

Niefarmakologiczna profilaktyka depresji u osób starszych – przegląd piśmiennictwa

Non-pharmacological prevention of depression in older subjects – literature review

Joanna Koroza, Tomasz Kostka

Klinika Geriatrii, Centrum Badań nad Zdrowym Starzeniem (CBZS), Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Centralny Szpital Weteranów, Szpital „Na Stokach”

Streszczenie

Depresja u osób starszych stanowi poważny problem, z którym będą musieli się mierzyć specjaliści z różnych dziedzin. Jej złożony charakter, wynikający z różnej etiologii, nie zawsze jasnego obrazu klinicznego może stanowić trudności diagnostyczne. Nawet dobrze postawiona diagnoza i odpowiednio dobrane leczenie, nie zawsze stanowią o sukcesie terapeutycznym, gdyż ryzyko wystąpienia nawrotu choroby jest znaczne. Warto więc zwrócić uwagę na rolę profilaktyki wśród osób starszych, zarówno pierwotnej, wtórnej, jak i trzeciorzędowej. Aktualnie prowadzi się coraz więcej badań dotyczących prewencji depresji, jednak nadal stanowią one rzadkość, a uzyskane wyniki, nie dają jeszcze możliwości na wskazanie najbardziej efektywnych interwencji. *Geriatrics 2020; 14: 209-215.*

Słowa kluczowe: depresja, osoby starsze, profilaktyka

Abstract

Depression of the elderly is a serious problem that specialists in various fields will have to face. Its complex nature, resulting from various etiologies and not always clear clinical picture, may constitute diagnostic difficulties. Even a well-established diagnosis and properly selected treatment do not always determine therapeutic success, as the risk of relapse is significant. Therefore, it is worth paying attention to the role of prevention, both primary, secondary and tertiary. Currently, more and more studies on the prevention of depression are carried out, but they are still rare, and the results obtained do not yet provide an opportunity to indicate the most effective interventions. *Geriatrics 2020; 14: 209-215.*

Keywords: depression, elderly, prevention

Wstęp

Okres późnej dorosłości jest jednym z etapów w cyklu życia człowieka. Proces ten z reguły przebiega z pewnymi deficytami i wówczas dochodzi do starzenia określanego jako normalne (zwyczajne). Wyodrębnia się także pomyślnie starzenie, gdzie osoba starsza doświadcza jedynie niewielkich deficytów i wysokiej jakości życia oraz starzenie pozytywne, związane z wykorzystywaniem dostępnych zasobów w radzeniu sobie z doświadczeniami starzenia. Wyróżnia się także patologiczne starzenie, gdzie szybko następują liczne upośledzenia i występują liczne jednostki chorobowe [13]. Według WHO w latach 2015-2050 liczba osób po 60 r.ż. wzrośnie z 900 milionów do 2 miliardów, co będzie stanowiło około 22% całej globalnej populacji [1]. Tak znaczny wzrost tej grupy wiekowej i jej

heterogeniczność pod względem procesu starzenia się będzie stanowić wyzwanie dla służby zdrowia, która zmierzyć się będzie musiała z wielkimi problemami geriatry tj. upadkami, złamaniami, anoreksją, zespołem kruchości, sarkopenią, nietrzymaniem moczu i stolca, majaczeniem, zespołami otępiennymi i depresją [29]. Obecnie uważa się, że depresja jest najczęściej występującym w tej grupie wiekowej zaburzeniem psychicznym [12], które wpływać może na przebieg innych chorób, zwiększenie niepełnosprawności oraz wskaźnika śmiertelności [8]. Osoby nią dotknięte mogą odczuwać także znaczącego obniżenia jakości swojego życia [5]. Celem tego artykułu jest przegląd piśmiennictwa dotyczącego niefarmakologicznych metod profilaktyki depresji u osób starszych.

Epidemiologia

Badania nad częstością występowania depresji w okresie późnej dorosłości nie są jednoznaczne. Zakłada się jednak, że u około 15% osób powyżej 65 r. ż. może występować depresja [22]. Badania metaanalizyczne na grupie seniorów powyżej 75 r.ż. wykazały natomiast, że objawy dużej depresji przejawia średnio 7,2% seniorów, a 17,1% wykazuje cechy zaburzeń depresyjnych [25]. W Polsce również były przeprowadzane takie analizy w programie PolSenior. Wynika z nich, że zachorowalność na depresję rośnie wraz z wiekiem i w grupie 65-79-latków wynosi 25 %, a u seniorów powyżej 80 r.ż. – 33% [22].

Depresja wieku podeszłego

Depresja jest zaburzeniem afektywnym, rozpoznawanym na podstawie klasyfikacji zaburzeń psychicznych zaproponowanych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (DSM-IV) lub przy założeniu kryteriów Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD -10. Zgodne z kryteriami ICD-10 do rozpoznania depresji niezbędne jest spełnienie ogólnych kryteriów epizodu depresyjnego, czyli objawy muszą się utrzymywać przez co najmniej 2 tygodnie oraz nie można obserwować, w żadnym okresie życia chorego, jakichkolwiek objawów hipomaniakalnych lub maniakalnych, które byłyby dostateczne do spełnienia kryteriów rozpoznania epizodu hipomaniakalnego lub maniakalnego. Ponadto objawy te nie mogą wynikać z zażywania substancji psychoaktywnych ani z zaburzeń organicznych [39].

Wśród podstawowych objawów depresji wg ICD-10 wyróżnia się obniżenie nastroju, utratę zainteresowań lub zadowolenia z wcześniej wykonywanych aktywności, a także zmniejszoną energię prowadzącą do nasilonej męczliwości. Dodatkowe symptomy to: spadek zaufania bądź szacunku do siebie, problemy z apetytem, zaburzenia snu, tendencje samobójcze, zmiany aktywności psychoruchowej, niska samoocena i poczucie winy oraz osłabienie koncentracji i uwagi [22]. Łagodny epizod depresyjny można stwierdzić, gdy osoba ujawnia co najmniej dwa objawy podstawowe i dwa objawy dodatkowe. Na podstawie większej liczby prezentowanych objawów dodatkowych można zdiagnozować albo epizod depresyjny umiarkowany bądź ciężki z obecnością lub bez objawów psychotycznych [39].

W literaturze przedmiotu zwraca się jednak uwagę na fakt, że objawy depresji u osób starszych

mogą się różnić od tych występujących w młodszych grupach wiekowych [10]. U seniorów, w obrazie klinicznym, obserwuje się najczęściej lęk, obniżenie funkcji poznawczych, a także skargi na dolegliwości somatyczne [3]. Inni badacze natomiast wskazują, że zamiast obniżonego nastroju mogą dominować nerwowość i drażliwość, trudności z radzeniem sobie [10]. Zauważono także, że u chorych o późnym początku depresji występowały głównie skargi hipochondryczne, dolegliwości somatyczne, poczucie winy, myśli samobójcze, spadek libido [22].

Depresji wieku podeszłego towarzyszą także zaburzenia snu. Niektórzy badacze, twierdzą, że to właśnie bezsenność może być jednym z podstawowych objawów depresji u osób w różnym wieku [19]. Szacuje się, że zaburzenia snu występują u ok. 50% seniorów doświadczających depresji. W obrazie klinicznym, w tej grupie wiekowej, obserwuje się częste wybudzanie w ciągu nocy i wczesne budzenie się [4].

Różny obraz kliniczny depresji prezentowany przez tę grupę wiekową może powodować trudności diagnostyczne [20]. Piętno choroby psychicznej może wpływać na postrzeganie depresji przez osoby starsze, które mogą zaprzeczać istnieniu choroby, jak i potrzeby jej leczenia. Zwracając większą uwagę na problemy somatyczne, które są bardziej akceptowalne społecznie, seniorzy mogą kierować się ze swoimi problemami do lekarza pierwszego kontaktu, zamiast do osób pracujących w służbie zdrowia psychicznego [10].

Często somatyczny obraz choroby może przyczyniać się do pominięcia trafnej diagnozy, jednak w literaturze przedmiotu wskazuje się także na współwystępowanie depresji z chorobami fizycznymi. Podkreśla się przy tym ich wzajemny wpływ, tzn. depresja może nasilić odczuwane przez chorego objawy, a schorzenia somatyczne wpływają negatywnie na przebieg depresji. Zależności między nimi mogą wynikać także z tego, że depresja może stanowić reakcję na chorobę, być jednym z objawów schorzenia bądź efektem jego leczenia [7]. Obserwuje się m.in. zaburzenia depresyjne u pacjentów z astmą oskrzelową, u chorych na nowotwór oraz u osób z cukrzycą, chorobami endokrynologicznymi i neurologicznymi. U pacjentów po przebytych zawałach serca zaobserwowano epizod depresyjny u 33% z nich [11,9]. Wskazuje się także, że depresja może być czynnikiem ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia [42].

Szczególnie istotna jest możliwość częstego wystąpienia depresji u osób po przebytych udarach mózgu.

Szacuje się, że może wystąpić nawet u 70% pacjentów po udarze niedokrwiennym. Wpływa ona znacząco na powrót chorego do zdrowia, jednak bywa często niezauważona, a przez to niewłaściwie leczona [32].

Warto również zwrócić uwagę na związek między depresją a demencją, gdzie przyjmuje się, że może na nią cierpieć od 9% do 68% chorych z otępieniem. Podkreśla się istnienie zaburzeń poznawczych jako jednego z objawów depresji, które przejawiają się jako osłabienie funkcji wykonawczych, problemy uwagowe i zmiany szybkości przetwarzania informacji. Depresja natomiast często występuje w łagodnych zaburzeniach poznawczych i demencji. Może być także traktowana jako czynnik prodromalny demencji [33].

Rodzaje depresji w wieku starszym

We współczesnej literaturze przedmiotu coraz częściej zwraca się uwagę na trudności związane z podziałem depresji na różne podtypy [5]. Wynikać to może z różnych jej uwarunkowań. Obok etiologii somatogennej czy endogennej, wskazuje się także na czynnik natury psychogennej. Jednak i one nie dają pełnego obrazu, gdyż często bywa tak, że uwarunkowania depresji mogą być mieszane [12]. Nie mniej jednak depresję wieku podeszłego dzieli się na dystymię (najczęściej występujące w tej grupie wiekowej zaburzenie), depresję psychotyczną, zaburzenia depresyjne oraz depresję jatrogenną [20]. Niektórzy badacze wskazują jednak potrzebę podziału depresji na taką, w której dominującymi objawami będą dolegliwości fizyczne i taką z objawami psychologicznymi [5].

Profilaktyka depresji

Depresja zaburza funkcjonowanie człowieka. Może nieść ze sobą niepełnosprawność i powodować cierpienie. Ma wpływ na osobę nią dotkniętą, ale i na najbliższe jej otoczenie. Ze względu na negatywne konsekwencje jakie niesie ze sobą depresja, nasuwa się pytanie, czy można jej zapobiegać. W literaturze przedmiotu niewiele jest informacji na temat profilaktyki depresji u osób starszych. Jeśli wątek ten jest podejmowany to często z dużą ostrożnością i niepewnością. W Polsce i na świecie zaczyna się jednak prowadzić badania, których celem jest sprawdzenie, czy dana metoda może pomóc w prewencji depresji w wieku podeszłym.

Profilaktykę chorób definiuje się jako wszelkie działania, mające na celu zapobieganie wystąpieniu choroby. Jeśli jednak dane zaburzenie wystąpi stara-

nia te zmierną do zminimalizowania jego wpływu, a także opóźnienia postępu. Wyróżnia się trzy płaszczyzny tych oddziaływań. Profilaktyka pierwotna (I fazy) jest najbardziej ogólna i odnosi się do populacji osób zdrowych. Opiera się na działaniach informacyjnych, uświadamiających. Prowadzić ją może każdy. Profilaktyka wtórna (II fazy) odnosi się do osób, które mogą być zagrożone wystąpieniem danej choroby. Polega na działaniach mających na celu wczesne wykrycie niekorzystnych zjawisk, a jeśli one wystąpią to wprowadzeniu działań naprawczych. W swoim zakresie może obejmować m.in. badania przesiewowe, kontrolę czynników ryzyka. Ten rodzaj profilaktyki jest realizowany przez różnych specjalistów. Ostatnia płaszczyzna odnosi się do profilaktyki trzeciorzędowej (III fazy). Skierowana jest do osób, u których pojawiła się dana choroba. Opiera się na działaniach leczniczych oraz rehabilitacyjnych. Jej celem jest zminimalizowanie skutków choroby oraz zmniejszenie ryzyka nawrotów [34].

Profilaktyka pierwotna – I fazy

Profilaktyka I fazy, w depresji osób starszych, odnosiłaby się do wszelkich działań mających na celu zapobieganie zachorowaniu. Skierowana byłaby do wszystkich seniorów, a także do osób młodszych, i opierałaby się na działaniach uświadamiających w zakresie przyczyn zachorowania lub informacjach o czynnikach ryzyka depresji [26]. Podejście to bazowałoby na działaniach multimodalnych.

Z tej perspektywy ważna wydaje się znajomość czynników predysponujących do pojawienia się depresji w wieku podeszłym. Do przyczyn zwiększających prawdopodobieństwo jej wystąpienia zalicza się obecność chorób somatycznych, takich jak min. choroba Alzheimera, udar mózgu, choroby układu krążenia, przewlekłe infekcje (np. Borelioza). Wskazuje się także na wpływ przewlekłych chorób fizycznych i takich, którym towarzyszy ból. Obok czynników fizycznych podkreśla się także rolę czynników psychologicznych. Wśród nich wymienia się trudne zdarzenia życiowe tj. żałoba czy zmiana statusu materialnego i społecznego, izolację społeczną, opiekę zinstytucjonalizowaną, zewnętrzne umiejscowienie kontroli. Ponadto wskazuje się również na takie czynniki jak obecność depresji w przeszłości, dodatni wywiad rodzinny, stosowanie niektórych leków. Badacze wskazują dodatkowo na takie czynniki jak niepełnosprawność i bezsenność [27,7].

Płeć także ma znaczenie, gdyż statystycznie kobiety dwukrotnie częściej chorują na depresję. Wynikać to może z często różnej prezentacji objawów. Mężczyźni częściej niż kobiety demonstrują złość, drażliwość, apatię, anhedonię. Rzadziej też skarżą się na odczuwany smutek [16]. Dysproporcje te mogą także wynikać z odmiennych sposobów szukania pomocy i samej akceptacji choroby [7].

Obok czynników ryzyka, warto również wspomnieć o czynnikach chroniących przed wystąpieniem depresji. Zalicza się do nich wsparcie społeczne, działania społeczne, aktywność fizyczną, religijność i duchowość [30]. Wśród czynników predysponujących do zapobiegania wystąpieniu depresji wskazuje się także na rolę zdrowego stylu życia. Z badań przeprowadzonych na koreańskiej grupie pacjentów wynika, że osoby, które praktykowały zachowania prozdrowotne tj. spacerowanie czy brak palenia papierosów, rzadziej doświadczały objawów depresji w porównaniu z osobami, które nie wykazywały takich zachowań [21]. Wskazuje się wreszcie na takie czynniki behawioralne jak korzystanie z komputera, zajęcia na świetlicy czy udział w wydarzeniach społecznych [36]. Inni badacze natomiast wskazują optymizm jako czynnik chroniący przed depresją mężczyzn mieszkających w małych społecznościach [14].

Ważną rolę przypisuje się także diecie i roli mikrośkładników w organizmie. Udowodniono, że niski poziom kwasu foliowego i witaminy B12 może zwiększyć ryzyko wystąpienia depresji, a ich suplementacja poprawia odpowiedź na leczenie przeciwdepresyjne. Pojawiają się także wstępne badania, które wskazują na osłabienie niektórych objawów depresji poprzez suplementację mikroelementów. Wskazuje się także na wpływ podwyższonego poziomu homocysteiny w organizmie, jako czynnika ryzyka wystąpienia depresji [6,40].

W literaturze przedmiotu coraz częściej można odnaleźć badania dotyczące skuteczności profilaktyki pierwotnej depresji u seniorów, jednak randomizowane badania prospektywne nadal stanowią rzadkość. Jedno z takich badań koncentrowało się na osobach starszych, które doświadczały przewlekłej choroby. Zostali oni podzieleni na trzy grupy, z których jedna była kontrolna, natomiast wobec dwóch pozostałych były zastosowane nefarmakologiczne interwencje (z jedną odbywały się zajęcia, a druga grupa miała je zastosować samodzielnie w domu), mające na celu zwiększenie poczucia własnej skuteczności w postaci

instrukcji dotyczących relacji umysł-ciało, treningu relaksacyjnego i umiejętności rozwiązywania problemów, a także behawioralnych strategii w przypadku bezsenności, odżywiania i ćwiczeń. W porównaniu z grupą kontrolną, w pozostałych grupach zaobserwowano zmniejszenie zgłaszanego bólu, trudności ze snem, a także objawów depresji i lęku [5].

W Polsce również prowadzi się badania nad skutecznością profilaktycznego wykrywania depresji. Jedno z nich odnosiło się do oceny możliwości rozpoznawania depresji za pomocą wideo konsultacji, z wykorzystaniem skali GDS. Badacze wskazują na skuteczności tej formy konsultacji, jednak zaznaczają, że trzeba ją traktować jako wstęp do dalszej, poszerzonej diagnostyki [2].

Profilaktyka wtórna – II fazy

Ten rodzaj profilaktyki dotyczyłby seniorów, u których występują czynniki ryzyka depresji oraz osób z jej wczesnym rozpoznaniem. Płaszczyzna ta odnosiłaby się do wszelkich działań mających na celu przeciwdziałanie konsekwencjom depresji poprzez wczesne jej wykrycie, np. poprzez badania przesiewowe, a także na wprowadzeniu odpowiedniego leczenia w początkowym stadium choroby.

Terapia depresji u osób starszych powinna uwzględniać choroby współistniejące, a także stosowane leczenie. Jednak przede wszystkim powinna mieć charakter holistyczny, dostosowany do jednostki [3]. Niektóre czynniki psychologiczne takie jak cechy osobowościowe, przekonania i oczekiwania, wsparcie społeczne czy strategie radzenia sobie w trudnych sytuacjach mogą mieć wpływ na depresję [28]. Stąd ważne jest, aby brać również pod uwagę, obok leczenia farmakologicznego, zastosowanie psychoterapii.

Jedną z terapii, którą stosuje się w leczeniu depresji u osób starszych jest terapia wspomagająca. Polega na budowaniu relacji między terapeutą a pacjentem, a tym samym poczucia własnej wartości seniora, opartej na empatii i wspierającym środowisku. Terapia wspomagająca może być szczególnie użyteczna u osób z współwystępującymi zaburzeniami poznawczymi [37]. Niektórzy badacze wskazują potrzebę bardziej specjalistycznej, ograniczonej czasowo terapii. Terapia ta, poznawczo-behawioralna, może być rekomendowana w leczeniu depresji wieku podeszłego [3]. U jej podłoża leży założenie o negatywnych przekonaniach oraz sposobach myślenia. Poprzez koncentrację na nich i ich zmianie, wpływa się na nastrój i zachowanie chorego.

Przykładem skuteczności tej metody są badania przeprowadzone w grupie mieszkańców domu seniora, a mające na celu zapobieganie depresji. Osoby z podwyższonym wynikiem w GDS były poddane albo leczeniu, stosując program oparty na założeniach terapii poznawczo-behawioralnej, lub kontroli. Wyniki po 6 miesiącach wykazały poprawę w zakresie wyników uzyskanych w skali GDS w porównaniu do grupy kontrolnej. Dane te sugerują, że programy oparte na założeniach szkoły poznawczo-behawioralnej mogą przynieść znaczące korzyści w leczeniu seniorów z depresją [24].

Ze względu na wysokie koszty leczenia i niekiedy utrudniony dostęp chorych do psychoterapii prowadzone są badania dotyczące interwencji psychologicznych opartych na pomocy telefonicznej. Hammond i wsp. podjęli się zbadania tego tematu, porównując oddziaływanie terapii poznawczo-behawioralnej opartej na terapii bezpośredniej i telefonicznej. Wyniki badań nie wykazały istotnych różnic w efektywności pomiędzy obydwoma interwencjami, z wyjątkiem pacjentów z ciężką depresją, u których skuteczniejsza była terapia bezpośrednia. Badania te mogą sugerować możliwość rozważenia wprowadzenia interwencji telefonicznych w celach leczenia depresji [17].

Ważne wydaje się tu również podniesienie kwestii dostępności i wiedzy osób starszych na temat psychoterapii, jako formy leczenia depresji. Z badań przeprowadzonych w tej grupie wiekowej wynika, że seniorzy z wyższym wykształceniem częściej wybierali tę formę terapii. Z tego punktu widzenia wydaje się ważne, aby specjalista mający kontakt z seniorem omówił z nim nie tylko działanie farmakoterapii, ale też wskazał (jeśli to możliwe i uzasadnione) również inne formy leczenia, w tym psychoterapię [38].

Różne interwencje wprowadza się w zależności od etiologii depresji, ciężkości objawów czy chorób współtowarzyszących. W leczeniu depresji poudarowej stosuje się zarówno farmakoterapię, jak i interwencje psychologiczne. Ze względu jednak na małą liczbę badań dotyczących prewencji depresji poudarowej, nie można wskazać jednej, najbardziej zalecanej metody leczenia nefarmakologicznego [32]. Natomiast w leczeniu depresji w demencji stosuje się zarówno farmakoterapię jak i metody nefarmakologiczne [33], jednak z badań metaanalitycznych badających skuteczność leczenia przeciwdepresyjnego u osób z demencją, nie wykazano większej skuteczności farmakoterapii nad efektem placebo [16]. Niemniej jednak zaleca się

w łagodnej i umiarkowanej depresji u osób z demencją, najpierw wprowadzenie działań nefarmakologicznych i obserwację stanu pacjenta. Natomiast w przypadku ciężkiej depresji należy rozważyć wprowadzenie farmakoterapii [15]. Profilaktykę i leczenie farmakologiczne depresji u osób starszych przedstawiono obszernie w innych opracowaniach [35,31,18].

Profilaktyka III fazy

Ten rodzaj oddziaływań skierowany jest do seniorów, którzy są w okresie remisji choroby lub u osób z długim jej przebiegiem. Jej celem jest powstrzymanie nawrotów lub jej skutków. Jest to szczególnie ważne, gdyż zdarza się, że mimo uzyskania u danego pacjenta remisji objawów, ryzyko wystąpienia nawrotu choroby jest znaczne. Jest ono tym większe im większa była liczba epizodów w przeszłości. Zależy ono także od częstości ich występowania, rodzaju, czasu trwania pojedynczego epizodu. Wskazuje się również na takie czynniki jak współlistnienie objawów psychotycznych, psychicznych (szczególnie zaburzeń lękowych i uzależnień), somatycznych, dobowych zaburzeń nastroju, występowania objawów rezydualnych. Negatywnie prognostycznie działają również czynniki psychosocjalne [23].

Brak jest badań, które jednoznacznie są w stanie wskazać, która z form terapii jest najlepsza w zapobieganiu nawrotom depresji u osób starszych. Wskazuje się jednak, że farmakoterapia, niezależnie od stosowanego leku czy poprzednich epizodów, może być skuteczna nawet w 70%. Z badań przeprowadzonych w grupie 241 seniorów, po remisji depresji i zastosowanym leczeniu farmakologicznym, zaobserwowano po 4 latach, że ok. 56 % doświadczyło nawrotu choroby, a u około 43% udało się utrzymać remisję [23]. Wilkinson i Izmet dokonali przeglądu badań, w których oceniana była skuteczność działania leków przeciwdepresyjnych i terapii psychologicznych, mających na celu zapobieganie depresji i jej nawrotom u osób w podeszłym wieku. Nie udało im się jednak wykazać, że długoterminowe kontynuowanie przyjmowania leków przeciwdepresyjnych ma znaczący wpływ na zapobieganie depresji u seniorów. Trzy z przeglądanych badań wykazały, że przyjmowanie leków przeciwdepresyjnych przez okres 12 miesięcy nie powoduje efektów ubocznych, jednak badania te były oparte na niewielkiej liczbie uczestników i klinicznie heterogenicznych populacjach [41].

Oprócz farmakoterapii w zapobieganiu nawrotom depresji u seniorów stosuje się również psychoterapię

pię, terapie łączone, czy terapię elektrowstrząsami. Istnieją badania, które pokazują, że zastosowanie terapii poznawczo – behawioralnej wpływa, poprzez koncentrację na objawach rezydualnych, na ryzyko nawrotu depresji. Ponadto zastosowanie psychoterapii ma wpływ na zmniejszenie nawrotów epizodów depresji, a także wpływa na poprawę wyników leczenia. Wskazuje się, jednak na wciąż niewielką ilość analiz dotyczących tego tematu [23].

Podsumowanie

Depresja u osób starszych stanowi ogromne wyzwanie dla profilaktyki i terapii. Niejasny obraz kliniczny, w którym mogą dominować objawy somatyczne, różna etiologia, a także towarzyszące czynniki psychospołeczne mogą utrudniać postawienie trafnej diagnozy. Nawet jeśli zostanie ona rozpoznana, kluczowym wówczas staje się pytanie, jakie interwencje terapeutyczne powinny zostać wdrożone. Coraz więcej badań koncentruje się na działaniach opartych na interwencjach niefarmakologicznych lub łączonych z farmakoterapią. Mają one zastosowanie na różnych płaszczyznach profilaktyki. Badania nad ich efektywnością nadal stanowią rzadkość, często oparte są na

małych grupach, a jakość danych naukowych bywa niska, chociaż wyniki bywają obiecujące. Wydaje się jednak, że metody niefarmakologiczne mogą stanowić wartościową alternatywę lub uzupełnienie w leczeniu farmakologicznym depresji u osób starszych. Istotne wydaje się również podjęcie kwestii samej profilaktyki depresji, która oparta by była na zwiększaniu społecznej wiedzy na temat objawów, wielopłaszczyznowej modyfikacji stylu życia, a także różnych form wsparcia psychologicznego.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Joanna Koroza

Klinika Geriatrii, Centrum Badań nad Zdrowym Starzeniem (CBZS), Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Centralny Szpital Weteranów, Szpital „Na Stokach”

☎ (+48 22) 627 39 86

✉ joanna.koroza@gmail.com

Piśmiennictwo/References

1. Mental health of older adults. 2017. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
2. Bednorz A, Derejczyk J, Kozub J. Zastosowanie wideo konsultacji z wykorzystaniem Geriatrycznej Skali Depresji (GDS) do rozpoznawania depresji u osób starszych, jako próba telediagnostyki w geriatrii. *Geriatria*. 2014; 8:141-149.
3. Bidzan L. Depresyjne zaburzenia nastroju u osób w wieku podeszłym. *Medycyna Wiekii Podeszłego*. 2011;1(1):31-41.
4. Bidzan L. Zaburzenia snu w wieku podeszłym. *Geriatria*. 2010;5:34-40.
5. Blazer DG. Depression in Late Life: Review and Commentary. *The Journals of Gerontology: Series A*. 2003;58(3):249-265.
6. Coppen A, Bolander-Gouaille C. Treatment of depression: time to consider folic acid and vitamin B12. *J Psychopharmacol*. 2005;19(1):59-65.
7. Daniluk B. „Maski depresji” – o trudnościach rozpoznawania depresji u osób w podeszłym wieku. W: *Z rozważań nad różnymi kontekstami cierpienia*. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 2017. ss.13-24.
8. Domańska Ł. Depresja wieku podeszłego – wyzwania diagnostyczne. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia*. 2018;31(3):327-338.
9. Dudek D, Siwek M. Współistnienie chorób somatycznych i depresji. *Psychiatria*. 2007; 4(1):17-24.
10. Evans M, Mottram P. Diagnosis of depression in elderly patients. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2000;6:49-56.
11. Filipińska K, Antczak A, Kędziora-Kornatowska K i wsp. Współwystępowanie chorób somatycznych i zaburzeń depresyjnych u osób w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska*. 2016; 24: 58-63.
12. Filipińska K, Pietrzykowski Ł, Ciesielska N i wsp. Zaburzenia depresyjne u osób w podeszłym wieku – przegląd literatury. *Gerontologia Polska*. 2015;4:165-169.
13. Gambrowska A, Gałkowska-Bachanek M. Aktywność zaradcza a postawy wobec własnej starości. *Polskie Forum Psychologiczne*. 2014;19:505-521.
14. Giltay EJ, Zitman FG, Kromhout D. Dispositional optimism and the risk of depressive symptoms during 15 years of follow-up: the Zutphen Elderly Study. *J Affect Disord*. 2006;91(1):45-52.
15. Gutzmann H, Qazi A. Depression associated with dementia. *Z Gerontol Geriatr*. 2015; 48(4):305-311.
16. Hall CA, Reynolds-Iii CF. Late-life depression in the primary care setting: challenges, collaborative care, and prevention. *Maturitas*. 2014; 79(2):147-152.

17. Hammond GC, Croudace TJ, Radhakrishnan M i wsp. Comparative effectiveness of cognitive therapies delivered face-to-face or over the telephone: an observational study using propensity methods. *PLoS One*. 2012;7(9):e42916. doi: 10.1371/journal.pone.0042916.
18. Heitzman J (red). *Psychiatria w geriatrici. Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne.*
19. Heitzman J. Zaburzenia snu – przyczyna czy skutek depresji?. *Psychiatria Polska*. 2009;43(5):499-511.
20. Humięcka K, Targowski T. Trudności diagnostyczne depresji wieku podeszłego – przegląd wybranych skal skriningowych. *Geriatrics*. 2018; 12: 44-48.
21. Jang BN, Lee HJ, Joo JH, Park E, Jang S. Association between health behaviours and depression: findings from a national cross-sectional study in South Korea. *BMC Psychiatry*. 2020; 14;20(1):238. doi: 10.1186/s12888-020-02628-7.
22. Kałucka S. Cechy depresji w wieku podeszłym- etiologia, rozpoznawanie i leczenie. *Geriatrics*. 2014;8:240-247.
23. Kisiela E, Kłoszewska I, Sobów T. Czynniki prognostyczne nawrotu depresji u pacjentów w wieku podeszłym. *Psychogeriatrics Polska*. 2009;6(3):123-134.
24. Konnert C, Dobson K, Stelmach L. The prevention of depression in nursing home residents: a randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy. *Aging Ment Health*. 2009;13(2):288-299.
25. Luppá M, Sikorski C, Luck T i wsp. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2012;136(3):212-221.
26. Manthorpe J, Iliffe S. *Depresja wieku podeszłego. Warszawa:Wydawnictwo Lekarskie PZWL;2005.*
27. Martin GC, Nandini D. Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry*. 2003;160(6):1147-1156.
28. Michalska-Leśniewicz M, Gruszczyński W. Czynniki psychologiczne w depresji. *Psychiatria* 2010;7(3):95-103.
29. Morley JE. The New Geriatric Giants. *Clin Geriatr Med*. 2017;33(3):xi-xii.doi: 10.1016/j.cger.2017.05.001
30. Park M, Unützer J. Geriatric depression in primary care. *Psychiatr Clin North Am*. 201; 34(2):469-487.
31. Patejuk-Mazurek I. Wybrane leki przeciwdepresyjne i o działaniu przeciwłękowym — praktyczne wskazówki stosowania i opisy przypadków. *Psychiatria* 2017;14(3):135-142.
32. Pękala K, Sobów T. Interwencje psychologiczne jako profilaktyka depresji poudarowej. *Aktualności Neurologiczne*. 2014;14(3):156-160.
33. Potter G, Steffens D. Contribution of depression to cognitive impairment and dementia in older adults. *Neurologist*. 2007; 13(3):105-117.
34. Szymańska J. Poziomy profilaktyki. W: *Programy Profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji; 2015. ss. 34-38.*
35. Tamblin R, Bates DW, Buckeridge DL i wsp. Multinational comparison of new antidepressant use in older adults: A cohort study. *BMJ Open*. 2019; 14;9(5):e027663. doi: 10.1136/bmjopen-2018-027663.
36. Uemura K, Makizako H, Lee S i wsp. Behavioral protective factors of increased depressive symptoms in community-dwelling older adults: A prospective cohort study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018; 33(2):234-241.
37. Wang S, Blazer DG. Depression and cognition in the elderly. *Annu Rev Clin Psychol*. 2015;11:331-360.
38. Wei W, Sambamoorthi U, Olfson M i wsp. Use of Psychotherapy for Depression in Older Adults. *The American Journal of Psychiatry*. 2005;162(4):711-717.
39. WHO. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.*
40. Williamson C. Dietary factors and depression in older people. *Br J Community Nurs*. 2009; 14(10):422, 424-6. doi: 10.12968/bjcn.2009.14.10.44493.
41. Wilkinson P, Izmeth Z. Continuation and maintenance treatments for depression in older people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD006727.
42. Zhang Y, Chen Y, Ma L. Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. *J Clin Neurosci*. 2018; 47:1-5.