. Pojawia się kołatanie serca, ból w klatce piersiowej, uczucie duszności, zawroty głowy, depersonalizacja czy derealizacja, strach przed śmiercią, utratą kontroli, chorobą psychiczną. W klasyfikacji ICD-10 podkreśla się, że napady lękowe są prawdopodobnie wtórne do depresji. Nie należy więc stawiać rozpoznania, jeśli u pacjenta stwierdzono zaburzenie depresyjne.

Zaburzenia lękowe w postaci fobii

W przebiegu fobii lęk wywoływany jest przez określone sytuacje lub przedmioty, które obiektywnie nie są groźne. Fobiczne sytuacje prawie zawsze wywołują lęk lub niepokój. Pojawia się lęk antycypacyjny, a pacjent unika sytuacji lub przedmiotów wywołujących lęk. Lęk może objawiać się pod postacią somatyczną jako kołatanie serca lub uczucie omdlewania. Pojawiać się może lęk przed śmiercią, utratą kontroli czy chorobą psychiczną. Może to być lęk przed niektórymi zwierzętami, wysokością, burzą, ciemnością, lotem samolotem, zamkniętymi przestrzeniami, korzystaniem z publicznych toalet, widokiem krwi. Kontakt z sytuacją może wywołać atak paniki. Również podkreśla się częste współwystępowanie fobii w przebiegu zaburzeń depresyjnych.

Agorafobia

W agorafobii lęk związany z wyjściem z domu, tłumem, przebywaniem w miejscach publicznych, odbyciem samotnej podróży pociągiem czy samolo-

tem. Obawy mogą dotyczyć trudności w ewentualnej ucieczce z zatłoczonego miejsca lub dostępu do potrzebnej pomocy. Określone sytuacje prawie zawsze wywołują lęk lub niepokój, który prowadzi do ich unikania. Często współwystępują objawy depresyjne, natręctwa czy fobie społeczne.

Fobie społeczne

Fobie społeczne dotyczą jednej lub kilku określonych sytuacji społecznych. Wymienić można lęk przed przemowami, wystąpieniami, jedzeniem czy pić w towarzystwie. Nasilenie lęku jest niewspółmiernie duże w stosunku do realnej sytuacji. Występuje lęk przed oceną innych, którego nasilenie prowadzi do unikania określonych sytuacji. Wiąże się z niską samooceną i obawami przed krytyką. Objawiać może się czerwienieniem się, drżeniem rąk, występowaniem nudności czy parciem na moc. Chorzy często mają przekonanie, że występujące objawy lęku stanowią pierwotny problem.

Różnicowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych

Diagnostyka różnicowa zaburzeń depresyjnych i lękowych u osób w podeszłym wieku nie jest łatwa. Nietrudno zauważyć nakładanie się wielu objawów zaburzeń depresyjnych i lękowych. W obu zaburzeniach skargi pacjentów skupiają się na objawach somatycznych, odczuwanym niepokoju, zdrowiu, niepełnosprawności. Pojawiają się trudności ze snem, koncentracją, a także upośledzenie aktywności, zmęczenie i drażliwość.

Na zaburzenia depresyjne wskazuje przede wszystkim obecność znacznie obniżonego nastroju przez co najmniej kilka tygodni. Pojawia się myślenie depresyjne, negatywny obraz siebie i otaczającej rzeczywistości, a także myśli rezygnacyjne. Rafał Raeschke zwraca uwagę na niechęć utrzymywania kontaktów społecznych w depresji, w związku z brakiem energii czy anhedonią, w odróżnieniu od obawy przed oceną i upokorzeniem w fobii społecznej. Niezwykle istotne jest występowanie lęku w obu typach zaburzeń. Choć zarówno klasyfikacja DSM-V jak i ICD-10 nie uwzględnia lęku jako objawu zaburzeń depresyjnych, przez wielu autorów został on uznany za główny objaw depresji u osób starszych. Lęk występujący w depresji jest nie do odróżnienia od występującego w zaburzeniu lękowym uogólnionym. W procesie diagnozy różnicowej warto sięgnąć do wywiadu rodzinnego i osobniczego.

Jak już wspomniano zaburzenia lękowe niezwykle rzadko mają swój początek w podeszłym wieku. Początek objawów dopiero w wieku podeszłym oraz dodatni wywiad rodzinny w kierunku chorób afektywnych będzie wskazywał na zaburzenia depresyjne.

Warto zwrócić uwagę na cykliczność zaburzeń afektywnych. Największe nasilenie objawów w godzinach rannych, czy w porze jesienno-zimowej może wskazywać na zaburzenie depresyjne. Istotna jest tendencja do wtórnego występowania zaburzeń lękowych w przebiegu zaburzeń depresyjnych. Są badania wskazujące, że większość (55-80%) nowych rozpoznanych zespołu lęku uogólnionego pojawia się w związku z obecnym epizodem depresji. Flint zauważa, że przy współwystępowaniu objawów zaburzenia depresyjnego i lękowego nie jest konieczna podwójna diagnoza. Należy wówczas rozpoznać zaburzenie depresyjne pod warunkiem, że objawy zaburzenia lękowego nie są wyraźnie obecne między epizodami depresji. Lęk, niepokój czy nadmierne zamartwianie się występujące pierwszy raz po 60. roku życia również upoważniają do rozpoznania zaburzenia depresyjnego.

Współchorobowość

Wyraźny jest związek zaburzeń depresyjnych i lękowych z chorobami natury somatycznej. Oba rodzaje zaburzeń są częstsze u osób leczących się z przyczyn kardiologicznych, endokrynologicznych, pulmonologicznych, nefrologicznych, gastroenterologicznych czy onkologicznych. Mogą występować aż u 58% osób chorujących na nadciśnienie tętnicze [12]. Depresja i zaburzenia lękowe są niezależnymi czynnikami ryzyka wystąpienia choroby niedokrwiennej serca. Wpływają negatywnie na odległe korzyści z przejścia CABG oraz zwiększają śmiertelność po przebytych operacjach serca. U osób chorujących na depresję wykazano czterokrotnie większą śmiertelność w ciągu 4. miesiący po zawale serca.

Częstość depresji w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc (POChP) waha się od 10% do 42%, i jest częstsza u osób z tlenoterapią. Jednocześnie od 18% do 50% chorych na POChP ma istotne klinicznie objawy zaburzeń lękowych. Depresja może dotyczyć 21% chorych z przewlekłą chorobą nerek, koreluje z większą śmiertelnością, ryzykiem częstszej hospitalizacji i prawdopodobnie piętnastokrotnie wyższym ryzykiem samobójstwa u osób dializowanych [13]. Wykazano, że im cięższy przebieg chorób ogólnomedycznych tym większe ryzyko wystąpienia depresji. W przebiegu

depresji istnieje większa predyspozycja do odczuwania bólu. Wykazano, że ból szczególnie o dużym nasileniu i o wielu lokalizacjach może wiązać się z początkiem zaburzenia depresyjnego lub lękowego [14].

Objawy depresyjne i lękowe mogą indukować substancje, wykorzystywane do leczenia chorób współistniejących. Można do nich zaliczyć: inhibitory konwertazy angiotensyny, antybiotyki (cyprofloksacyna, metroniazol), leki o działaniu cholinolitycznym, leki przeciwwirusowe (acyklowir, interferon alfa), barbiturany, benzodiazepiny, blokery kanału wapniowego, kortykosteroidy, izotretynoina, finasteryd, leki antyhistaminowe, niesterydowe leki przeciwzapalne (ibuprofen, naproksen, meloksykam), opioidy, leki przeciw chorobie Parkinsona, progesteron, tamoksifen [15,16].

Problematyka samobójstw

Częstość samobójstw wzrasta z wiekiem. Ryzyko samobójstwa u osób w podeszłym wieku jest prawie dwukrotnie wyższe niż populacyjne. W grupie osób podejmujących próbę samobójczą, ryzyko zgonu jest najwyższe u osób starszych. Myśli samobójcze u osób starszych częściej prowadzą do próby samobójczej niż w młodszej populacji. Objawy depresyjne występowały u 80% osób po 74 roku życia, które popełniły samobójstwo. Współwystępowanie zaburzeń lękowych z epizodem depresyjnym wyraźnie zwiększa ryzyko samobójstwa. U osób z rozpoznaniem zaburzeniem lękowym ryzyko myśli samobójczych wzrasta do 8%, a przy współwystępującym zaburzeniu depresyjnym wzrasta do 18% [5]. Najwyższe ryzyko dotyczy białych mężczyzn. Innymi czynnikami samobójstwa są zaburzenia psychiatryczne, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, depresja o dużym nasileniu, poczucie winy, anhedonia, lęk, niepokój, myśli samobójcze, samotność, zła sytuacja materialna, próby samobójcze w wywiadzie, nadużywanie alkoholu, dolegliwości bólowe, przewlekłe choroby somatyczne. Warto podkreślić, że bezsenność, będąca objawem zarówno zaburzeń depresyjnych jak i lękowych, jest niezależnym czynnikiem ryzyka samobójstwa. Istnieją doniesienia, że osoby starsze pojawiają się często u lekarza przed popełnieniem samobójstwa. Aż 70% osób powyżej 55 roku życia, które popełniły samobójstwo, w przeciągu miesiąca przed śmiercią było u lekarza pierwszego kontaktu [17].

Leczenie

Leczenie zarówno zaburzeń depresyjnych, jak i lękowych ma na celu złagodzenie objawów, poprawę jakości życia, zapobieganie tendencjom samobójczym i nawrotom choroby. Przed wdrożeniem leczenia warto zastanowić się czy nie występują choroby somatyczne mogące indukować objawy depresyjne lub lękowe oraz czy pacjent nie przyjmuje leków mogących skutkować obniżeniem nastroju. W takim przypadku właściwym postępowaniem będzie odstawienie takiego leku lub odpowiednie leczenie choroby somatycznej. Kluczowe wydaje się leczenie bezsenności, będącej niezależnym czynnikiem ryzyka epizodu depresyjnego. Istotne jest nawiązanie relacji z pacjentem, bazującej na zaufaniu, poczuciu bezpieczeństwa, a także współpraca z rodziną i otoczeniem chorego.

W leczeniu chorób z kręgu depresyjnych i lękowych wykorzystuje się metody psychoterapeutyczne, farmakoterapię oraz metody niekonwencjonalne. Preferowaną metodą leczenia jest terapia kombinowana składająca się z leków przeciwdepresyjnych oraz psychoterapii. Alternatywnie można zastosować samą farmakoterapię lub samo oddziaływanie psychoterapeutyczne. W leczeniu zaburzeń depresyjnych o dużym nasileniu, depresji psychiatrycznej lub gdy występuje wysokie ryzyko samobójstwa oraz w przypadku braku skuteczności farmakoterapii stosuje się terapię elektrowstrząsami.

W przypadku współistnienia zaburzeń depresyjnych i lękowych opisywane są dwie strategie leczenia o charakterze sekwencyjnym lub równoległym. Terapia sekwencyjna zakłada, że jako pierwsze leczy się zaburzenie będące pierwotnym, a następnie wprowadza się leczenie wtórnego zaburzenia. Jako, że podkreśla się istotnie częstsze występowanie zaburzeń depresyjnych jako pierwotnych, leczenie przeciwdepresyjne zaleca się jako postępowanie z wyboru. Terapia równoległa stanowi równoczesne leczenie przeciwdepresyjne oraz przeciwłękowe. Warto jednak zauważyć, że istotę terapii zaburzeń lękowych stanowią leki przeciwdepresyjne, a leki przeciwłękowe są zalecane jedynie jako leczenie objawowe.

▪ Farmakoterapia

Wybór odpowiedniego leku powinien uwzględniać jego dobrą tolerancję, łatwe dawkowanie, współistniejące choroby i ich leczenie. W przypadku osób starszych należy wziąć pod uwagę możliwość przedawkowania związaną z zaburzeniami pamięci. Dawki

początkowe u osób starszych powinny być mniejsze, jednak zaleca się dążenie do dawek docelowych, takich jak u młodszych chorych. W leczeniu zaburzeń depresyjnych i lękowych stosuje się substancje z grupy leków przeciwdepresyjnych, anksjolitycznych, normotymicznych i leki przeciwpyschotyczne.

Leki przeciwdepresyjne

Istnieje wiele badań klinicznych podkreślających skuteczność i bezpieczeństwo stosowania leków przeciwdepresyjnych u osób starszych w leczeniu zaburzeń depresyjnych i lękowych. Nowe grupy leków przeciwdepresyjnych mają wyraźnie lepszy profil bezpieczeństwa, mniej działań niepożądanych oraz cechują się równie dobrą skutecznością co trójcykliczne leki przeciwdepresyjne. Leczenie zaburzeń depresyjnych i lękowych u osób starszych bywa równie skuteczne jak osób młodszych. Wykazano jednak wyraźnie dłuższy czas odpowiedzi na leczenie przeciwdepresyjne w leczeniu zaburzeń depresyjnych z wysokim poziomem lęku. W badaniu Andreescu i wsp. w grupie pacjentów z wysokim poziomem lęku odpowiedź uzyskano średnio po 11 tygodniach, w porównaniu do 6,7 tygodnia w grupie pacjentów z niskim poziomem lęku [18].

Przyjmuje się, że o nieskuteczności leczenia przeciwdepresyjnego u osób w podeszłym wieku można mówić, gdy brak odpowiedzi na leczenie utrzymuje się po 6-8 tygodniach jego stosowania, choć w młodszych grupach wiekowych tę granicę skrócono do czterech a nawet 2 tygodni. Terapię zaburzeń depresyjnych oraz zaburzeń lękowych u osób starszych powinno się prowadzić przynajmniej rok, a u osób z co najmniej trzema epizodami depresyjnymi minimum przez okres 3 lat [19].

Choć skuteczność trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych w leczeniu zaburzeń depresyjnych jest niepodważalna, to nie są one rekomendowane w terapii osób w podeszłym wieku. Na pierwszy plan wysuwają się liczne działania niepożądane, do których można zaliczyć hipotensję ortostatyczną, działanie kardiotoksyczne, zaburzenia rytmu serca, tachykardię, zaburzenia świadomości, senność, sedację, niekorzystny wpływ na funkcje poznawcze czy silne działanie cholinolityczne. Jednocześnie trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne wchodziły w liczne i często groźne interakcje z wieloma lekami internistycznymi, a ich metabolizm ulega upośledzeniu przy współistniejących chorobach wątroby czy nerek.

Przeciwwskazaniami do stosowania trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych są między innymi jaskra, problemy z oddawaniem moczu, zaburzenia funkcji poznawczych, zatrucie alkoholem i lekami nasennymi. Należy zachować ostrożność u pacjentów z stwierdzonymi w wywiadzie myślami lub skłonnościami samobójczymi oraz leczących się z powodu chorób serca, tarczycy, nerek i wątroby.

Lekami bezpiecznymi, o udowodnionej w badaniach klinicznych skuteczności, w leczeniu zaburzeń depresyjnych u osób starszych są wenlafaksyna, duloksetyna, sertralina, bupropion, paroksetyna [20-25]. Duloksetyna i wenlafaksyna wykazują również działanie przeciwbólowe i mogą zastąpić stosowaną często z powodu tego wskazania amitriptylinę [21]. Fluoksetyna i citalopram są skuteczne w leczeniu depresji poudarowej, a fluoksamina i paroksetyna w leczeniu depresji psychotycznej [26].

Leki przeciwdepresyjne są zalecane w leczeniu zespołu lęku uogólnionego i zaburzenia lękowego z napadami paniki u osób w podeszłym wieku. Lekami o udowodnionej skuteczności w redukowaniu lęku u osób starszych są citalopram, sertralina i wenlafaksyna. W badaniu Lenze i wsp. po 8 tygodniach na leczenie citalopramem odpowiedziało 65% pacjentów, w porównaniu do 24% pacjentów, którym podawane było placebo. Ilość zgłaszanych objawów niepożądanych, takich jak sedacja, suchość w ustach czy nudności były porównywalne w obu grupach [27]. W badaniach przeprowadzonych na młodszych grupach wiekowych w leczeniu zespołu lęku uogólnionego skuteczne okazały się również escitalopram, paroksetyna i trazodon. Istotna jest skuteczność leków przeciwdepresyjnych w leczeniu zaburzeń lękowych przy braku współwystępowania objawów depresyjnych. W przypadku stosowania wysokich dawek SSRI, mogą one początkowo nasilać objawy lękowe, zalecane jest rozpoczęcie leczenia od małych dawek.

Nowe grupy leków przeciwdepresyjnych są lekami stosunkowo bezpiecznymi, jednak niepozbawionymi działań niepożądanych czy interakcji z innymi lekami. Wśród objawów ubocznych wymienia się nudności, biegunkę, suchość w jamie ustnej, bóle głowy, jadłowstręt i zaburzenia sprawności seksualnej. Jednym z najpoważniejszych powikłań jest zespół serotoninowy, objawiający się między innymi podwyższeniem temperatury ciała, potami, biegunką, drgawkami. W związku z ryzykiem wystąpienia zespołu serotoninowego nie zaleca się równoległego stosowania leków o działaniu serotoninerгіcznym, w tym tramadolu. Pamiętać należy

także o względnych przeciwwskazaniach, jakimi są osteoporoza i jednoczesne stosowanie inhibitorów monoooksydazy aminowej. Należy zachować szczególną ostrożność u pacjentów chorujących na padaczkę, zaburzenia rytmu serca, niestabilną chorobę wieńcową, po niedawno przeżytym zawale serca, stosujących doustne leki przeciwzakrzepowe, leki przeciwkrwotoczne oraz u osób z manią lub hipomanią w wywiadzie.

Leki przeciwlękowe

Warto podkreślić, że leki anksjolityczne, choć bardzo pomocne w leczeniu ostrych objawów lęku, nie stanowią właściwego leczenia zaburzeń lękowych. Benzodiazepiny pozostają jednak najczęściej przepisywanymi lekami w leczeniu zaburzeń lękowych. W swojej pracy De Beurs i wsp. zauważa, że co 4 osoba z rozpoznaniem zaburzeniem lękowym i co 5 osoba z obecnymi objawami zaburzenia lękowego zażywa benzodiazepiny.

Do działań niepożądanych benzodiazepin należą pogorszenie funkcji poznawczych, upośledzenie psychoruchowe, sedacja, upadki i możliwość urazu biodra. Zawsze należy liczyć się z ryzykiem uzależnienia. U osób długo stosujących benzodiazepiny, lek należy odstawić stopniowo, powoli redukując dawkę i najczęściej wprowadzając lek przeciwdepresyjny o działaniu anksjolitycznym. Polecanymi benzodiazepinami są lorazepam i oksazepam, ze względu na brak aktywnych metabolitów i brak metabolizmu wątrobowego, przez co ich eliminacja u osób starszych nie ulega zmianie oraz krótki okres półtrwania. Do głównych przeciwwskazań do stosowania leków przeciwlękowych należą między innymi: miastenia, zespół bezdechu sennego, zaburzenia oddychania, zatrucia alkoholem lub lekami działającymi depresyjnie na ośrodkowy układ nerwowy.

Buspiron ma udowodnioną skuteczność w leczeniu zespołu lęku uogólnionego u osób starszych. Jednakże z badań wynika, że pacjenci częściej odstawiają buspiron niż benzodiazepiny, co może mieć związek z opóźnionym czasem działania buspironu. Pojawiają się również dowody, że ma on mniejszą skuteczność u osób, które wcześniej zażywały benzodiazepiny.

Do leków skutecznych w leczeniu zaburzeń lękowych zalicza się również pregabalina, hydroksyzyna, a z klasycznych leków przeciwdepresyjnych opipramol. Brak jest wystarczających badań dotyczących bezpieczeństwa i skuteczności działania pregabaliny u starszych pacjentów. Hydroksyzyna bywa przydatna, ale ze względu na cholinolityczne działanie zwiększa ryzyko deficytów

poznawczych i upadków u osób w podeszłym wieku.

Inne grupy leków

Leczeniem pierwszego wyboru w depresji psychiatrycznej pozostaje leczenie farmakologiczne: lek przeciwpsychotyczny w połączeniu z lekiem przeciwdepresyjnym. Zaleca się stosowanie nowych neuroleptyków atypowych, które wyróżniają się lepszą tolerancją i profilem bezpieczeństwa. Preferowanymi lekami przeciwpsychotycznymi u osób starszych są risperidon, kwetiapina i olanzapina. Olanzapina i kwetiapina mają korzystne działanie w zaburzeniach afektywnych [28]. Lek przeciwpsychotyczny stosuje się także pomocniczo w redukcji objawów, np. przy potrzebie redukcji niepokoju i bezsenności. Lek normotymiczny stosuje się głównie w terapii zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, choć bywają pomocne w redukcji niepokoju. Wśród zalecanych leków można wymienić lit, karbamazepinę, kwas walproinowy, lamotryginę, gabapentynę czy topiramę [29]. Podkreśla się jednak konieczność uważnego monitorowania chorych w podeszłym wieku przyjmujących leki przeciwpsychotyczne, normotymiczne i szczególnie przy terapii kombinowanej.

W doraźnym leczeniu bezsenności można rozważyć niebenzodiazepinowe leki nasenne, do których zalicza się zolpidem, zopiklon, zalepion. Lek te cechują się mniejszym potencjałem uzależnienia i mniej upośledzają funkcje poznawcze. Stanowią więc korzystną alternatywę dla benzodiazepin w leczeniu bezsenności u osób w podeszłym wieku, choć ich stosowanie jest obarczone ryzykiem reakcji paradoksalnych, spadków ciśnienia, upadków. Mogą być stosowane jedynie pomocniczo i krótkotrwale.

▪ **Psychoterapia**

W leczeniu zaburzeń depresyjnych u osób starszych wykorzystuje się różne metody, w tym terapię poznawczą, behawioralno-poznawczą, interpersonalną, adaptacyjną, terapię skoncentrowaną na problemie, krótkoterminową terapię psychodynamiczną, oraz psychoedukację. Dla osób z towarzyszącymi łagodnymi zaburzeniami poznawczymi zaadaptowane zostały terapia interpersonalna i terapia skoncentrowana na problemie [30].

W badaniu Reynolds i wsp. oceniano skuteczność terapii interpersonalnej w połączeniu z przyjmowaniem nortryptyliny w leczeniu zaburzeń depresyjnych u osób po 59 roku życia. Po trzech latach częstość nawrotów była następująca: nortryptylina w połączeniu z terapią interpersonalną 20%, nortryptylina

w połączeniu z wizytami klinicznymi 43%, terapia interpersonalna w połączeniu z placebo 64%, placebo w połączeniu z wizytami klinicznymi 90%. Wszystkie trzy metody leczenia były wyraźnie bardziej skuteczne niż placebo, jednak najwyższą skuteczność wykazała nortryptylina w połączeniu z terapią interpersonalną.

Udowodnione działanie w leczeniu zaburzeń lękowych mają terapia behawioralno-poznawcza, poznawcza, wspierająca i trening relaksacyjny [31]. Jednakże skuteczność terapii behawioralno-poznawczej jest umiarkowana i wyraźnie mniejsza niż u osób młodszych. W innym badaniu wykazano dwukrotnie większą skuteczność terapii wspierającej niż behawioralno-poznawczej, w leczeniu zaburzeń lękowych wśród osób starszych.

▪ Inne metody leczenia

Terapia elektrowstrząsami pozostaje jedną z najbardziej skutecznych i stosunkowo bezpiecznych metod leczenia zaburzeń depresyjnych u osób w podeszłym wieku. Jest metodą z wyboru w leczeniu depresji odpornej na leczenie farmakologiczne, depresji psychotycznej oraz przy wysokim ryzyku samobójstwa. Do szczególnych wskazań należą liczne interakcje lub działania niepożądane leków uniemożliwiające dalsze leczenie farmakologiczne bądź brak efektu co najmniej trzech pełnych terapii lekami przeciwdepresyjnymi. U osób w katatonii jest metodą ratującą życie. Ma udowodnioną skuteczność nawet u pacjentów z chorobami OUN, takimi jak przebyty udar, zespół Parkinsona czy otępienie. Szacuje się, że nawet 50% chorych na depresję oporną na leczenie może odpowiedzieć na leczenie elektrowstrząsami [32]. Obiecujące wydają się być badania dotyczące przezczaszkowej stymulacji magnetycznej, elektrycznej stymulacji nerwu błędnego, głębokiej stymulacji mózgu czy terapii magnetowstrząsowej.

W jednym z badań zaobserwowano korzystny wpływ krioterapii ogólnoustrojowej na stan psychiczny osób z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi [33].

Wśród alternatywnych metod leczenia wymienia się suplementację kwasów omega-3, kwasu foliowego, s-adenozylometioniny, grupowe ćwiczenia fizyczne, jogę, tai chi, muzykoterapię [34].

Podsumowanie

Zaburzenia depresyjne i lękowe często współwystępują i są szeroko rozpowszechnione w populacji osób w podeszłym wieku. Częściej dotyczą kobiet,

pacjentów cierpiących z powodu chorób somatycznych, osób samotnych, niepełnosprawnych czy w trudnej sytuacji socjalnej. Oba rodzaje zaburzeń prowadzą do niepełnosprawności, pogarszają wyniki leczenia współwystępujących chorób, zwiększają śmiertelność. Wiązą się z cierpieniem, pogorszeniem jakości życia, upośledzeniem aktywności. Obraz zaburzeń depresyjnych różni się w grupach wiekowych. U osób w podeszłym wieku częściej występują lęk, pogorszenie funkcji poznawczych oraz skargi pod postacią somatyczną. Odmienność obrazu klinicznego utrudnia diagnozę zaburzeń depresyjnych. Zaburzenia lękowe są częste, ale występują rzadziej niż w młodszej populacji. Najczęstszymi zaburzeniami lękowymi wśród osób w podeszłym wieku są zespół lęku uogólnionego i zaburzenie lękowe z napadami lęku. Początek zaburzeń lękowych częściej ma miejsce w młodości. Treść skarg jest podobna w obu typach zaburzeń i najczęściej dotyczy zdrowia, niepełnosprawności, czy sfery somatycznej, a rzadziej rodziny, pracy i problemów finansowych. Choć różnicowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych w podeszłym wieku nie jest łatwe, to częstszą i zwykle właściwą diagnozą będzie rozpoznanie zaburzenia depresyjnego. Na zaburzenie depresyjne może wskazywać początek objawów w podeszłym wieku, dodatni wywiad rodzinny oraz określona cykliczność nasilenia objawów. W związku ze skargami natury somatycznej zarówno zaburzenia lękowe jak i depresyjne zostają często niezdiagnozowane i w konsekwencji nieleczone. Warto podkreślić, że leczenie zaburzeń depresyjnych i lękowych za pomocą leków przeciwdepresyjnych może być równie skuteczne jak u osób młodych, choć czas oczekiwania na poprawę bywa dłuższy a terapię ograniczają możliwe niekorzystne interakcje leków bądź podatność na objawy uboczne ich stosowania.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Edyta Zwyrtek

Zakład Psychiatrii Konsultacyjnej i Badań Neurobiologicznych Katedra Psychiatrii, UMW
Wybrzeże L. Pasteura 10; 50-367 Wrocław

☎ (+48 22) 627 39 86

✉ e.zwyrtek@gmail.com

Piśmiennictwo

1. Fiske A, Loebach Wetherell J, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009;5:363-89.
2. Ismail Z, Fischer C, McCall WV. What characterizes late-life depression. *Psychiatr Clin North Am* 2013;36(4):483-96.
3. Rymaszewska J. Konsultacje psychiatryczne w kardiologii i kardiochirurgii. *Psychiatr Prakt Ogólnolek* 2007;7(3):111-7.
4. Leray E, Camara A, Drepier D i wsp. Prevalence, characteristics and comorbidities of anxiety disorders in France: Results from the „Mental Health in General Population” Survey (MHGP). *Eur Psychiatry* 2011;26:339-45.
5. Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze RJ i wsp. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety* 2010;27:190-211.
6. Schoevers RA, Beekman ATF, Deeg DJH i wsp. Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: results from the AMSTEL study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:994-1001.
7. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK i wsp. Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *Am J Psychiatry* 2000;157(5):722-8.
8. Flint AJ. Generalised anxiety disorder in elderly patients. Epidemiology, diagnosis and treatment options. *Drugs Aging* 2005;22(2):101-14.
9. Cuijpers P, Beekman A, Smit F i wsp. Predicting the onset of major depressive disorder and dysthymia in older adults with subthreshold depression: a community based study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21(9):811-8.
10. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet* 2005;365:1961-70.
11. Ismail Z, Fischer C, McCall WV. What characterizes late-life depression. *Psychiatr Clin North Am* 2013;36(4):483-96.
12. McCall WV, Klintzinger KW. Late life depression. *Psychiatr Clin North Am* 2013;36(4):475-81.
13. Gleason OC, Pierce AM, Walker AE i wsp. The two-way relationship between medical illness and late-life depression. *Psychiatr Clin North Am* 2013;36(4):533-44.
14. Gerrits MM, van Oppen P, van Marwijk HW i wsp. Pain and the onset of depressive and anxiety disorders. *Pain* 2014;155(1):53-9.
15. Banazak DA. Anxiety disorders in elderly patients. *J Am Board Fam Pract* 1997;10(4):280-9.
16. Bidzan L. Depresyjne zaburzenia nastroju u osób w wieku podeszłym. *Psychiatr Prakt Klin* 2008;1(1):1-11.
17. Fiske A, Loebach Wetherell J, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009;5:363-89.
18. Andreescu C, Lenze EJ, Dew MA i wsp. Effect of comorbid anxiety on treatment response and relapse risk in late-life depression: controlled study. *Br J Psychiatry* 2007;190:344-9.
19. De Beurs E, Beekman AT, van Balkom AJ i wsp. Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychol Med* 1999;29:583-93.
20. Katila H, Mezhebovsky I, Mulroy A i wsp. Randomized, double-blind study of the efficacy and tolerability of extended release quetiapine fumarate (quetiapine XR) monotherapy in elderly patients with major depressive disorder. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013;21(8):769-84.
21. Del Casale A, Giraardi P, Brugnoni R i wsp. Duloxetine in the treatment of elderly people with major depressive disorder. *Riv Psychiatr* 2012;47(6):479-88.
22. Oakes TM, Katona C, Liu P i wsp. Safety and tolerability of duloxetine in elderly patients with major depressive disorder: a pooled analysis of two placebo-controlled studies. *Int. Clin Psychopharmacol* 2013;28(1):1-11.
23. Reynolds CF, Frank E, Perel JM i wsp. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *J Am Med Assoc* 1999;281(1):39-45.
24. Shneider LS, Nelson JC, Clary CM i wsp. An 8-Week Multicenter, Parallel-Group, Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Sertraline in Elderly Outpatients with major depression. *Am J Psychiatry* 2003;160(7):1277-85.
25. Weihs KL, Settle EC, Batey SR i wsp. Bupropion sustained release versus paroxetine for the treatment of depression in the elderly. *J Clin Psychiatry* 2000;61(3):196-202.
26. Parnowski T. Leczenie depresji u osób w podeszłym wieku. *Psychiatr Prakt Ogólnolek* 2002;2(2):109-13.
27. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK i wsp. Efficacy and tolerability of citalopram in the treatment of late-life anxiety disorders: results from an 8-week randomized, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 2005;162(1):146-50.
28. Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D i wsp. Using antipsychotic agents in older patients. *J Clin Psychiatry* 2004;65(2):5-99.
29. Aziz R, Lorberg B, Tampi RR. Treatments for late-life bipolar disorder. *Am J Geriatr Pharmacother* 2006;4(4):347-64.
30. Jeleń A, Adamowski T, Kiejna A. Przegląd interwencji nefarmakologicznych w leczeniu depresji u osób starszych. *Psychogeriatr Pol* 2012;9(4):173-8.
31. Ayers CR, Sorrell JT, Thorp SR i wsp. evidence-based psychological treatments for late life anxiety. *Psychology Aging* 2007;22(1):8-17.
32. Kerner N, Prudic J. Current electroconvulsive therapy practice and research in the geriatric population. *Neuropsychiatry (London)* 2014;4(1):33-54.
33. Rymaszewska J, Ramsey D, Chłodzińska-Kiejna S. Whole-body cryotherapy as adjunct treatment of depressive and anxiety disorders. *Arch Immunol Ther Exp* 2008;56:63-8.
34. Nyer M, Doorley J, Durham K i wsp. What is the role of alternative treatments in late-life depression. *Psychiatr Clin North Am* 2013;36(4):577-96.
35. Raeschke R, Siwek M, Grabski B i wsp. Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych. *Psychiatria* 2010;7(5):189-97.

36. Kastenschmidt EK, Kennedy GJ. Depression and anxiety in late life: diagnostic insights and therapeutic options. *Mt Sinai J Med* 2011;78: 527-45.
37. Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *J Affect Disord* 2008;106:29-44.
38. Beyer JL. Managing depression in geriatric populations. *Ann Clin Psychiatry* 2007;19(4):221-38.
39. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol* 2003;58A(3):249-65.
40. Charlton RA, Lamar M, Ajilore O i wsp. Preliminary analysis of age of illness onset effects on symptom profiles in major depressive disorder. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013;28:1166-74.