

Anna Gutowska¹ 

Jacek Wódz² 

Zaburzenia depresyjne jako współwystępujące w starości

Depressive disorders as comorbidities in old age

Streszczenie:

W populacji osób w podeszłym wieku obserwuje się istotny problem wielochorobowości, w tym współwystępowania zaburzeń depresyjnych z innymi chorobami/zaburzeniami. Zjawisko to stanowi wyzwanie dla samych seniorów i ich rodzin, ale także dla systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Ze względu na istnienie wielu czynników etiologicznych wywołujących depresję u seniorów jest to zjawisko złożone i skomplikowane. To problem zarówno zdrowotny (również pod względem klinicznym), jak i społeczny. Specyfika zaburzeń depresyjnych wynika nie tylko z występowania charakterystycznych objawów, ale także z nasilenia innych dolegliwości i ich istotnego wpływu na wszystkie sfery funkcjonowania seniora. W artykule, na podstawie analizy literatury przedmiotu, dokonano podsumowania najważniejszych aspektów, w tym objawów i przyczyn, współwystępowania zaburzeń depresyjnych w populacji osób starszych i towarzyszących temu problemów, oraz przedstawiono wybrane propozycje zaradcze.

Słowa kluczowe:

współchorobowość, zaburzenia depresyjne, osoby starsze

Summary:

In the older people population, a significant problem of multimorbidity is observed, including the co-occurrence of depressive disorders with other diseases/disorders. This phenomenon is a challenge for seniors themselves and their families, as well as for the healthcare and social assistance systems. Due to the existence of many etiological factors causing depression among seniors, it is a complex and complicated phenomenon. It is both a health problem

1 Uniwersytet Łódzki, anna.gutowska@now.uni.lodz.pl

2 Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej, jwodz@wsb.edu.pl

(also in clinical terms) and a social problem. The specificity of depressive disorders results not only from the occurrence of characteristic symptoms but also from the intensity of various other ailments and a significant impact on all spheres of the senior's functioning. In the article, based on an analysis of the literature on the subject, the most important aspects, including symptoms and causes of the co-occurrence of depressive disorders in the elderly population and the problems accompanying it, are summarized.

Keywords:

comorbidity, depressive disorders, older people

Wprowadzenie

Wśród osób starszych często obserwuje się problem współwystępowania wielu chorób, w tym depresji razem z innymi zaburzeniami i schorzeniami. Takie zjawisko stanowi wyzwanie zarówno dla samych seniorów i ich rodzin, jak i dla systemu opieki zdrowotnej i społecznej. Ze względu na różnorodność czynników prowadzących do rozwoju depresji w tej grupie wiekowej problem ten jest wyjątkowo złożony. Ma wymiar zarówno zdrowotny (w tym kliniczny), jak i społeczny. Depresja u osób starszych nie tylko wiąże się z typowymi objawami, ale także jest często związana z innymi poważnymi dolegliwościami, które znacząco utrudniają codzienne funkcjonowanie tych osób. Artykuł ma na celu dostarczenie wiedzy na temat wyzwań związanych z diagnozowaniem i leczeniem depresji u osób w wieku senioralnym, w tym roli izolacji społecznej, przewlekłych chorób oraz utraty niezależności. Aby przedstawić tę problematykę w sposób systematyczny, posłużono się przeglądem narracyjnym. Metodyka działania zgodnie z tą metodą analizy pozwala na elastyczny dobór literatury, umożliwiając jednocześnie dokładne przedstawienie priorytetowych aspektów eksplorowanego tematu, ze wskazaniem na luki w doniesieniach na wybrany temat. Kluczowym elementem takiego opracowania jest umiejscowienie problematyki na szerokim tle teoretycznym, z implikacjami do praktyki. Słabą stroną przeglądu narracyjnego są mało restrykcyjne formalne kryteria selekcji literatury oraz potencjalna subiektywność wniosków (Sukhera, 2022).

Na podstawie analizy literatury przedmiotu dokonano podsumowania najważniejszych aspektów, w tym objawów i przyczyn, współwystępowania zaburzeń depresyjnych w populacji osób starszych i towarzyszących temu problemów oraz przedstawiono wybrane propozycje zaradcze. Jako kryterium doboru źródeł zastosowano relatywność tematyczną, wybierając literaturę gerontologiczną, psychologiczną, medyczną dotyczącą starości i starzenia się, zdrowia fizycznego i psychicznego seniorów, depresji, a także metod jej leczenia lub prewencji w tej grupie wiekowej.

Współchorobowość

W literaturze przedmiotu, zwłaszcza medycznej, stosuje się kilka terminów na określenie współwystępowania chorób i/lub zaburzeń. Badacze stosują takie pojęcia jak: współwystępowanie (*co-occurrence*), współchorobowość (*comorbidity*), polipatologia, choroby towarzyszące, zaburzenia towarzyszące, zaburzenia sprzężone, podwójna diagnoza, współzachorowalność, współzapadalność, zaburzenia łączne (Grabski, Dudek, 2007). Definicje współwystępowania zaburzeń obecne są w różnych publikacjach od lat 70. ubiegłego wieku. I tak na przykład A. R. Feinstein (1970) uznał, że to „jakakolwiek jednostka kliniczna, która występuje lub może występować w trakcie klinicznego przebiegu określonej choroby u badanego pacjenta” (s. 11). Natomiast H. Wittchen (1996) uznał, że współwystępowanie zaburzeń to „obecność więcej niż jednego zaburzenia u danej osoby w ciągu całego życia albo w określonym okresie czasu” (s. 7).

Jest to zatem pojęcie stosowane do wskazania na łączne występowanie kilku chorób i/lub zaburzeń. Jak pisze B. Winczura, w literaturze przedmiotu spotyka się najczęściej dwa sposoby posługiwania się pojęciem współchorobowości (*comorbidity*). Pierwsze podejście wynika z założenia opisowego do klasyfikacji, w której jednostki chorobowe nie nakładają się na siebie. Opisowa klasyfikacja jest z natury tego podejścia tymczasowa, a rejestracja współwystępowania zespołów może doprowadzić do wypracowania podstaw do jej zmiany. Drugie podejście natomiast wypływa z hipotezy, że jeden typ zaburzeń psychicznych może stanowić czynnik ryzyka dla wystąpienia innego zaburzenia (s. 244).

W medycynie współwystępowanie chorób somatycznych jest zjawiskiem stosunkowo częstym, ale o współwystępowaniu chorób/zaburzeń psychicznych pisze się już rzadziej. Jak pisze Czapiga (2009), współchorobowość, współwystępowanie zaburzeń psychicznych to terminy stosowane do opisu objawów, zespołów psychopatologicznych towarzyszących bądź pojedynczych nieprawidłowych cech zachowania. Jest to podejście, które obejmuje zarówno pojedyncze znaczące zachowania, jak i zespoły objawów pojawiające się jako przejaw chorób psychicznych, a jednocześnie uznające fakt, iż wiele zaburzeń zachowania jest złożonym zbiorem trudnych do zakwalifikowania objawów (Bobińska, Gałęcki, 2010).

K. Wieczorowska-Tobis (2011), odnosząc się do wielochorobowości w starości, jako przykład wymienia współobecność choroby zwyrodnieniowej mięśnia sercowego, cukrzycę, osteoporozę, chorobę zwyrodnieniową stawów i depresję. Autorka pisze, że współwystępowanie przewlekłych chorób somatycznych i psychicznych w podeszłym wieku jest cechą charakterystyczną tego okresu życia. Podaje, że częstość łagodnych i przewlekłych zespołów depresyjnych

sięga według niektórych badaczy nawet 30% tej populacji, podczas gdy zespoły otępienne rozpoznaje się u około 10%³ (Wieczorowska-Tobis, 2011, s. 18–28). Ponadto w literaturze przedmiotu podaje się, że współwystępowanie zaburzeń depresyjnych obserwuje się w chorobach nowotworowych (30–42%), po przebytym udarze (25–48%), w chorobach układu krążenia (15–20%), nadciśnieniu tętniczym (9–25%), cukrzycy (8,5–27,3%), niedoborze witamin (15–38%) (Filipska i in., 2015, s. 167).

Starzenie się

Wielochorobowość u osób starszych to zjawisko, które nabiera szczególnego znaczenia w kontekście starzejącego się społeczeństwa i stanowi poważne wyzwanie zarówno dla systemu opieki zdrowotnej, pomocy społecznej, jak i dla samych pacjentów oraz ich rodzin. Starzenie się społeczeństwa jest zjawiskiem szeroko opisywanym w aktualnej literaturze przedmiotu. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce na koniec roku 2022 liczba osób w wieku 60 lat i więcej wyniosła 9,8 mln i zwiększyła się o 0,7% w odniesieniu do roku poprzedniego. Prognozy demograficzne wskazują na dalszy istotny wzrost tej populacji. Szacuje się, że do 2060 roku liczba osób w wieku poprodukcyjnym w Polsce osiągnie blisko 12 milionów (GUS, 2024).

Jakość starzenia się może być, z osobniczego punktu widzenia, lepsza lub gorsza. Do tradycyjnych kryteriów tzw. dobrego starzenia się najczęściej zalicza się fizyczny brak chorób i zachowaną sprawność fizyczną i umysłową. Należy jednak zauważyć, że taka ocena ogranicza się do nacisku na chorobowość (patogenezę), a nie uwzględnia przyczyn zachowania zdrowia (salutogenezy). „Zdrowo” starzejących się ludzi jest zdecydowanie mniej, niż tych starzejących się patologicznie. Szacuje się, że tylko ok. 8–10% populacji osób starych nie choruje przewlekłe i umiera „ze starości” śmiercią naturalną (Duda, 2013). Chorobowe starzenie się jest zazwyczaj procesem dynamicznym i przynosi zmiany, które nie zawsze są łatwe do rozpoznania. Uważa się, że do jednych z częściej występujących zaburzeń w wieku podeszłym należą zaburzenia psychiczne – szacuje się, że występują u 12–50% populacji powyżej 60. roku życia (Bilikiewicz, Panowski, 2007). Co istotne, mogą mieć formę zaburzeń, których początek miał miejsce w przeszłości, pojawić się w okresie starości, ale też dynamicznie nasilać się lub przyjmować postać łagodniejszą (Muszalik i in., 2011). Zwiększonemu ryzyku zachorowalności wśród seniorów sprzyja wiele czynników o charakterze biologicznym, psychicznym i społecznym. Wśród nich wyróżnić można między innymi:

3 Po 90. roku wzrasta aż do 40%.

choroby neurodegeneracyjne⁴, metaboliczne⁵, układu krążenia, trudne doświadczenia, np. traumatyczne wydarzenia i zmiany życiowe (śmierć bliskiej osoby, przejście na emeryturę, przeprowadzka, trudności finansowe, utrata kontaktów międzyludzkich)⁶.

Wśród osób w podeszłym wieku obserwuje się istotny odsetek występowania depresji, często jako choroby współistniejącej z innymi chorobami/zaburzeniami. Depresja należy do tzw. wielkich problemów geriatrycznych i towarzyszy wielu problemom somatycznym. Co ważne, istotnie wpływa na wszystkie aspekty życia człowieka: jego stan emocjonalny, umysłowy i ogólny stan zdrowia (Rosenthal, Naughton, Williams, 2009).

Zaburzenia depresyjne – charakterystyka

Szacuje się, że najczęściej występujące zaburzenia psychiczne u osób starszych to zaburzenia depresyjne. Bywają one często określane jako depresja wieku starczego, ponieważ mogą towarzyszyć im inne dolegliwości niż w przypadku osób młodszych. U seniorów depresja najczęściej objawia się przez większą nerwowość, drażliwość, skłonność do konfliktów, obniżenie nastroju, stałe przemęczenie, zaburzenia snu, gorszą pamięć i koncentrację. Warto wspomnieć również o tym, że depresja u seniorów może prowadzić do myśli samobójczych i samobójstw, więc nie powinno się jej lekceważyć (Krajewska-Kułąk, Kędziora-Kornatowska, Cybulski, Waszkiewicz, 2017).

W psychiatrii pojęcie *depresja* odnosi się do grupy zaburzeń nastroju i emocji. Jednak najbardziej charakterystyczną jej cechą jest istotny wpływ na funkcjonowanie osoby chorującej. Depresja jest chorobą występującą powszechnie na całym świecie i w niemal każdym wieku. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że aktualnie choruje na nią około 300 milionów ludzi. Częstość występowania depresji⁷ jest trudna do precyzyjnej oceny, głównie z uwagi na stosowanie różnych

4 Objawy depresji stwierdza się u 30–50% chorych z chorobą Parkinsona (Burzyńska, Maniecka-Bryła, 2013, s. 212).

5 Objawy psychotyczne obserwuje się u 10–50% osób z cukrzycą i innymi chorobami metabolicznymi (Burzyńska, Maniecka-Bryła, 2013, s. 212).

6 Osoby z poczuciem beznadziei i beznadziejności oraz świadomością, że ich wpływ na własną sytuację życiową i otoczenie jest znacznie ograniczony, częściej zapadają na depresję (Burzyńska, Maniecka-Bryła, 2013, s. 213). Gąbka-Dembal podaje, że depresje spowodowane niekorzystnymi czynnikami psychospołecznymi stanowią ok. 30% (2004).

7 Część treści została zaczerpnięta z artykułu autorki: Gutowska, A. (2016). Zaburzenia psychiczne w starości – perspektywa pedagoga. W: M. Halicka, J. Halicki, E. Kramkowska (red.), *Starość: poznać, przeżyć, zrozumieć* (ss. 65–80). Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymostku.

kryteriów diagnostycznych i klasyfikacyjnych (Bilikiewicz, 1998). Według WHO na depresję choruje około 7% populacji osób starszych⁸. Depresje wieku podeszłego mogą mieć podłoże organiczne, ale nie muszą. Czynnikiem je wyzwalającym może być także ciężkie przeżycie, np. śmierć współmałżonka. Zmieniająca się sytuacja, zmniejszający się krąg krewnych, znajomych może prowadzić do poczucia osamotnienia, dekompensacji mechanizmów przystosowawczych, a w konsekwencji do pogorszenia zdrowia fizycznego i psychicznego. W literaturze przedmiotu odnaleźć można także doniesienia o takich czynnikach wyzwalających depresję, jak choroby ośrodkowego układu nerwowego czy czynniki jatrogenne, wśród których najczęściej wymienia się polifarmakoterapię (Parnowski, 2014, s. 264–265). Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych po 65. roku życia sięga nawet 25% (Staniec-Kutera, Waszkiewicz, 2023), a wśród seniorów korzystających z pomocy medycznej – nawet do 30% (Pużyński, 2009, s. 83). To wciąż narastający problem kliniczny i społeczny. Co ważne, występujące epizody depresyjne wśród seniorów często nie są dostrzegane i tłumaczone złym samopoczuciem, osłabieniem, złym stanem zdrowia, który niejako „naturalnie” występuje w tej grupie społecznej.

Stanisław Pużyński wśród czynników sprzyjających występowaniu zaburzeń depresyjnych w wieku podeszłym wymienia:

- brak aktywności, bezczynność, izolację związaną z przejściem na emeryturę, przerwaniem pracy zawodowej;
- zmianę warunków mieszkaniowych, miejsca zamieszkania, pobyt w placówkach opiekuńczych i inne;
- pogorszenie sytuacji materialnej;
- osamotnienie, brak wsparcia ze strony bliskich;
- utratę osób najbliższych (śmierć współmałżonka, odejście dzieci i inne);
- przewlekłe choroby somatyczne;
- obecność zaburzeń otępiennych (2009, s. 83–84).

Do czynników depresji w wieku podeszłym zalicza się także:

- cierpienie z powodu przewlekłych chorób (np. stan po udarze mózgu, zawał mięśnia sercowego, choroby naczyniowe, cukrzyca);
- stany niedoborowe (niedobór witaminy B12, witaminy D, kwasu foliowego);
- ograniczenie sprawności i aktywności oraz niezależności;
- zaburzenia endokrynologiczne (np. niedoczynność tarczycy);
- przewlekłe infekcje (np. WZW typu C, borelioza);
- choroby układu oddechowego (POChP, zespół bezdechu sennego) (Kałużka, 2014, s. 241).

8 www.who.int/en/ (dotyczy to depresji jednobiegunowej)

Zatem przyczyny depresji w późnej dorosłości można podzielić na cztery grupy:

- psychologiczne (etiologia reaktywna);
- somatyczne (choroby somatyczne, leki i zmiany naczyniowe);
- organiczne (zmiany ośrodkowego układu nerwowego);
- endogenne (nawracające zaburzenia afektywne).

Ostre rozgraniczenie powyższych przyczyn najczęściej jest trudne, a postępowanie lecznicze powinno mieć charakter kompleksowy, niezależnie od etiologii.

Objawy w depresji typowej można podzielić na dwie kategorie: podstawowe (osiowe) i nieswoiste (wtórne). Do pierwszych zaliczamy:

- obniżenie podstawowego nastroju – stan smutku, przygnębienia, niekiedy zubożnienia, niezdolność do przeżywania radości;
- osłabienie tempa procesów psychicznych i ruchowych, nazywane zahamowaniem psychoruchowym – spowolnienie tempa myślenia, osłabienie pamięci, poczucie niesprawności intelektu, spowolnienie ruchów lokomocyjnych, niekiedy całkowite zahamowanie ruchowe (osłupienie), niepokój;
- objawy somatyczne i zaburzenia rytmów biologicznych – zaburzenia rytmu snu i czuwania, wahania samopoczucia w ciągu dnia, napięciowe bóle głowy, wysychanie błon śluzowych jamy ustnej, brak łaknienia;
- lęk – „wolno płynący”, utrzymujący się niemal stale, wykazujący falujące nasilenie, może osiągać znaczne rozmiary i ujawniać się w sferze ruchowej (podniecenie) lub w postaci stanów paniki (Pużyński, 1998, s. 271).

Objawy wtórne to:

- depresyjne zaburzenia myślenia – negatywna ocena własnej osoby, stanu zdrowia, przeszłości i przyszłości, w natężeniu – urojenia nihilistyczne⁹, winy, kary, grzeszności, katastroficzne i hipochondryczne;
- zaburzenia aktywności złożonej – osłabienie kontaktów z otoczeniem, izolowanie się, zmniejszenie zakresu zainteresowań, samozaniedbywanie (Żakowska-Wachefko, Misztalscy, Czuma, 2010, s. 147).

Ponadto dość częstym zjawiskiem w depresji jest dysforia, której przejawem są takie objawy, jak: nastrój gniewliwy, zniecierpliwienie, rozdrażnienie. Dysforia może być przyczyną konfliktów z otoczeniem, ale także źródłem agresji i autoagresji, a nawet podejmowania prób samobójczych. Jak pisze A. Bilikiewicz, obraz depresji w wieku podeszłym, bez względu na etiologię, ma swoją specyfikę. Depresyjni seniorzy mają skłonność do lęku, zaburzeń snu i zgłaszania licznych skarg hipochondrycznych. Mogą pojawić się także urojenia depresyjne (poczucie winy, urojenia samooskarżające, urojenia grzeszności i potępienia),

9 Zaburzenia treści myślenia.

ale również urojenia ksobne¹⁰, prześladowcze czy nihilistyczne. Należy przy tym zauważyć, iż badania wykazują dwukrotnie wyższe ryzyko występowania samobójstw wśród osób z depresją w wieku podeszłym niż w młodszej populacji (Bilikiewicz, 2006, s. 392).

Rozpoznanie depresji w wieku podeszłym rodzi wiele trudności, co związane jest ze zmianami psychofizycznymi starzejącego się organizmu. Gorsze radzenie sobie z czynnościami życia codziennego, problemy z pamięcią, spowolnienie psychoruchowe, apatia mogą być objawami zarówno depresji, jak i rozwijającej się choroby otępiennej (Kałucka, 2014, s. 241). Do rozpoznania najczęściej stosuje się kryteria 10 edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10), a także standardowe kryteria zaburzeń psychicznych DSM-V Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. W ICD-10 wśród kryteriów wyróżniono objawy podstawowe i dodatkowe, które pozwalają określić poziom nasilenia objawów. Do podstawowych zalicza się:

- obniżenie nastroju;
- anhedonię;
- zredukowanie energii (nasilona męczliwość).

Do dodatkowych kryteriów zalicza się:

- zaburzenia snu;
- tendencje samobójcze;
- niską samoocenę;
- poczucie winy;
- zmniejszony apetyt;
- pesymistyczne nastawienie;
- osłabienie koncentracji i uwagi (ICD-10).

Wszystkie można podzielić na symptomy o charakterze emocjonalnym, poznawczym, motywacyjnym i somatycznym.

Zgodnie z DSM-V ustalenie rozpoznania wymaga stwierdzenia objawów podstawowych (tożsame z objawami podstawowymi z ICD-10) oraz co najmniej 5 objawów z poniżej wymienionych, trwających przez co najmniej dwa tygodnie:

- 1) depresyjny nastrój przez większość dnia, prawie codziennie;
- 2) istotny spadek (niezwiązany z zastosowaniem diety odchudzającej) lub przyrost masy ciała (więcej niż 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;

10 Inaczej urojenia odnoszące, tj. fałszywe przekonanie o tym, że się jest w centrum zainteresowania.

- 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 samobójcze (DSM-V).

Lekarze w Polsce (i innych krajach europejskich) bazują głównie na klasyfikacji ICD-10.

Depresja w wieku podeszłym nie musi manifestować się wszystkimi objawami, może mieć charakter zaburzeń wybiórczych lub mieszanych (Kałucka, 2014, s. 244).

Leczenie chorego na depresję seniora jest trudne i żmudne. Wpływ na to mają różne czynniki:

- leki psychotropowe (w tym antydepresanty) bywają w późnym wieku źle tolerowane, co związane jest z niewydolnością układu cholinergicznego;
- współwystępowanie kilku chorób, a co za tym idzie konieczność stosowania wielu leków;
- ograniczone możliwości psychoterapii (Bilikiewicz, 1998, s. 392–393).

Dla uzyskania efektu terapeutycznego duże znaczenie ma poprawa ogólnego stanu seniora, zwłaszcza stanu układu krążenia, w tym krążenia mózgowego. Ważne jest także wyeliminowanie leków, które mogą powodować depresję, a także poprawa sytuacji psychosocjalnej chorego (Pużyński, 2009, s. 88).

Depresja a samotność

Relacja między depresją a samotnością u seniorów jest złożona i może przybierać charakter obustronny. Depresja bywa uwarunkowana samotnością i odwrotnie – samotność wśród seniorów jest znaczącym czynnikiem, który może prowadzić do depresji oraz innych problemów zdrowotnych, zarówno psychicznych, jak i fizycznych. Badania wskazują, że samotność nie tylko często współwystępuje z depresją, ale może być zarówno jej przyczyną, jak i skutkiem. Co więcej, samotność może wpływać na nowe epizody depresyjne oraz na przebieg już istniejącej depresji (Bal, Imbimbo, Franceschi, Menesini, Nocentini, 2022). Rozwinięcie tego tematu wymaga zrozumienia kilku aspektów. Pierwszy to przyczyny samotności seniorów. Zalicza się do nich między innymi następujące czynniki:

- 1) Śmierć współmałżonka. Utrata partnera jest jednym z najtrudniejszych wydarzeń w życiu seniora. Strata osoby, z którą dzielił większość życia, może prowadzić do głębokiego poczucia samotności.

- 2) Oddalenie od rodziny i przyjaciół. Często dzieci seniorów wyjeżdżają w poszukiwaniu pracy lub lepszego życia, co skutkuje mniejszą częstotliwością osobistych spotkań.
- 3) Ubytek zdrowia fizycznego i ograniczenia mobilności. Problemy zdrowotne mogą utrudniać seniorom aktywne uczestnictwo w życiu społecznym, prowadząc do izolacji.
- 4) Emerytura. Przejście na emeryturę często wiąże się z utratą codziennych kontaktów społecznych i poczucia celowości, które były związane z pracą zawodową.

Kolejny aspekt związany jest z wpływem samotności na depresję. Wymienić tu można co najmniej trzy istotne elementy:

- 1) Izolacja społeczna. Samotność może prowadzić do izolacji społecznej, która jest silnie związana z depresją. Osoby starsze, które są izolowane, mogą doświadczać uczucia braku sensu i celu życia.
- 2) Poczucie bezużyteczności. Seniorzy, którzy czują się odcięci od społeczeństwa, mogą tracić poczucie własnej wartości i znaczenia, co jest znaczącym czynnikiem ryzyka depresji.
- 3) Zmiany w mózgu. Badania wskazują, że długotrwała samotność może wpływać na funkcjonowanie mózgu, zwiększając podatność na depresję poprzez zmiany w produkcji neurotransmiterów, takich jak serotonina i dopamina.

Depresja u seniorów często prowadzi (z różnych powodów) do samotności, tworząc błędne koło, które może zwiększać obie te trudności. Wśród tych powodów wymienić można:

- 1) Wycofanie społeczne. Depresja często prowadzi do wycofania się z życia społecznego. Osoby cierpiące na depresję mogą odczuwać zmniejszone zainteresowanie działaniami, które wcześniej sprawiały im przyjemność, co obejmuje również interakcje społeczne. To wycofanie może być wynikiem braku energii, uczucia bezwartościowości lub myśli, że są ciężarem dla innych. Seniorzy zmagający się z depresją mogą izolować się, ponieważ czują się zbyt przytłoczeni, aby angażować się w społeczne interakcje.
- 2) Zmniejszona zdolność do utrzymywania relacji. Depresja może wpływać na umiejętności komunikacyjne i interpersonalne, co utrudnia utrzymywanie istniejących relacji lub tworzenie nowych. Seniorzy z depresją mogą mieć trudności z wyrażaniem swoich uczuć, co może prowadzić do nieporozumień i konfliktów z bliskimi.
- 3) Percepcja otoczenia. Osoby starsze z depresją mogą postrzegać swoje środowisko społeczne mniej korzystnie, co może prowadzić do przeświadczenia,

że są izolowane lub odrzucone przez społeczeństwo. Takie negatywne postrzeganie może zniechęcać do uczestnictwa w aktywnościach społecznych, prowadząc do rzeczywistej izolacji. Depresja może zaburzać percepcję własnej wartości i relacji z innymi, co sprawia, że seniorzy mogą mieć poczucie bycia mniej wartościowymi i mniej pożądanymi jako towarzysze (University College London, 2020).

W badaniach stwierdzono, że samotność może przyczyniać się do depresji nawet po wielu latach, co pokazuje, że to zjawisko ma długofalowe konsekwencje. Interwencje mające na celu zmniejszenie samotności mogą więc potencjalnie zapobiegać depresji w przyszłości (University College London, 2020).

Możliwości wsparcia

Rozumienie tego, jak depresja wpływa na samotność, pozwala na lepsze dostosowanie interwencji mających na celu poprawę jakości życia seniorów. Opracowanie kompleksowych strategii, które uwzględniają zarówno zdrowie psychiczne, jak i społeczne potrzeby seniorów, jest kluczowe dla zapobiegania samotności i jej negatywnym konsekwencjom. Ważne jest, aby strategie wsparcia obejmowały zarówno aspekty medyczne, jak i społeczne:

- 1) **Terapie psychologiczne.** Skuteczne leczenie depresji za pomocą różnych form i metod terapii psychologicznych, takich jak np. psychoterapia poznawczo-behawioralna, może pomóc w redukcji objawów depresji i poprawie funkcjonowania społecznego. Dostępność opieki zdrowotnej, w tym wsparcia psychologicznego, pozwolić może na regularne kontrole zdrowotne i pomóc we wczesnym rozpoznaniu i leczeniu depresji.
- 2) **Programy wsparcia społecznego.** Programy takie jak różne inicjatywy lokalne, kluby seniora, grupy wsparcia czy działania wolontariackie mogą pomóc osobom starszym w przełamywaniu barier izolacji i budowaniu nowych, zdrowych relacji. Zaangażowanie się w aktywne życie społeczne może pomóc odzyskać poczucie celu i wpływać na poprawę samopoczucia.
- 3) **Edukacja i świadomość.** Edukowanie seniorów, ich rodzin i opiekunów na temat związku między depresją a samotnością może prowadzić do lepszego rozpoznawania tych stanów i wcześniejszego poszukiwania pomocy. Ponadto nauka korzystania z nowoczesnych technologii może połączyć seniorów z rodziną i przyjaciółmi, nawet na odległość, co może zmniejszyć uczucie samotności, a także zabezpieczać przed wykluczeniem cyfrowym. Równie istotna jest edukacja pracowników służby zdrowia, pomocy społecznej, tak by skutecznie mogli reagować na ten rosnący problem zdrowotny i społeczny.

Podsumowanie

Wielochorobowość jest wśród seniorów poważnym problemem, wymagającym kompleksowego podejścia. Niesie różne trudności, które wymagają nierzadko wsparcia społecznego, zdrowotnego i emocjonalnego. Zapobieganie izolacji i wykluczeniu seniorów, promowanie aktywności społecznej może znacząco przyczynić się do poprawy jakości ich życia i zmniejszenia ryzyka depresji. Wiedza na temat depresji wzrasta, między innymi dzięki licznym kampaniom społecznym, ale nadal jest niewielka. To choroba, która stanowi zagrożenie dla życia i którą należy leczyć. Najbliższe otoczenie nierzadko nie rozumie sytuacji chorego i radzi, żeby „się otrząsnąć”, „wziąć w garść”. Część osób nie jest świadoma swojej choroby i objawy przypisuje zmęczeniu, sezonowej chandrze, czy procesowi przemijania, starzenia się. Depresja ma różne objawy i zróżnicowany przebieg, które zwłaszcza w starszym wieku mogą być maskowane, czy źle interpretowane. Zbyt późno rozpoznana i nieleczona znacząco wpływa na jakość życia, może przyczyniać się do zwiększenia poziomu niesprawności, czy powodować niepełnosprawność, a nawet śmierć. Dlatego tak ważne jest umiejętne rozpoznanie i poszukanie specjalistycznej pomocy. Również podjęcie działań mających na celu zmniejszenie samotności i jej wpływu na zdrowie psychiczne osób starszych ma ogromne znaczenie. Słuszne wydaje się podejście biopsychospołeczne, czyli wielopłaszczyznowe, uwzględniające zarówno kontekst dolegliwości somatycznych, psychicznych, jak i sytuację społeczną. Psychoedukacja, prowadzona przez specjalistów przygotowanych do pracy z seniorami, czy inne zajęcia o charakterze geragogicznym, mogą okazać się skuteczną profilaktyką i rehabilitacją. Konieczne jest także zapobieganie izolowaniu starszych osób. Deprywacja sensoryczna i pozbawienie człowieka wysiłku intelektualnego pogłębia zaburzenia i deteriorację osobowości. Jak twierdzi A. Bilikiewicz, „izolacja jest postępowaniem niehumanitarnym, a z punktu widzenia psychoprofilaktycznego – szkodliwym. Pogłębia w starym człowieku poczucie odrzucenia, frustracji, krzywdy i dyskryminacji” (2006, s. 391). Potrzebne jest także edukowanie społeczeństwa – rzetelna wiedza z zakresu prewencji niepełnosprawności psychicznej, oswajanie lęku przed starością i śmiercią, a także „walka” ze stereotypami to zadania ciągle aktualne i potrzebne. Jest to nie tylko kwestia indywidualnej opieki nad seniorem, ale również wyzwanie dla polityki społecznej i zdrowotnej, których celem powinno być wspieranie integracji społecznej i dobrostanu seniorów.

Bibliografia

- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bilikiewicz, A. (1998). Starzenie się i zaburzenia psychiczne wieku podeszłego (problemy psychogeriatric). W: A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* (ss. 383–394). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Bilikiewicz, A. (2006). *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Bilikiewicz, A., Parnowski, T. (2007). Starzenie się i zaburzenia psychiczne wieku podeszłego. W: A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria* (ss. 457–502). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Bobińska, K., Gałęcki, P. (2010). *Zaburzenia psychiczne u osób upośledzonych umysłowo*. Wydawnictwo Continuo.
- Burzyńska, M., Maniecka-Bryła, I. (2013). Występowanie depresji u osób starszych korzystających z pomocy społecznej – wstępne wyniki badania. *Acta Universitatis Lodziensis Folia Oeconomica*, 297, 211–223.
- Duda, K. (2013). Proces starzenia się. W: A. Marchewka, Z. Dąbrowski, A. J. Żołądź (red.), *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja* (ss. 1–32). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases*, 23(7), 455–468.
- Filipska, K., Pietrzykowski, Ł., Ciesielska, N., Dembowski, Ł., Kędziora-Kornatowska, K. (2015). Zaburzenia depresyjne u osób w podeszłym wieku – przegląd literatury. *Gerontologia Polska*, 4, 165–169.
- Gębka, D., Kędziora-Kornatowska, K. (2012). Korzyści z treningu zdrowotnego u osób w starszym wieku. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(2), 256–259.
- Główny Urząd Statystyczny (2024). *Rozwój regionalny Polski – raport analityczny 2023*. Główny Urząd Statystyczny.
- Grabski, B., Dudek, D. (2007). *Współwystępowanie zaburzeń psychicznych a choroba afektywna dwubiegunowa*. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.
- Gutowska, A. (2016). Zaburzenia psychiczne w starości – perspektywa pedagoga. W: M. Halicka, J. Halicki, E. Kramkowska (red.), *Starość: Poznać, przeżyć, zrozumieć* (ss. 65–80). Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne* (1997). Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Kałucka, S. (2014). Cechy depresji w wieku podeszłym – etiologia, rozpoznanie i leczenie. *Geriatrics*, 8, 240–247.
- Krajewska-Kułak, E., Kędziora-Kornatowska, K., Cybulski, M., Waszkiewicz, N. (2022). *Psychogeriatrics*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Muszałik, M., Zielińska-Więczkowska, H., Wojciechowska, A., Kędziora-Kornatowska, K. (2011). Funkcjonowanie pacjentów w starszym wieku z zaburzeniami psychicznymi w aspekcie jakości życia. *Psychogeriatrya Polska*, 8(2), 45–54.
- Parnowski, T. (2014). Depresja. W: K. Wieczorkowska-Tobis, D. Talarska, *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne* (ss. 326–332). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Pużyński, S. (1998). Choroby afektywne. W: A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* (ss. 323–340). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Pużyński, S. (2009). *Depresje i zaburzenia afektywne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Rosenthal, T., Naughton B., Williams M. (red.). (2009). *Geriatrya*. Wydawnictwo Czelej.
- Staniec-Kutera, M., Waszkiewicz, N. (2023). Depresja u osób starszych – pozycja w ortopsji. *Psychiatria Spersonalizowana*, 2(4), 91–104.
- Sukhera, J. (2022). Narrative reviews in medical education. Key steps for researchers. *Journal of Graduate Medical Education*, 14(4), 418–419.
- Van As, B. A. L., Imbimbo, E., Franceschi, A., Menesini, E., & Nocentini, A. (2022). The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 34(7), 657–669.
- Wieczorkowska-Tobis, K. (2011). Specyfika pacjenta starszego. W: K. Wieczorkowska-Tobis, T. Kostka, A. M. Borowicz (red.), *Fizjoterapia w geriatryi* (ss. 18–28). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Winczura, B. (2018). Zaburzenia współwystępujące z autyzmem – uwarunkowania rozwojowe, symptomy kliniczne i dylematy diagnostyczne. *Logopedia*, 47(2), 243–263.
- Wittchen, H. U. (1996). What is comorbidity—fact or artefact? *The British Journal of Psychiatry*, 168(S30), 7–8.
- Żakowska-Wachelko, B., Misztalscy, A. T., Czuma, K. (2010). *Opiekun osób starszych*. Śląskie Stowarzyszenie Ad Vitam Dignam.

Netografia

- University College London. (2020). Loneliness a leading cause of depression in older adults, <https://www.sciencedaily.com/releases/2020/11/201109184947.htm> [dostęp: 28.10.2024].