

# REKOMENDACJE POSTĘPOWANIA W ZAKRESIE ZAPOBIEGANIA, WYKRYWANIA I LECZENIA

# DEPRESJI

---

**INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII  
W WARSZAWIE**

Warszawa, 2018 r.

# SPIS TREŚCI

3

## **ROZDZIAŁ I**

Rekomendacje odnośnie profilaktyki i leczenia depresji w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) wraz z propozycją programu profilaktyczno-edukacyjnego zapobiegania depresji

36

## **ROZDZIAŁ II**

Rekomendacje dotyczące postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji u dzieci i młodzieży

58

## **ROZDZIAŁ III**

Interwencje psychologiczne, opierające się na terapii behawioralno-poznawczej (CBT), kierowane zarówno do młodzieży, jak i do nauczycieli, opiekunów/rodziców

95

## **ROZDZIAŁ IV**

Program profilaktyki depresji dla pielęgniarek szkolnych

105

## **ROZDZIAŁ V**

Rekomendacje odnośnie profilaktyki i leczenia depresji poporodowej

138

## **ROZDZIAŁ VI**

Rekomendacje postępowania w przypadku depresji u osób starszych, wraz z propozycją programu profilaktyki dla lekarzy POZ, lekarzy geriatrów i pielęgniarek oddziałów geriatrycznych

# REKOMENDACJE ODNOŚNIE PROFILAKTYKI I LECZENIA DEPRESJI W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ (POZ) WRAZ Z PROPOZYCJĄ PROGRAMU PROFILAKTYCZNO-EDUKACYJNEGO ZAPOBIEGANIA DEPRESJI

---

*lek. Monika Dominiak, dr Anna Z. Antosik-Wójcińska, mgr Marta Baron,  
prof. dr hab. Paweł Mierzejewski, prof. dr hab. Łukasz Święcki*  
INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII  
W WARSZAWIE

# I. PRZEGLĄD DOSTĘPNYCH METOD PROFILAKTYKI, WCZESNEGO WYKRYWANIA I LECZENIA DEPRESJI W WARUNKACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (POZ)

## 1. WSTĘP

Depresja stanowi problem społeczny i zdrowotny, powodując okresowe pogorszenie stanu psychicznego i funkcjonowania społeczno-zawodowego u znacznego odsetka populacji. Zaburzenia depresyjne występują w każdym wieku, u mężczyzn i u kobiet, w różnych kulturach i grupach etnicznych. Większość ludzi w ciągu życia doświadcza kryzysów lub problemów psychicznych. Stanowi to często ogromne obciążenie dla osób dotkniętych chorobą, ich rodzin, a w szerszym ujęciu dla systemu społeczno-ekonomicznego państwa. Depresja zmniejsza wydajność w pracy i poczucie satysfakcji z życia, jest przyczyną obniżenia jego jakości, a także niepełnosprawności współczesnych ludzi.

Różnica pomiędzy rozpowszechnieniem schorzeń psychicznych (badanie *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska*) a liczbą pacjentów leczonych w poradniach zdrowia psychicznego (GUS: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*) sugeruje, że wielu chorych nie trafia w ogóle do specjalisty psychiatry. Bywają oni natomiast często u swoich lekarzy rodzinnych, uskarżając się zazwyczaj na różnorodne dolegliwości somatyczne. Dotyczy to w szczególności osób z zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi, a głównym źródłem tych skarg jest właśnie nierozpoznana depresja. Powszechność tej choroby w populacji pacjentów POZ sięga 23% (Drózdź i wsp., 2007). Szacuje się, że tylko połowa z nich ma właściwie postawioną diagnozę i wdrożone leczenie przeciwdepresyjne (Hirschfeld i wsp., 1997). Tymczasem dostępne badania potwierdzają, jak ważne jest wczesne rozpoznanie depresji i zastosowanie odpowiedniej terapii. Krótszy czas nieleczonej choroby przekłada się bezpośrednio na większy odsetek odpowiedzi na terapię, remisji i mniejszy odsetek inwalidyzacji (Bukh i wsp., 2013). Dlatego wysiłek zmierzający do prawidłowego wczesnego zdiagnozowania i wdrożenia właściwego leczenia daje szansę na powrót do pełnej aktywności zdrowotnej, społecznej i zawodowej, zmniejsza ryzyko śmiertelności i powikłań związanych ze zdrowiem.

Jak wspomniano powyżej, pacjenci z depresją często z różnych przyczyn (jak np. obawa przed stygmatyzacją, niewiedza o stanie chorobowym, brak poczucia choroby, trudności w dostępie do lekarza specjalisty) w ogóle nie trafiają do psychiatry. Pracownicy POZ pozostają więc często na pierwszej linii kontaktu z ludźmi z zaburzeniami psychicznymi. Dane pokazują, że obecnie to właśnie lekarze POZ faktycznie rozpoznają i leczą depresję u większości osób z tą chorobą. Wydaje się jednak, że wykonują te działania w sposób daleki od optymalnego. Lekarzom pierwszego kontaktu może brakować zarówno odpowiedniego narzędzia przesiewowego, jak i praktycznej wiedzy klinicznej na temat rozpoznawania zaburzeń psychicznych. Celowe wyda-

ją się zatem działania nakierowane na podniesienie ich kwalifikacji w zakresie działań profilaktycznych, w tym wczesnego wykrywania depresji oraz podstaw jej leczenia.

## 2. PRZYCZYNY DEPRESJI

Depresja nie jest jedną chorobą, jest to grupa zaburzeń o podobnych objawach. Z punktu widzenia proponowanego programu profilaktyczno-edukacyjnego najważniejszą grupą są depresje endogenne. Obecny stan wiedzy na temat tego schorzenia wskazuje, że jego główną przyczyną ma charakter biologiczny. Na najbardziej podstawowym poziomie wymienia się zwłaszcza zaburzenia dotyczące wychwytu i uwalniania neuroprzekaźników – zwłaszcza serotoniny, noradrenaliny i dopaminy. Ze względu na charakter depresji endogennej najskuteczniejsze w jej leczeniu są metody również określane jako biologiczne – farmakoterapia, elektrowstrząsy, inne metody neuromodulacyjne.

Istotną rolę (faktorów precypitujących czy też wywołujących) odgrywają także czynniki psychospołeczne. Relacje przyczynowo-skutkowe zachodzące między wewnętrznymi czynnikami biologicznymi, psychologicznymi, socjologicznymi i fizycznymi cechami otoczenia są bardzo trudne do ustalenia. Niełatwo jest również zaproponować ich jednoznaczną i niebudzącą kontrowersji hierarchię – które są najważniejsze, które zawsze pierwotne, a które jedynie wtórne. Nie ma jednak wątpliwości, że wszystkie wymienione czynniki odgrywają istotną rolę w patogenetycznym „łańcuchu depresji”.

W przypadku jej odmiany endogennej aspekt biologiczny dotyczący funkcjonowania mózgu jako narządu jest postulowanym pierwszym ogniwem łańcucha. Jednak jego znaczenie może się w istotnym stopniu zmniejszać lub zwiększać w zależności od współwystępujących zewnętrznych czynników ryzyka oraz czynników chroniących. Jest to stwierdzenie kluczowe dla wszelkich działań profilaktycznych w zakresie depresji. Gdyby aspekty zewnętrzne, otaczające nie wywierały istotnego wpływu, wtedy zapobieganie temu zaburzeniu byłoby po prostu niewykonalne, ponieważ obecnie nie sposób trwale zmienić czynników biologicznych leżących u podłoża depresji, możemy je jedynie korygować (np. stosując środki farmakologiczne). Wyniki badań wskazują jednak, że modyfikacja okoliczności zewnętrznych (nawet tak prostych jak warunki oświetlenia) może nie tylko leczyć depresję, lecz także zapobiegać jej występowaniu. Oczywiście, tak jak w przypadku wszystkich działań zapobiegawczych, udowodnienie ich skuteczności jest trudne, ponieważ wynikiem efektywnej profilaktyki jest niewystępowanie choroby.

Rozważając działania zapobiegające depresji, należy mieć również na uwadze fakt, iż jest ona chorobą ogólnoustrojową. Depresja, zwłaszcza nieleczone, powoduje wzrost ryzyka występowania zaburzeń somatycznych i na odwrót – choroby somatyczne, zwłaszcza długotrwałe, zwiększają ryzyko zaburzeń depresyjnych (Evans i wsp., 2005). Współistniejąca z chorobą somatyczną depresja jest zwykle stanem przewlekłym, miernie nasilonym, opornym na leczenie, zwiększającym inwalidztwo i śmiertelność (Thase, 2016). Dlatego tak ważne są działania profi-

laktyczne i jak najwcześniejsze wykrywanie i leczenie tego schorzenia. Zgodnie z dokumentem World Health Organization (WHO) *Mental Health Action Plan 2013-2020* osoby z dysfunkcjami psychicznymi doświadczają nieproporcjonalnie większej liczby niesprawności i zachorowań w swoim życiu. Na przykład osoby chorujące na depresję mają 40-60% większe prawdopodobieństwo przedwczesnego zgonu w związku z problemami ze zdrowiem fizycznym, które często pozostają niezdiagnozowane lub nieleczone (w tym: nowotwory, choroby układu krążenia, cukrzyca, HIV, infekcje). Wiele badań naukowych wskazuje na fakt, że depresja predysponuje do zwiększonego ryzyka zawału mięśnia sercowego czy cukrzycy i odwrotnie – zawał i cukrzyca zwiększają ryzyko zachorowania na depresję. Jak wynika z metaanalizy (Ali i wsp., 2006) około 31% osób dorosłych z cukrzycą ma klinicznie istotne objawy depresji. Około dwukrotnie częściej dotyka ona osób otyłych niż ludzi z prawidłową wagą. Częstotliwość zjawiska współchorobowości jest większa u kobiet i dotyczy głównie otyłości trzewnej (Stunkar i wsp., 2003; Herva i wsp., 2006). Również zależność pomiędzy depresją a nadciśnieniem tętniczym jest obustronna. W badaniu NHANES (Wang i wsp., 2016) obserwowano częstsze występowanie podwyższonego ciśnienia krwi u osób z zaburzeniami depresyjnymi. Skuteczne leczenie przeciwdepresyjne i przeciwłękowe prowadzi natomiast do normalizacji ciśnienia tętniczego (Rymaszewska i Dudek, 2009). Związek depresji z rozwojem choroby niedokrwiennej serca i ryzykiem nagłego zgonu sercowego został potwierdzony bezspornie w wielu opracowaniach naukowych (Rugulies, 2002; Nicholson i wsp., 2006; Kooy i wsp., 2007; Baune i wsp., 2012; Gan i wsp., 2014). Z kolei współobecność zaburzeń depresyjnych i reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) związana jest z wyższym ryzykiem samobójstwa i zgonu z powodu pogorszenia stanu somatycznego (Joaquim i Appenzeller, 2015). Depresja współwystępuje również bardzo często z nowotworami (Zhao i wsp., 2014), zmniejszając wolę leczenia się pacjenta, wpływając negatywnie na układ immunologiczny i pogarszając rokowanie w chorobie nowotworowej. Dopiero dwadzieścia lat po przebytych nowotworze ryzyko depresji zmniejsza się do poziomu rozpowszechnienia u osób bez choroby nowotworowej (Zhao i wsp., 2014).

Podsumowując, problemem zdrowotnym jest duże rozpowszechnienie schorzeń depresyjnych, ich zbyt mała rozpoznawalność, zbyt późne wdrażanie działań terapeutycznych oraz ich niedostosowanie do szczególnych grup ryzyka, tj. dzieci i młodzieży, kobiet cierpiących na depresję poporodową oraz pacjentów w wieku podeszłym.

### **3. EPIDEMIOLOGIA**

*Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska* (EZOP) to pierwsze ogólnopolskie badanie, w którym oszacowano rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród Polaków. Przeprowadzono je na reprezentatywnej grupie w wieku od 18 do 64 lat. Wyniki potwierdziły istnienie depresji w polskim społeczeństwie. Wahania nastroju i zaburzenia nerwicowe rozpoznawano łącznie u 13,1% respondentów. Można więc przyjąć, że problem ten dotyka około 5 mln mieszkańców naszego kraju. U około 3% populacji Polski w wieku najmłodszym i produkcyjnym (a więc osób o najwięk-

szym potencjale rozwojowym dla państwa), a także wśród osób starszych wystąpił w ciągu dotychczasowego życia przynajmniej jeden epizod depresyjny o dowolnym nasileniu. W badaniu tym oszacowano również rozpowszechnienie skarg depresyjnych (w tym symptomów takich jak: stany obniżenia nastroju i aktywności, unikanie, przewlekły lęk, drażliwość), które nie były wystarczające do postawienia rozpoznania, ale przekładają się na jakość życia i mogą zwiastować pojawienie się depresji. Stwierdzono, że powyższe objawy występują u 20-30% populacji, czyli dotyczą blisko 8 mln Polaków. Badanie EZOP wskazało również na związek występowania zaburzeń nastroju z różnymi uwarunkowaniami społeczno-demograficznymi, np. brakiem zatrudnienia, stanem cywilnym (czynnikiem chroniącym jest małżeństwo) czy miejscem zamieszkania (większym ryzykiem obciążeni są mieszkańcy dużych miast, szczególnie kobiety).

Warto w tym miejscu przytoczyć także dane dotyczące jednego z najważniejszych wskaźników z obszaru zdrowia psychicznego – współczynnika zgonów z powodu samobójstw. Wiadomo, że depresja jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka odebrania sobie życia (szacuje się, że ok. 80% ofiar samobójstw cierpiało na jakiś rodzaj tej choroby). Polska na tle państw Unii Europejskiej należy do krajów o największej liczbie samobójstw w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców. Wskaźnik ten wynosi 16,6. Dla porównania: w Niemczech – 9,2, a w dotkniętych kryzysem ekonomicznym Hiszpanii i Grecji odpowiednio – 5,1 i 3,8 (WHO, *Suicide rates. Data by country*, 2012).

#### **4. PROFILAKTYKA ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH – PRZEGLĄD DOSTĘPNYCH METOD I WYTYCZNYCH**

Jak już wspomniano, modyfikacja czynników zewnętrznych może nie tylko leczyć depresję, lecz także eliminować jej występowanie. W zapobieganiu depresji niezbędne jest pamiętanie o zasadach higieny psychicznej (rozumianej jako szereg czynności, które poprawiają funkcjonowanie sfery psychicznej). Dbanie o nią oznacza dążenie do równowagi wewnętrznej, dobrych stosunków z otoczeniem i efektywnego rozwiązywania problemów. Z jednej strony jest to profilaktyka, chroniąca nas przed obniżeniem nastroju, niepokojem, nadmiernym stresem, które w konsekwencji mogą prowadzić do poważnych powikłań zdrowotnych, a z drugiej strony – sprawne, efektywne radzenie sobie z występującymi w naszym życiu trudnościami. Duże znaczenie prewencyjne mają pozytywne relacje społeczne, wsparcie ze strony otoczenia, uzyskiwanie pomocy w sytuacjach trudnych, stosowanie podstawowych zasad zdrowego stylu życia, optymistyczne myślenie, trening intelektualny, nauczenie się korzystania z własnych zasobów, takich jak świadomość własnych dobrych cech i mocnych stron. Niezbędne dla zachowania zdrowia psychicznego jest umiejętność rozpoznawania wczesnych objawów nawrotu choroby i radzenia sobie z nimi, a także wiedza dotycząca tego, które symptomy powinny nas skłonić do pilnego zgłoszenia się do lekarza.

Z dostępnych danych wynika, że rekomendacje z zakresu profilaktyki, jak i wczesnego wykrywania depresji zostały opracowane w wielu krajach na świecie. Najbardziej kompleksowo-

we zalecenia, obejmujące wiele zagadnień związanych z depresją, zawarte są w wytycznych National Institute for Health and Care Excellence (NICE) oraz w dokumentach opracowanych przez amerykańskie organizacje i stowarzyszenia (US Preventive Services Task Force USPSTF, American College of Preventive Medicine, Michigan Quality Improvement Consortium Guideline, American Family Physician, Institute of Clinical Systems Improvement).

Wiele doświadczeń związanych z zapobieganiem depresji pochodzi również z Australii. Jednym z najbardziej znanych programów jest prowadzony tam Beyondblue ([www.beyondblue.org.au](http://www.beyondblue.org.au)), który został utworzony w 2000 r. jako pięcioletnia narodowa inicjatywa mająca na celu zwiększenie świadomości społecznej w zakresie wczesnego reagowania na zachowania depresyjne. Badania retrospektywne, przeprowadzone w kolejnych latach, potwierdziły skuteczność przedsięwzięcia w zakresie zwiększonej wiedzy oraz poprawę leczenia choroby wśród Australijczyków (Jorm i wsp., 2005; Morgan i Jorm, 2007).

W Nowej Zelandii prowadzony jest narodowy program dotyczący depresji (National Depression Initiative, NDI; [www.depression.org.nz](http://www.depression.org.nz)) ukierunkowany na profilaktykę i wczesne wykrywanie choroby. Ramowymi zadaniami inicjatywy wynikającej ze zobowiązań nowozelandzkiego ministerstwa zdrowia są przede wszystkim wzmacnianie indywidualnych, rodzinnych oraz społecznych czynników przeciwdziałających występowaniu/rozwojowi depresji, a także poprawa reakcji społecznych (w tym specjalistów w tym zakresie) na przypadki choroby. Sednem przedsięwzięcia są dwa portale internetowe (dla młodzieży i dla dorosłych) dostarczające informacji o depresji i sposobach radzenia sobie z tym problemem. Funkcjonują też specjalne, dedykowane forum i całodobowa linia interwencyjna. Dla dorosłych dodatkowo dostępne są także aplikacje związane z profilaktyką depresji. NDI cieszy się bardzo dużym zainteresowaniem i w ciągu ostatnich lat stale się rozwija.

Ciekawe doświadczenia w tej materii pochodzą również z krajów europejskich. Przeprowadzony w Norymberdze dwuletni program walki z depresją (European Alliance Against Depression; Hegerl i wsp., 2008) pozwolił na znaczącą redukcję liczby samobójstw (o około 20%) i poprawę wczesnej wykrywalności oraz opieki nad dotkniętymi tą chorobą osobami. Koncepcja niemieckiej inicjatywy bazuje na różnych poziomach oddziaływań: współpraca i szkolenia dla lekarzy rodzinnych, kampanie społeczne zwiększające świadomość i podstawową wiedzę o depresji, szkolenia dla kluczowych zawodów (tj. nauczyciele, księża, policja, opiekunowie starszych ludzi) oraz tworzenie grup wsparcia i szczególnych ułatwień w dostępie do fachowej opieki dla pacjentów z podwyższonym ryzykiem samobójstwa. Przedsięwzięcie z różnymi modyfikacjami było implementowane w wielu innych krajach. Ewaluacja efektywności w kolejnych latach potwierdziła istotny spadek liczby samobójstw i poprawę wczesnego wykrywania depresji.

W Polsce brakowało dotychczas podobnych rozwiązań systemowych o charakterze prewencyjnym. Program Zapobiegania Depresji na Lata 2016-2020 ma szansę to zmienić. Różne inicjatywy ukierunkowane na problematykę depresji były natomiast realizowane na szczeblach



wojewódzkich i powiatowych (patrz: Analiza dostępnych metod zapobiegania, rozpoznawania i leczenia depresji w Polsce i na świecie, ze szczególnym uwzględnieniem grup ryzyka).

## **5. WCZESNE WYKRYWANIE DEPRESJI – PRZEGLĄD DOSTĘPNYCH METOD I WYTYCZNYCH**

Obowiązujące w różnych krajach rekomendacje w zakresie badań przesiewowych w kierunku depresji zalecają albo rutynowe badanie całej populacji (np. US Preventive Services Task Force i inne amerykańskie towarzystwa i organizacje), albo też skryning w wybranych grupach ryzyka (NICE). Zazwyczaj zadanie to jest przypisywane lekarzom pierwszego kontaktu.

W artykule opublikowanym w prestiżowym piśmie „JAMA” (2016) Tease zwraca uwagę, że istnieją liczne dowody na skuteczność prowadzenia skryningowych badań populacyjnych w kierunku występowania depresji. Z przedstawionych ustaleń płyną dwa podstawowe wnioski: 1) dysponujemy skalami, które pozwalają na rzetelne wykonanie przesiewowej oceny występowania depresji w warunkach POZ; 2) prowadzenie takich badań poprawia zarówno rozpoznawanie, jak i leczenie choroby na poziomie POZ.

Populacja pacjentów, z którymi styka się lekarz rodzinny, jest wyjątkowo predysponowana do zaburzeń depresyjnych. Według NICE (*Depression with a chronic physical health problem*, NICE Clinical Guideline, 2009) depresja jest 2-3 razy częstsza u osób cierpiących na przewlekłą chorobę somatyczną. Dlatego w populacji tych pacjentów brytyjski instytut (i zdecydowana większość innych rekomendacji) podkreśla ważność rutynowego przeprowadzania badań przesiewowych. W tej grupie chorych depresję często trudniej jest zdiagnozować, gdyż objawy obu zaburzeń mogą być bardzo podobne. Jak podaje American Psychiatric Association (APA), wielu podopiecznych z zaburzeniami depresyjnymi wcale nie narzeka na obniżony nastrój czy anhedonię. Skarżą się natomiast na różnorodne i mało specyficzne dolegliwości somatyczne, zmęczenie, częściej też przychodzą na wizyty do lekarzy (Simon i wsp., 1999). Jednocześnie depresja pogarsza rokowanie w niektórych chorobach przewlekłych, tj. w chorobie układu krążenia czy cukrzycy (Ford i wsp., 1998; Ciechanowski, 2000). Dlatego wczesna identyfikacja depresji poprzez badania przesiewowe jest szczególnie wskazana.

Czynniki ryzyka depresji w populacji pacjentów lekarza pierwszego kontaktu obejmują takie schorzenia i warunki środowiskowe jak:

- przebyty epizod depresji w przeszłości (Siu, 2016)
- depresja w rodzinie (NICE, British Psychological Society, Royal College of Psychiatrists)
- inne choroby psychiczne, uzależnienia (Health Quality Ontario, 2013)
- choroby nowotworowe
- choroba Parkinsona
- choroba układu krążenia
- cukrzyca
- bóle karku, przewlekły ból (Boersma i Linton, 2005)

- inne przewlekłe choroby somatyczne
- bezrobocie, trudna sytuacja życiowa (King i wsp., 2008)
- różnorodne trudności życiowe dotyczące osób starszych, np. przewlekła choroba, żałoba, przebywanie w instytucjonalnych zakładach opieki (Canadian Task Force on Preventive Health).

US Preventive Services Task Force (USPSTF) zaktualizował niedawno rekomendacje, w których zaleca rutynowe badanie przesiewowe populacji dorosłych osób (Siu i USPSTF, 2016). Badania pokazują także, że najkorzystniejsze wyniki w leczeniu depresji daje połączenie skryningu i skoordynowanej dalszej opieki nad pacjentem dotkniętym chorobą świadczoną przez lekarzy pierwszego kontaktu i specjalistów psychiatrów (Pignone i wsp., 2002).

American College of Preventive Medicine (ACPM) popiera tę rekomendację, polecając wdrażanie jej we wszystkich poradniach opieki podstawowej oraz tworzenie modeli postępowania z pacjentem opartych na współpracy z konsultantami psychiatrami (Nimalasuriya i wsp., 2009). O'Connor i współnicy (2016) zwracają również uwagę na fakt, że skuteczność badań przesiewowych jest większa, jeśli dodatkowo zorganizowany jest system dalszej ochrony zdrowia, kontynuacji i ewentualnej modyfikacji leczenia na poziomie opieki podstawowej. Również Belnap i współnicy (2006) oraz Gilbody i współnicy (2006) wskazują, że kompleksowe podejście do pacjenta z depresją na poziomie opieki podstawowej oparte na współpracy grupy osób, w tym lekarza rodzinnego i konsultanta psychiatry, przynosi lepsze rezultaty niż tradycyjne podejście.

Michigan Quality Improvement Consortium Guideline (2016) zaleca również rutynowe badanie przesiewowe populacji dorosłych, nie precyzując jednak jak często miałyby się ono odbywać. Natomiast pacjenci z grupy podwyższonego ryzyka depresji, jak również ci, u których podejrzewa się objawy depresyjne, powinni być badani przy każdej okazji. Sugerowane jest posługiwanie się przesiewowymi kwestionariuszami *Patient Health Questionnaire* – PHQ-2 i/lub PHQ-9.

Podobne rekomendacje wydał Institute of Clinical Systems Improvement (ICSI) (Trangle i wsp., 2016), zalecając rutynowy skryning całej populacji za pomocą PHQ-2 i/lub PHQ-9. W przypadku pozytywnego wyniku wskazane jest dalsze badanie i wywiad. Powyższe kwestionariusze można również aplikować w każdej sytuacji, gdy podejrzewa się depresję u pacjenta. ICSI poleca skierowanie do opieki psychiatrycznej w przypadkach, gdy chory deklaruje myśli samobójcze, nie ma odpowiedzi na włączone leczenie lub współistnieją inne schorzenia psychiatryczne. W każdym przypadku lekarz powinien przeprowadzić edukację pacjenta odnośnie depresji oraz ocenić poziom wsparcia w najbliższym otoczeniu.

Również American Family Physician ([www.aafp.org](http://www.aafp.org)), podobnie jak inne amerykańskie organizacje, zaleca standardowe badanie populacji dorosłych oraz młodzieży (12-18 lat). Sugeruje posługiwanie się najbardziej praktycznym dla danego lekarza narzędziem przesiewowym. Najczęściej jest to kwestionariusz PHQ-2. Jeśli pacjent odpowie pozytywnie na którekolwiek z dwóch pytań, wskazany jest dalszy wywiad za pomocą PHQ-9.

Australijski Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) również zaleca przesiewowe badanie w kierunku depresji w populacji dorosłych, jeśli dysponuje się odpowiednią strukturą do dalszego leczenia i skoordynowanej opieki nad pacjentem. W przypadku osób z czynnikami ryzyka rekomenduje, by zawsze brać pod uwagę możliwość depresji i wykonać w tej grupie skryning.

Niektórzy naukowcy podkreślają potrzebę przeprowadzania dodatkowych testów laboratoryjnych u osób z podejrzeniem depresji, np. ocenę poziomu TSH we krwi u osób z objawami niedoczynności tarczycy (Whooley i Simon, 2000). Wskazania odnośnie takich badań wydało też American Geriatrics Society, które zaleca laboratoryjny pomiar następujących parametrów u osób z podejrzeniem depresji: TSH, witamina B12, wapń, elektrolity, elementy oceniające funkcje nerek i wątroby, podstawową morfologię krwi oraz badanie moczu.

Obszerne rekomendacje odnośnie wykrywania i leczenia depresji u dorosłych oraz u osób z przewlekłą chorobą somatyczną opublikował w dwóch dokumentach NICE (*The treatment and management of depression in adults* oraz *Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management*). NICE zaleca uważne monitorowanie pacjentów z grupy podwyższonego ryzyka (depresja w wywiadzie, inne zaburzenia psychiczne, przewlekła choroba somatyczna) i przeprowadzanie wśród nich przesiewowego testu za pomocą zestawu dwóch pytań:

- Czy w ostatnim miesiącu miałeś/miałaś uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności?
- Czy w ostatnim miesiącu doświadczyłeś/doświadczyłaś zmniejszonego zainteresowania lub słabszego odczuwania przyjemności z wykonywania czynności?

Jeżeli na którekolwiek z nich pacjent odpowie twierdząco, wskazane jest przeprowadzenie dalszej oceny stanu psychicznego lub skierowanie do specjalisty psychiatry, gdy lekarz pierwszego kontaktu nie ma odpowiednich kompetencji.

W przypadku osób z przewlekłą chorobą somatyczną NICE zaleca zadanie kolejnych pytań:

- Czy w ciągu ostatniego miesiąca czułeś/czułaś się bezwartościowo?
- Czy miałeś/miałaś problemy z koncentracją uwagi?
- Czy miałeś/miałaś myśli samobójcze?

Jeżeli odpowie pozytywnie na którekolwiek pytanie, kolejnym krokiem powinno być przeprowadzenie dalszej oceny stanu psychicznego lub skierowanie do specjalisty psychiatry. Należy rozważyć też, czy depresja nie wynika z leków stosowanych w chorobie somatycznej lub w inny sposób nie wiąże się z kondycją fizyczną pacjenta.

Jeżeli chodzi o postępowanie lecznicze, NICE zaleca model stopniowanego podejścia do leczenia w czterech krokach:

**Krok 1 – podejrzenie depresji:** badanie i ocena objawów, wsparcie, psychoedukacja, intensywne monitorowanie, ewentualnie skierowanie do dalszej specjalistycznej opieki

**Krok 2 – potwierdzona depresja łagodna/umiarkowana:** interwencje psychospołeczne, psychoterapia, farmakoterapia, ewentualnie skierowanie do dalszej specjalistycznej opieki

**Krok 3 – depresja ciężka lub brak odpowiedzi na leczenie w krokach wcześniejszych:** farmakoterapia, intensywne interwencje psychoterapeutyczne, leczenie skojarzone, skierowanie do dalszej specjalistycznej opieki

**Krok 4 – depresja ciężka lub z innymi współistniejącymi zaburzeniami, zagrożenie życia:** farmakoterapia, intensywne interwencje psychoterapeutyczne, leczenie skojarzone, skierowanie do dalszej specjalistycznej opieki, elektrowstrząsy, leczenie szpitalne.

U pacjentów z dystymią oraz łagodną i umiarkowaną depresją, którzy nie wymagają żadnej formalnej interwencji lub którzy jej nie chcą, zalecana jest edukacja, ustalenie planu wizyt (np. wyznaczenie kolejnego spotkania u specjalisty za 2 tygodnie), interwencje psychospołeczne. Można rozważyć też skierowanie na terapię behawioralno-poznawczą (CBT) lub zalecić aplikacje komputerowe oparte na terapii CBT albo grupowe ćwiczenia fizyczne.

Osoby z depresją ciężką, umiarkowaną i towarzyszącymi innymi problemami zdrowotnymi lub z przewlekłą chorobą somatyczną ograniczającą codzienne normalne funkcjonowanie powinny być objęte kompleksową, skoordynowaną opieką lekarzy pierwszego kontaktu i specjalistów psychiatrów.

Poniższa tabela podsumowuje najważniejsze rekomendacje odnośnie skryningu w kierunku depresji.

Tabela 1. Rekomendacje odnośnie badania przesiewowego w kierunku depresji

Organizacja	Rekomendacja
U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), 2016	Zaleca rutynowe badanie przesiewowe populacji dorosłych osób. Wskazuje jednocześnie na potrzebę zapewnienia badanym dostępu do dalszej opieki i skoordynowanego leczenia.
American College of Preventive Medicine (ACPM), 2009	Podkreśla ważność rutynowego skryningu w kierunku depresji w populacji dorosłych. Zaznacza konieczność skoordynowanej opieki nad pacjentem.
Michigan Quality Improvement Consortium Guideline (MQIC), 2016	Sugeruje rutynowy skryning pod kątem depresji w populacji dorosłych za pomocą kwestionariuszy PHQ-2 i/lub PHQ-9. U osób z czynnikami ryzyka badanie powinno być przeprowadzane przy każdej wizycie.
Institute of Clinical Systems Improvement (ICSI), 2016	Zaleca rutynowe badanie przesiewowe w kierunku depresji w populacji dorosłych za pomocą kwestionariuszy PHQ-2 i/lub PHQ-9.
American Family Physician (AAFP), 2012	Rekomenduje rutynowe badanie przesiewowe populacji dorosłych oraz dzieci i młodzieży (12-18 lat) za pomocą PHQ-2 i/lub PHQ-9 lub Geriatric Depression Scale-15 wśród osób starszych.
Royal Australian College of General Practitioners (RACGP)	Poleca rutynowe badanie przesiewowe populacji dorosłych oraz dzieci i młodzieży (12-18 lat) za pomocą kwestionariuszy PHQ-2 i/lub PHQ-9. U osób z czynnikami ryzyka powinno być ono przeprowadzane przy każdej wizycie.
Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC), 2013	Nie zaleca rutynowych badań przesiewowych w kierunku depresji ani u ogółu populacji, ani u pacjentów z grupy ryzyka.
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2009	Proponuje uważne monitorowanie pacjentów z grupy podwyższonego ryzyka, zwłaszcza osób z przewlekłą chorobą somatyczną, i przeprowadzanie w tej grupie przesiewowego testu za pomocą zestawu dwóch pytań. Ponadto, zaleca stopniowane podejście do leczenia.

Najczęściej w zaleceniach wymieniane są dwa testy: PHQ-2 i PHQ-9. Kwestionariusz PHQ-2 poleca się do badania przesiewowego populacji wszystkich osób powyżej 12 roku życia. Składa się on z dwóch pytań. Wynik 3 lub więcej na 6 możliwych do uzyskania punktów oznacza wskazanie do dalszej ewaluacji, tj. zazwyczaj do zastosowania kwestionariusza PHQ-9. Zestaw PHQ-9 zawiera dziewięć pytań, które pogłębiają rozpoznanie i pomagają zdiagnozować depresję, jak również ocenić jej nasilenie. Wypełnienie kwestionariusza PHQ-9 zabiera około 3 minut. PHQ-9 jest zalecany zarówno jako narzędzie do wstępnej oceny, jak i kolejny test uzupełniający badanie po PHQ-2, jest szczególnie przydatny w monitorowaniu objawów przy leczeniu depresji (Nease i Maloin, 2003). Wynik 10 i więcej punktów wymaga dalszego

badania w kierunku depresji lub skierowania do specjalisty psychiatry. Czułość tego kwestionariusza oceniono na 61%, a jego specyficzność na 94% (Nease i Maloin, 2003).

## **6. OCENA RYZYKA SAMOBÓJSTWA**

Większość rekomendacji odnosi się do potencjalnie najpoważniejszej sytuacji związanej z depresją – do oceny ryzyka zagrożenia samobójstwem, zalecając określenie nasilenia związanych z nim myśli i ocenę możliwości ich realizacji przez pacjenta. Podkreśla się też, że zawsze należy zadać pytanie o najbliższe otoczenie chorego i wsparcie, jakie może tam uzyskać. Na przykład Michigan Quality Improvement Consortium Guideline zaleca pytać wprost o myśli i ewentualne plany dotyczące pozbawienia się życia, a także wywiad rodzinny w kierunku samobójstwa. W przypadku deklarowania takich skłonności, trzeba ocenić ryzyko ich realizacji i stosownie do wyciągniętych wniosków skierować pacjenta do dalszego leczenia (psychiatryczne ambulatoryjne/szpitalne).

NICE zaleca natomiast, aby osobom z przewlekłą chorobą somatyczną i depresją rutynowo zadawać pytania o myśli samobójcze. W przypadku pozytywnego wywiadu należy ocenić poziom wsparcia w otoczeniu, wziąć pod uwagę leki, które pacjent bierze (zarówno psychiatryczne, jak i na schorzenia somatyczne), i ograniczyć ich liczbę, rozważyć intensyfikację kontaktu – w tym telefonicznego – z chorym, i udzielić mu dalszej pomocy stosownie do zagrożenia. Rekomendacje nie uwzględniają natomiast rutynowego badania populacji w kierunku zagrożenia samobójstwem. U.S. Preventive Services Task Force podaje, że nie ma wystarczających dowodów przemawiających za skryningiem całej populacji (U.S. Preventive Services Task Force, *Screening for suicide risk*, 2004).

## **7. LECZENIE FARMAKOLOGICZNE DEPRESJI – PRZEGLĄD DOSTĘPNYCH METOD I WYTYCZNYCH**

Włączenie i prowadzenie skutecznego leczenia przeciwdepresyjnego w warunkach POZ bywa trudne. W obecnej sytuacji związanej z dostępnością do specjalistycznej psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz biorąc pod uwagę barierę, którą dla części chorych stanowi zgłoszenie się do lekarza psychiatry, znajomość problemu diagnostyczno-terapeutycznego, jakim jest rozpoznawanie i leczenie depresji przez lekarzy nie-psychiatrów, wydaje się jednak nieodzowna. Wiedza na temat typowych objawów choroby i standardów dalszego postępowania pozwala na wdrożenie terapii u pacjentów, którzy do psychiatry zapewne nigdy by się nie zgłosili. Umożliwia odpowiednio szybkie pokierowanie do specjalisty tych, u których niepokój budzi nasilenie symptomów, tempo ich narastania, jak również trudno ustalić właściwe rozpoznanie albo istnieją przesłanki do niezwłocznego zgłoszenia do psychiatrycznej izby przyjęć, np.: współistnienie z objawami depresyjnymi urojeń, zachowania autoagresywne i agresywne, ograniczenie przyjmowania posiłków i płynów, obecność myśli samobójczych (Antosik-Wójcińska, 2016; Świącicki, 2010; Parnowski i Świącicki, 2007; Rybakowski i wsp., 2015). Przy łagodnym lub

umiarkowanym nasileniu symptomów szybkie wprowadzenie leczenia przez lekarza POZ pozwala oszczędzić czas, skraca pacjentowi okres złego samopoczucia, tym samym zapobiegając dalszemu narastaniu objawów choroby.

### **7.1. Podstawowe zasady leczenia**

Głównym celem leczenia depresji jest uzyskanie jak najszybszej i pełnej odpowiedzi terapeutycznej oraz remisji objawowej i powrotu do funkcjonowania sprzed okresu wystąpienia choroby. Podstawową zasadą postępowania leczniczego jest dobór leków, które działają kompleksowo, na cały zespół symptomów, a nie tylko na jego poszczególne składowe, np. na lęk czy zaburzenia snu (Antosik-Wójcińska, 2016; Świącicki, 2010; Parnowski i Świącicki, 2007; Rybakowski i wsp., 2015). W procesie terapeutycznym kluczowa jest współpraca z pacjentem, przekazanie mu informacji o rozpoznaniu, przebiegu choroby, metodach leczenia, zasadności przyjmowania przepisanych środków oraz sposobach zapobiegania i identyfikowania wczesnych objawów nawrotu. Działanie leku jest zazwyczaj widoczne dopiero po 2-4 tygodniach, co wymaga cierpliwości i sumienności w przestrzeganiu zaleceń przez pacjenta.

### **7.2. Wybór leku przeciwdepresyjnego**

Jak dowodzą wyniki badań, leki przeciwdepresyjne, bez względu na mechanizm działania, charakteryzują się podobnym odsetkiem poprawy i niewielką (z reguły) różnicą w skuteczności przeciwdepresyjnej w odniesieniu od innego środka przeciwdepresyjnego, z którym dany lek był porównywany. Często czynnikiem decydującym o wyborze lekarstwa jest nie sama skuteczność, a tolerancja preparatu i bezpieczeństwo jego stosowania. W doborze należy także uwzględnić cechy kliniczne depresji u danego pacjenta, choroby współistniejące, a co za tym idzie – inne środki farmakologiczne przyjmowane przez chorego oraz ryzyko potencjalnych interakcji.

Przy wyborze leku przeciwdepresyjnego należy uwzględnić (Świącicki, 2010; Parnowski i Świącicki, 2007; Antosik-Wójcińska, 2016; Rybakowski i wsp., 2015; Stahl, 2010):

- cechy kliniczne depresji
- profil działań niepożądanych
- współistniejące choroby somatyczne i leki przyjmowane z ich powodu
- wiek chorego i masę ciała (np. cechy niedożywienia, wyniszczenie)
- leczenie zastosowane w poprzednich epizodach depresyjnych (jego skuteczność i tolerancję)
- współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych
- nasilenie symptomów depresyjnych (depresja ciężka z objawami psychotycznymi, depresja ciężka bez objawów psychotycznych, depresja o nasileniu umiarkowanym, depresja o nasileniu łagodnym)
- stosowanie się do zaleceń (np. w przypadku trudnej współpracy z pacjentem – wybór leku o jak najprostszym schemacie dawkowania, zaangażowanie w leczenie bliskich chorego, psychoedukacja rodziny)
- doświadczenie lekarza ze stosowaniem danego środka leczniczego
- dostępność i cenę leku.

Tabela 2. Cechy kliniczne depresji a wybór leku przeciwdepresyjnego (Święcicki, 2010; Parnowski i Święcicki, 2007; Antosik-Wójcińska, 2016; Rybakowski i wsp., 2015; Stahl, 2010; Bazire, 2015; Taylor, 2008)

<p><b>depresja z zahamowaniem, brak energii, apatia</b></p>		<p><b>lęk uogólniony, lęk napadowy, mieszane zaburzenia depresyjno-lękowe</b></p>		<p><b>depresja z natrętnymi myślami i czynnościami</b></p>	
<p>wenlafaksyna reboksetyna bupropion wortioksetyna moklobemid</p>		<p>SSRI wenlafaksynatianeptyna</p>		<p>kłomipramina SSRI</p>	
<p><b>depresja z niepokojem</b></p>		<p><b>depresja z bezsennością</b></p>		<p><b>depresja z bólem</b></p>	
<p>mirtazapina mianseryna trazodon TLPD</p>		<p>agomelatyna mianseryna mirtaapina trazodon</p>		<p>wenlafaksyna duloksetyna amitryptylina</p>	
				<p><b>depresja z zaburzeniami funkcji poznawczych</b></p>	
				<p>wortioksetyna agomelatyna</p>	

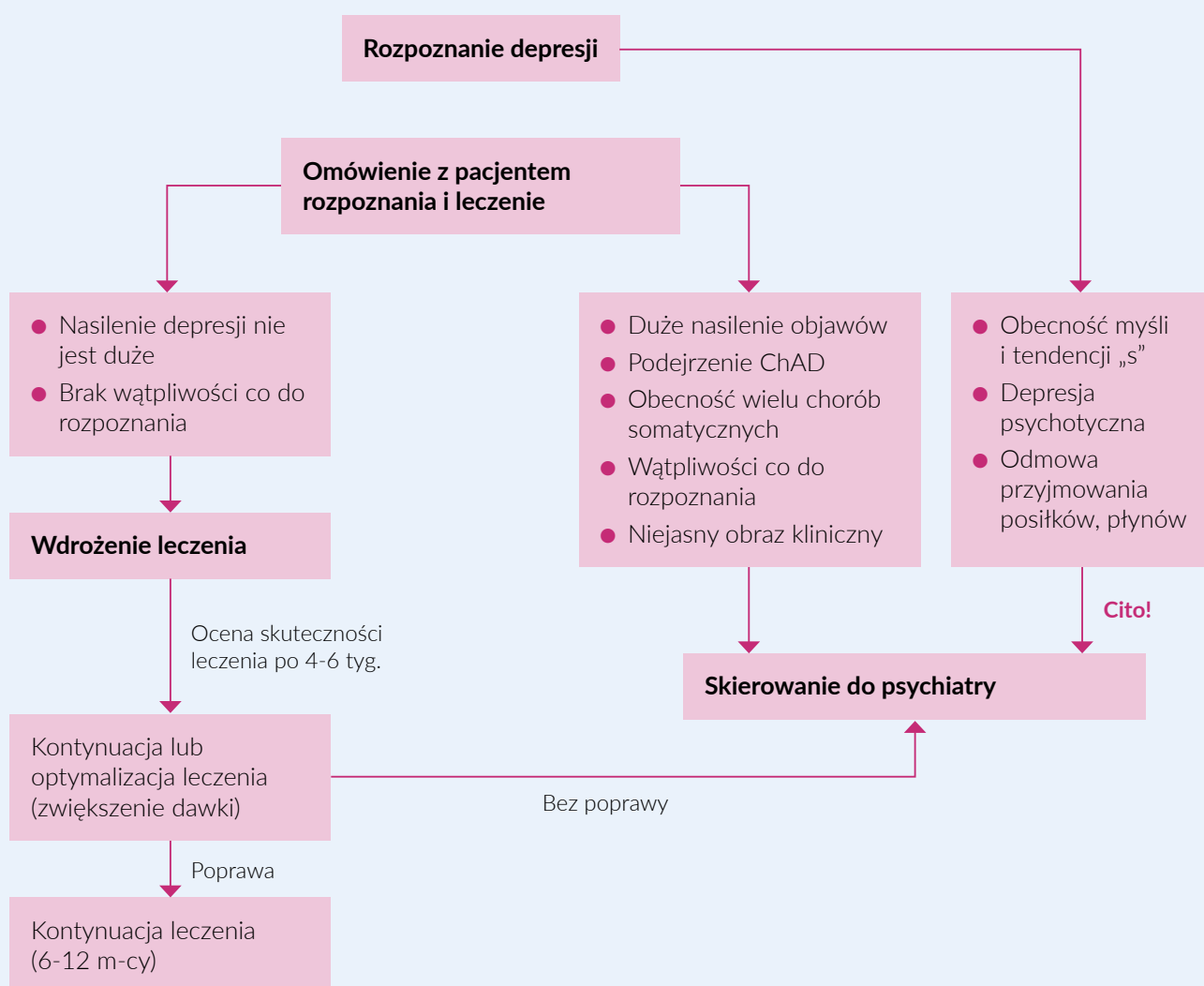
Okolicznością istotną przy ustalaniu leczenia przeciwdepresyjnego jest także obciążenie somatyczne danego pacjenta. Dobierając lek, musimy rozważyć działania niepożądane, które mogą pojawić się w trakcie terapii. Poniżej w uproszczony sposób przedstawiono propozycje leczenia depresji w wybranych chorobach somatycznych.



Tabela 3. Leczenie depresji w wybranych współistniejących chorobach somatycznych (Święcicki, 2010; Parnowski i Święcicki, 2007; Antosik-Wójcińska, 2016; Rybakowski i wsp., 2015; Stahl, 2010; Bazire 2015; Taylor, 2008)

Choroba	Proponowane leczenie przeciwdepresyjne
padaczka	citalopram, mirtazapina, reboksetyna, moklobemid
choroba wieńcowa	citalopram (w dawkach poniżej 40 mg/d), sertralina
choroby wątroby	citalopram, paroksetyna, sertralina
jaskra	SSRI (konieczna kontrola ciśnienia śródgałkowego)
cukrzyca	SSRI
niewydolność nerek	fluoksetyna

Schemat postępowania w leczeniu depresji (Antosik-Wójcińska, 2016; Święcicki, 2010; Parnowski i Święcicki, 2007; Rybakowski i wsp., 2015)



### 7.3. Etapy leczenia

**Faza ostra** – leczenie aktywne (trwa zwykle 6-8 tygodni). Tym mianem określamy czas od rozpoczęcia postępowania do uzyskania remisji objawowej. W tym okresie kluczowe znaczenie ma nie tylko wybór leku przeciwdepresyjnego, lecz także ustalenie adekwatnej dawki terapeutycznej (dobrze tolerowanej przez pacjenta, a zarazem mieszczącej się w zakresie dawek terapeutycznych). W tym czasie wizyty powinny być dość częste, tak aby na bieżąco monitorować tolerancję przyjmowanego środka, występowanie działań niepożądanych oraz reakcji terapeutycznej. Należy pamiętać, że chociaż objawy zwiastujące poprawę mogą pojawić się już na początku terapii, reakcję na leczenie można oceniać dopiero po co najmniej 4-6 tygodniach stosowania leku w dawce terapeutycznej.

**Kontynuacja leczenia** – leczenie podtrzymujące – po uzyskaniu remisji objawowej należy kontynuować leczenie przez co najmniej pół roku (a zdaniem części autorów nawet 9-12 miesięcy). W tym okresie dawki leków powinny być utrzymane lub zmniejszone do minimalnej dawki terapeutycznej. Długość terapii zależy od nasilenia symptomów w momencie jej rozpoczęcia, czasu utrzymywania się objawów przed podjęciem postępowania leczniczego, czasu do uzyskania odpowiedzi terapeutycznej oraz od współistniejących niekorzystnych czynników środowiskowych (trudna sytuacja osobista, rodzinna, zawodowa czy ekonomiczna). Jeśli w czasie leczenia podtrzymującego u pacjenta zaobserwujemy nasilenie objawów depresyjnych, należy zwiększyć dawkę leku lub – jeśli okaże się to nieskuteczne – zmienić preparat na taki o odmiennym mechanizmie działania albo rozpocząć leczenie skojarzone.

**Leczenie profilaktyczne** – jego celem jest zapobieganie ponownemu zachorowaniu w przypadku zaburzeń depresyjnych nawracających lub zaburzeń afektywnych dwubiegunowych.

**Odstawienie leków** – decydując się na zaprzestanie leczenia przeciwdepresyjnego, należy pamiętać, że leki trzeba odstawiać powoli – ze względu na ryzyko wystąpienia objawów odstawiennych. W przypadku krótkotrwałej kuracji przeciwdepresyjnej odstawianie środka zajmuje 1-2 tygodnie, w przypadku leczenia trwającego 6-8 miesięcy redukcji dawek dokonujemy na przestrzeni 6-8 tygodni, zaś w przypadku leczenia długoterminowego dawkę zmniejszamy o 25% co 4-6 tygodni, aż do całkowitego odstawienia.

### 7.4. Najczęstsze błędy popełniane przez lekarzy poza specjalizacją z psychiatrii

Wśród najczęstszych błędów popełnianych przez lekarzy poza specjalizacją z psychiatrii wymienia się (Antosik-Wójcińska, 2016; Święcicki, 2010; Parnowski i Święcicki, 2007; Rybakowski i wsp., 2015):

- bagatelizowanie ryzyka samobójstwa
- zbyt niską dawkę leku przeciwdepresyjnego
- niewystarczająco długi okres leczenia, szybkie zmienianie jednego leku przeciwdepresyjnego na drugi
- politerapię

- lekceważenie działań niepożądanych, traktowanie skarg somatycznych jako przejawu hipochondrii, bagatelizowanie roli interakcji lekowych
- umniejszanie wagi roli kontaktu terapeutycznego i właściwej współpracy na linii lekarz – pacjent
- zbyt częste lub za długie stosowanie benzodiazepin (ryzyko uzależnienia), lub zastępowanie leków przeciwdepresyjnych benzodiazepinami (Antosik-Wójcińska, 2016)
- niedostateczną edukację chorego i jego bliskich na temat choroby i zasad jej leczenia.

### 7.5. Przyczyny nieskuteczności leczenia

Celem leczenia przeciwdepresyjnego jest ustąpienie objawów i przywrócenie funkcjonowania na poziomie sprzed choroby oraz zapobieganie nawrotom. U części chorych – pomimo wielokrotnych modyfikacji terapii farmakologicznej – nadal nie udaje się jednak osiągnąć remisji, a czasem nawet stabilnej poprawy. Bywa, że leczenie powoduje nieakceptowane dla pacjenta działania niepożądane, które są powodem przedwczesnego przerywania kuracji. W badaniach wykazano, że około 20-30% osób prawidłowo leczonych farmakologicznie nie reaguje na terapię. W niektórych przypadkach mamy do czynienia z tzw. „lekoopornością rzekomą”. Brak efektu terapeutycznego jest wówczas wynikiem błędnego rozpoznania, nieadekwatnej farmakoterapii (nieodpowiedni lek, zbyt mała dawka, za krótki czas przyjmowana, niestosowanie się chorego do zaleceń) albo interakcji z innymi lekami.

**Potencjalne przyczyny nieskuteczności leczenia** (Antosik-Wójcińska, 2016; Świącicki, 2010; Parnowski i Świącicki, 2007; Rybakowski i wsp., 2015) to:

- zbyt krótki czas postępowania leczniczego
- błędne rozpoznanie
- niewłaściwa dawka
- nieodpowiedni dobór leku
- niestosowanie się do zaleceń lekarskich, brak współpracy między lekarzem a pacjentem
- współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych lub somatycznych
- indywidualne cechy metabolizmu pacjenta (wolny/szybki metabolizer)
- współistnienie zaburzeń somatycznych
- interakcje z innymi lekami przyjmowanymi przez pacjenta
- obecność zmian organicznych w ośrodkowym układzie nerwowym
- podeszły wiek
- czynniki podtrzymujące objawy choroby
- pomijanie pomocy psychoterapeutycznej
- zbyt wczesna rezygnacja z leczenia
- towarzyszące uzależnienie od substancji psychoaktywnych/alkoholu.

## 8. DIAGNOZA SYTUACJI W POLSCE – BARIERY I MOŻLIWE ROZWIĄZANIA

Jak już wspomniano, zarejestrowana zgłaszalność do placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest bardzo niska i nie odzwierciedla rozpowszechnienia depresji. Ten wyraźny rozdź-

więk uwypukla skalę problemu i rozmiar niezaspokojonych potrzeb. Powstaje więc naturalnie pytanie o przyczyny takiego stanu rzeczy. Wydaje się, że kwestia jest złożona i wymaga rozważenia na co najmniej kilku płaszczyznach. Część pacjentów w ogóle nie uświadamia sobie problemu i nie szuka pomocy medycznej, część trafia do lekarza pierwszego kontaktu (który nie zawsze potrafi ustalić właściwe rozpoznanie), część do neurologa, do psychologa, a tylko niewielka liczba – do specjalisty psychiatrii.

Niewątpliwie barierą wpływającą na niską rozpoznawalność depresji jest też organizacja systemu opieki psychiatrycznej. Badanie EZOP ujawniło jeszcze jedną, niebagatelną rzecz – na tle całej publicznej ochrony zdrowia, dostępność i jakość świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest oceniana zdecydowanie gorzej. Może być to ważny sygnał zwracający uwagę na nierówne traktowanie opieki psychiatrycznej w polityce społecznej państwa.

Dostępność do publicznej opieki psychiatrycznej jest przeszkodą, z którą borykają się pacjenci w całym kraju. Średni czas oczekiwania na wizytę do lekarza psychiatry wynosi 3 miesiące, do psychologa jest jeszcze dłuższy i sięga, w zależności od regionu Polski, nawet do roku. Nie trzeba podkreślać, że dla pacjenta z depresją kilkanaście tygodni czekania na pomoc i leczenie to bardzo długi i wypełniony cierpieniem okres, podczas którego jego szanse na pełny powrót do zdrowia maleją. Badania potwierdzają, że wczesne działanie diagnostyczno-terapeutyczne przekłada się na większy odsetek remisji choroby, zmniejsza ryzyko nawrotu i śmiertelności (Bukh i wsp., 2013; Ghio i wsp., 2014; Ghio i wsp., 2015).

Powtórzmy: system ochrony zdrowia psychicznego w Polsce jest obecnie organizacyjnie nieprzygotowany do sprostania potrzebom znacznej części pacjentów z depresją. Jednak zmiany zostały już zapoczątkowane i – pomimo licznych trudności w ostatnich latach – są kontynuowane celem wypracowania optymalnych i efektywnych rozwiązań. Niezależnie od powyższego, możliwe do realizacji są różne działania, które mogą poprawić opiekę nad pacjentem z depresją. Obejmują one w szczególności zwiększanie świadomości i kompetencji lekarzy, personelu medycznego oraz przedstawicieli innych środowisk, którzy najczęściej stykają się z osobami dotkniętymi tą chorobą. Wiedza w zakresie zdrowia psychicznego powinna być pogłębiana przez profesjonalistów medycznych także w samodzielnym kształceniu ustawicznym. Bardzo istotne jest również zintensyfikowanie działań profilaktycznych nakierowanych na zmniejszenie rozpowszechniania depresji.

Z problemem dostępności do specjalistycznej opieki psychiatrycznej i z organizacją efektywnego systemu w tym zakresie boryka się wiele państw. Rozwiązania stosowane w innych krajach są bardzo zróżnicowane. Wydaje się jednak, że wspólnym mianownikiem jest przesunięcie części ciężaru postępowania z pacjentem na lekarza tzw. pierwszego kontaktu – lekarza rodzinnego/POZ. Dotyczy to w szczególności rozpoznawania chorób psychicznych, w tym depresji, oraz leczenia typowych, niepowikłanych przypadków. Jest to o tyle uzasadnione, że to właśnie lekarz rodzinny jest specjalistą, do którego w pierwszej kolejności mają szansę trafić osoby dotknięte tym scho-

rzeniem. Pacjenci ci często narzekają na różnorodne dolegliwości somatyczne, a głównym źródłem tych skarg jest właśnie nierozpoznana depresja. Przeprowadzone w Polsce badania wskazują na rozpowszechnienie choroby w populacji pacjentów POZ sięgające 23% (Drózd i wsp., 2007).

Przy ograniczonej dostępności do specjalistów psychiatrów, działania zmierzające do zwiększenia kompetencji lekarzy innych specjalności w zakresie leczenia depresji wydają się być jednym z możliwych rozwiązań. W Polsce system kształcenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w tematyce chorób psychicznych nie dostarcza pracownikom medycznym wystarczającej wiedzy i praktycznych umiejętności. Znajomość typowych symptomów depresji, metod wykrywania i założeń dotyczących kuracji pozwalałaby lekarzom POZ na wdrożenie terapii u pacjentów, którzy do psychiatrii zapewne nigdy by się nie zgłosili. Niezbędne wydają się więc szkolenia dla lekarzy rodzinnych obejmujące zapoznanie z objawami, sposobami rozpoznawania i podstawami leczenia depresji oraz przygotowanie materiałów poszerzających wiedzę – z przeznaczeniem do wykorzystania w samodzielnym kształceniu ustawicznym. Pomocne jest również opracowanie rekomendacji w tym zakresie.

Jak wspomniano powyżej, w innych krajach część opieki nad pacjentem z depresją spoczywa na lekarzu pierwszego kontaktu. Równie istotną kwestią jest organizacja całego systemu ochrony zdrowia tak, by pacjentom z tą chorobą zapewnić kompleksową, skoordynowaną pomoc. Dotyczy to lekarzy rodzinnych, specjalistów psychiatrów, psychologów, terapeutów i członków zespołów tworzących opiekę środowiskową. Czołowe organizacje na świecie, takie jak American College of Preventive Medicine (ACPM, [www.acpm.org](http://www.acpm.org)), zalecają wdrożenie we wszystkich poradniach POZ modelu opartego na współpracy z konsultantami psychiatrami (Nimalasuriya i wsp., 2009). O'Connor (2016) zwraca również uwagę na fakt, że skuteczność działań profilaktycznych jest większa, jeśli dodatkowo zorganizowany jest system dalszej pracy z chorym i kontynuacji leczenia na poziomie POZ.

W Polsce natomiast silnie widać oddzielenie opieki podstawowej od specjalistycznej opieki psychiatrycznej. Nie istnieją wytyczne dotyczące takiej współpracy. Tymczasem mając możliwość konsultacji przypadków swoich pacjentów ze specjalistami psychiatrami, lekarze rodzinni podnieśliby swoje umiejętności praktyczne w tym zakresie. Ułatwiłoby im to pracę, którą w dużej mierze w tej chwili faktycznie wykonują.

W tym kontekście wskazane jest, aby zastosować systemowe rozwiązanie w postaci szkoleń dla lekarzy rodzinnych oraz implementacji kompleksowego modelu opieki nad pacjentem z depresją (począwszy od wykrycia choroby przez lekarza rodzinnego, przez dalsze jego prowadzenie i konsultacje ze specjalistą psychiatrą).

Oprócz ograniczeń systemowo-organizacyjnych, równie istotne i silnie zakorzenione pozostają bariery świadomościowe. Głównymi problemami wydają się być brak wiedzy o depresji w społeczeństwie oraz stygmatyzacja osób chorujących, jak i samej choroby.

Potwierdziły to wyniki badania EZOP ujawniające bardzo ograniczony zasób informacji i doświadczeń ankietowanych związanych z ludźmi chorującymi psychicznie. Jednocześnie w opiniach na temat funkcjonowania w życiu publicznym osób cierpiących na schorzenia psychiczne dominowały bardzo dystansujące i sztywne przekonania oraz wypowiedzi o negatywnym wydźwięku. Poglądy te wydają się być niezwykle silnie zakorzenione i w dużej mierze niezależne kulturowo – z problemem tym boryka się wiele społeczeństw na świecie. W badaniu zwrócono także uwagę, że oszacowana zgłaszalność do placówek opieki psychiatrycznej może być w rzeczywistości większa, czego powodem jest nieujawnienie tego faktu przez część respondentów. Uwypukla to potrzebę systemowych rozwiązań, wprowadzenia programów edukacyjno-informacyjnych kierowanych do poszczególnych grup docelowych. Niezbędna jest także edukacja całego społeczeństwa przez odpowiednią kampanię podnoszącą poziom wiedzy na temat depresji.

Do zmiany sytuacji ma przyczynić się realizacja Programu Zapobiegania Depresji w Polsce na Lata 2016-2020. Jego celem jest pogłębienie świadomości na temat depresji i uwrażliwienie społeczeństwa na ten problem. Ma temu służyć ogólnopolska kampania edukacyjno-informacyjna pod nazwą Depresja. Rozumiesz – pomagasz. W ramach tej inicjatywy publikowane i dystrybuowane (m.in. za pomocą środków masowego przekazu) są treści naukowe i uświadamiające skierowane do ogółu społeczeństwa, z wyszczególnieniem grup o podwyższonym ryzyku zachorowania na depresję – dzieci i młodzieży, kobiet w okresie okołoporodowym oraz osób starszych. Równocześnie została przygotowana przedmiotowa strona internetowa [www.wyleczdepresje.pl](http://www.wyleczdepresje.pl) oraz broszury stanowiące rzetelne kompendium informacji o głównych czynnikach ryzyka depresji, jej objawach, profilaktyce, leczeniu oraz formach wsparcia oferowanych chorym i ich otoczeniu. Materiały kampanii stanowią dobre źródło podstawowej wiedzy o chorobie również dla profesjonalistów medycznych, w tym lekarzy POZ/rodzinnych, personelu poradni i oddziałów ginekologiczno-położniczych, lekarzy geriatrów, pielęgniarek szkolnych.

## **9. PODSUMOWANIE**

Poniżej podsumowano kluczowe kwestie odnośnie zapobiegania, rozpoznawania i leczenia depresji:

1. Promowanie zdrowia psychicznego i zapobieganie depresji powinno być priorytetem w działaniach zmierzających do zmniejszenia rozpowszechnienia choroby.
2. Działania edukacyjno-informacyjne na szeroką skalę (kierowane do ogółu społeczeństwa, osób z grup ryzyka, ich rodzin) przyczyniają się do zmiany postrzegania problemu depresji oraz – dzięki podnoszeniu stanu wiedzy – ułatwiają rozpoznawanie choroby przez samego chorego i jego otoczenie.
3. Depresja może być skutecznie wykrywana na poziomie opieki podstawowej.
4. Obecność objawów depresyjnych może – a nawet powinna – być oceniana przez lekarzy innych specjalności (w tym lekarzy rodzinnych, internistów) za pomocą narzędzi skryningowych.

5. Większość rekomendacji zaleca rutynowe badanie przesiewowe całej populacji lub pacjentów z czynnikami ryzyka depresji.
6. Do testu skryningowego najczęściej zalecane jest użycie kwestionariuszy PHQ-2, PHQ-9 oraz zestawu dwóch pytań wstępnych.
7. Lekarzom innych specjalności niż psychiatria brakuje zarówno wiedzy, praktycznych umiejętności, jak i narzędzia w postaci opracowanych wytycznych, którymi mogliby się kierować w zapobieganiu, wczesnym rozpoznawaniu i leczeniu depresji.
8. Rozdźwięk pomiędzy liczbą leczonych pacjentów a rozpowszechnieniem choroby uwypukla skalę niezaspokojonych potrzeb.
9. Konieczne jest organizacyjne przygotowanie systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce celem zapewnienia m.in. współpracy lekarzy pierwszego kontaktu ze specjalistami w dziedzinie psychiatrii oraz wyeliminowania istotnych barier ograniczających dostęp do wczesnego wykrywania i leczenia zaburzeń psychicznych, w tym depresji.
10. Szkolenia dla lekarzy rodzinnych (zwłaszcza w zakresie wczesnego identyfikowania choroby) oraz model leczenia oparty na skoordynowanej opiece lekarza rodzinnego i specjalisty psychiatrii są najbardziej efektywne w profilaktyce depresji.
11. Wczesne wykrycie i leczenie wpływa na szybszą remisję, zmniejsza liczbę nawrotów choroby i śmiertelność z powodu depresji.

## **II. PROGRAM PROFILAKTYCZNO-EDUKACYJNY ZAPOBIEGANIA DEPRESJI NA POZIOMIE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (POZ) – PROPOZYCJA**

### **1. WSTĘP**

Poniżej podsumowano rozmaite ograniczenia wpływające na niską rozpoznawalność oraz niedostateczne leczenie depresji. Można je podzielić na trzy kategorie:

1. Bariery związane z personelem medycznym w POZ, tj.: ograniczony czas kontaktu z pacjentem podczas wizyty, brak odpowiedniej wiedzy i praktycznych umiejętności odnośnie profilaktyki, rozpoznawania i leczenia depresji.

Rozwiązaniem, które może przynieść poprawę w tym zakresie, jest program edukacyjny skierowany do lekarzy POZ, a także pozostałego personelu medycznego POZ, obejmujący zapoznanie ze sposobami zapobieganiem depresji, metodami wczesnej identyfikacji oraz podstawami leczenia choroby.

2. Bariery związane z pacjentem, tj.: obawa przed stygmatyzacją, niewiedza na temat profilaktyki depresji oraz objawów choroby, brak wsparcia w rodzinie i otoczeniu.



Na polepszenie sytuacji może wpłynąć edukowanie pacjentów oraz ich rodzin. Wskazane są więc działania psychoedukacyjne prowadzone na poziomie POZ (edukacja przez personel medyczny, broszury edukacyjne w POZ). Równie istotne i bardzo potrzebne jest także uświadamianie całego społeczeństwa przez odpowiednią kampanię społeczną o ogólnopolskim zasięgu, która obecnie jest realizowana m.in. w ramach Programu Zapobiegania Depresji w Polsce na Lata 2016-2020.

3. Bariery systemowe, tj.: brak wytycznych odnośnie postępowania dla lekarzy POZ z pacjentem z depresją, organizacja systemu ochrony zdrowia, oddzielenie opieki podstawowej od specjalistycznej – psychiatrycznej.

Usprawnienia w tym zakresie może przynieść opracowanie rekomendacji dotyczących rozpoznawania i dalszego postępowania z pacjentem dla lekarzy i pielęgniarek POZ.

Wspólnym rozwiązaniem dla opisanych problemów jest zaproponowany program profilaktyczno-edukacyjny zapobiegania depresji na poziomie POZ. Składa się on z trzech części odnoszących się do zidentyfikowanych powyżej barier. Zalecanymi oddziaływaniami powinni zostać objęci wszyscy pacjenci lecący się w poradniach POZ oraz lekarze rodzinni. Przedsięwzięcie ma z założenia charakter ciągły, a przesiewowe badanie pod kątem występowania zaburzeń depresyjnych powinno stanowić stały element praktyki lekarskiej, tak jak mierzenie ciśnienia. Wskazania powinny być realizowane we wszystkich poradniach POZ w Polsce. W przypadku trudności z szybkim upowszechnieniem poniższych rekomendacji na terenie całego kraju, można rozważyć przeprowadzenie programu pilotażowego w poradniach POZ w wybranych placówkach zdrowia.

## **2. SZKOLENIE LEKARZY POZ I POZOSTAŁEGO PERSONELU MEDYCZNEGO POZ**

Pierwszą częścią programu jest przeprowadzenie szeroko zakrojonych szkoleń dla lekarzy POZ. Stanowią oni podstawowe ogniwo interwencji, ponieważ mają największy kontakt z grupą osób narażonych na zwiększone ryzyko występowania zaburzeń depresyjnych. Przeszkoleni lekarze ogólni mają włączyć do swojej codziennej praktyki przesiewowy test pozwalający na wykrycie objawów depresji. Taki skryning przynosi istotną korzyść także im samym (rozwiązanie problemu wielu kłopotliwych pacjentów, zmniejszenie liczby niepotrzebnych skierowań na badania), przy minimalnych kosztach – skale oceny nie muszą być wypełniane podczas wizyty. Po stwierdzeniu objawów depresji lekarze rodzinni powinni podjąć decyzję o dalszym postępowaniu w ramach swojej praktyki lub skierowaniu do psychologa/psychiatry.

Najbardziej wskazane są dwie formy szkoleń:

a) Wprowadzenie na poziomie ogólnopolskim bądź regionalnym programu edukacyjnego dotyczącego profilaktyki, wczesnej identyfikacji i leczenia depresji skierowanego do lekarzy i pozostałego personelu medycznego POZ. Elementem niezbędnym jest tu wskazanie im narzędzia



skryningowego do wykrywania choroby i jego rozpowszechnienie w poradniach POZ (kwestionariusz przesiewowy PHQ-9). Aby osiągnąć wymierny efekt tych działań w skali kraju, należy dotrzeć do bardzo szerokiego grona lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Optymalnym rozwiązaniem są kursy za pośrednictwem platformy internetowej (e-learning) bądź warsztaty na terenie POZ, eliminujące dystans między personelem placówki a specjalistą psychiatrii.

b) Propozycją komplementarną do powyższej byłby program szkoleniowy oparty na bliskiej współpracy lekarza POZ i specjalisty psychiatrii (konsultacja telefoniczna/e-mailowa/wideo konkretnych przypadków przez lekarzy psychiatrów). W przypadku niejasności dotyczących diagnozy i dalszego leczenia pracownik POZ miałby możliwość specjalistycznego omówienia przypadku każdego pacjenta. Takie rozwiązanie podniosłoby w bardzo efektywny sposób praktyczne umiejętności lekarzy POZ.

### **3. KAMPANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNA NAŚWIETLAJĄCA PROBLEMATYKĘ DEPRESJI**

- a) Przeprowadzenie ogólnopolskiej kampanii informacyjno-edukacyjnej.
- b) Edukacja pacjentów i ich rodzin na temat profilaktyki, objawów depresji i możliwości uzyskania pomocy na poziomie POZ.
- c) Upowszechnienie broszur edukacyjnych dotyczących depresji w poradniach POZ dla pacjentów i ich rodzin.

### **4. REKOMENDACJE W ZAKRESIE PROFILAKTYKI, WCZESNEGO WYKRYWANIA, LECZENIA I DALSZEGO POSTĘPOWANIA Z PACJENTEM Z DEPRESJĄ DLA LEKARZY PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POZOSTAŁEGO PERSONELU MEDYCZNEGO POZ**

#### **a) Zalecenia odnośnie profilaktyki i wczesnego wykrywania depresji dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz pozostałego personelu medycznego POZ**

1. Zaleca się edukację pacjentów i ich rodzin w zakresie prozdrowotnego stylu życia, technik radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami, rozpoznawania możliwych wczesnych objawów depresji, czynników ryzyka i możliwości uzyskania pomocy.
2. U pacjentów z czynnikami ryzyka, a w szczególności u tych z chorobą somatyczną o długotrwałym przebiegu, przewlekłym bólem, z depresją w wywiadzie, oraz ich rodzin, zaleca się regularne oddziaływania psychoedukacyjne obejmujące wiedzę dotyczącą prozdrowotnego stylu życia i możliwych pierwszych objawów depresji.
3. Obecność symptomów depresyjnych powinna być rutynowo oceniana za pomocą kwestionariusza PHQ-9 u każdego nowego pacjenta rejestrowanego w POZ.
4. Występowanie objawów świadczących o depresji powinno być rutynowo weryfikowane u każdego pacjenta POZ przynajmniej raz w roku, oraz w każdej sytuacji wskazującej na możliwe pogorszenie się stanu psychicznego, a u pacjentów z czynnikami ryzyka - przy każdej możliwej okazji - za pomocą kwestionariusza PHQ-9.

5. Osobom poddanym badaniu przesiewowemu należy wyjaśnić jego cel i uzyskać ich świadomą zgodę na wypełnienie kwestionariusza.
6. Jeśli pacjent nie wyraża zgody na wypełnienia PHQ-9, zaleca się ponowne zaproponowanie badania skryningowego na kolejnej wizycie.
7. Wskazane jest zebranie wywiadu odnośnie czynników ryzyka depresji:
  - Zaleca się, aby pytać o następujące czynniki ryzyka:
    - depresję i stany obniżonego nastroju w przeszłości
    - schorzenia psychiczne w rodzinie
    - choroby somatyczne, przewlekłe bóle
    - sytuację bytową, wsparcie w najbliższym otoczeniu
    - stresujące wydarzenia życiowe w ostatnim czasie.
  - Sugerowane jest również zebranie wywiadu w kierunku uzależnienia od alkoholu, narkotyków, innych substancji psychoaktywnych i leków. W przypadku stwierdzenia zachowań nałogowych należy rozważyć skierowanie pacjenta do opieki psychiatrycznej.
  - Przy wyniku 10 punktów lub więcej w kwestionariuszu PHQ-9 rekomenduje się dalszy wywiad celem potwierdzenia rozpoznania depresji lub skierowanie do specjalisty psychiatry.
  - Wywiad powinien obejmować pytania dotyczące występowania poszczególnych objawów depresyjnych zgodnie z kryteriami ICD-10:

### Objawy podstawowe:

1. obniżony nastrój
2. utrata zainteresowań i zdolności do radowania się
3. zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i osłabienia aktywności

### Objawy dodatkowe:

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

8. Pozytywny wynik (10 punktów lub więcej) badania przesiewowego wymaga odnotowania w dokumentacji medycznej. Następnie zaleca się:
  - przedyskutować z pacjentem wynik badania przesiewowego
  - poinformować jego bliskich o rozpoznaniu i planie leczenia – jeśli pacjent wyraża zgodę
  - ocenić poziom wsparcia w najbliższym otoczeniu

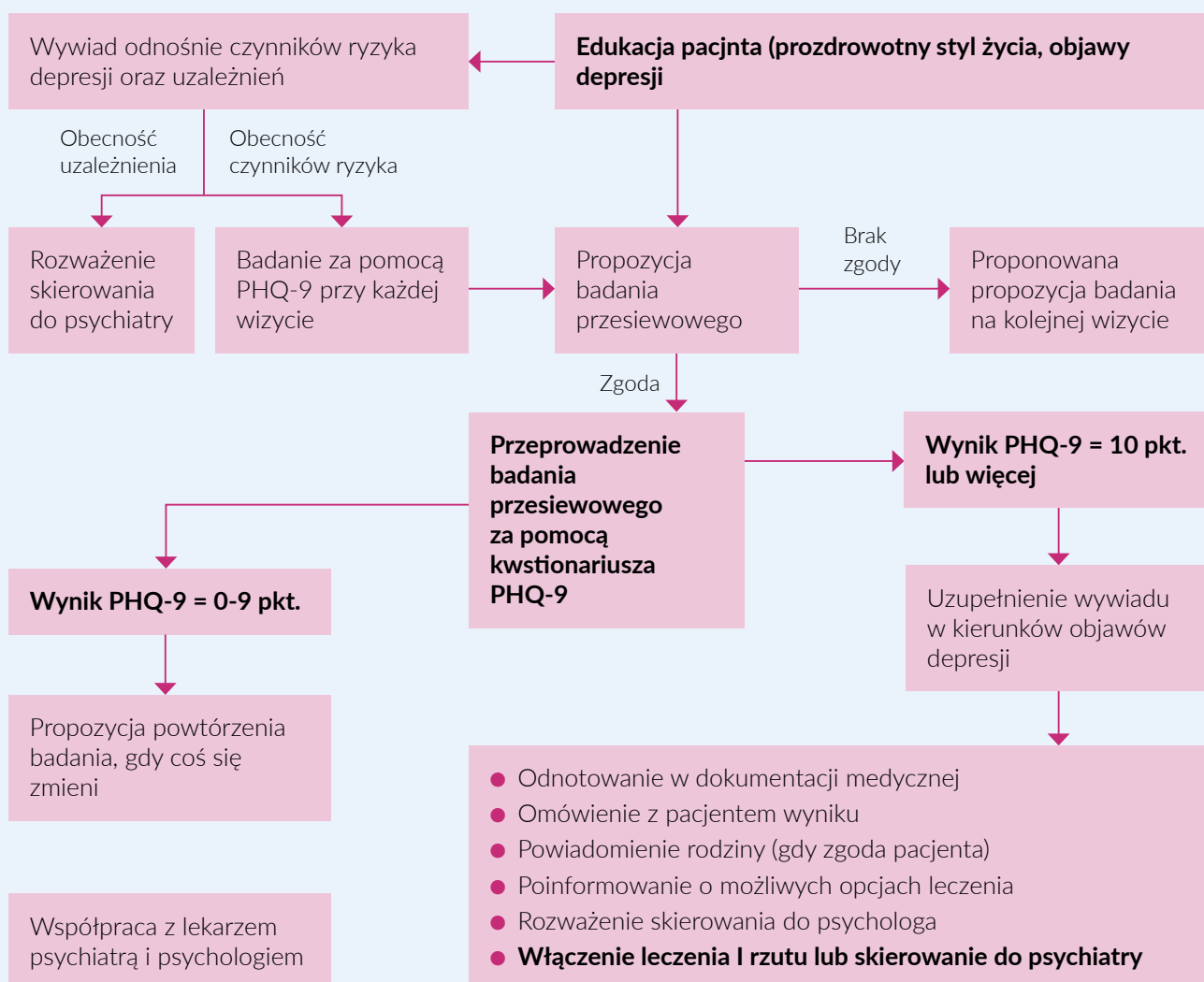
- przedstawić możliwe opcje dalszego postępowania i możliwości leczenia (psychoterapia, farmakoterapia)
- zaproponować plan działania – wdrożenie farmakoterapii, skierowanie do lekarza psychiatry/do psychologa.

9. Rekomendowana jest skoordynowana opieka nad pacjentem z rozpoznaną depresją we współpracy ze specjalistami psychiatrami i psychologami.

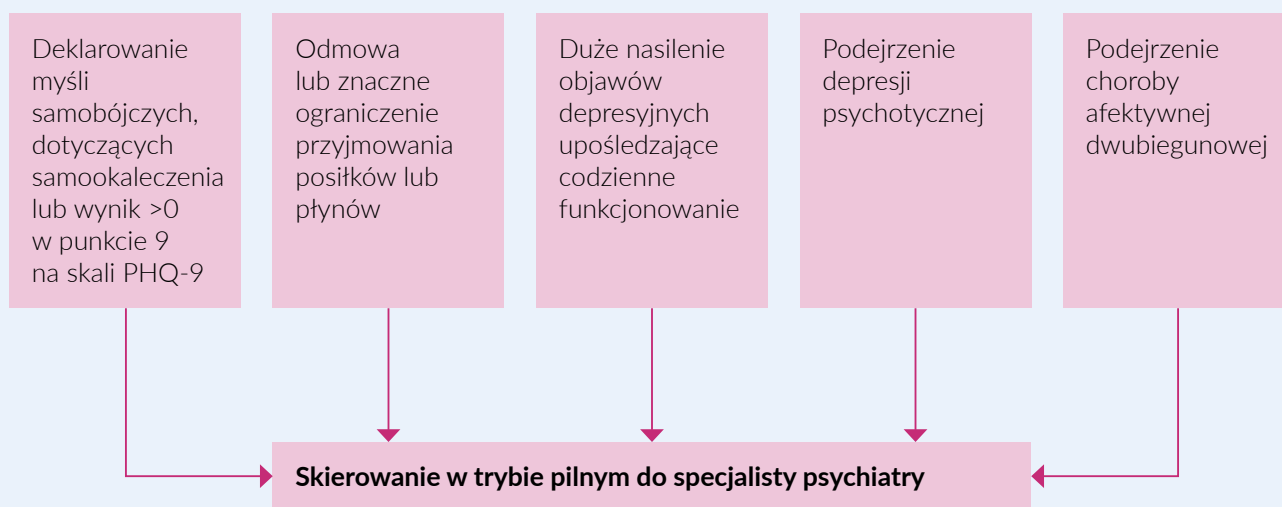
10. Chorego należy skierować w trybie pilnym na konsultację psychiatryczną w przypadku:

- deklarowania myśli i tendencji samobójczych/dotyczących samookaleczenia (lub wynik wyższy niż 0 w punkcie 9 na skali PHQ-9)
- dużego nasilenia objawów depresyjnych, upośledzających wyraźnie codzienne funkcjonowanie pacjenta
- podejrzania depresji psychotycznej
- możliwej choroby afektywnej dwubiegunowej
- odmowy lub znacznego ograniczenia przyjmowania posiłków lub płynów.

Poniższy diagram ilustruje działania związane z profilaktyką, wykrywaniem i dalszym postępowaniem z pacjentem z depresją.



Poniższy diagram ilustruje sytuacje wymagające pilnej konsultacji.



#### **b) Rekomendacje odnośnie leczenia depresji dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej**

1. Przy wyborze leku przeciwdepresyjnego należy uwzględnić: cechy kliniczne depresji, profil działań niepożądanych, współistniejące choroby somatyczne i leki przyjmowane z ich powodu.
2. Przy łagodnym i umiarkowanym nasileniu objawów, lekarz POZ może sam włączyć leczenie I rzutu.
3. W przypadku wątpliwości co do rozpoznania, trudności w ustaleniu leczenia farmakologicznego, przy znacznym nasileniu objawów, gdy jest to kolejny epizod depresji, w sytuacji współistnienia innych zaburzeń psychicznych (w tym uzależnienia od alkoholu, leków uspokajających i nasennych oraz substancji psychoaktywnych) bądź przy współwystępowaniu wielu chorób somatycznych – wskazane jest kierowanie bezpośrednio do specjalisty psychiatry.
4. Jeśli wyszczególnione powyżej okoliczności wymagają pilnej konsultacji specjalistycznej, zaleca się niezwłoczne skierowanie do specjalisty psychiatry.
5. Jako leki I rzutu rekomenduje się środki przeciwdepresyjne z grupy SSRI (selektywne inhibitory wychwyty serotoniny).
6. Kiedy depresji towarzyszą zaburzenia snu i spadek apetytu, można rozważyć włączenie mianseryny lub mirtazapiny. W problemach ze snem, w depresji z lękiem i niepokojem można rozważyć również trazodon.
7. Lek powinno się stosować w dawce terapeutycznej.
8. Należy poinformować pacjenta o możliwych łagodnych i przemijających działaniach niepożądanych, które mogą wystąpić w pierwszym tygodniu stosowania przepisanego preparatu, oraz o przewidywanym czasie leczenia, po którym może nastąpić odczuwalna dla chorego poprawa (3-6 tygodni).
9. Jeżeli wystąpią nasilone działania niepożądane, trzeba zmienić lek lub skierować pacjenta do specjalisty psychiatry.

10. Celem leczenia jest uzyskanie poprawy funkcjonalnej, czyli powrotu do funkcjonowania sprzed wystąpienia choroby.
11. Ocena skuteczności terapii przeciwdepresyjnej powinna mieć miejsce po 4-6 tygodniach.
12. Stwierdziwszy poprawę stanu psychicznego, leczenie przeciwdepresyjne należy kontynuować przez 6-9 miesięcy.
13. Na każdym etapie kuracji w przypadku braku poprawy wskazana jest weryfikacja rozpoznania i przyjmowania leku przez pacjenta.
14. Przy braku skuteczności leczenia po 4-6 tygodniach zalecana jest optymalizacja postępowania (zwiększenie dawki leku).
15. Nie odnotowawszy poprawy pomimo zwiększenia dawki środka przeciwdepresyjnego, trzeba go zmienić na lek z innej grupy lub skierować pacjenta do specjalisty psychiatry.
16. Zakończenie leczenia przeciwdepresyjnego powinno być poprzedzone ponowną oceną stanu psychicznego oraz wywiadem dotyczącym aktualnej sytuacji życiowej pacjenta (należy wnikliwie rozważyć odstawienie leku w przypadku obecności środowiskowych czynników ryzyka nawrotu depresji, np. trudnych okoliczności życiowych).
17. Sugeruje się, by nie odstawiać leku nagle, za to powoli redukować dawkę.
18. Na każdym etapie leczenia wskazane jest rozważenie zalecenia oddziaływań psychoterapeutycznych (w depresji o niewielkim nasileniu – jako jedyna forma leczenia, przy zintensyfikowaniu objawów – jako leczenie wspomagające obok farmakoterapii).

## PIŚMIENNICTWO

Ali S., Stone M.A., Peters J.L. i wsp., *The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis*. Diabetic Med, 2006, 23(11):1165-1173.

American Geriatrics Society, *Geriatrics at your fingertips*. Depression American Psychiatric Association, 2013.

Antosik-Wójcińska A., Świącicki Ł., *Terapia elektrowstrząsowa – skuteczna i bezpieczna alternatywa dla nieskutecznej farmakoterapii*. Psychiatria, 2014, t.11, nr 3, 166-170.

Antosik-Wójcińska A., *Zastosowanie leków uspokajających i nasennych w terapii depresji* [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji*, red. nauk. Świącicki Ł. Bonnier Business Polska, 2016, s. 145-152.

Antosik-Wójcińska A., Chojnacka M., *Inne biologiczne metody leczenia* [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji*, red. nauk. Świącicki Ł. Bonnier Business Polska, 2016, s. 85-100.

Antosik-Wójcińska A., *Ocena stanu psychicznego i wnioski z badania psychiatrycznego* [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji*, red. nauk. Świącicki Ł. Bonnier Business Polska, 2016, s. 49-54.

Antosik-Wójcińska A., *Inne formy leczenia depresji* [w:] *Depresja w praktyce lekarza rodzinnego*, red. Jarema M., Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2016, s. 139-159.

Antosik-Wójcińska A., Świącicki Ł., *Analiza skuteczności i bezpieczeństwa zabiegów elektrowstrząsowych w populacji przed i po 60 r.ż.* Psychiatr. Pol., 2016, vol.50, nr 5, s. 1015-1026.

Antosik-Wójcińska A., *Farmakoterapia depresji* [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji*, red. nauk. Świącicki Ł. Bonnier Business Polska, 2016, s.57-70.

Arroll B., Khin N., Kerse N., *Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study*. BMJ. 2003, 327(7424):1144-1146.

Badanie *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska*

Baune B.T., Stuart M., Gilmour A., et al., *The relationship between subtypes of depression and cardiovascular disease: a systematic review of biological models*. Transl Psychiatry 2012, 2:e92.

Bazire S., *Przewodnik leków psychotropowych*. Via Medica, Gdańsk 2015.

Belnap B.H., Kuebler J., Upshur C., et al., *Challenges in implementing depression care management in the primary care setting*. Adm Policy Ment Health, 2006, 33:65-75.

Boersma K., Linton S.J., *Screening to identify patients at risk: profiles of psychological risk factors for early intervention.* Clin J Pain, Jan-Feb 2005, 21(1):38-43, discussion 69-72.

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

Canadian Task Force on Preventive Health Care, Joffres M., Jaramillo A., et al., *Recommendations on screening for depression in adults.* CMAJ, Jun 2013, 11;185(9):775-82.

Ciechanowski P.S., Katon W.J., Russo J.E., *Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs.* Arch Intern Med, 2000,160(21):3278-3285.

Craven MA., Bland R., *Depression in primary care: current and future challenges.* Can J Psychiatry, Aug 2013, 58(8):442-8.

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

Ekman M., Granstrom O., Omerov S., Jacob J., Landen M., *The societal cost of depression: evidence from 10,000 Swedish patients in psychiatric care.* J Affect Disord, Sep 2013, 25;150(3):790-7.

*Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska*, red. Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniuk W. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012, 111-124, 185-194.

Evans D.L., Charney D.S., Lewis L., et al., *Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations.* Biol Psychiatry, 2005, 58:175-89.

Evans M.E., *Detection and management of depression in the elderly physically ill patient.* Human Psychopharmacol, 1995.10:235-241.

Ford D.E., Mead L.A., Chang P.P., et al., *Depression is a risk factor for coronary artery disease in men: the precursors study.* Arch Intern Med. 1998, 158(13):1422-1426.

Gan Y., Gong Y., Tong X., et al. *Depression and the risk of coronary heart disease: a meta-analysis of prospective cohort studies.* BMC Psychiatry, 2014, 14:371.

Gaynes B.N., Rush A.J., et al., *Primary versus specialty care outcomes for depressed outpatients managed with measurement-based care: results from STAR\*D.* J Gen Intern Med, 2008, 23 (5) 551-560.

Gaynes B.N., Warden D., Trivedi M.H., Wisniewski S.R., Fava M., Rush A.J., *What did STAR\*D Teach Us? Results from a large-scale, practical, clinical trial for patients with depression.* Psychiatric Services, 2009, 60:1439-1445.

Ghio L., Gotelli S., Marcenaro M., Amore M., Natta W., *Duration of untreated illness and outcomes in unipolar depression: a systematic review and meta-analysis*. J Affect Disord, Jan 2014, 152-154:45-51.

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

Gilbody S, AO House, TA Sheldon. *Screening and case finding instruments for depression*. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(4):CD002792.

Gilbody S., Bower P., Fletcher J., et al., *Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes*. Arch Intern Med, 2006, 166:2314-21.

GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*

Health Quality Ontario, *Screening and management of depression for adults with chronic disease. An evidence-based analysis*. Ont Health Technol Assess Ser, 2013,13(8):1-45.

Hegerl U., Wittman M., Arensman E., Audenhove C., *The European Alliance Against Depression (EAAD): a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality*. World J Biol Psychiatry, 2008, 9(1):51-8.

Herva A., Laitinen J., Miettunen J., i wsp., *Obesity and depression: results from the longitudinal Northern Finland 1966 Birth Cohort Study*. Int J Obes(Lond), 2006 30(3):520-527.

Hirschfeld R.M., Keller M.B., Panico S., Arons B.S., Barlow D., Davidoff F., Endicott J., et al., *The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression*. JAMA. Jan 22-29, 1997, 277(4):333-40.

Joaquim A.F., Appenzeller S.N, *Neuropsychiatric manifestations in rheumatoid arthritis*. Autoimmun Rev. 2015, 14(12):1116-22.

Jorm A.F., Christensen H., Griffiths K.M., *The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments*. Aust N Z J Psychiatry, Apr 2005, 39(4):248-54.

King M., Semlyen J., Tai S.S., et al., *A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people*. BMC Psychiatry, 2008, 8:70.

Kooy K., Hout H., Marwijk H., Marten H., Stehouwer C., Beekman A., *Depression and the risk for cardiovascular diseases: systematic review and meta analysis*. Int J Geriatr Psychiatry, 2007, 22(7):613-626.

Li C., Friedman B., Conwell Y., et al., *Validity of the Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) in identifying major depression in older people*. J Am Geriatr Soc, 2007, 55(4):596-602.



- Malhi G.S., Kuiper S., *Chronobiology of mood disorders*. Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum, 2013, 2-15.
- Michigan Quality Improvement Consortium Guideline, *Primary Care Diagnosis and Management of Adults with Depression*, Jan 2016.
- Morgan A., Jorm A., *Awareness of beyondblue: the national depression initiative in Australian young people*. Australas Psychiatry, Aug 2007, 15(4):329-33.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, *Depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management*. 2009.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, *Depression: the treatment and management of depression in adults (update)*. 2009.
- Nease D.E. Jr, Maloin J.M., *Depression screening: a practical strategy*. J Fam Pract, 2003, 52(2):118-124.
- New Zealand Guidelines Group, 2008.
- Nicholson A., Kuper H., Hemingway H., *Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies*. Eur Heart J, 2006, 27(23):2763-2774.
- Nimalasuriya K., Compton M.T., Guillory V.J., *Screening adults for depression in primary care: a position statement of the American college of preventive medicine*. J Fam Pract, 2009, 58:535-38.
- O'Connor E.A., Rossom R.C., Henninger M., et al., *Screening for depression in adults: an updated systematic evidence review for the U.S. preventive services task force*. AHRQ Publication No. 14-05208-EF-1. Jan 2016.
- Parnowski T., Świącicki Ł., *Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza rodzinnego*. Medycyna Plus, Warszawa 2007.
- Pignone M.P., Gaynes B.N., et al. *Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the USPSTF*. Ann Intern Med, 2002, 136 (10):765-776.
- Richardson L.P., Rockhill C., Russo J.E., et al., *Evaluation of the PHQ-2 as a brief screen for detecting major depression among adolescents*. Pediatrics, 2010, 125(5):e1097-e1103.
- Royal Australian College of General Practitioners (RACGP), *Guidelines for preventive activities in general practice*. 9th edition.
- Rugulies R., *Depression as a predictor for coronary heart disease: a review and meta-analysis*. Am J Prev Med, 2002, 23(1):51-61.

Rybakowski J., Dudek D., Jaracz J., *Choroby afektywne W: Jarema M. red. Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych.* Via Medica, Gdańsk 2015.

Sanci L., Lewis D., Patton G., *Detecting Emotional Disorder in Young People in Primary Care.* *Curr Opin Psychiatry*, 2010, 23(4):318-323.

Simon G.E., Korff M., Piccinelli M., et al., *An international study of the relation between somatic symptoms and depression.* *N Engl J Med*, 1999, 341 (18):1329-1335.

Siu A.L., U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), Bibbins-Domingo K., et al., *Screening for depression in adults: U.S. preventive services task force recommendation statement.* *JAMA* 2016, 315:380-87, doi:10.1001/jama.2015.18392.

Siu A.L., US Preventive Services Task Force, *Screening for depression in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement.* *Ann Int Med*, 2016, 164(5):360-66.

Stahl S.M., *Podstawy psychofarmakologii.* Via Medica, Gdańsk 2010.

Sobocki P., Jonsson B., Angst J., Rehnberg C., *Cost of depression in Europe.* *J Ment Health Policy Econ*, Jun 2006, 9(2):87-98.

Święcicki Ł., *Choroba afektywna sezonowa (depresja zimowa). Monografia z uwzględnieniem wyników badań własnych.* Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2006.

Święcicki Ł., *Depresja. Zwykła choroba?.* Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 77-92.

Stunkard A.J., Faith M.S., Allison K.C., *Depression and obesity.* *Biol Psychiatry*, 2003, 54:330-337.

Taylor D., Paton C., Kerwin R., *Przewodnik psychofarmakologii.* Via Medica, Gdańsk 2008.

Thapar A., Collishaw S., Pine D.S., Thapar A.K., *Depression in adolescence.* *Lancet*, Mar 2012, 17;379(9820):1056-67.

Thase M.E., *Recommendations for Screening for Depression in Adults.* *JAMA*, 2016, 315 (4):349-350.

Tomonaga Y., Haettenschwiler J., Hatzinger M., Holsboer-Trachsler E., Rufer M., Hepp U., Szucs T.D., *The economic burden of depression in Switzerland.* *Pharmacoeconomics*, Mar 2013, 31(3):237-50.

Trangle M., Gursky J., Haight R., Hardwig J., Hinnenkamp T., Kessler D., Mack N., Myszkowski M., Institute of Clinical Systems Improvement, *Adult Depression in Primary Care.* Updated Mar 2016.

UK ECT Review Group, *Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis*. Lancet, 2003, 8(361):799-808.

U.S. Preventive Services Task Force, *Screening for suicide risk*. May 2004.

Wang Y., Lopez J.M.S., Bologne S.C., Zhu V.J., Stang P.E., *Depression among people with type 2 diabetes mellitus, US National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 2005-2012*. BMC Psychiatry, 2016, 16:88.

Watson L.C., Pignone M.P., *Screening accuracy for late-life depression in primary care: a systematic review*. J Fam Pract, 2003, 52(12):956-964.

Weiner R.D., Coffey C.E., Fochtmann L.J., Greenberg R.M., *The practice of ECT. Recommendation for treatment, training and privileging*. 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Association (APA), 2001.

Whooley M.A., Avins A.L., Miranda J., et al., *Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many*. J Gen Intern Med, 1997,12(7):439-445.

Whooley M.A., Simon G.E., *Managing depression in medical outpatients*. N Engl J Med, 2000, 343(26):1942-1950.

World Health Organization (WHO), *Mental Health Action Plan 2013-2020*.

World Health Organization (WHO), *Suicide rates. Data by country, 2012*.

Zhao G., Okoro C.A., Li J. i wsp., *Current depression among adult cancer survivors: findings from the 2010 Behavioral Risk Factor Surveillance System*. Cancer Epidemiol, 2014, 38(6):757-764.

# REKOMENDACJE DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA W ZAKRESIE ZAPOBIEGANIA, WYKRYWANIA I LECZENIA DEPRESJI U DZIECI I MŁODZIEŻY

---

*dr hab. Barbara Remberk, dr Anna Z. Antosik-Wójcińska, mgr Marta Baron*  
INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII  
W WARSZAWIE

## 1. WSTĘP

W ostatnich dekadach rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w populacji rozwojowej Europy gwałtownie wzrasta i tworzy tzw. „nową zachorowalność”, obejmującą zaburzenia emocjonalne, trudności w nauce, problemy w zachowaniu oraz choroby psychiczne. Liczne badania populacyjne potwierdzają alarmujący wzrost rozpowszechnienia się zaburzeń depresyjnych, lękowych oraz zaburzeń zachowania wśród młodzieży (*Policy paper on the health and well-being of young people*, 2008). Wykazano, że ok. 10-20% dzieci i młodzieży cierpi z powodu problemów w obszarze zdrowia psychicznego (Merikangas i wsp., 2009). Światowa Organizacja Zdrowia (dalej WHO) uznała zdrowie psychiczne młodych osób, w tym dzieci i młodzieży, za kluczowy obszar problemów, na który profesjonaliści i politycy powinni zwrócić szczególną uwagę.

W okresie adolescencji mogą wystąpić mniej lub bardziej nasilone zaburzenia zdrowia psychicznego. Szacuje się, że tego rodzaju problemy dotyczą około 1/3, a nawet połowy nastolatków – przy czym u większości dorastających mają one charakter przejściowy (Bomba i wsp., 2002; Bomba, 2011). Pojawienie się symptomów zaburzeń zdrowia psychicznego – u ogólnie zdrowych nastolatków – związane jest z formowaniem tożsamości i mogącym z niego wynikać kryzysem rozwoju osobowości. Zwrócił już na to uwagę Antoni Kępiński (Kępiński A., 1974), który pisał, że przełomom psychobiologicznym towarzyszą objawy o cechach depresyjności – te zaś, które występują w okresie dorastania, określił mianem depresji młodzieńczej. Charakteryzuje się ona szeregiem symptomów, między innymi obniżeniem nastroju, anhedonią, lękiem, zaburzeniami poznawczymi oraz obniżeniem aktywności bądź agresją i zaburzeniami zachowania.

## 2. CZYNNIKI RYZYKA DEPRESJI U DZIECI I MŁODZIEŻY

W literaturze wymienia się wiele aspektów składających się na ryzyko zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży (Birmaher i wsp., 2002; Birmaher i wsp., 2007; Richardson i wsp., 2005; Kalinowska i wsp., 2013). Należą do nich czynniki genetyczne, rodzinne, osobowe (psychologiczne) oraz związane z doświadczeniami życiowymi.

- Czynniki genetyczne: występowanie depresji u rodziców (które stanowi obciążenie genetyczne, a zarazem nie sprzyja prawidłowemu wypełnianiu ról rodzicielskich), genetyczna predyspozycja do depresji i lęku, która przejawia się w większej wrażliwości na obciążające stresory.
- Czynniki rodzinne: konflikty i zakłócenia relacji w rodzinie, niski status socjoekonomiczny, śmierć jednego z opiekunów, przemoc i molestowanie seksualne, zaniedbanie, przestępczość, nadużywanie substancji psychoaktywnych przez rodziców, niedostateczna więź z dzieckiem, brak wrażliwości na jego potrzeby, negatywne postawy rodzicielskie (chłód, odrzucenie), brak wsparcia, nieprawidłowy styl wychowania, dezorganizacja życia rodzinnego i niedostępność rodziców z powodu ich depresji lub choroby – także somatycznej.

- Czynniki psychologiczne: silny lęk, niska samoocena, wysoki samokrytycyzm, zniekształcenia poznawcze, negatywny styl atrybucji, trudności w nauce, niedostateczne umiejętności społeczne, wysoki perfekcjonizm, poczucie beznadziei.
- Czynniki związane z doświadczeniem życiowym: śmierć rodzica/przyjaciela, rozwód, żałoba, samobójstwo w bliskim otoczeniu, utrata więzi przyjacielskiej, trudności w kontaktach z rówieśnikami, zawód w związku romantycznym, niepowodzenia szkolne.

Poniżej wymieniono najważniejsze czynniki ryzyka depresji u dorastających i czynniki chroniące.

Tabela 1. Czynniki ryzyka depresji u dorastających i czynniki chroniące (na podstawie Szymańska J., *Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży. Poradnik dla pracowników szkół i placówek oświatowych oraz rodziców*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2016, s. 14-16)

### Potwierdzone czynniki ryzyka depresji u dorastających:

- symptomy takie jak: lęk, zaburzenia zachowania, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia odżywiania się
- wiek – końcowa faza okresu dojrzewania (15-19 lat)
- płeć żeńska
- posiadanie depresyjnych rodziców
- występowanie epizodów depresji we wcześniejszych fazach rozwoju

### Inne czynniki ryzyka, wymieniane przez wielu badaczy i uznawane za wysoce prawdopodobne:

- posiadanie depresyjnych bliskich krewnych
- stresujące wydarzenia życiowe
- niska samoocena związana z negatywnym myśleniem, słaba samokontrola, brak kompetencji społecznych, neurotyzm
- rozwód, separacja lub poważne konflikty pomiędzy rodzicami, styl wychowawczy oparty na kontrolowaniu dziecka
- wykorzystywanie fizyczne i seksualne we wczesnym dzieciństwie
- pochodzenie: z mniejszości etnicznej (wzrastanie w środowisku odmiennym językowo i kulturowo) lub z terenów wiejskich, niski status socjoekonomiczny rodziny, niska sprawność intelektualna
- ubogie relacje z rówieśnikami
- obniżanie się osiągnięć szkolnych, trudności w nauce
- próby samobójcze w przeszłości
- zmiany hormonalne w okresie pokwitania, zaburzenia snu

### Czynniki chroniące przed depresją:

- dobre relacje z rówieśnikami
- dobry kontakt z co najmniej jednym z rodziców
- posiadanie jakiegoś zajęcia lub zatrudnienia

### **3. METODY ZAPOBIEGANIA, WCZESNE WYKRYWANIE I LECZENIE DEPRESJI MŁODZIEŃCZEJ**

Kierunki działań profilaktycznych wyznacza wiedza na temat czynników ryzyka zaburzeń zdrowia psychicznego oraz ich specyfiki. Nie wszystkie można skutecznie usunąć lub zredukować. Odpowiedzią na ograniczenia tradycyjnej profilaktyki (koncentrującej się głównie na czynnikach ryzyka) są pozytywne strategie w zapobieganiu chorobom zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Polegają one na kompensowaniu zagrożeń poprzez rozwijanie i wzmacnianie indywidualnych lub środowiskowych czynników chroniących. Pozytywna profilaktyka dąży do wzmocnienia tego, co czyni młodych ludzi bardziej odpornymi na zagrożenia, mianowicie tych aspektów i procesów, które sprzyjają zdrowiu i pozytywnemu rozwojowi oraz stanowią przeciwwagę dla czynników ryzyka, sytuacji kryzysowych, wyzwań i trudności.

Światowa Organizacja Zdrowia dla Europy w zakresie promocji zdrowia psychicznego u młodych ludzi zaleca kompleksowe przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym, polegające nie tylko na ograniczaniu czynników ryzyka rozwoju psychopatologii, lecz także na wzmacnianiu zasobów psychicznych oraz pozytywnego funkcjonowania jednostki (*Mental Health Promotion in Young People-an Investment for the future*, WHO 2010).

Analiza strategii profilaktycznych, metod identyfikacji i leczenia depresji młodzieńczej w Polsce i na świecie, w tym również ocena sytuacji epidemiologicznej dotycząca tej grupy wiekowej została zawarta w raporcie *Analiza dostępnych metod zapobiegania, rozpoznawania i leczenia depresji w Polsce i na świecie, ze szczególnym uwzględnieniem grup ryzyka – raport*. Zbyt mała w stosunku do częstości występowania choroby liczba osób leczonych z powodu depresji młodzieńczej wynika w dużej mierze z niedostatecznej rozpoznawalności i trudności diagnostycznych. Odmienne obrazy depresji u dzieci i młodzieży w odniesieniu do tej występującej u osób dorosłych utrudnia postawienie właściwej diagnozy.

We wspomnianym raporcie zwrócono również uwagę na fakt, że przy ustalaniu farmakoterapii lekarze muszą brać pod uwagę występujące u dzieci i młodzieży różnice w neurobiologii (przede wszystkim niedojrzałość dróg noradrenergicznych), w metabolizmie wątrobowym i stężeniach hormonów płciowych. Przekłada się to na mniejszą skuteczność leków przeciwdepresyjnych, głównie z grupy TLPD (trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne). Za najbardziej skuteczne w leczeniu depresji u dzieci i młodzieży uważa się inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), których dodatkowymi zaletami są: na ogół dobra tolerancja, słabsze działania niepożądane, mniejsze zagrożenie związane z przedawkowaniem leków. Nie oznacza to, że preparaty z innych grup nie są stosowane – w przypadku młodzieży decyzja o włączeniu danego środka leczniczego jest rozważana w kontekście konkretnego przypadku. Kluczowe znaczenie w doborze leku przeciwdepresyjnego ma nie tylko wiek pacjenta, lecz także nasilenie i profil objawów. Istotny jest również bilans potencjalnych korzyści, które mogą wiązać się z zastosowaniem danego preparatu, wobec strat – a więc możliwych dzia-

łań niepożądanych, które mogą wystąpić u pacjenta. Z uwagi na to, że wiele leków jest rejestrowanych dla osób pełnoletnich, przed ich zastosowaniem konieczne jest uzyskanie zgody rodziców.

Zidentyfikowanie osób zagrożonych zachorowaniem na depresję lub już chorujących pozwoli na zapobieganie lub zminimalizowanie potencjalnych skutków tej choroby poprzez odpowiednio wczesne wdrożenie właściwego leczenia przeciwdepresyjnego i oddziaływań psychoterapeutycznych.

#### **4. BARIERY WPŁYWAJĄCE NA NISKĄ ROZPOZNAWALNOŚĆ ORAZ NIEDOSTATECZNE LECZENIE DEPRESJI MŁODZIEŃCZEJ**

Wyróżniamy trzy kategorie.

1. Bariery związane z personelem medycznym zaangażowanym w opiekę nad osobami w wieku dojrzewania, tj.: ograniczony czas podczas wizyty, brak odpowiedniej wiedzy i praktycznych umiejętności dotyczących profilaktyki, rozpoznawania i leczenia depresji młodzieńczej.

Rozwiązaniem, które może przynieść poprawę w tym zakresie, jest program edukacyjny skierowany do lekarzy pediatrów, lekarzy POZ, a także pozostałego personelu medycznego sprawującego opiekę nad dziećmi i młodzieżą, obejmujący zapoznanie z profilaktyką depresji, metodami wczesnego rozpoznawania oraz podstawami leczenia choroby w tej populacji wiekowej.

2. Bariery związane z pacjentem, tj.: obawa przed stygmatyzacją, brak wiedzy odnośnie zapobiegania depresji w populacji osób w wieku dorastania, nieznanomość jej objawów, brak wsparcia w rodzinie i w otoczeniu.

Rozwiązaniem, które może przynieść poprawę w tym zakresie, jest edukacja pacjentów oraz ich rodzin i opiekunów. Wskazane są więc oddziaływania psychoedukacyjne prowadzone w szkołach i pozostałych placówkach oświatowych oraz edukacja przez personel medyczny. Równie istotne i bardzo potrzebne jest także podnoszenie świadomości całego społeczeństwa za pomocą odpowiedniej kampanii społecznej o ogólnopolskim zasięgu.

3. Bariery systemowe, tj.: brak wytycznych odnośnie postępowania z pacjentem w wieku młodzieńczym z depresją skierowanych do lekarzy pediatrów czy lekarzy innych specjalności, organizacja systemu opieki zdrowotnej, oddzielenie podstawowej i pediatrycznej od specjalistycznej opieki psychiatrycznej.

Rozwiązaniem, które może przynieść poprawę w tym zakresie, jest opracowanie wytycznych odnośnie rozpoznawania i dalszego postępowania z pacjentem, u którego istnieje podejrzenie występowania depresji młodzieńczej.



## **5. KRYTERIA KWALIFIKACJI I ZASAD UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W RAMACH PROGRAMU**

Opieką i wspieraniem rozwoju dzieci i młodzieży zajmuje się równoległe kilka systemów i każdy z nich może mieć swój wkład w proces zapobiegania zaburzeniom depresyjnym i promocji zdrowia psychicznego. Stworzenie ram prawnych, które umożliwią koordynację działań różnych systemów na rzecz ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, a także objęcie grupy bardziej potrzebujących wielodyscyplinarną opieką z uwzględnieniem psychiatrycznej opieki środowiskowej jest obecnie jednym z głównych zadań dotyczących psychiatrii dziecięcej w Polsce (Zespół ds. aktywnej polityki w sprawie psychiatrii dzieci i młodzieży przy Rzeczniku Praw Dziecka, Sesja *Psychiatria Dzieci i Młodzieży*, I Kongres Zdrowia Psychicznego 2017). Rozwiązaniem istniejących problemów może być zaproponowany program profilaktyczno-edukacyjny.

Zalecanymi oddziaływaniami zawartymi w programie powinni zostać objęci wszyscy pacjenci w wieku dojrzewania oraz ich opiekunowie, nauczyciele, psychologowie, pedagodzy szkolni, jak również personel medyczny sprawujący opiekę nad pacjentami w wieku młodzieńczym (lekarze pediatri, pielęgniarki szkolne). Program ma z założenia charakter ciągły, a przesiewowe badanie pod kątem występowania depresji młodzieńczej powinno stanowić stały element w praktyce lekarza pediatri.

Zalecenia powinny zostać rozpowszechnione we wszystkich szkołach, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, młodzieżowych ośrodkach socjoterapeutycznych i młodzieżowych placówkach wychowawczych, punktach interwencji kryzysowej, placówkach świadczących usługi medyczne w zakresie pediatrii, jak również w poradniach POZ w całej Polsce. W przypadku trudności z szybkim upowszechnieniem poniższych rekomendacji na terenie całego kraju można rozważyć przeprowadzenie programu pilotażowego w jednym, wybranym województwie.

### **5.1. Profilaktyka uniwersalna i badania przesiewowe**

Profilaktyka uniwersalna jest skierowana do populacji ogólnej. Z tego względu szkoła wydaje się odpowiednim miejscem na podjęcie działań mających na celu promocję zdrowia psychicznego. Dostępne są programy propagujące zdrowie psychiczne (np. *Przyjaciele Zippiego*, lekcje o depresji i wiele innych). Do ważnych zadań szkoły związanych z profilaktyką uniwersalną należy również zapobieganie przemocy rówieśniczej, a także troska o przyjazną i sprzyjającą rozwojowi dziecka atmosferę (Lee i wsp., 2015).

#### **5.1.1. Szkoły**

Wiele trudności, które są przejawem depresji wieku młodzieńczego, dotyczy nauki i życia społecznego. Pogorszenie wyników w nauce, absencje szkolne, wycofanie z relacji rówieśniczych mogą i powinny zwrócić uwagę pedagogów i psychologów pracujących w szkołach. Przydatne w przesiewowej ocenie depresji narzędzia psychometryczne zostały omówione

w dalszej części rozdziału, podobnie jak proponowane działania z zakresu promocji zdrowia psychicznego.

### **5.1.2. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne**

Najczęstszym powodem zgłaszania dzieci do poradni psychologiczno-pedagogicznych są różnego rodzaju problemy w szkole. W procesie diagnozy psychologicznej ważne jest zwrócenie uwagi na trudności emocjonalne dziecka, w tym na możliwość występowania objawów depresyjnych. Zatrudnione w poradniach osoby z wykształceniem psychologicznym mają dostęp do szerszej gamy narzędzi psychometrycznych służących ocenie stanu psychicznego. Jedno z narzędzi – zestaw kwestionariuszy do diagnozy depresji u dzieci i młodzieży (Kovacs, 2016) – zostało omówione w dalszej części rozdziału.

### **5.1.3. Młodzieżowe ośrodki socjoterapeutyczne i młodzieżowe ośrodki wychowawcze**

Osoby, korzystające z młodzieżowych ośrodków socjoterapeutycznych i wychowawczych możemy uznać za osoby z grupy ryzyka zaburzeń psychicznych – tym bardziej ocena przesiewowa pod kątem depresji w tej grupie jest bardzo ważna.

## **5.2. Profilaktyka selektywna i profilaktyka wskazująca**

### **5.2.1. Szkoły**

Wybrane metody interwencji zostaną przedstawione w osobnej części. Z uwagi na niewystarczającą liczbę pielęgniarek szkolnych, mogących prowadzić działania profilaktyczne, zaleca się rozszerzenie populacji, do której kierowane są zalecenia w zakresie metod zapobiegania depresji i wczesnego wykrywania zaburzeń depresyjnych, oraz opisy wybranych interwencji psychologicznych opartych na zasadach psychoterapii poznawczo-behawioralnej u psychologów i pedagogów szkolnych.

### **5.2.2. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne**

Ponieważ cała Polska jest objęta szczelną siecią poradni psychologiczno-pedagogicznych zatrudniających profesjonalistów, rola tych placówek w działaniach z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia jest nieoceniona i zdecydowanie nie powinna być ograniczona do wydawania opinii i oceny umiejętności szkolnych.

### **5.2.3. Młodzieżowe ośrodki socjoterapeutyczne i młodzieżowe ośrodki wychowawcze**

Osoby, korzystające z młodzieżowych ośrodków socjoterapeutycznych i wychowawczych, możemy uznać za osoby z grupy ryzyka zaburzeń psychicznych, zatem należy zwrócić szczególną uwagę na prowadzenie działań terapeutycznych i profilaktycznych w tej grupie dzieci.

### **5.2.4. System pomocy społecznej**

Dzieci z rodzin objętych opieką można uznać za osoby z grupy ryzyka zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń depresyjnych. Dlatego do ważnych działań systemu pomocy społecznej z ob-

szaru zapobiegania depresji należy profilaktyka uniwersalna dotycząca środowiska rodzinnego w tym przeciwdziałanie przemocy w rodzinie, ocena przesiewowa pod kątem depresji dzieci z rodzin objętych opieką oraz podjęcie działań profilaktycznych w stosunku do zagrożonych depresją dzieci i młodzieży lub skierowanie ich do odpowiednich placówek.

#### **5.2.5. Ośrodki interwencji kryzysowej**

Ośrodki interwencji kryzysowej w ramach swoich zadań realizują oczywiście działania mające na celu poprawę stanu zdrowia osób potrzebujących. Podobnie jak w przypadku systemu pomocy społecznej, warto zwrócić uwagę na ryzyko depresji u dzieci osób korzystających ze wsparcia powyższych instytucji.

Dlatego do ważnych działań ośrodków interwencji kryzysowej z obszaru zapobiegania depresji należy:

- a) profilaktyka uniwersalna dotycząca środowiska rodzinnego, w tym przeciwdziałanie przemocy w rodzinie,
- b) ocena przesiewowa pod kątem depresji dzieci z rodzin objętych opieką,
- c) podjęcie działań profilaktycznych w stosunku do zagrożonej depresją młodzieży lub skierowanie ich do odpowiednich placówek.

#### **5.2.6. System sądowniczy**

W tym obszarze kluczowa wydaje się koordynacja działań i sprawny przepływ informacji pomiędzy sądami rodzinnymi i nieletnich, służbą kuratorską i innymi systemami sprawującymi opiekę nad dzieckiem. Osoby/rodziny objęte nadzorem kuratora należy uznać za grupę zagrożoną rozwojem zaburzeń psychicznych i zależnie od potrzeb włączyć w program odpowiednich oddziaływań profilaktycznych.

#### **5.2.7. System opieki zastępczej**

Osoby/rodziny korzystające z opieki zastępczej należy uznać za grupę zagrożoną rozwojem zaburzeń psychicznych i zależnie od potrzeb objąć programem odpowiednich działań. Równocześnie troska o prawidłowe funkcjonowanie placówek opieki zastępczej jest elementem profilaktyki uniwersalnej.

#### **5.2.8. Rodziny adopcyjne**

Elementem profilaktyki uniwersalnej i selektywnej dotyczącej dzieci wychowywanych w rodzinach adopcyjnych jest wsparcie i ewentualna pomoc psychologiczna kierowana do rodziców adopcyjnych od początku objęcia dziecka opieką.

#### **5.2.9. System ogólnopediatrycznej opieki zdrowotnej**

##### **Profilaktyka uniwersalna**

Troska o prawidłowe funkcjonowanie ogólnopediatrycznego systemu opieki zdrowotnej i unikanie wtórnych urazów psychicznych, jakich mogą doświadczać dzieci w procesie leczenia chorób somatycznych, jest elementem profilaktyki uniwersalnej.

### **Badania przesiewowe**

Każdy lekarz jest w stanie – z wykorzystaniem przedstawionych poniżej narzędzi – dokonać przesiewowego badania pacjenta pod kątem obecności symptomów depresji. W ocenie objawów choroby bezwzględnie należy uwzględnić ryzyko samouszkodzeń i zachowań samobójczych.

### **Czynniki ryzyka**

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej ma również możliwość oceny obecności środowiskowych, rodzinnych i indywidualnych somatycznych oraz intrapsychicznych czynników ryzyka depresji u swojego pacjenta oraz podjęcia odpowiednich działań.

### **Leczenie**

W przypadku niepowikłanych, łagodnych objawów depresyjnych postępowanie terapeutyczne może rozpocząć lekarz pediatra. Szczegóły zostały omówione w dalszej części rozdziału.

### **System psychiatrycznej opieki zdrowotnej**

Z systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej powinni korzystać pacjenci, u których występują nasilone objawy bezpośrednio zagrażające życiu i/lub u których dotychczasowe postępowanie nie przynosi poprawy.

## **6. ZASADY WSPÓŁPRACY I WYMIANY INFORMACJI Z PLACÓWKAMI REALIZUJĄCYMI PROGRAM**

Konieczna jest taka zmiana regulacji prawnych, która umożliwiłaby wzajemną komunikację i prowadzenie skoordynowanej opieki nad pacjentami w wieku rozwojowym, przy równoczesnym zachowaniu zasad ochrony dóbr osobistych i danych osobowych. Do tego czasu w większości przypadków rodzic musi wyrazić zgodę na kontakt ze sobą specjalistów z poszczególnych służb.

## **7. PROGRAM PROFILAKTYKI DEPRESJI DLA LEKARZY PEDIATRÓW**

### **a. Rekomendacje dotyczące metod zapobiegania depresji**

Zgodnie z zaleceniami National Institute of Health and Care Excellence (NICE, 2015) lekarze pierwszego kontaktu powinni być przeszkoleni w zakresie oceny depresji, a także weryfikacji trudności pacjenta będących czynnikami ryzyka (takich jak rodzinne, rówieśnicze, problemy obszaru psychoseksualnego, używki itp.). Pacjentowi trzeba stworzyć możliwość rozmowy na ten temat w warunkach zapewniających prywatność. Lekarzy należy zaś przeszkolić w zakresie umiejętności komunikacyjnych, takich jak aktywne słuchanie i inne techniki konwersacyjne.

Lekarze pierwszego kontaktu w procesie diagnozy powinni oceniać obecność środowiskowych, rodzinnych i indywidualnych somatycznych i intrapsychicznych czynników ryzyka depresji u swojego pacjenta. Jeśli zostaną stwierdzone, należy podjąć działania (na przykład psychoedukację podopiecznego i rodziców, założenie niebieskiej karty czy inne) lub zachęcić pacjenta

do skorzystania z innych metod profilaktyki (program profilaktyczny w szkołach, aplikacja mobilna). Zalecenia podsumowuje Schemat 2.

### **b. Rekomendacje dotyczące wczesnego wykrywania depresji**

Lekarze pierwszego kontaktu powinni oceniać pacjenta pod kątem możliwości występowania depresji. Aby to było możliwe, muszą posiadać odpowiednią wiedzę i umiejętności komunikacyjne. Dodatkową pomoc mogą stanowić narzędzia psychometryczne, które zostaną omówione w dalszej części rozdziału. Podczas badania objawów depresji bezwzględnie należy ocenić również ryzyko samouszkodzeń i zachowań samobójczych. W trakcie oceny pacjenta pod kątem depresji należy również zapytać, czy w przeszłości występowały symptomy hipomanii lub manii – czyli, w uproszczeniu, nieadekwatnie dobry nastrój równocześnie ze skróceniem snu i zwiększeniem energii. Należy także poruszyć kwestię obciążeń rodzinnych, tj. występowania zaburzeń nastroju u rodziców, dziadków i w dalszej rodzinie.

### **c. Rekomendacje dotyczące leczenia depresji**

Rekomendacje dotyczące postępowania w depresji na podstawie zaleceń NICE (2015) i American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP – Birmaher i wsp., 2007) zostały podsumowane w Tabeli 2.

Zadanie	Działanie	Miejsce udzielania pomocy
wykrywanie	ocena czynników ryzyka	podstawowa opieka zdrowotna
rozpoznanie	identyfikacja choroby u dzieci zgłaszających objawy	system psychiatrycznej opieki zdrowotnej
postępowanie w depresji o nasileniu łagodnym i/lub dystymii	uważna obserwacja terapia wspierająca/grupowa terapia behawioralno-poznawcza/ praca własna pacjenta na podstawie zaleceń lub materiałów	podstawowa opieka zdrowotna system psychiatrycznej opieki zdrowotnej
postępowanie w depresji o nasileniu umiarkowanym lub ciężkim	psychoterapia krótkoterminowa ewentualnie fluoksetyna	system psychiatrycznej opieki zdrowotnej
depresja niereagująca na leczenie/ nawracające epizody depresyjne/ depresja psychotyczna	intensywna psychoterapia w razie potrzeby fluoksetyna, sertralina, citalopram ewentualnie augmentacja lekami przeciwpsychotycznymi ewentualnie inne leki przeciwdepresyjne inne metody postępowania w wybranych przypadkach	system psychiatrycznej opieki zdrowotnej

W każdej fazie leczenia należy uwzględnić psychoedukację, działania o charakterze wsparcia oraz współpracę ze szkołą i rodziną.

Istotnym elementem sprawowania opieki nad pacjentem z depresją jest omówienie z dzieckiem i rodzicami „planu bezpieczeństwa” – na wypadek wystąpienia lub intensyfikacji myśli samobójczych (NICE CG16 2004, Birmaher i wsp. 2007, Zuckerbrot 2007). Elementy planu bezpieczeństwa zostały przedstawione w Tabeli 3.

### Plan bezpieczeństwa: omówienie i zapisanie z pacjentem

Krok 1. Szczegółowe omówienie sygnałów ostrzegawczych świadczących o pogorszeniu stanu psychicznego.

Krok 2. Wskazanie sposobów radzenia sobie z narastaniem myśli samobójczych, które pacjent może sam zastosować (na przykład oglądanie telewizji, słuchanie muzyki, wyjście na spacer).

Krok 3. Propozycje radzenia sobie przy współudziale innych osób (np. gra w ping-ponga z kolegą lub pójście z mamą na zakupy; należy ustalić listę przynajmniej kilku osób, na wypadek gdyby któraś była niedostępna).

Krok 4. Zwrócenie się do bliskich o pomoc w obecnym kryzysie (określenie konkretnie do kogo i w jaki sposób).

Krok 5. Zwrócenie się o pomoc do profesjonalistów (konkretnie gdzie, do kogo i w jaki sposób; należy sporządzić listę telefonów i kontaktów).

#### Rodzice

Szczegółowe omówienie sygnałów ostrzegawczych świadczących o pogorszeniu stanu psychicznego dziecka.

Ustalenie, w jaki sposób będą uczestniczyć w planie bezpieczeństwa.

Uzgodnienie, kiedy należy zwrócić się po pomoc do profesjonalistów (konkretnie gdzie, do kogo i w jaki sposób; lista telefonów i kontaktów).

Ograniczenie dostępu do niebezpiecznych narzędzi, trzymanie leków rodzinnych w zamkniętej szafce itp.

Z pomocy systemu podstawowej opieki zdrowotnej mogą korzystać dzieci, u których odnotowano:

- a. doświadczenie pojedynczego trudnego wydarzenia życiowego przy braku innych czynników ryzyka depresji
- b. doświadczenie pojedynczego trudnego wydarzenia życiowego, czynniki ryzyka depresji, brak dowodów na występowanie tej choroby i tendencji autoagresywnych u pacjenta
- c. doświadczenie pojedynczego trudnego wydarzenia życiowego, obciążenie rodzinne zaburzeniami nastroju, brak dowodów na występowanie depresji i tendencji autoagresywnych u pacjenta
- d. epizod depresji o nasileniu łagodnym bez zaburzeń współistniejących.

Skierowanie pacjenta do systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest wskazane, gdy u dziecka:

- a. zdiagnozowano depresję i dodatkowo występują obciążenie rodzinne chorobą i/lub inne czynniki ryzyka
- b. stwierdzono epizod depresji łagodny, lecz leczenie w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej w ciągu 1-2 miesięcy nie przyniosło poprawy

- c. występuje epizod depresji umiarkowany lub ciężki albo depresja psychiatryczna
- d. odnotowano kolejny epizod choroby, depresję nawracającą
- e. nastąpił epizod depresyjny w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej
- f. zaobserwowano istotne zaniedbywanie swoich fizycznych potrzeb przez przynajmniej miesiąc, stanowiące zagrożenie dla zdrowia somatycznego
- g. pojawiły się myśli samobójcze
- h. albo gdy taka jest potrzeba pacjenta i/lub rodziców.

Wskazaniami do leczenia szpitalnego są:

- a. poważne ryzyko samookaleczeń i/lub ryzyko samobójstwa
- b. znaczące zaniedbywanie potrzeb fizycznych przez pacjenta
- c. konieczność intensyfikacji leczenia w sposób niemożliwy do zrealizowania w trybie opieki ambulatoryjnej.

Na system psychiatrycznej opieki zdrowotnej składają się: opieka ambulatoryjna, oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego, całodobowe szpitalne oddziały terapeutyczne oraz ostre, zamknięte. W opiekę nad dziećmi i młodzieżą włączają się także różnego rodzaju fundacje i placówki niepubliczne.

W praktyce w Polsce sieć poradni zdrowia psychicznego obejmuje prawie cały kraj, lecz zasoby tego systemu nie są wystarczające, a czas oczekiwania na wizytę bywa kilkumiesięczny. Dostępność do leczenia w oddziałach dziennych jest zróżnicowana w zależności od regionu, generalnie jednak – niewystarczająca. Kluczowym elementem ochrony zdrowia psychicznego jest opieka środowiskowa koordynująca działania różnych systemów (Garland i wsp., 2013; Stephan i wsp., 2007; Vandenbroeck i wsp., 2014), co jednak w Polsce, z wyjątkiem pojedynczych placówek, jest niedostępne. Ze względu na niewydolność opieki pozaszpitalnej oddziały całodobowe są przepełnione i pracują w trudnych warunkach. Należy brać pod uwagę powyższe ograniczenia, planując proces leczenia i przekazania pacjenta pod opiekę specjalisty. Zalecenia podsumowuje Schemat 2.

#### **d. Postępowanie w przypadku myśli samobójczych i zachowań autoagresywnych**

Głównym zadaniem pracowników systemu podstawowej opieki zdrowotnej jest ocena zagrożenia dla zdrowia i życia chorego oraz analiza stanu emocjonalnego pacjenta (NICE CG28, NICE CG16). Pomocne w diagnozie narzędzia psychometryczne zostały omówione w dalszej części rozdziału.

W razie stwierdzenia dużego zagrożenia pacjent powinien być skierowany do szpitala. W sytuacji wysokiego ryzyka powtórzenia się niebezpiecznych dla niego zachowań autoagresywnych, należy zapewnić dziecku bezpieczne warunki transportu do miejsca opieki zdrowotnej. W praktyce oznacza to albo wezwanie pogotowia ratunkowego, albo zlecenie rodzicom nadzoru nad młodocianym i bezzwłocznego odwiezienia go do szpitala. W przypadku wielu małoletnich pa-

cientów rodzice są w stanie pełnić funkcję kompetentnych opiekunów. Warto jednak pamiętać, że odpowiedzialność za odstąpienie od wezwania pogotowia ratunkowego ponosi lekarz.

Kolejną możliwością – jeżeli objawy psychopatologiczne są wyraźne, lecz pacjent nie stanowi dla siebie lub otoczenia bezpośredniego zagrożenia – jest skierowanie dziecka do psychiatry w trybie pilnym. Rozwiązanie to (choć logiczne) często trudno zastosować w związku z brakiem wolnych terminów w poradniach zdrowia psychicznego. Niemniej jednak obowiązkiem takiej poradni jest zapewnienie dziecku pilnej konsultacji w sytuacjach nagłych (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Powierzchowne samookaleczenia (np. zadrapania na przedramionach) – bez odnotowania towarzyszących temu myśli i zamiarów samobójczych ani współwystępujących zaburzeń afektywnych lub psychotycznych – zazwyczaj nie są wskazaniem do hospitalizacji. Pacjenta należy skierować planowo do psychologa i/lub psychiatry. Zaś z opiekunami trzeba omówić sposoby udzielenia dziecku wsparcia oraz tryb postępowania w sytuacji pogorszenia stanu psychicznego podopiecznego – włącznie z podaniem danych teleadresowych odpowiednich ośrodków, a także poinformować o możliwościach uzyskania wsparcia przez członków rodziny.

## **8. PRZYDATNE NARZĘDZIA PRZESIEWOWE**

### ***Skala depresji Kutchera dla młodzieży (Kutcher Adolescent Depression Scale)***

Skala depresji Kutchera dla młodzieży jest krótką i prostą w użyciu skalą samooceny o potwierdzonej czułości i swoistości (LeBlanc i wsp., 2002). Polska wersja została opracowana w 2015 roku przez prof. Ewę Mojs (Mojs i wsp., 2015). Badanie składa się z sześciu pytań. Za każdą odpowiedź można otrzymać od 0 (prawie nigdy) do 3 (zawsze) punktów. Wskazane jest, aby dziecko lub nastolatek wypełniał kwestionariusz w obecności osoby, która może odpowiedzieć na ewentualne pytania dotyczące skali. Można przyjąć, że wynik równy lub wyższy niż sześć punktów świadczy o ryzyku depresji. Warto zaznaczyć, że punkt odcięcia został określony na podstawie anglojęzycznej wersji badania. Wśród populacji polskiej nie przeprowadzono badań dotyczących trafności określenia punktu odcięcia. Według intencji autorów (prof. S. Kutcher, wersja polska – prof. E. Mojs) opracowany przez nich pomiar depresji może być ogólnie dostępny i powszechnie stosowany.



Tabela 4. Skala depresji Kutchera dla młodzieży (Kutcher Adolescent Depression Scale) (LeBlanc i wsp., 2002; Mojs i wsp., 2015)

<b>Jakie miałeś/miałaś najczęściej odczucia w zeszłym tygodniu?</b>			
1. Smutek, ponury nastrój, przygnębienie, depresję, ogólne zniechęcenie.			
a) prawie nigdy	b) dość często	c) przeważnie	d) zawsze
2. Brak wiary w siebie, złe samopoczucie, poczucie bezużyteczności i beznadziejności; wrażenie, że rozczarowujesz innych lub, że nie jesteś dobrym człowiekiem.			
a) prawie nigdy	b) dość często	c) przeważnie	d) zawsze
3. Wyczerpanie fizyczne, zmęczenie, brak energii, brak motywacji; poczucie, że nie radzisz sobie ze sprawami, które dotąd nie sprawiały ci kłopotów; chęć odpoczynku lub pozostania w łóżku.			
a) prawie nigdy	b) dość często	c) przeważnie	d) zawsze
4. Poczucie, że życie jest ciężkie; brak dobrego samopoczucia w sytuacjach, w których wcześniej zwykle czułeś/czułaś się dobrze; brak przyjemności w sytuacjach, w których dotąd odczuwałeś/odczuwałaś szczęście.			
a) prawie nigdy	b) dość często	c) przeważnie	d) zawsze
5. Uczucie zmartwienia, zdenerwowania, paniki, napięcia, poirytowania, niepokoju.			
a) prawie nigdy	b) dość często	c) przeważnie	d) zawsze
6. Myśli, plany albo czyny związane z samobójstwem lub samookaleczeniem.			
a) prawie nigdy	b) dość często	c) przeważnie	d) zawsze

### **Children Depression Inventory CDI 2 – Zestaw kwestionariuszy do diagnozy depresji u dzieci i młodzieży CDI 2 (Kovacs 2016)**

Zestaw zawiera kwestionariusze samooceny, także dla nauczycieli i rodziców lub innych opiekunów. Umożliwia ocenę profilu i nasilenia objawów depresyjnych oraz ma zastosowanie jako narzędzie przesiewowe – pozwala odróżnić dzieci i młodzież z zaburzeniami depresyjnymi od osób z innymi problemami. Normy polskie opracowane są dla populacji w wieku od 7 do 18 lat.

Test ten może być stosowany przez psychologów lub przez innych profesjonalistów po przeszkoleniu. Nie jest ogólnie dostępny, można go zakupić w pracowni testów psychologicznych.

### **Ocena ryzyka samobójstwa**

Niezwykle ważnym zagadnieniem powiązanim z depresją, choć dotyczącym również innych zaburzeń psychicznych, jest ocena ryzyka samobójstwa. Wśród licznych narzędzi przesiewowych godna uwagi jest Skala oceny skłonności samobójczych opracowana na Uniwersytecie Columbia (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS). Jej autorzy zapewniają, że jest

przeznaczona dla osób w każdym wieku, natomiast w badaniach walidacyjnych stosowana była u młodzieży powyżej 12 roku życia (Posner i wsp., 2011; Gipson i wsp., 2015).

Wspomniany pomiar oceny ryzyka samobójstwa jest dostępny w kilku wersjach: pełnej i skróconych, zależnie od tego, w jakich okolicznościach i przez kogo ma być wykonany. Wersję anglojęzyczną skali można pobrać ze strony internetowej poświęconej projektowi Columbia Lighthouse (<http://www.cssrs.columbia.edu>). Przed zastosowaniem tego badania wskazane jest skorzystanie z proponowanego przez autorów szkolenia (także opublikowanego na stronie www). Istnieje również polskie tłumaczenie tego narzędzia oraz szkolenia (<http://cssrs.columbia.edu/training/training-options/>).

Skrócona wersja przesiewowa przeznaczona do stosowania w warunkach opieki pierwszego kontaktu zawiera jedynie wybrane pytania i została przedstawiona w Tabeli nr 5 (opracowanie: Barbara Remberk, na podstawie wersji oryginalnej i polskiego tłumaczenia pełnej wersji skali).

Tabela 5. Skala oceny skłonności samobójczych opracowana na Uniwersytecie Columbia (C-SSRS) – dla podstawowej opieki zdrowotnej z wykorzystaniem systemu triage (opracowanie: Barbara Remberk, na podstawie wersji oryginalnej i polskiego tłumaczenia pełnej wersji skali).

Myśli i próby samobójcze	Ostatni miesiąc	
	TAK	NIE
<b>Proszę zadać pytania wytłuszczone i podkreślone</b>		
Proszę zadać pytania 1 i 2		
<b>1. Pragnienie śmierci</b> Respondent/ka potwierdza myśli o tym, że chciałby/chciałaby być martwy/martwa lub chciałby/chciałaby nie żyć lub też, że chciałby/chciałaby zasnąć i już się nie obudzić. <u>Czy pragnął/pragnęła Pan/i nie żyć lub pragnął/pragnęła Pan/i zasnąć i już nigdy się nie obudzić?</u>		
<b>2. Myśli samobójcze</b> Ogólne nieokreślone myśli o chęci zakończenia życia i popełnienia samobójstwa (np. „Myślałem/am o zabiciu się”), bez myśli o sposobie odebrania sobie życia/ związanych z tym metodach, zamiarze lub planie. <u>Czy rzeczywiście myślał/a Pan/i o zabiciu się?</u>		
Jeżeli TAK, proszę zadać pytania 3, 4, 5 i 6. Jeżeli NIE, proszę zadać pytanie 6.		
<b>3. Aktywne myśli samobójcze z uwzględnieniem jakichkolwiek metod, bez planu/zamiaru faktycznego popełnienia samobójstwa</b> Respondent/ka myśli o samobójstwie i w okresie objętym badaniem myślał/a przynajmniej o jednej metodzie. Różni się to od konkretnego planu zawierającego wypracowane szczegóły dotyczące czasu, miejsca lub metody (np. myśli o metodzie zabicia się, ale bez konkretnego planu). Można tu włączyć osobę, która powiedziałaaby: „Myślałem/myślałam o przedawkowaniu tabletek, ale nigdy nie planowałem/planowałam konkretnie, kiedy, gdzie lub jak rzeczywiście to zrobić... i nigdy nie zdołałbym/zdołałabym przez to przejść”. <u>Czy myślał/a Pan/i o tym, jak mógłby/mogłaby Pan/i to zrobić?</u>		

#### 4. Aktywne myśli samobójcze z jakimś zamiarem faktycznego popełnienia samobójstwa, bez konkretnego planu

Aktywne myśli samobójcze o odebraniu sobie życia; respondent/ka potwierdza, że ma w jakimś stopniu zamiar działać zgodnie z tymi myślami, w przeciwieństwie do „Mam takie myśli, ale zdecydowanie nic z nimi nie zrobię”.

Czy miał/a Pan/i takie myśli i miał/a Pan/i zamiar działać zgodnie z nimi?

#### 5. Aktywne myśli samobójcze z konkretnym planem i zamiarem

Myśli o odebraniu sobie życia z całkowicie lub częściowo opracowanym szczegółowym planem. Respondent/ka w jakimś stopniu ma zamiar zrealizować plan.

Czy zaczął/zaczęła Pan/i opracowywać lub opracował/a już Pan/i szczegóły tego, w jaki sposób się zabić? Czy ma Pan/i zamiar zrealizować ten plan?

#### 6. Zachowania samobójcze

Na przykład kupowanie tabletek, zakup broni, rozdawanie rzeczy, pisanie testamentu, listu pożegnalnego, wyjęcie tabletek, lecz bez zażycia żadnej, trzymanie w ręku broni, przy czym respondent/ka zmienił/a zdanie lub broń mu/jej zabrano, wyjście na dach, lecz bez skoku, albo respondent/ka rzeczywiście zażył/a tabletki, próbował/a się zastrzelić, dokonał/a samookaleczeń, próbował/a się powiesić itp.

Czy kiedykolwiek zrobił/a Pan/i coś, zaczął/zaczęła robić coś lub podjął/podjęła przygotowania mające na celu odebranie sobie życia?

Jeżeli TAK, proszę zapytać:

Czy było to w ciągu ostatnich 3 miesięcy?

W ciągu całego życia

--	--

W ciągu ostatnich 3 miesięcy

--	--

Postępowanie (na podstawie ostatniej odpowiedzi TAK)

<b>Pytanie 1.</b>	Skierowanie na planową konsultację w zakresie zdrowia psychicznego.
<b>Pytanie 2.</b>	Skierowanie na planową konsultację w zakresie zdrowia psychicznego.
<b>Pytanie 3.</b>	Konsultacja u specjalisty w zakresie zdrowia psychicznego. Należy rozważyć działania mające na celu zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa do momentu konsultacji.
<b>Pytanie 4.</b>	Konsultacja u specjalisty w zakresie zdrowia psychicznego. Do momentu konsultacji należy zabezpieczyć pacjenta.
<b>Pytanie 5.</b>	Konsultacja u specjalisty w zakresie zdrowia psychicznego. Do momentu konsultacji należy zabezpieczyć pacjenta.
<b>Pytanie 6.</b>	Konsultacja u specjalisty w zakresie zdrowia psychicznego. Należy rozważyć działania mające na celu zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa do momentu konsultacji.
<b>Pytanie 6.</b>	Zachowania samobójcze 3 miesiące temu lub później. Konsultacja u specjalisty w zakresie zdrowia psychicznego. Do momentu konsultacji należy zabezpieczyć pacjenta.

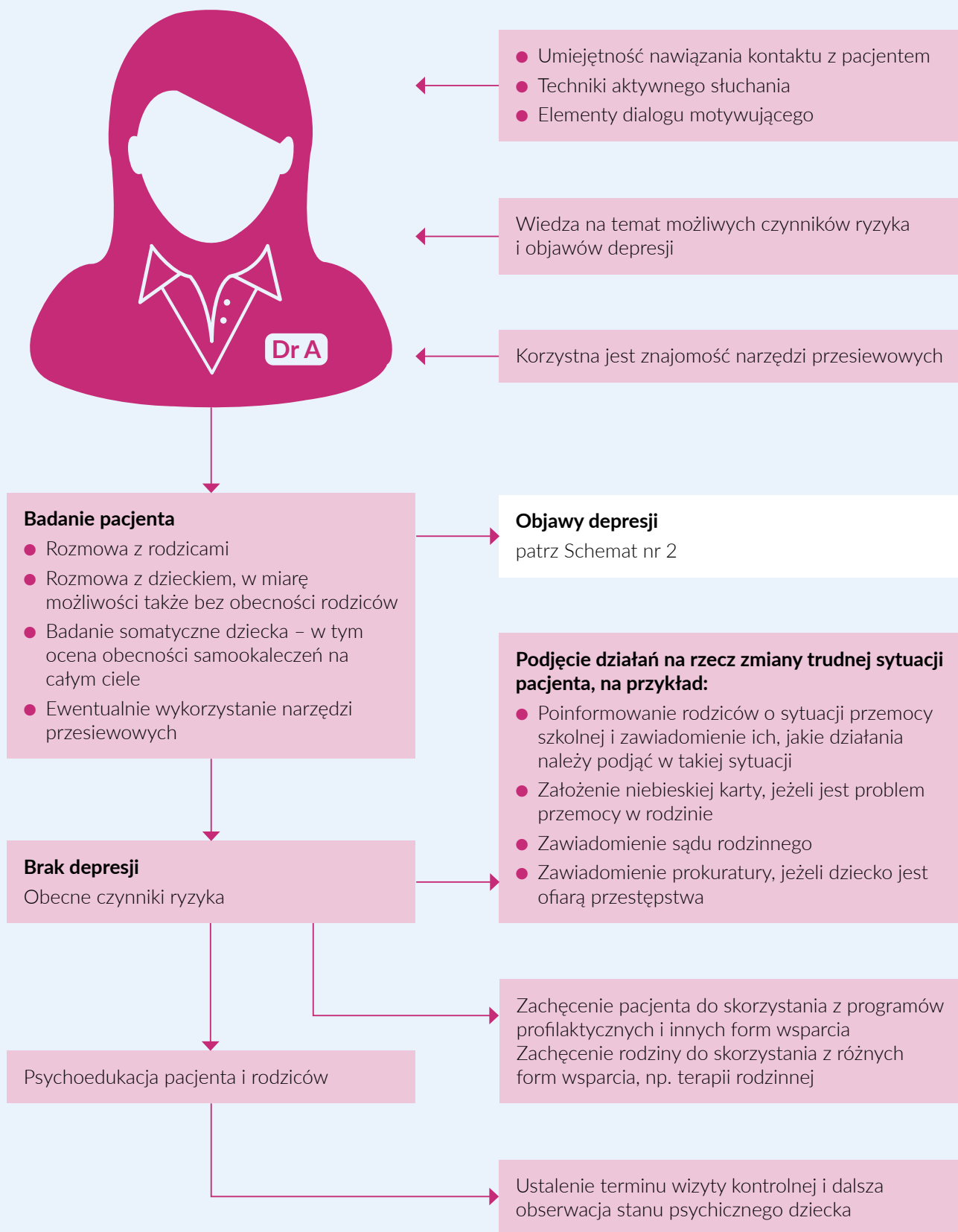
Zestaw pytań, które należy zadać podczas oceny ryzyka samobójstwa, jest również elementem Narzędzia oceny ryzyka samobójstwa: wersji dla nastolatków (Kutcher i wsp., 2007). W Tabeli 6 przedstawiono polskie tłumaczenie, dostępne na stronie projektu (<http://teenmentalhealth.org>). Badanie to powinno być przeprowadzane przez profesjonalistów. Nie jest narzędziem diagnostycznym i nie zdefiniowano punktów odcięcia związanych z nasileniem ryzyka samobójstwa. Zadaniem tej skali jest uzupełnienie procesu oceny klinicznej pacjenta.

Tabela 6. Narzędzie oceny ryzyka samobójstwa: wersja dla nastolatków (Kutcher i wsp., 2007)

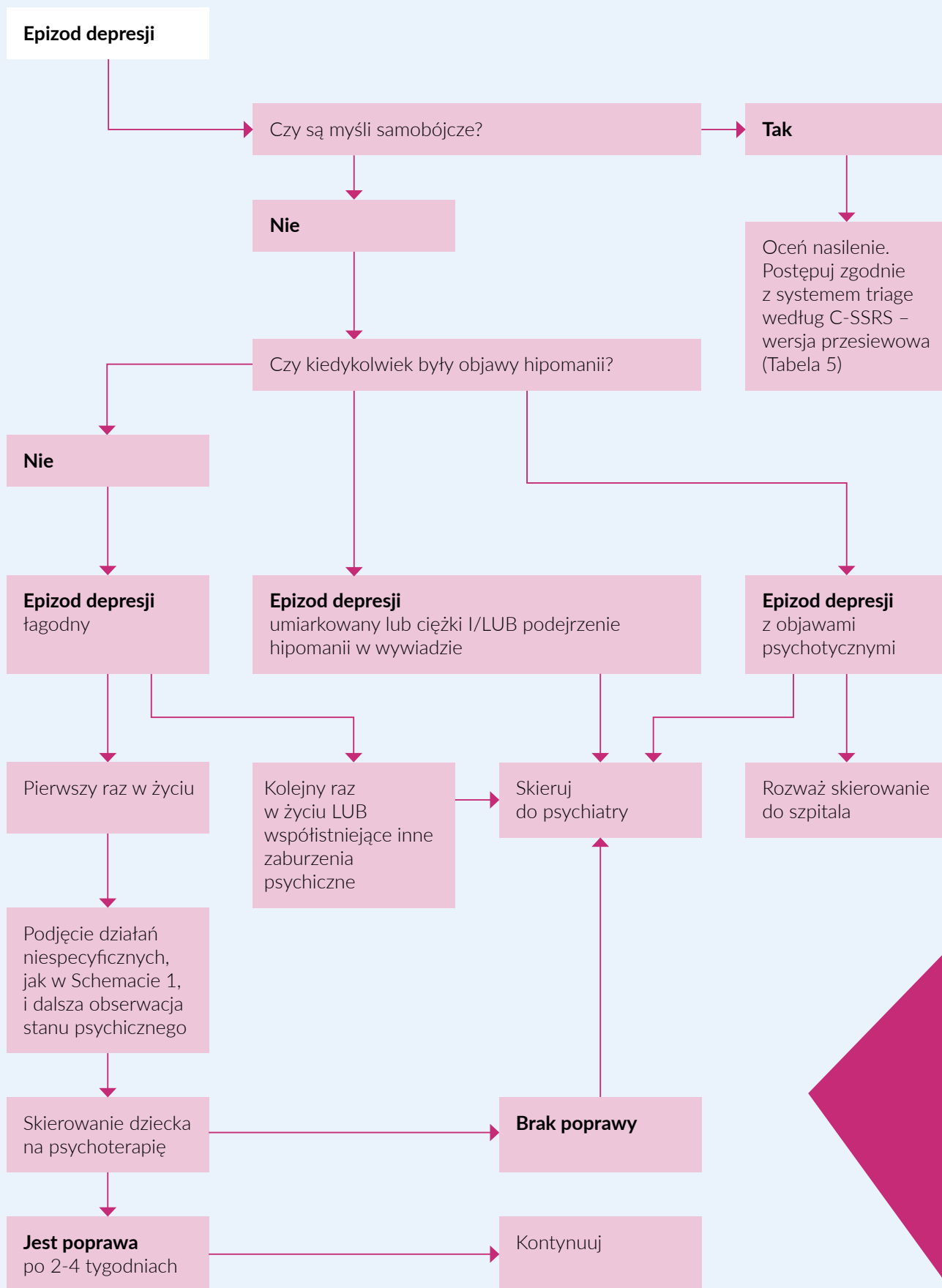
<b>Narzędzie oceny ryzyka samobójstwa: wersja dla nastolatków (Tool for Assessment of Suicide Risk: Adolescent Version, TASR-A)</b>			
<b>Imię i Nazwisko:</b>		<b>Karta pacjenta nr:</b>	
<b>Indywidualny profil ryzyka (proszę zaznaczyć TAK NIE)</b>		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Mężczyzna		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historia samobójstw w rodzinie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroby psychiczne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nadużywanie substancji odurzających		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Słabe wsparcie społeczne/problemowe otoczenie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Profil symptomów ryzyka (proszę zaznaczyć TAK NIE)</b>		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Symptomy depresyjne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptomy psychotyczne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poczucie beznadziejności/bezwartościowości		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anhedonia (brak zdolności odczuwania przyjemności)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gniew/impulsywność		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Profil ryzyka z wywiadu (proszę zaznaczyć TAK NIE)</b>		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Ideacje samobójcze		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zamiar samobójstwa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan samobójstwa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostęp do środków mogących spowodować śmierć		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcześniejsze zachowania samobójcze		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktualne problemy wydają się nierozwiązywalne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halucynacje imperatywne (nakazu) samobójstwa/zabójstwa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedawne zażywanie substancji odurzających		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6-punktowa skala KADS, wynik:</b>			
Poziom ryzyka natychmiastowego samobójstwa			
Wysoki		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Średni		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niski		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dyspozycja</b>			
<b>Ocena dokonana przez:</b>		<b>Data:</b>	

© Stan Kutcher and Sonia Chehil (2007)

Schemat 1. Zapobieganie i wczesne wykrywanie depresji w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej



Schemat 2. Postępowanie w przypadku depresji w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej



## PIŚMIENNICTWO

Analiza dostępnych metod zapobiegania, rozpoznawania i leczenia depresji w Polsce i na świecie, ze szczególnym uwzględnieniem grup ryzyka – raport. Raport przygotowany przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie na zlecenie Ministerstwa Zdrowia w ramach „Programu zapobiegania depresji na lata 2016-2020”. Warszawa 2017.

Birmaher B., Arbelaez C., Brent D., *Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2002, 11 (3), 619–637.

Birmaher B., Brent D., AACAP Workgroup on Quality Issues, Bernet W., Bukstein O., Walter H., Benson R.S., Chrisman A., Farchione T., Greenhill L., Hamilton J., Keable H., Kinlan J., Schoettle U., Stock S., Ptakowski K.K., Medicus J., *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2007, Nov, 46(11):1503-26.

Bomba J., Namysłowska I., Orwid M., *Zaburzenia zachowania i emocji zaczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym* [w:] Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red), Psychiatria. Urban & Partner, Wrocław 2002.

Bomba J., *Depresja młodzieńcza* [w:] Namysłowska I. (red.), Psychiatria dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.

Garland A.F., Haine-Schlagel R., Brookman-Frazee L., Baker-Ericzen M., Trask E., Fawley-King K., *Improving community-based mental health care for children: translating knowledge into action*. Adm Policy Ment Health, 2013, Jan, 40(1):6-22.doi: 10.1007/s10488-012-0450-8.

Gipson P.Y., Agarwala P., Opperman K.J., Horwitz A., King C.A., *Columbia-suicideseverity rating scale: predictive validity with adolescent psychiatric emergency patients*. Pediatr Emerg Care, 2015, Feb, 31(2):88-94. doi:10.1097/PEC.000000000000022.

Kalinowska S., Nitsch K., Duda P., Trześniowska-Drukała B., Samochowiec J., *Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia*. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, Szczecin 2013.

Kępiński A., *Melancholia*. PZWL, Warszawa 1974.

Kovacs M., *Children Depression Inventory-2*. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2016.

Kutcher S., Chehil S., *Tool for Assessment of Suicide Risk: Adolescent Version*. <http://teenmentalhealth.org>.

Lee S., Kim C.J., Kim D.H., *A meta-analysis of the effect of school-based anti-bullying programs*. J Child HealthCare, 2015, Jun, 19(2):136-53. doi:10.1177/1367493513503581.

LeBlanc J.C., Almudevar A., Brooks S.J., Kutcher S., *Screening for adolescent depression: comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck Depression Inventory*. J. Child Adolesc. Psychopharmacol, 2002, 12:113-126.

*Mental Health Promotion in Young People-an Investment for the future*. World Health Organization, 2010.

Merikangas K.M., Nakamura E.F., Kessler R.C., *Epidemiology of mental disorders in children and adolescents*. Dialogues Clin Neurosci, 2009, Mar, 11(1):7-20.

Mojs E., Bartkowska W., Kaczmarek Ł.D., Ziarko M., Bujacz A., Warchoń-Biedermann K., *Właściwości psychometryczne polskiej wersji skróconej Skali Depresji Kutchera dla Młodzieży (Kutcher Adolescent Depression Scale) – pomiar depresji w grupie studentów*. Psychiatr. Pol, 2015, 49(1):135-144.

Morgan A., Jorm A., *Awareness of beyondblue: the national depression initiative in Australian young people*. Australas Psychiatry, 2007, Aug, 15(4):329-33.

National Institute of Health and Care Excellence, Guideline CG28, 2015.

National Institute of Health and Care Excellence, Guideline CG16, 2004.

*Policy paper on the health and well-being of young people*. Jouth Forum Jeunesse, Rotterdam 2008.

Posner K., Brown G.K., Stanley B., Brent D.A., Yershova K.V., Oquendo M.A., Currier G.W., Melvin G.A., Greenhill L., Shen S., Mann J.J., *The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults*. Am J Psychiatry, 2011, Dec, 168(12):1266-77.doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704.

Richardson L.P., Katzenellenbogen R., *Childhood and adolescent depression: the role of primary care providers in diagnosis and treatment*. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, 2005, 35 (1), 6-24.

Stephan S.H., Weist M., Kataoka S., Adelsheim S., Mills C., *Transformation of children's mental health services: the role of school mental health*. Psychiatr Serv. 2007, Oct, 58(10):1330-8.

Szymańska J., *Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży. Poradnik dla pracowników szkół i placówek oświatowych oraz rodziców*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2016.

*Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135.

Vandenbroeck P., Dechenne R., Becher K., Eyssen M., Van den Heede K., *Recommendations for the organization of mental health services for children and adolescents in Belgium: use of the soft systems methodology*. Health Policy, 2014, Feb, 114(2-3):263-8.



Zespół ds. aktywnej polityki w sprawie psychiatrii dzieci i młodzieży przy Rzeczniku Praw Dziecka, Sesja *Psychiatria Dzieci i Młodzieży*, I Kongres Zdrowia Psychicznego, Warszawa 2017.

Zuckerbrot R.A., Cheung A.H., Jensen P.S., Stein R.E., Laraque D., GLAD-PC Steering Group, Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. *Identification, assessment, and initial management*. *Pediatrics*, 2007, Nov, 120(5):e1299-312.

# INTERWENCJE PSYCHOLOGICZNE, OPIERAJĄCE SIĘ NA TERAPII BEHAWIORALNO-POZNAWCZEJ (CBT), KIEROWANE ZARÓWNO DO MŁODZIEŻY, JAK I DO NAUCZYCIELI, OPIEKUNÓW/RODZICÓW

---

*dr hab. Barbara Remberk, dr Anna Z. Antosik-Wójcińska, mgr Marta Baron*  
INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII  
W WARSZAWIE

## 1. WPROWADZENIE

**Okres nastoletni** jest trudny pod wieloma względami. To czas intensywnych procesów i przemian na poziomie fizjologicznym, ale również okres, w którym młody człowiek szuka odpowiedzi na to, kim jest i jaki jest sens jego istnienia. Zmianie ulegają wymagania, jakie stawia świat, co również generuje wiele wyzwań. Wsparcie młodych osób w harmonijnym rozwoju wymaga zrozumienia tego, na jakim jego etapie akurat się znajdują. Belsher i Wilkes (1994) wskazują na kilka istotnych faz i potrzeb rozwojowych.

### ● **Etap egocentryzmu**

Nastolatki nierzadko wygłaszają zdecydowane poglądy, mając kłopot z przyjęciem stanowiska innych osób, nadmiernie koncentrują się na sobie i swoim postrzeganiu świata.

Dewaluowanie zdania młodych osób („*Jak będziesz starszy, to zrozumiesz*“/„*Jesteś jeszcze za młody, żeby wszystko zrozumieć*“) może odbierać im motywację do komunikowania się i dzielenia swoimi przeżyciami, potęgować poczucie niezrozumienia („*i tak wiedzą lepiej*“; „*nikt mnie nie rozumie*“), powodować rosnącą złość i chęć obrony swoich przekonań za wszelką cenę.

Uznanie punktu widzenia nastolatka, próba zrozumienia jego stanowiska bez nacisku, że nasza racja jest jedyną słuszną, łagodne wyjaśnienie, że sądzimy inaczej na jakiś temat lub w inny sposób coś przeżywamy, jest zaproszeniem do dialogu, który może być korzystny dla obu stron. Okazując szacunek temu, jak widzi świat nastolatek, sami możemy zyskać respekt i zaufanie młodej osoby.

To co jest istotne, to propagowanie idei empiryzmu, która opiera się na zachęcaniu do wypróbowywania własnych poglądów poprzez poszukiwanie dowodów, które je poprą i tych, które je podważą. Namawianie do testowania swoich przekonań i myśli (w granicach bezpieczeństwa i adekwatności do wieku) rozwija u nastolatków refleksyjność i krytyczne podejście do swojego myślenia. Jest to ważna cecha, zważywszy na to, że błędy myślowe i zniekształcenia poznawcze podtrzymują wiele problemów psychologicznych i – według poznawczego modelu rozwoju depresji (Beck, 1976) - są bezpośrednią przyczyną rozwoju stanów depresyjnych.

### ● **Potrzeba samostanowienia**

Już od najmłodszych lat dzieci są dumne, kiedy uda im się coś zrobić samodzielnie, zupełnie bez pomocy dorosłych. Lubią też naśladować rodziców w ich „dorosłych rolach“ - bawić się w dom czy przedstawiciele różnych zawodów.

U młodych nastoletnich potrzeba niezależności jeszcze bardziej wzrasta i powoduje szczególne przewrażliwienie na punkcie traktowania ich „jak dzieci“. Oczywiście jest, że osoby niepełnolet-

nie są zależne od dorosłych, nie tylko pod względem prawnym, co zapewnia im oparcie oraz bezpieczeństwo. Jak zatem pogodzić pragnienia i potrzeby młodych osób z rzeczywistością?

Potrzeba samostanowienia może być realizowana poprzez dawanie młodym możliwości wyborów różnych opcji (oczywiście w granicach tego, na co my mamy zgodę). Może to dotyczyć zarówno przedstawienia kilku możliwości pomocy w obowiązkach domowych (do wyboru), czy też różnych propozycji zadań podczas realizowanego tematu w trakcie lekcji / różnych wariantów wycieczek szkolnych do wyboru.

## 2. PRZYCZYNY DEPRESJI W UJĘCIU PSYCHOLOGICZNYM

Depresja rozumiana jest jako efekt oddziaływania różnych czynników ryzyka (takich jak np. stresujące przeżycia, depresyjni rodzice, niska samoocena, niesprzyjająca sytuacja życiowa), które sprawiają, że jednostka ma więcej negatywnych niż pozytywnych doświadczeń (związanych np. z realizacją celów lub relacjami interpersonalnymi). Wcześniejsze doświadczenia wpływają na te bieżące, jak również na odczucia i działania, w efekcie podtrzymując zły nastrój, negatywne myślenie i niechęć do działania.

Aaron Beck stworzył **model Poznawczej Teorii Depresji** *Cognitive Therapy for Depression* (Beck, 1976; Beck i in., 1979), w którym podkreśla rolę nieadaptacyjnych i zniekształconych aktów poznawczych w rozwoju i utrzymywaniu się depresji. Poznawczy model depresji Becka zakłada, że wczesne doświadczenia i wychowanie prowadzą do rozwoju pierwotnych przekonań i schematów, które są w miarę stałymi i dość mocno sztywnymi sposobami myślenia.

Nieprzystosowawcze myśli **o sobie** (np. „jestem brzydka i gruba”), **świecie** („nikomu się nie podobam, nikt nie zwraca na mnie uwagi”) i **przyszłości** („nigdy nie znajdę partnera i do końca życia będę sama”), nazywane **triadą poznawczą**, prowadzą do zniekształceń poznawczych, które tworzą negatywny afekt.

Takie myśli mogą doprowadzić do **zmian emocjonalnych** (smutek, rezygnacja), **behawioralnych** (pozostawanie w domu, niewychodzenie do ludzi) i **somatycznych** (np. utrata apetytu, trudności ze spaniem).

Szczególnie istotne są tu **założenia lub schematy pierwotne** (czyli dość mocno ugruntowane przekonania wykształcone w dzieciństwie, które mogą mieć związek ze sposobem wychowania), w odniesieniu do których ocenia się wydarzenia. Raz uruchomione, ustalone wytwarzają szereg automatycznych myśli. Takie myśli i przekonania mogą podlegać całej gamie zniekształceń lub błędów logicznych. Bardziej negatywne myślenie jest zaś związane z nastrojem depresyjnym.

### Błędy / zniekształcenia myślowe charakterystyczne dla depresji

- **Czarne okulary** (zwane także **selektywną uwagą**) – powodują, że skupiamy się wy-

łącznie na negatywnych aspektach sytuacji z pominięciem elementów pozytywnych. Odzwierciedlają tendencję mózgu do odrzucania informacji niezgodnych z posiadanymi wcześniej przekonaniem. („Widzimy to, co chcemy zobaczyć”). Np. *pamiętamy z wakacji więcej deszczowych dni niż słonecznych. Po meczu, w którym strzeliliśmy trzy gole i jeden raz nie trafiliśmy w bramkę, twierdzimy, że „nam nie poszło i zawiedliśmy drużynę“.*

- **Myślenie czarno-białe** (w kategoriach **wszystko albo nic**) - polega na postrzeganiu wydarzeń w ujęciu „zero-jedynkowym”. Może się przejawiać występowaniem stwierdzeń „zawsze”, „wszystko”, „każdy”, „nigdy”, co nie jest zgodne z prawdą. Np. *po kłótni z kimś myślimy, że „już nigdy nie będzie tak samo”, lub, że „to koniec przyjaźni“.* Drobne niedociągnięcia czy błędy uważamy za klęskę – *„Nie nadaję się, nigdy nie będę dobrym piłkarzem”.*
- **Myślenie katastroficzne** – polega na skupianiu się na mało prawdopodobnym, najgorszym z możliwych, scenariuszu zdarzeń.
- **Wnioskowanie na podstawie emocji**. Kiedy nasze emocje stają się bardzo silne, przesłaniają nam sposób, w jaki myślimy i coś postrzegamy. To, co myślimy, jest bardzo zależne od tego, co czujemy w danym momencie, a nie od faktów. Np. *kiedy czujesz się źle, jesteś przygnębiony i smutny, to zakładasz, że wszystko takie jest i o niczym nie myślisz pozytywnie, ponieważ emocje wzięły górę nad myśleniem.* „Jestem nikim”, „Jestem do niczego”, „Cała ja – ofiara losu.”
- **Wyolbrzymianie/umniejszanie** – przyznawanie nieadekwatnie większej wagi spostrzeganym błędom, słabościom oraz zagrożeniom, jak i odpowiednio mniejszej wagi sukcesom, zaletom i możliwościom.
- **Odrzucanie pozytywów** – polega na stronnicy ignorowaniu pozytywnych doświadczeń, podważaniu ich. Np. *kiedy zwyciężymy w jakiejś grze, to zaczynamy sądzić, że przeciwnik „dał nam fory”.* Kiedy ktoś nas zaprasza na imprezę, myślimy sobie, że *pewnie nie miał kogo zaprosić lub ktoś bardziej interesujący od nas już mu odmówił, a szkoda by było, żeby jedzenie się zmarnowało.*
- **Czytanie myśli** – błędnie sądzimy, że znamy myśli innych osób, przekonanie to opieramy jedynie na obserwacji ich zachowania lub komunikacji niewerbalnej, a także zakładając najgorszy scenariusz (bez weryfikacji poprzez zapytanie tej osoby, co faktycznie myśli). Np. *„Wszyscy pomyśleli, że jestem głupi, bo zapomniałem tego nazwiska”.* „Pewnie śmieją się ze mnie, bo zrobiłem coś głupiego”.
- **Przepowiadanie przyszłości** – stronnicy przewidywanie negatywnych rezultatów zdarzeń bez oparcia w faktach. *„Wiem, że to mi się nie uda”, „I tak mnie wystawi i nie przyjdzie na spotkanie”.*
- **Nadmierne uogólnianie** (zwane też **nadmierną generalizacją**) – polega na dokonywaniu pospiesznych uogólnień bez wystarczających dowodów lub wyciąganiu bardzo daleko idą-

cych wniosków na podstawie pojedynczego wydarzenia. Np. uczeń, któremu źle poszło na sprawdzianie z matematyki, dochodzi do wniosku: „*Nic nie rozumiem z matematyki, właściwie ze wszystkich przedmiotów jestem beznadziejny. Po prostu nie nadaję się do niczego*”.

- **Personalizacja /obwinianie** – przypisywanie sobie odpowiedzialności za zdarzenia, na które nasz wpływ jest ograniczony lub znikomy. Np. „*Wystarczyło, że tylko usiadłam przed komputerem, a od razu się zepsuł*”.
- **Stwierdzenia typu „muszę i powinienem”** – to błąd związany ze zbyt wygórowanymi wymaganiami, jakie sami stawiamy przed sobą, gdy z góry wydaje się niemożliwe ich spełnienie. Przejawia się częstym myśleniem w kategoriach „*muszę*”, „*powinienem*”, „*należy*” odnośnie rzeczy, których nie jesteśmy w stanie od początku spełnić i tym samym musi się to skończyć naszą porażką.

Według badaczy dzieci cierpiące na depresję przypisują wydarzeniom więcej **negatywnych znaczeń**, niż te nie wykazujące objawów choroby. Dzieci depresyjne **zniekształcają postrzeganie własnych zachowań** i selektywnie zajmują się **negatywnymi cechami wydarzeń** (Kendall i in., 1990; Leitenberg i in., 1986; Rehm i Carter, 1990) „Depresyjna” specyfika wiąże się z zawyżonymi standardami przejawiającymi się w oczekiwaniach wobec siebie, innych i całego świata.

Abramson i in. (1978) zwrócili uwagę na **styl atrybucji** - czyli specyficzny styl wyjaśniania przyczyn zdarzeń, charakterystyczny dla osób z depresją.

**Wydarzeniom negatywnym** towarzyszy odwoływanie się do **przyczyn ogólnych, niezmiennych** i samoobwinianie się (**przyczyna wewnętrzna**), np. „*To moja wina i mojej odwiecznej (niezmiennej) głupoty, że nic (ogólnikowo) mi nie wychodzi*.”

**Wydarzeniom pozytywnym** przypisuje się natomiast powody **jednorazowe, niestałe i zewnętrzne**, np. „*Dostałem tę pracę (jednorazowo) - pierwszy raz szczęście się do mnie uśmiechnęło*”.

I tak np. uczniowie o depresjogennym stylu atrybucji osiągają gorsze wyniki w nauce i częściej mają obniżony nastrój (Metalsky, Halberstad i Abramson, 1987).

U wielu osób pojawienie się depresji wyprzedzają bezpośrednio negatywne wydarzenia życiowe (Bidzińska, 1984). Jak wykazały badania, jednym z czynników znacznie różniącym osoby z depresją od tych niedepresyjnych jest doświadczenie utraty osoby znaczącej (śmierć rodzica, porzucenie przez rodzica) przed 11-12 rokiem życia.

Dziecko zaczyna myśleć o sobie w sposób zniekształcony, np. „*odejście ojca, gdy miałam pięć lat, oznaczało dla mnie to, że nie zasługuję na miłość, nie jestem dość dobra, żeby ze mną być*.” Takie negatywne myśli nie pojawiają się zawsze, mogą powrócić w sytuacji kolejnej utraty kogoś bliskiego,

np. rozstania z chłopakiem. To jeszcze bardziej obniża nastrój i powoduje **negatywną wizję dotyczącą siebie, rzeczywistości i przyszłości**. Takie postrzeganie podtrzymuje błędne koło - wyzwala smutek i inne nieprzyjemne emocje. Następuje obniżenie aktywności, a stopniowe zaniedbywanie codziennych czynności potwierdza negatywną wizję siebie i brak nadziei na zmianę.

Depresja związana jest silnie z negatywnymi konsekwencjami psychospołecznymi, w tym nadużywaniem substancji, porzuceniem nauki, problemami zdrowotnymi i upośledzonymi relacjami interpersonalnymi (Cheung, Kozloff i Sacks, 2013; Horowitz i Garber, 2006; Weersing i Brent, 2006).

### Proponowane interwencje - uzasadnienie merytoryczne

**Terapia poznawczo-behawioralna (ang. Cognitive behavioural therapy, w skrócie CBT)** jest podejściem terapeutycznym najlepiej zweryfikowanym empirycznie pod kątem leczenia depresji u dzieci i młodzieży (David-Ferdon i Kaslow, 2008, Watanabe, Hunot, Omoril, Churchill i Furukawa, 2007).

Celem CBT jest zrozumienie, w jaki sposób interpretowane są wydarzenia i doświadczenia, oraz rozpoznanie i zmiana zniekształceń lub deficytów (błędów poznawczych), które pojawiają się podczas przetwarzania poznawczego.

**Terapia poznawczo-behawioralna** skupia się na związku pomiędzy następującymi czynnikami:

- akt poznawczy (co myślimy)
- afekt (jak czujemy)
- zachowanie (co robimy).

Terapeuci CBT podkreślają znaczenie analizy myśli i przekonań związanych z naszymi nastroszeniami, zachowaniami, doznaniem fizjologicznymi oraz zdarzeniami w naszym codziennym życiu. To, w jaki sposób postrzegamy daną sytuację, silnie wpływa na nasze reakcje zarówno w sferze emocji, jak i zachowania oraz fizjologii. Badania wykazały, że u pacjentów z depresją rzadziej następuje nawrót choroby, jeśli posiadli oni umiejętność rozpoznawania, weryfikacji i zmiany swoich automatycznych myśli (Neimeyer, Feixas, 1990).

Niektórzy autorzy wskazują na ograniczenia w zastosowaniu tego podejścia ze względu na to, iż głównym celem interwencji i oceny jego skuteczności jest zmniejszenie objawów depresyjnych, nie zaś koncentracja na poprawie samopoczucia pacjenta (Burgi-Radmanovi, 2011, David-Ferdon & Kaslow, 2008). Co więcej, jego skuteczność wydaje się być krótkotrwała i znacznie maleje w ciągu sześciu miesięcy od zakończenia interwencji (Watanabe i wsp., 2007).

Dlatego też istotne jest wzbogacenie podejścia opartego o terapię poznawczo-behawioralną o **pozytywne interwencje psychologiczne**, które zakładają, że depresja może być skutecznie

leczone nie tylko przez łagodzenie objawów depresyjnych, ale także poprzez poprawę samopoczucia, promowanie pozytywnego rozwoju i optymalnego funkcjonowania, poczucie szczęścia, pozytywnych emocji, mocnych stron i znaczenia w życiu (Seligman, Raszid i Park, 2006; Sin & Lyubomirsky, 2009; Wood & Tarrier, 2010, Suldo, Savage i Mercer, 2013).

Według Seligman i współ. (2006) zastosowanie **pozytywnych interwencji psychologicznych** jest szczególnie istotne w leczeniu objawów depresyjnych, gdyż choroba ta charakteryzuje się brakiem zaangażowania i poczucia korzystnego wpływu na własne życie u osób chorych. Autorzy uważają, że wzmacnianie przede wszystkim tych pozytywnych zasobów może przeciwdziałać objawom depresyjnym i zapobiegać nawrotom w przyszłości.

To wszystko może być osiągnięte przy użyciu interwencji wzmacniających pozytywne procesy rozwojowe, które utrzymują i promują zdrowie fizyczne oraz psychiczne dzieci i młodzieży.

### **3. WYBRANE STRATEGIE OPARTE O TERAPIĘ POZNAWCZO-BEHAWIORALNĄ**

- **Nauka rozpoznawania zależności pomiędzy tym, jak myślimy, jak czujemy, a co robimy**
- **Aktywacja behawioralna („aktywacja zachowania”)**

Jej założeniem jest w pierwszej kolejności rozpoznanie przez młodego człowieka zależności między nastrojem, a wykonywanymi zajęciami i wyodrębnienie tych, które pozytywnie wpływają na samopoczucie. Kolejny etap - to nauka planowania sprawiających przyjemność aktywności oraz wchodzenia w wartościowe interakcje ze środowiskiem. Celem tej interwencji jest wyrobienie u osoby chorej na depresję przekonania, że pomimo przeszkód należy poszukiwać pozytywnych wzmocnień. Często pacjenci szybko odkrywają, że na poprawę ich nastroju wpływają czynności dające satysfakcję.

- **Nauka rozpoznawania błędów myślowych /zniekształceń poznawczych**

Przy wykrywaniu błędów myślowych pomocne jest użycie następujących pytań:

- *Jakie dowody potwierdzą tę myśl?*
- *Jakie dowody obalają tę myśl?*
- *Co powiedziałby ktoś mi bliski (mój przyjaciel/ nauczyciel/ rodzic), gdybym powiedział mu o swoich myślach?*
- *Co powiedziałbym swojemu przyjacielowi, gdyby myślał w ten sposób?*
- *Czy popełniam jakiś błąd w myśleniu?*
- *Czy zapominam o swoich zaletach i mocnych stronach?*
- *Czy wyolbrzymiam na zasadzie „wszystko albo nic”?*
- *Czy przewiduję klęskę?*
- *Czy nadmiernie myślę emocjami?*



- Czy zakładam niepowodzenie?
- Czy uważam, że to moja wina, że nic mi nie wychodzi?
- Itd.

Interwencje dotyczące **zniekształceń poznawczych** mają na celu:

- zwiększenie u młodzieży świadomości występowania zaburzonych i irracjonalnych przekonań/ schematów
- zrozumienie skutków ich wpływu na zachowanie i emocje
  - typowe metody pracy: formy samoobserwacji, testowanie myśli, restrukturyzacja poznawcza, rozpoznawanie nieprzystosowawczych przekonań.
- **Trening myślenia zrównoważonego**

Nauka nowych strategii poznawczych, czyli przeformułowywania zniekształconych myśli na bardziej konstruktywne, adekwatne do rzeczywistości, może odbywać się poprzez:

- trening autoinstruktażowy
- podtrzymujący na duchu (pozytywny) monolog wewnętrzny
- monolog wewnętrzny typu „poradzę sobie“
- samowzmocnienie

- **Szerzenie idei współpracy**

Nastolatki i dzieci mogą odczuwać, że ich poglądy są nieważne i oczekiwać, że ktoś im powie, co mają robić – co znają z wielu aspektów swojego życia.

Zależność młodszych od dorosłych nie ulegnie zachwianiu, kiedy tam, gdzie to możliwe, będziemy propagować współpracę „*jak równy z równym*“. Promowanie równiejszych stosunków może przynieść tylko pozytywne rezultaty i zwiększyć autorytet strasznych osób w oczach młodszych dzięki wzajemnemu szacunkowi.

Namawianie do współdecydowania w niektórych sprawach wpływa pozytywnie na wzrost odpowiedzialności młodych osób za decyzje, które podejmują. Metoda współpracy zachęca młodego człowieka do aktywnego udziału w wielu sprawach codziennych, wyrażania pomysłów i przekonań, poszukiwania rozwiązań napotkanych trudności oraz - w przypadku nie wywiązywania się przez młode osoby z poczynionych ustaleń - do ponoszenia konsekwencji takich działań.

Idea współpracy umożliwia większą i skuteczniejszą samokontrolę dzieci/uczniów, którym rodzic/nauczyciel zapewnia tylko bezpieczny i wspomagający szkielet, w obrębie którego do tej samokontroli może dochodzić.

Rodzic / wychowawca / opiekun powinien – jeśli to jest szczerze – deklarować chęć wsparcia młodych osób w przezwyciężaniu problemów, jakie są dla tych ostatnich ważne. Współpraca zachęca młode osoby do poszukiwania nowych sposobów myślenia i możliwości.

## ● **Rozwiązywanie problemów**

Kiedy młodego człowieka coś niepokoi, czymś się zadręcza, możemy mu pomóc określić/ sprecyzować problem. Być może ma poczucie, że z niczym sobie nie radzi i trudno mu wymienić, z czym w istocie nie może sobie samodzielnie poradzić.

Pomocne będzie zadanie mu pytań:

*Czy jego stres dotyczy przede wszystkim kontaktów z rówieśnikami?*

*Nauki? Relacji z którymś z domowników?*

*Co stanowi problem?*

*Kiedy i gdzie się pojawia?*

*Kogo dotyczy?*

Dzięki otwartej postawie i chęci wsparcia poprzez wspólne poszukiwanie rozwiązania problemu możemy zmotywować młodego człowieka do stawienia czoła pojawiającym się przeszkodom.

Co było by rozwiązaniem dylematu dla młodej osoby? Pamiętajmy, że to co dla nas jest jego rozwikłaniem, niekoniecznie nim będzie dla nastolatka. Słuchajmy go uważnie!

W dalszym etapie można namówić go do tego, aby spróbował „wyprodukować” możliwie dużo rozwiązań problemu – w strategii tej zależy nam, by było ich jak najwięcej, nawet tych pozornie głupich, nie muszą być genialne czy najlepsze.

Młode osoby borykające się z depresją bardzo często mają kłopoty z podejmowaniem decyzji, dlatego też niezwykle pomocnym narzędziem będzie nauka poszukiwania „za” i „przeciw” każdego rozwiązania. Po wyliczeniu pozytywów i negatywów osoba młoda ma podstawę, by wybrać pomysł, który najlepiej wypada w tym bilansie i na jego podstawie może podjąć decyzję.

## ● **Nazywanie wszystkich emocji, nie blokowanie tych, które należą do przykrych**

SMUTEK – niektórzy ludzie uważają, że jeśli będą mówić o smutku i czymś nieprzyjemnym, to mogą od tego wpaść w „depresyjne” stany i w związku z tym muszą pozbyć się wszystkich tego typu odczuć i przykrych wspomnień.

Warto uświadamiać im, że smutek i rozpacz, tak jak każde inne, są normalnymi, zdrowymi emocjami będącymi częścią ludzkiego doświadczenia. Związane z jakąś utratą informują nas o tym, co w życiu należy cenić i o co dbać (np. o zdrowie lub przyjaźń).

Smutek i depresja często mają podobne fizjologiczne i emocjonalne objawy. Myśli depresyjne są jednak bardziej uogólnione i pełne samokrytyki (np. „to moja wina”, „do niczego się nie nadaję”), negatywnego stosunku do świata („nikt mnie nie lubi”) oraz braku nadziei na lepszą przyszłość („nigdy nie będzie lepiej”).

Przeanalizowanie treści nasuwających się myśli jest dobrym sposobem na rozróżnienie potencjalnie depresyjnej i autodestrukcyjnej idei od zdrowego smutku - bardziej konkretnego, związanego z czymś, co utraciliśmy (np. „żałuję, że to się stało”, „przykro mi, że się rozstaliśmy”, „tęsknię za nią”, „życie opustoszało, gdy odeszła”). Analiza treści myśli może być dobrym narzędziem wczesnego wykrywania depresji u młodzieży.

### ● **Koncentracja na tu i teraz, techniki oparte na uważności**

**Ruminacja** – to tzw. nawracanie myśli, które mogą mieć różną treść (np. w depresji - negatywne wątki dotyczące „Ja”, w złości - myśli o niegodziwości innych i naruszeniu granic). Zjawisko to charakteryzuje styl myślenia polegający na ciągłym powracaniu do różnych kwestii tematycznych, w przeciwieństwie do negatywnych automatycznych myśli, które pojawiają się nagle, mają skrótową formę i charakterystyczną treść (Nolen-Hoeksema, 2000).

Taki styl myślenia (w którym „nieodpowiednia” informacja związana z bodźcem negatywnym wciąż powraca) występuje częściej u kobiet (podobnie jak i depresja), a intensywność poddawania się ruminacjom przez jednostkę pozwala na przewidywanie czasu trwania i głębokości obniżonego nastroju (Joorman, 2006).

Zamiast koncentrować się na tym, co wydarzyło się w przeszłości – na rozpamiętywaniu, zamartwianiu i analizowaniu czegoś, czego już nie zmienimy - terapia poznawczo-behawioralna dzięki użyciu technik zaradczych opartych na uważności pomaga skupić się na tym, co dzieje się w życiu „tu i teraz”.

## **4. NASTOLATEK Z DEPRESJĄ – CO GO WYRÓŻNIA?**

**Negatywne myślenie** jest jedną z najbardziej charakterystycznych cech depresji. Wiele młodych osób może być sceptycznie nastawionych do tego, że cokolwiek lub ktokolwiek jest w stanie im pomóc.

Proponowane strategie zaradcze:

- wsparcie, dodawanie otuchy,
- zachęcanie do tego, aby nastolatek spróbował wytrwać w terapii przynajmniej kilka tygodni,
- namawianie do stawiania sobie małych celów, dzielenia zadań na mniejsze etapy (technika „małych kroczków”),
- docenianie tych „małych kroków” i motywowanie do następnych.

**Uczucie przytłoczenia** jest powszechnym doświadczeniem w depresji. Osoby w depresji często myślą, że to, czego się od nich wymaga jest zbyt trudne i skomplikowane, albo, że oni sami są zbyt głupi lub nie potrafią nic zrobić. Pacjenci często czują się mniej przytłoczeni zadaniem, gdy rzeczywiście coś zrobią, niż gdy tylko o tym myślą.

Sugerowane interwencje obejmują:

- rozpoczynanie różnych przytłaczających ćwiczeń/ zadań wspólnie, co pozwoli zweryfikować prawdziwość przekonania, że dana czynność jest zbyt trudna,
- wyrażenie uznania nawet dla najmniejszego wysiłku,
- docenianie zaufania młodej osoby, tego że pozwoliła nam na wsparcie,
- używanie prostych i łatwych do zrozumienia komunikatów, zadawanie krótkich pytań,
- poszanowanie granic młodego człowieka (zmuszanie do czegoś może wywołać „efekt sprężyny“ – im bardziej będziemy naciskać na coś, tym silniej ta osoba może się bronić, chcąc zachować swoją autonomię i tym bardziej robić coś, co odbierzemy jako „wymówkę“),
- dzielenie zadań na mniejsze etapy (np. podzielenie materiału do przeczytania na akapity).

*Np. w sytuacji problemu z zapamiętaniem czynności i nastroju – pacjent stara się zaobserwować tylko jeden moment w nadchodzącym tygodniu, w którym poczuje się lepiej, i jeden, w którym poczuje się gorzej, a następnie zapisuje to.*

**Poczucie beznadziejności** jest kolejnym typowym elementem depresji oraz znaczącym wskaźnikiem skłonności samobójczych. Jest charakterystyczne dla osób z depresją i wyraża się w przekonaniu, że oczekiwane korzystne wydarzenie z pewnością nie nastąpi, zajdzie natomiast przewidywana sytuacja negatywna, i to niezależnie od podjętych przez osobę depresyjną środków zaradczych (Abramson i in., 2002). Eliminowanie tego poczucia jest jednym z najważniejszych zadań dla tych, którzy wspierają młodą osobę w depresji oraz na każdym etapie terapii. Poczucie beznadziejności często związane jest z tym, że cała masa problemów jest zbyt trudna do rozwiązania.

Strategie zaradcze:

- wzbudzanie nadziei, dialog motywujący
- regularne pytanie nastolatka o to, czy ma nadzieję na poprawę oraz w przypadku jej braku - przyznanie, że taki stan jest dla nas wiarygodny
- podkreślanie, że naszym zdaniem (jeśli tak uważamy) jego problem nie jest przypadkiem beznadziejnym (pokazanie alternatywnego punktu widzenia)
- wspólne tworzenie listy problemów
- wybranie na początek jednego zagadnienia, którego rozwiązanie najbardziej pomoże doświadczyć jakiejś poprawy, poczuć ulgę i przywrócić wiarę, że chociaż część z nich uda się rozwikłać
- pomoc w dostrzeżeniu zalet rozwiązywania problemów po kolei (strategie ukierunkowanego dochodzenia do prawdy) – postępy w jednej sferze dadzą więcej nadziei, niż tylko rozmowy o poczuciu beznadziei

**Niski poziom aktywności** – młody człowiek z depresją może godzinami leżeć w łóżku lub siedzieć przy komputerze, nie mając motywacji ani energii do innych czynności.

Proponowane interwencje:

- motywowanie do bardzo prostych działań, np. wspólnego pójścia na krótki spacer lub przynajmniej zrobienia kilku kroków
- proponowanie drobnych aktywności, które w pewnym momencie mogą nabrać sensu
- ważna jest łagodność i nie przyzmuszanie, aczkolwiek zachowanie pewnej stanowczości w namawianiu do powolnego zwiększania aktywności

**Anhedonia.** Jednym z kluczowych objawów depresji jest niezdolność do odczuwania przyjemności, nawet w sytuacjach, które wcześniej bardzo cieszyły. To stan pełen smutku lub wszechogarniającej pustki i obojętności, w którym życie nie ma kolorów, ani smaku. W efekcie chorzy na depresję rezygnują z satysfakcjonujących aktywności i otrzymują tym samym mniej pozytywnych wzmocnień. Badania przeprowadzone w latach 70. i 80. wykazały, że istnieje związek pomiędzy zmianami nastroju a liczbą podejmowanych zajęć sprawiających przyjemność.

Sugerowane interwencje:

- aktywizacja behawioralna
- namówienie chorego na terapię lub leczenie
- wzmacnianie motywacji do leczenia poprzez regularne wsparcie chorego w przekonaniu, że depresję można skutecznie wyleczyć
- zauważanie i wspieranie najdrobniejszych oznak poprawy
- łagodne nakłanianie do prostych codziennych aktywności

Gdy stan osoby w depresji jest wyjątkowo ciężki, należy ograniczyć motywowanie do jakichkolwiek aktywności do czasu, gdy w pełni zaczną działać leki (do kilku tygodni od momentu rozpoczęcia terapii). Wtedy zalecana jest raczej dyskretna obecność i wsparcie.

**Poczucie bycia niepotrzebnym.** Osoba z depresją często czuje się niepotrzebna, zbędna, „zawadzająca” innym, co dodatkowo pogłębia depresję.

Strategiami wspierającymi, przeciwdziałającymi temu są:

- podkreślanie i uświadamianie przez bliskich, jak wiele osoba chora dla nich znaczy
- wysłuchanie wszystkiego, o czym chce opowiedzieć
- cierpliwość
- wyrozumiałość
- zaangażowanie w życie rodzinne / szkolne na poziomie adekwatnym do aktualnych możliwości
- zadbanie, by chory spotykał się z osobami, które darzył dotychczas największym zaufaniem

## Czego nie robić

Depresja jest chorobą, a nie fanaberią lub „symulacją” wymyśloną, by uniknąć obowiązków czy odpowiedzialności. Tak jak każdą chorobę należy ją leczyć, bo sama nie przeminie. Chorego trzeba traktować z troską i powagą, nie bagatelizując problemu.

Komentarze w rodzaju: „to nic takiego”, „weź się za siebie”, „przesadzasz” – tylko pogarszają sprawę i powodują, że nastolatek może zamknąć się w sobie oraz stracić nadzieję, że jego sytuację ktoś zrozumie i mu pomoże.

## Inne zabiegi, które nie działają i tylko pogarszają sytuację:

- krytyka chorego z powodu jego depresyjnych zachowań i braku chęci do życia
- odbieranie złego nastroju i humoru jako niechęci skierowanej przeciwko nam
- uszczęśliwianie na siłę
- wyręczanie chorego w różnych czynnościach – pozbawianie go szansy na aktywność
- izolowanie go od życia codziennego, w tym problemów i kłopotów, może sprawić, że poczuje się jeszcze bardziej nieważny i odtrącony
- zmuszanie (zamiast zachęcania) do chodzenia na imprezy lub spotkania towarzyskie
- obrażanie się, kiedy chory negatywnie reaguje na chęć pomocy (może o to poprosić w innym momencie)
- unikanie tematu choroby i nieprzyjemnych emocji

# INTERWENCJE SKIEROWANE DO MŁODZIEŻY

## I. PROFILAKTYKA DEPRESJI

### A. Promocja zdrowego stylu życia

#### 1. Kształtowanie pozytywnego rozumienia zdrowia psychicznego

#### 2. Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowego stylu życia:

- aktywność fizyczna – bardzo ważny czynnik wpływający na nastrój
  - wzbudzanie i wzmacnianie motywacji do podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu oraz ograniczania tych niewłaściwych
- korzystanie z komputera i telefonu w rozsądnym wymiarze czasu
  - promowanie nawiązywania i utrzymywania relacji „na żywo”
- prawidłowe odżywianie
- wystarczająca ilość snu

- umiejętność relaksacji, „wyciszania się” i odpoczynku
- uczenie technik odprężenia i uważności

### **3. Propagowanie stylu życia i warunków środowiskowych wspierających zdrowie psychiczne, zaspokajanie potrzeb i realizację zadań rozwojowych:**

#### a) Budowanie poczucia zaufania

- szacunek do przekonań i poglądów nastolatka
- próby zrozumienia jego stanowiska
- budowanie kontaktu bez nacisku, że nasza racja jest jedyną słuszną
- zaproszenie do dialogu na temat różnicy zdań

#### b) Propagowanie idei empiryzmu

- zachęcanie do wypróbowywania własnych poglądów
- poszukiwanie dowodów na poparcie i podważenie opinii i osądów
- namawianie do testowania swoich przekonań i myśli
- rozwój refleksyjności i krytycznego podejścia do własnego myślenia

#### c) Szerzenie idei współpracy „jak równy z równym“

- namawianie do współdecydowania
- wsparcie ponoszenia odpowiedzialności za decyzje podejmowane przez nastolatków
- nauka analizy konsekwencji własnych działań
- zapewnienie bezpiecznego środowiska dla wzrostu samokontroli uczniów
- aktywizacja nastolatków do:
  - udziału w życiu codziennym
  - wyrażania własnych opinii
  - generowania pomysłów
  - odkrywania nowych sposobów myślenia
  - poszukiwania rozwiązań napotkanych trudności
  - ponoszenia konsekwencji swoich działań

#### d) Nauka rozpoznawania myśli, nastrojów, zachowań i reakcji fizjologicznych

#### e) Aktywacja behawioralna („aktywacja zachowania”)

- rozpoznawanie zależności między nastrojem, a wykonywanymi zajęciami
- zapis czynności (tygodniowy/miesięczny)
- wyodrębnienie zajęć, które pozytywnie wpływają na samopoczucie
- nauka planowania aktywności sprawiających przyjemność
- umiejętność ustalania celów życiowych
- skuteczne zarządzanie planem dnia
- zaangażowanie się w realizację ważnych zadań

f) Wsparcie w nawiązywaniu konstruktywnych więzi z innymi ludźmi

- w korzystaniu ze społecznej sieci wsparcia (rodzina, znajomi, przyjaciele) i zaufania
- w radzeniu sobie z wymaganiami społecznymi, trudnymi sytuacjami o takim charakterze
- nauka wchodzenia w pozytywne interakcje ze środowiskiem
- rozwój umiejętności społecznych i komunikacyjnych

g) Radzenie sobie z sytuacjami trudnymi, stresem i frustracją

● **nauka rozwiązywania problemów**

- uczenie się wprowadzania zmian w życiu, gdy określone myśli ostrzegają nas o problemach, które trzeba rozwiązać
- sprecyzowanie konkretnego zagadnienia
- technika pytań pomocniczych
- wybór konkretnego problemu
- wsparcie i otwarta postawa motywująca do wspólnego poszukiwania rozwiązań
- „produkcja“ jak największej liczby pomysłów na poradzenie sobie z problemem
- nauka poszukiwania „za“ i „przeciw“
- wybór najlepszego rozwiązania

● **ćwiczenie umiejętności formułowania osobistego planu zmian**

● **strategie radzenia sobie z dużą liczbą zmian i związanym z tym stresem**

h) Trening emocjonalny

- nauka rozpoznawania własnych emocji i nazywania ich
- wzrost umiejętności ich wyrażania w miejsce ich tłumienia
- nauka kontrolowania obniżonego nastroju
- podnoszenie zdolności jego poprawiania

i) Budowanie systemu wartości i pozytywnych postaw

- życzliwy stosunek do samego siebie
- optymistyczne myślenie
- pozytywna interpretacja rzeczywistości
- świadomość własnych dobrych cech i mocnych stron
- korzystanie ze swoich zasobów
- czerpanie radości i satysfakcji z życia

## **II. WCZESNE WYKRYWANIE DEPRESJI U MŁODZIEŻY**

### **1. Podkreślanie zdrowego stylu życia:**

- aktywność fizyczna – bardzo ważny czynnik wpływający na nastrój
  - wzbudzanie i wzmacnianie motywacji do podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu oraz ograniczania tych niewłaściwych
- korzystanie z komputera i telefonu w rozsądnym wymiarze czasu



- promowanie nawiązywania i utrzymywania relacji „na żywo”
- prawidłowe odżywianie
- wystarczająca ilość snu
- umiejętność relaksacji, „wyciszania się” i odpoczynku
- uczenie technik odprężenia i uważności

## **2. Nawiązanie wspierającego kontaktu z nastolatkiem:**

- budowanie poczucia zaufania
- porozumiewanie się z elementami dialogu motywującego
- w przypadku ucznia demonstrującego trudne emocje, wrogość, agresję, zniechęcenie, bezradność - komunikacja mająca na celu zrozumienie tych zachowań
- empatia
- życzliwość
- poszanowanie granic nastolatka
- aktywne słuchanie, bez natychmiastowego dawania rad
- wzmacnianie przekonania dziecka/ucznia, że potrafi sobie poradzić z trudnościami
- docenienie, że nastolatek/ uczeń sam się zgłosił po pomoc
- uznanie dla faktu, że nastolatek „otworzył się” i zaczął mówić o swoich problemach /trudnych dla siebie sprawach, co mogło być bardzo wstydliwe

## **3. Psychoedukacja**

- objawy, przyczyny zaburzeń depresyjnych
- czas trwania depresji, okres zdrowienia
- podkreślanie istoty wsparcia społecznego i bliskich relacji z innymi ludźmi
- unikanie udzielania rad, sugerowania rozwiązań
- elementy dialogu motywującego
- edukacja prozdrowotna
- brak destrukcyjnych nawyków (np. uzależnień) dzięki kształtowaniu postaw i wartości

## **4. Nauka rozpoznawania myśli, nastrojów, zachowań i reakcji fizjologicznych**

- a) Nabywanie umiejętności rozpoznawania błędów myślowych /zniekształceń poznawczych
- b) Nauka bardziej pozytywnej interpretacji rzeczywistości (poprzez restrukturyzację kognitywną)
- korygowanie niewłaściwych przekonań i wzorców myślenia wpływających na wzrost / pojawienie się depresyjnych objawów.
  - unikanie etykietowania i sztywnego dysfunkcjonalnego myślenia

## **5. Aktywacja behawioralna („aktywacja zachowania”)**

- rozpoznawanie zależności między nastrojem, a wykonywanymi zajęciami
- zapis czynności (tygodniowy/miesięczny)

- wyodrębnienie zajęć, które pozytywnie wpływają na samopoczucie
- nauka planowania sprawiających przyjemność aktywności
- umiejętność ustalania celów życiowych
- skuteczne zarządzanie planem dnia
- zaangażowanie się w realizację ważnych zadań

## **6. Wsparcie w nawiązywaniu konstruktywnych więzi z innymi ludźmi**

- w korzystaniu ze społecznej sieci wsparcia (rodzina, znajomi, przyjaciele) i zaufania
- w radzeniu sobie z wymaganiami społecznymi, trudnymi sytuacjami o tym charakterze
- nauka wchodzenia w pozytywne interakcje ze środowiskiem
- rozwój umiejętności społecznych i komunikacyjnych
- unikanie izolacji społecznej – podkreślanie istoty wsparcia społecznego
- zachęcanie do różnego typu aktywności
- w tym do działania na rzecz innych

## **7. Radzenie sobie z sytuacjami trudnymi, stresem i frustracją**

- nauka rozwiązywania problemów
  - nauka wprowadzania zmian w życiu, gdy określone myśli ostrzegają nas o problemach, które trzeba rozwiązać
  - sprecyzowanie konkretnego zagadnienia
  - technika pytań pomocniczych
  - wybór konkretnego problemu
  - wsparcie i otwarta postawa motywująca do wspólnych poszukiwań rozwiązań
  - „produkcja“ jak największej liczby pomysłów na rozwikłanie problemu
  - nauka poszukiwania „za“ i „przeciw“
  - wybór najlepszego rozwiązania
- ćwiczenie umiejętności formułowania osobistego planu zmian
- strategię radzenia sobie z dużą liczbą zmian i związanym z tym stresem

## **8. Trening emocjonalny**

- nauka rozpoznawania własnych emocji i nazywania ich
- wzrost umiejętności ich wyrażania w miejsce ich tłumienia
- nauka kontrolowania obniżonego nastroju
- nabywanie umiejętności jego poprawiania

## **9. Działania mające na celu rozwiązanie realnych problemów dziecka**

- interwencja w sytuacji przemocy szkolnej
- podjęcie działań w razie wystąpienia przemocy w rodzinie lub innych problemów rodzinnych
- pomoc jeśli występują trudności w nauce
- skierowanie ucznia na psychoterapię, do specjalistycznych ośrodków leczenia, bądź punktów interwencji kryzysowych

### III. NASTOLATEK W DEPRESJI

#### 1. Nawiązanie wspierającego kontaktu z nastolatkiem

- budowanie zaufania
  - zapewnienie poczucia bezpieczeństwa
  - zagwarantowanie prywatności podczas rozmów
  - zachowanie zasady poufności
- promowanie przekazu „choroba psychiczna jest chorobą jak każda inna“
- komunikacja z elementami dialogu motywującego
- w przypadku ucznia demonstrującego trudne emocje, wrogość, agresję, zniechęcenie, bezradność - komunikacja mająca na celu zrozumienie tych zachowań
- empatia
- życzliwość
- poszanowanie granic nastolatka
- aktywne słuchanie, bez natychmiastowego dawania rad
- wzmacnianie przekonania dziecka/ucznia, że potrafi sobie poradzić z trudnościami
- uznanie dla faktu, że nastolatek „otworzył się” i zaczął mówić o swoich problemach /trudnych dla siebie sprawach, co mogło być bardzo wstydlive
- docenianie zaufania młodej osoby, tego że pozwoliła nam na wsparcie
- podkreślanie przez bliskich, jak wiele znaczy dla nich chory
- wysłuchanie wszystkiego, o czym chce opowiedzieć
- cierpliwość
- wyrozumiałość
- dodawanie otuchy
- namawianie do podjęcia terapii / wytrwania w niej
- docenianie nawet najmniejszego wysiłku
- używanie komunikatów prostych i łatwych do zrozumienia, zadawanie krótkich pytań

#### 2. Podkreślanie zdrowego stylu życia

- aktywność fizyczna – bardzo ważny czynnik wpływający na nastrój
  - wzbudzanie i wzmacnianie motywacji do podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu oraz ograniczania tych niewłaściwych
- korzystanie z komputera i telefonu w rozsądnym wymiarze czasu
  - promowanie nawiązywania i utrzymywania relacji „na żywo”
- prawidłowe odżywianie
- wystarczająca ilość snu
- umiejętność relaksacji, „wyciszania się” i odpoczynku
  - uczenie technik odprężenia i uważności

#### 3. Psychoedukacja

- objawy, przyczyny zaburzeń depresyjnych

- czas trwania depresji, okres zdrowienia
- podkreślanie istoty wsparcia społecznego i bliskich relacji z innymi ludźmi
- unikanie udzielania rad, sugerowania rozwiązań
- elementy dialogu motywującego
- edukacja prozdrowotna
- brak destrukcyjnych nawyków (np. uzależnień) dzięki kształtowaniu postaw i wartości

#### **4. Nauka rozpoznawania myśli, nastrojów, zachowań i reakcji fizjologicznych**

a) Nabywanie umiejętności wskazywania błędów myślowych/zniekształceń poznawczych

- nauka rozpoznawania depresyjnych gorących myśli
- szukanie dowodów potwierdzających oraz podważających ich prawdziwość

b) Uczenie się bardziej pozytywnej interpretacji rzeczywistości (poprzez restrukturyzację kognitywną)

- korygowanie niewłaściwych przekonań i wzorców myślenia wpływających na wzrost / pojawienie się depresyjnych objawów
- formułowanie myśli alternatywnych lub równoważących
- unikanie etykietowania i sztywnego dysfunkcjonalnego myślenia

#### **5. Aktywacja behawioralna („aktywacja zachowania”)**

- rozpoznawanie zależności między nastrojem, a wykonywanymi zajęciami
- zapis czynności (tygodniowy/miesięczny)
- wyodrębnienie zajęć, które pozytywnie wpływają na samopoczucie
- nauka planowania sprawiających przyjemność aktywności
- zaangażowanie się w realizację ważnych zadań

#### **6. Motywowanie do tego, aby pomimo przeszkód poszukiwać pozytywnych wzmocnień**

- namawianie do stawiania sobie małych celów, dzielenia zadań na mniejsze etapy (technika „małych kroczków”).
- docenianie „małych kroczków” i motywowanie do następnych
- poszanowanie granic młodej osoby (zmuszanie do czegoś może wywołać „efekt sprężyny” – im bardziej będziemy naciskać na, tym mocniej nastolatek może się bronić, chcąc zachować swoją autonomię i tym bardziej może robić coś, co odbierzemy jako „wymówkę”)

#### **7. W sytuacji braku motywacji do czegokolwiek, poczucia beznadziei, przytłoczenia**

- wzbudzanie nadziei, dialog motywujący
- regularne pytanie nastolatka o to, czy ma nadzieję na poprawę oraz w przypadku jej braku - przyznanie, że taki stan jest dla nas wiarygodny

- podkreślanie, że naszym zdaniem (jeśli tak uważamy) jego problem nie jest przypadkiem beznadziejnym (pokazanie alternatywnego punktu widzenia)
- wspólne tworzenie listy problemów
- rozpoczynanie różnych przytłaczających ćwiczeń/ zadań wspólnie, co pozwoli zweryfikować przekonanie, że dana czynność jest zbyt trudna
- wybranie jednego problemu na początek, którego rozwiązanie najbardziej pomoże doświadczyć jakiejś poprawy, poczuć ulgę i przywrócić wiarę, że chociaż część z nich uda się rozwiązać
- pomoc w dostrzeżeniu zalet rozwiązywania problemów po kolei (strategie ukierunkowanego dochodzenia do prawdy) – postępy w jednej sferze dadzą więcej nadziei, niż tylko rozmowy o poczuciu beznadziei

## **8. Wsparcie społeczne**

- unikanie izolacji społecznej – podkreślanie istoty wsparcia społecznego
- zachęcanie do różnego typu aktywności
- w tym do działania na rzecz innych
- zadbanie, by chory spotykał się z osobami, które darzył dotychczas największym zaufaniem
- zaangażowanie w życie rodzinne / szkolne na poziomie adekwatnym do aktualnych możliwości

## **9. Trening emocjonalny**

- rozpoznawanie własnych emocji i nazywanie ich
- wzrost umiejętności ich wyrażania w miejsce ich tłumienia
- nauka kontrolowania obniżonego nastroju
- nabywanie zdolności jego poprawiania

## **10. Działania mające na celu rozwiązanie realnych problemów nastolatka**

- interwencja w sytuacji przemocy szkolnej
- działanie w przypadku wystąpienia przemocy w rodzinie lub innych problemów rodzinnych
- pomoc jeśli pojawiają się trudności w nauce
- skierowanie ucznia na psychoterapię, do specjalistycznych punktów leczenia, bądź ośrodków interwencji kryzysowych.
- współpraca ze specjalistami spoza placówki szkolnej

## **Realizacja**

- Wdrożenie zaproponowanych interwencji wymaga wsparcia trenerów/ terapeutów/ rodziców oraz nauczycieli.
- Wyniki badań wskazują na brak skuteczności programów psychoedukacyjnych w zapobieganiu depresji u młodzieży prowadzonych przez przeszkolonych nauczycieli. (Clarke i wsp., Spence i wsp. 1995). Kilka grup autorów (Clarke i wsp.1995; Clarke i wsp. 2001, Gillham i wsp. 1995, Seligman i wsp. 2001, Shochet i wsp. 2001) stwierdziło zgodnie, że najbardziej skuteczne jest

prowadzenie tego typu programów przez wykwalifikowanych psychoterapeutów, co niestety podnosi koszty realizacji działań profilaktycznych. Warto jednak rozważyć - w miarę możliwości - przeznaczenie środków finansowych na tego rodzaju oddziaływania, które mimo wszystko są mniej kosztowne, niż leczenie osób doświadczających chorób psychicznych.

- Interwencje mogą być realizowane podczas lekcji wychowawczych 2 h/ tygodniowo lub w trakcie specjalnych warsztatów zaprojektowanych dla młodzieży i poprowadzonych przez wykwalifikowanych trenerów.

## **INTERWENCJE SKIEROWANE DO RODZICÓW**

### **WPROWADZENIE**

Istnieją dowody w literaturze sugerujące, że negatywne oddziaływania w rodzinie przyczyniają się do depresji młodzieży (Goodman & Gotlib, 1999, Sheeber & Sorenson, 1998)

Czynniki rodzinne podnoszące ryzyko wystąpienia choroby u młodych ludzi:

- nadużywanie alkoholu w rodzinie
- problemy małżeńskie, rozwód, separacja
- częste konflikty (małżeńskie i/lub na linii rodzic-dziecko)
- emocjonalny dystans pomiędzy członkami rodziny
- brak wzajemnego wsparcia, zwłaszcza w wyjątkowo stresujących momentach
- niskie zaangażowanie rodzicielskie
- częste zmiany miejsca zamieszkania
- izolacja społeczna rodziny
- zachowania aspołeczne wśród jej członków
- utrata rodzica, opuszczenie lub rzadki kontakt z nim
- przewlekła wrogość, brak poczucia bezpieczeństwa
- nieefektywne metody komunikacji w rodzinie, brak nastawienia na rozwiązywanie problemów
- sztywność przekonań dotyczących zmian – brak wiary w pozytywne efekty, zmiany postaw i zachowań
- choroba przewlekła w rodzinie, w tym psychiczna
- trudności ekonomiczne
- surowe praktyki wychowawcze
- zaostzona dyscyplina rodzicielska
- wysokie, trudne do zrealizowania wymagania stawiane dzieciom,

Poza takimi czynnikami, jak patologia rodzicielska, zaangażowanie w wychowanie podopiecznych, czy rodzicielskie ciepło, wpływ na wzrost ryzyka wystąpienia depresji u dzieci mają nieadekwatne style poznawcze ich rodziców, takie jak:

- przypisywanie negatywnym wydarzeniom przyczyn wewnętrznych, niezmiennych i globalnych, np. „*To jest wyłącznie moja wina, to zawsze będzie moja wina i nigdy to się nie zmieni*“ (Alloy i in., 2001)
- negatywne poglądy na temat siebie lub dziecka, świata i przyszłości (Stark, Schmidt, & Joiner, 1996), które niekorzystnie rzutują na model poznawczy ich dziecka. Stwierdzono silniejsze powiązanie pomiędzy stylami poznawczymi córek i ich matek (w porównaniu do ojców).

Stark, Humphrey, Laurent, Livingston i Christopher (1993) dowiedli, że rodzice komunikują negatywne przesłania o dziecku, świecie i przyszłości w subtelny sposób, poprzez zachowanie i komentarze, co ma wpływ na przejęcie tych poglądów przez dziecko, również na swój temat. Myśląc o profilaktyce depresji u młodzieży, wczesnym jej wykrywaniu bądź oddziaływaniach terapeutycznych, istotne jest podjęcie czynności obejmujących cały system rodzinny. Interwencje kierowane do rodziców mają pośredni wpływ też na ich dzieci, w myśl prostej zasady: „szczęśliwy rodzic = szczęśliwe dziecko“.

## **INTERWENCJE KIEROWANE DO RODZICÓW – ZESTAWIENIE**

### **1. Kształtowanie pozytywnego rozumienia zdrowia psychicznego**

#### **2. Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowego stylu życia**

- aktywność fizyczna – bardzo ważny czynnik wpływający na nastrój
- wzbudzanie i wzmacnianie motywacji do podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu oraz ograniczania tych niewłaściwych
- korzystanie z komputera i telefonu w rozsądnym wymiarze czasu
  - promowanie nawiązywania i utrzymywania relacji „na żywo”
- prawidłowe odżywianie
- wystarczająca ilość snu
- umiejętność relaksacji, „wyciszania się” i odpoczynku
  - uczenie technik odprężenia i uważności

#### **3. Rozwój umiejętności komunikacyjnych, umożliwiających efektywny dialog w rodzinie**

- aktywne słuchanie, bez natychmiastowego dawania rad
- empatia
- życzliwość
- dialog motywujący

#### **4. Budowanie otwartej, budzącej zaufanie postawy w stosunku do dziecka**

- szacunek do przekonań i poglądów nastolatka

- próba zrozumienia jego stanowiska
- budowanie kontaktu bez nacisku, że racja rodzica jest jedyną słuszną
- zaproszenie do dialogu na temat różnicy zdań
- zachęcanie dziecka do wypróbowywania własnych pomysłów w granicach bezpieczeństwa
- rozwój refleksyjności i krytycznego podejścia do swojego myślenia
- zaangażowanie w sprawy nastolatka z poszanowaniem jego granic

## **5. Nauka rozpoznawania myśli, nastrojów, zachowań i reakcji fizjologicznych własnych oraz dziecka**

a) Umiejętność identyfikacji błędów myślowych /zniekształceń poznawczych

- wyroznianie depresyjnych gorących myśli
- szukanie dowodów potwierdzających oraz podważających ich prawdziwość

b) Nauka bardziej pozytywnej interpretacji rzeczywistości (poprzez restrukturyzację kognitywną)

- korygowanie niewłaściwych przekonań i wzorców myślenia wpływających na wzrost / pojawienie się depresyjnych objawów
- formułowanie myśli alternatywnych lub równoważących
- unikanie etykietowania i sztywnego, dysfunkcjonalnego myślenia

## **6. Aktywacja behawioralna rodzica („aktywacja zachowania”)**

- rozpoznawanie zależności między nastrojem, a wykonywanymi zajęciami
- wyodrębnienie czynności, które pozytywnie wpływają na samopoczucie rodzica/ nastolatka
- nauka planowania aktywności sprawiających przyjemność
- umiejętność ustalania celów życiowych
- skuteczne zarządzanie planem dnia
- zaangażowanie się w realizację ważnych zadań

## **7. Wsparcie rodzica w nawiązywaniu konstruktywnych więzi z innymi ludźmi**

- w korzystaniu ze społecznej sieci wsparcia (rodzina, znajomi, przyjaciele) i zaufania
- w radzeniu sobie z wymaganiami społecznymi i trudnymi sytuacjami o takim charakterze
- nauka wchodzenia w pozytywne interakcje ze środowiskiem
- rozwój umiejętności społecznych
- unikanie izolacji w środowisku – podkreślanie istoty wsparcia społecznego
- zachęcanie do różnego typu aktywności
- w tym do działania na rzecz innych

## **8. Motywowanie do wsparcia dziecka**

- w uogólnianiu nabytych w terapii umiejętności
- w edukacji
- w nawiązywaniu satysfakcjonujących relacji społecznych



- w podejmowaniu aktywności pozaszkolnej
- w rozwoju zainteresowań dziecka
- w wyrażaniu całej gamy emocji
- w sięganiu po pomoc / korzystaniu z niej
- w zdrowym stylu życia
- w razie wystąpienia trudnych wydarzeń

## 9. Radzenie sobie ze skomplikowanymi sytuacjami, stresem i frustracją

- **nabywanie umiejętności radzenia sobie z trudnymi emocjami, wrogością, agresją, zniechęceniem, bezradnością u dziecka**
- **nauka rozwiązywania problemów**
  - wprowadzania w życie zmian, gdy określone myśli ostrzegają nas o problemach, które trzeba rozwiązać
  - sprecyzowanie konkretnego zagadnienia
  - technika pytań pomocniczych
  - wybór określonego problemu
  - wsparcie i otwarta postawa motywująca do wspólnego poszukiwania rozwiązań
  - „produkcja“ jak największej liczby pomysłów na poradzenie sobie z problemem
  - nauka poszukiwania „za“ i „przeciw“
  - wybór najlepszego rozwiązania
- **ćwiczenie umiejętności formułowania osobistego planu zmian**
- **strategie radzenia sobie z dużą ich liczbą i związanym z tym stresem**

## 10. Trening emocjonalny

- nauka rozpoznawania własnych emocji i nazywania ich
- wzrost umiejętności konstruktywnego ich wyrażania, w miejsce ich tłumienia
- nabycie wiedzy na temat kontrolowania obniżonego nastroju
- nauka jego poprawiania

## 11. Przeciwdziałanie uzależnieniom poprzez budowanie systemu wartości i pozytywnych postaw

- przychylny stosunek do samego siebie i innych członków rodziny/ nastolatka
- pozytywne myślenie
- optymistyczna interpretacja rzeczywistości
- świadomość swoich dobrych cech i mocnych stron
- korzystanie z własnych zasobów
- wzmacnianie pozytywnych cech dziecka
- czerpanie radości i satysfakcji z życia

## **12. Wzrost umiejętności wychowawczych**

- rodzicielstwo bez przemocy
- stawianie bezpiecznych granic nastolatkowi
- wyważone wyznaczanie wymagań
- radzenie sobie z sytuacjami trudnymi
- konstruktywna krytyka zamiast „podcinania skrzydeł“

## **13. Psychoedukacja**

- objawy, przyczyny zaburzeń depresyjnych
- czas trwania depresji, okres zdrowienia
- podkreślanie istoty wsparcia społecznego i bliskich relacji z innymi ludźmi
- unikanie udzielania rad, sugerowania rozwiązań
- elementy dialogu motywującego
- edukacja prozdrowotna
- brak destrukcyjnych nawyków (np. uzależnień) dzięki kształtowaniu postaw i wartości

## **14. Wsparcie rodziny w kryzysie**

a) Promowanie aktywnej współpracy z rodziną z poszanowaniem wszystkich jej członków

b) Wyjaśnianie wątpliwości rodziców dotyczących choroby ich dziecka

c) Jeśli zajdzie taka potrzeba skierowanie rodzica

- na terapię indywidualną
- na warsztaty umiejętności rodzicielskich

d) W razie potrzeby skierowanie rodziny

- do specjalistycznych placówek leczenia
- ośrodków interwencji kryzysowych
- na terapię rodzinną
- na mediację

## **15. Przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji osób cierpiących na zaburzenia lub choroby psychiczne**

- promowanie przekazu „choroba psychiczna jest chorobą jak każda inna”

## **REALIZACJA**

Wysokie standardy realizacji tych interwencji może zapewnić tylko przeszkolenie rodziców przez profesjonalnych trenerów /certfikowanych psychoterapeutów podczas warsztatów rodzicielskich obejmujących

ok. 60 h dydaktycznych. Liczba spotkań i czas trwania każdego z nich można dostosować do możliwości większości rodziców uczniów jednej klasy.

## **INTERWENCJE KIEROWANE DO NAUCZYCIELI**

Psychoedukacja jest ważnym elementem przeciwdziałania oraz wykrywania zaburzeń nastroju wśród nastolatków, które mogą prowadzić do prób samobójczych. Ponieważ znaczną część roku młode osoby spędzają w szkole, jest to miejsce, w którym pedagodzy powinni posiadać umiejętności i wiedzę, potrzebną do wykrycia uczniów z grupy ryzyka. Zapewnić im odpowiednie wsparcie na terenie szkoły lub wydelegować do odpowiedniej placówki. Kiedy młody człowiek nie znajduje konstruktywnego wsparcia w środowisku domowym, może szukać innych sposobów na poradzenie sobie z kryzysami wieku rozwojowego i czyni ich to podatnymi na podejmowanie zachowań ryzykownych, takich jak nadużywanie substancji psychoaktywnych, przygodne kontakty seksualne (przekraczania siebie), izolacja, autoagresja. Dobro ucznia jest priorytetem.

## **INTERWENCJE KIEROWANE DO NAUCZYCIELI - ZESTAWIENIE**

### **1. Promocja zdrowia psychicznego**

a) Kształtowanie pozytywnego rozumienia tego hasła

b) Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowego stylu życia

- aktywność fizyczna – bardzo ważny czynnik wpływający na nastrój
  - wzbudzanie i wzmacnianie motywacji do podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu oraz ograniczania tych niewłaściwych
- korzystanie z komputera, telewizora i telefonu w rozsądnym wymiarze czasu
  - promowanie nawiązywania i utrzymywania relacji „na żywo”
- prawidłowe odżywianie
- wystarczająca ilość snu
- umiejętność relaksacji, „wyciszania się” i odpoczynku
  - uczenie technik odprężenia i uważności

### **2. Kształtowanie umiejętności dostrzegania sygnałów wskazujących na możliwe zagrożenia dla zdrowia psychicznego młodzieży oraz pierwszych symptomów takich zaburzeń - zdolność dokonania oceny przesiewowej**

a) Zachowania w szkole, na które należy zwrócić uwagę

- pogorszenie wyników w nauce
- wycofanie z kontaktów społecznych
- ograniczenie zainteresowań i aktywności
- łatwe męczenie się, brak energii
- niska motywacja
- zaburzenia koncentracji
- wagary, trudności wychowawcze

b) Objawy depresji, które mogą w szkole pozostać niedostrzeżone bez rozmowy z dzieckiem

- smutek, odczuwanie beznadziei
- poczucie bezwartościowości i winy
- wrogość, drażliwość, niepokój
- płaczliwość
- niespecyficzne bóle i dolegliwości somatyczne
- zmiana sposobu jedzenia, rytmu snu i czuwania
- dysfunkcjonalne myśli i akty poznawcze
- niechęć do życia i myśli samobójcze

**UWAGA:** nawet w ciężkiej depresji zachowanie i nastrój dziecka ulegają zmienności, może być niegrzeczne, ale również czasami pogodne

c) Umiejętność dokonania oceny środowiskowych czynników ryzyka

- sytuacja szkolna
  - trudności w nauce
  - bycie „kozłem ofiarnym” w klasie
- przemoc rówieśnicza
- trudności interpersonalne
  - ubogie kontakty z rówieśnikami lub ich brak
- trudna sytuacja rodzinna
  - nadużywanie alkoholu w rodzinie
  - problemy małżeńskie, rozwód, separacja
  - częste konflikty (małżeńskie i/lub na linii rodzic-dziecko)
  - emocjonalny dystans pomiędzy członkami rodziny, brak wzajemnego wsparcia
  - częste zmiany miejsca zamieszkania
  - izolacja społeczna rodziny
  - zachowania aspołeczne
  - utrata rodzica, opuszczenie lub rzadki z nim kontakt
  - przewlekła wrogość, brak poczucia bezpieczeństwa
  - nieefektywne metody komunikacji, brak nastawienia na rozwiązywanie problemów

- sztywność przekonań dotyczących zmian – brak wiary w pozytywne efekty
- zmiany postaw i zachowań
- choroba przewlekła w rodzinie, w tym psychiczna
- trudności ekonomiczne
- nieefektywna współpraca rodziny ze szkołą
  - postawa uniemożliwiająca dialog, rzadkie kontakty ze szkołą
  - traktowanie troski personelu szkolnego o ucznia jako atak na niego/ na rodzica lub na cały system rodzinny, niechęć do przyjęcia wsparcia
  - pozostawienie dziecka samemu sobie przy braku zgody rodziców na ingerencję z zewnątrz
- obecność zaburzeń współistniejących
  - nadużywanie alkoholu, substancji psychoaktywnych, leków uspokajających i nasennych
  - zaburzenia psychiczne i zachowania
  - choroby somatyczne
- odmienna orientacja seksualna
- niepełnosprawność
- wykluczenie zagrożenia dla siebie i/lub otoczenia
- ocena ryzyka zamachów samobójczych w przebiegu zaburzeń afektywnych, behawioralnych (nadużywanie alkoholu) i innych chorób psychicznych
- inne...

### **3. W przypadku niepokojących zachowań lub kondycji psychicznej ucznia**

- zweryfikowanie swoich spostrzeżeń z wychowawcą/ psychologiem/ zespołem pedagogicznym (grupa – jako źródło wsparcia)
- próba porozmawiania z uczniem
  - nazwanie konkretnie swoich obaw, emocji, intencji (poczucie bezpieczeństwa i jasność zamiarów jest fundamentem)
  - poinformowanie ucznia (nawet nieletniego) o potrzebie i celu spotkania z rodzicem/ opiekunem
  - bycie uważnym na ewentualne obawy dotyczące spotkania (sama reakcja dziecka może być źródłem pewnej wiedzy)
- zorientowanie się w sytuacji rodzinnej i szerszym kontekście życiowym podopiecznego
- rozmowa z rodzicem/opiekunem
  - pamiętanie, że cały czas chodzi o dobro ucznia
  - podobnie jak w rozmowie z nieletnim - zaufanie i jasność intencji jest podstawą
  - weryfikacja w rozmowie z rodzicem swoich obaw (w oparciu o kryteria z grupy ryzyka)

### **4. Rozwój umiejętności komunikacyjnych, umożliwiających efektywny dialog z młodzieżą**

- aktywne słuchanie, bez natychmiastowego dawania rad
- empatia
- życzliwość
- dialog motywujący

## 5. Nauka rozpoznawania myśli, nastrojów, zachowań i reakcji fizjologicznych własnych oraz swoich uczniów

- rozpoznawania błędów myślowych /zniekształceń poznawczych
  - uczenie się identyfikowania depresyjnych gorących myśli
  - szukanie dowodów potwierdzających oraz podważających ich prawdziwość
- nauka bardziej pozytywnej interpretacji rzeczywistości (poprzez restrukturyzację kognitywną)
  - korygowanie niewłaściwych przekonań i wzorców myślenia wpływających na nasilenie / pojawienie się depresyjnych objawów
  - formułowanie myśli alternatywnych lub równoważących
  - unikanie etykietowania i sztywnego dysfunkcjonalnego myślenia

**UWAGA:** Jeśli uczeń widzi tylko negatywną stronę swojej pracy, próbuj pokazać mu pozytyw poprzez urealnienie i racjonalizowanie jego osiągnięć. Pamiętaj nie chodzi o idealizowanie, lecz urealnienie!

## 6. Radzenie sobie z sytuacjami trudnymi, stresem i frustracją

- nauka radzenia sobie z trudnymi emocjami, wrogością, agresją, zniechęceniem, bezradnością u młodzieży
- nabywanie umiejętności zarządzania konfliktami w grupie, redukcji przemocy rówieśniczej
- uczenie się sposobów rozwiązywania problemów w pracy i w życiu
  - wprowadzania zmian, gdy określone myśli ostrzegają nas o trudnościach, z którymi trzeba dać sobie radę
  - sprecyzowanie konkretnego problemu
  - technika pytań pomocniczych
  - wybór konkretnego zagadnienia
  - wsparcie i otwarta postawa motywująca do wspólnych poszukiwań rozwiązań
  - „produkcja“ jak największej liczby pomysłów na poradzenie sobie z problemem
  - nauka poszukiwania „za“ i „przeciw“
  - wybór najlepszego rozwiązania
- ćwiczenie umiejętności formułowania osobistego planu zmian
- strategie radzenia sobie z dużą liczbą zmian i związanym z tym stresem

## 7. Trening emocjonalny

- nauka rozpoznawania własnych emocji i nazywania ich
- wzrost umiejętności konstruktywnego ich wyrażania, w miejsce ich tłumienia
- opracowanie sposobów kontrolowania obniżonego nastroju
- nauka poprawiania swojego samopoczucia

## 8. Budowanie otwartej, budzącej zaufanie postawy w stosunku do uczniów

- szacunek do przekonań i poglądów nastolatków

- próby zrozumienia ich stanowiska
- kształtowanie kontaktu bez nacisku, że racja nauczyciela jest jedyną słuszną
- zaproszenie do dialogu na temat różnicy zdań
- zachęcanie uczniów do aktywności szkolnej
- nakłanianie do wypróbowywania własnych pomysłów w granicach bezpieczeństwa
- rozwój refleksyjności i krytycznego podejścia do swojego myślenia
- zaangażowanie w sprawy nastolatków z poszanowaniem ich granic

## **9. Umiejętność nawiązania wspierającego kontaktu z nastolatkiem**

- budowanie zaufania
  - zapewnienie poczucia bezpieczeństwa
  - zagwarantowanie prywatności podczas rozmów
  - zachowanie zasady poufności
- porozumiewanie się z wykorzystaniem elementów dialogu motywującego
- w przypadku ucznia demonstrującego trudne emocje, wrogość, agresję, zniechęcenie, bezradność - komunikacja mająca na celu zrozumienie tych zachowań
- empatia
- życzliwość
- poszanowanie granic nastolatka
- aktywne słuchanie, bez natychmiastowego dawania rad
- wzmacnianie przekonania dziecka/ucznia, że potrafi sobie poradzić z trudnościami
- uznanie faktu, że nastolatek „otworzył się” i zaczął mówić o swoich problemach /trudnych dla siebie sprawach, co mogło być bardzo wstydlive
- docenianie zaufania młodej osoby, że pozwoliła nam na wsparcie
- wysłuchanie wszystkiego, o czym chce opowiedzieć
- cierpliwość
- wyrozumiałość
- dodawanie otuchy
- namawianie do podjęcia terapii / wytrwania w niej
- docenianie nawet najmniejszego wysiłku

## **10. Propagowanie idei empiryzmu**

- zachęcanie nastolatków do wypróbowywania własnych poglądów
- poszukiwanie dowodów na poparcie i podważenie poglądów
- namawianie młodych do testowania swoich przekonań i myśli
- rozwój refleksyjności uczniów i krytycznego podejścia do myślenia

## **11. Umiejętność szerzenia idei współpracy „jak równy z równym”**

- namawianie do współdecydowania
- wsparcie w ponoszeniu odpowiedzialności za decyzje podejmowane przez nastolatków
- nauka analizy konsekwencji własnych działań

- zapewnienie bezpiecznego środowiska dla wzrostu samokontroli uczniów
- aktywizacja nastolatków do:
  - udziału w życiu codziennym
  - wyrażania własnych opinii
  - generowania pomysłów
  - poszukiwania nowych sposobów myślenia
  - odkrywania rozwiązań napotkanych trudności
  - ponoszenia konsekwencji swoich działań

## **12. Aktywacja behawioralna nauczyciela („aktywacja zachowania”)**

- rozpoznawanie zależności między nastrojem, a wykonywanymi zajęciami
- wyodrębnienie czynności, które pozytywnie wpływają na samopoczucie nauczyciela
- nauka planowania sprawiających przyjemność aktywności
- umiejętność ustalania celów życiowych
- skuteczne zarządzanie planem dnia
- zaangażowanie się w realizację ważnych zadań

## **13. Przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu**

- budowanie sieci wsparcia, pracy zespołowej
- promowanie aktywnej współpracy z psychologiem/pedagogiem szkolnym
- udział w szkoleniach i warsztatach rozwijających umiejętności „miękkie” i „twarde”
- motywowanie do pracy poprzez odpowiedni system wzmocnień
- poprawa zdolności pracy z grupą
- nauka umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz z trudnymi sytuacjami zawodowymi
  - opracowanie konkretnych strategii postępowania, np.
    - ✓ interwencja w sytuacji przemocy szkolnej
    - ✓ ingerencja w związku z przemocą w rodzinie lub innymi problemami rodzinnymi

## **14. Motywowanie do wsparcia nastolatka / rodziny nastolatka**

- w uogólnianiu nabytych w terapii umiejętności
- w edukacji
- w nawiązywaniu satysfakcjonujących relacji społecznych
- w podejmowaniu aktywności pozaszkolnej
- w rozwoju zainteresowań
- w wyrażaniu wszystkich emocji w konstruktywny sposób
- w sięganiu po pomoc / korzystaniu z niej
- w zdrowym stylu życia
- w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami

## **15. Przeciwdziałanie uzależnieniom poprzez budowanie systemu wartości i pozytywnych postaw**

- przychylny stosunek do samego siebie i uczniów



- optymistyczne myślenie
- pozytywna interpretacja rzeczywistości
- świadomość własnych dobrych cech i mocnych stron
- korzystanie ze swoich zasobów
- wzmacnianie pozytywnych cech uczniów
- czerpanie radości i satysfakcji z życia

## **16. Psychoedukacja**

- objawy, przyczyny zaburzeń depresyjnych
- czas trwania depresji, okres zdrowienia
- podkreślanie istoty wsparcia społecznego i bliskich relacji z innymi ludźmi
- unikanie udzielania rad, sugerowania rozwiązań
- elementy dialogu motywującego
- edukacja prozdrowotna
- brak destrukcyjnych nawyków (np. uzależnień) dzięki kształtowaniu postaw i wartości

## **17. Umiejętność wsparcia ucznia w kryzysie**

- zdolność właściwego postępowania w przypadku rozpoznania zaburzeń afektywnych
- udzielenie skutecznej pomocy osobom doświadczającym problemów emocjonalnych
- zasady porozumiewania się z pacjentem demonstrującym negatywne emocje wrogość, agresję, zniechęcenie, bezradność
- umiejętność rozmowy z osobą zgłaszającą myśli samobójcze
- postępowanie w przypadku dużego ryzyka samobójstwa
- zasady interwencji kryzysowej
- promowanie aktywnej współpracy z rodziną z poszanowaniem wszystkich jej członków
- wyjaśnianie wątpliwości rodziców dotyczących choroby/zachowania ich dziecka
- w razie potrzeby skierowanie ucznia na terapię indywidualną
  - wsparcie go w poszukiwaniu pomocy
- w razie potrzeby skierowanie całej rodziny:
  - do specjalistycznych punktów leczenia
  - ośrodków interwencji kryzysowych
  - na terapię rodzinną
  - na mediację
- współpraca ze specjalistami spoza placówki szkolnej

## **18. Przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji osób cierpiących na zaburzenia lub choroby psychiczne**

- promowanie przekazu „choroba psychiczna jest chorobą jak każda inna”

## REALIZACJA

Wysokie standardy realizacji tych interwencji może zapewnić tylko przeszkolenie nauczycieli przez profesjonalnych trenerów / certyfikowanych psychoterapeutów.

Proponowany system szkolenia:

- szkolenie przygotowujące do prowadzenia programu profilaktyki /wczesnego wykrywania depresji/ interwencji szkolnych w przypadku ucznia z depresją trwa ok. 60 h dydaktycznych

Program szkolenia dotyczyć powinien:

- podstaw prawidłowej komunikacji z dziećmi i młodzieżą
- wzrostu wiedzy na temat depresji
- konstruktywnych sposobów rozwiązywania problemów w pracy z grupą
- praktycznego poznawania programu poprzez symulację zajęć w grupie i prowadzenie ich z uczniami pod okiem superwizora.

## PIŚMIENNICTWO

Abramson LY, Alloy LB, Hankin BL, Haefel GJ, MacCoon DG, Gibb BE. *Cognitive vulnerability-stress models of depression in a self-regulatory and psychobiological context*. W: Gotlib IH, Hammen CL(red.), *Handbook of depression* New York: Guilford Press. 2002, 268-294

Abramson LY, Seligman ME, Teasdale JD. *Learned helplessness in humans: Critique and reformulation*. *Journal of Abnormal Psychology* 1978;87(1): 49-74.

Alloy LB, Abramson LY, Tashman NA, Berrebbi DS, Hogan ME, Whitehouse WG, Crossfield AG, MorocchoA. *Developmental origins of cognitive vulnerability to depression: Parenting, cognitive, and inferential feedback styles of the parents of individuals at high and low cognitive risk for depression*. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 397-423.

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

Baumeister R F, Vohs KD. *The pursuit of meaningfulness in life*. W: Snyder CR, Lopez SrJ (Eds.), *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press. Bering JM. 2002,608-618

Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press, New York 1976

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive Therapy for Depression*. Guilford Press, New York 1979

Belsher G, Wilkes TCR. *The key principles of adolescent cognitive therapy*. W: Wilkes TCR., Belsher G, Rush, AJ, Frank E (red.). *Cognitive therapy for depressed adolescents*. Guildford Press, New York 1994

Bidzińska E. *Czynniki stresowe w chorobach afektywnych*. *Psychiatria Polska* 1984; 17:469-475

Burgi-Radmanovi M. *Affective disorders in childhood and adolescence*. *Acta Medica Academica* 2011;40(1): 67-74

Cheung AH, Kozloff N, Sacks D. *Pediatric depression: An evidence-based update on treatment interventions*. *Current Psychiatry Reports* 2013; 15: 381

Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, Sheeber LB, Lewinsohn PM, Seeley JR. *Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34:312-321

Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, Beardslee W, et al. *A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents*. *Archives of General Psychiatry*. 2001;58:1127-1134

- David-Ferdon C, Kaslow N J. *Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology 2008;37(1)
- de Beurs E, Comijs H, Twisk JR, Sonnenberg C, Beekman AT, Deeg D. *Stability and change of emotional functioning in late life: modelling of vulnerability profiles*, Journal of Affective Disorders, 2005, 84: 53-62
- Goodman SH, Gotlib IH. *Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A Developmental model for understanding mechanisms of transmission*. Psychological Review 1999;106, 458-490
- Horowitz J, Garber J. *The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A metaanalytic review*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2006;74(3): 401-415
- Jané-Llopis E, Hosman C, Jenkins R, Anderson P. *Predictors of efficacy in depression prevention programmes*, British Journal of Psychiatry 2003; 183: 384-397
- Jongenelis K, Pot AM, Eisses AM, Beekman AT, Kluiters H, Ribbe MW. *Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study*. J Affect Disord 2004; 83(2-3):135-42
- Joorman J. *Hamowanie, ruminacja i regulacja nastroju w depresji*. W: RW Engle, G Sędek, U Von Hecker, DN McIntosh (red.), *Ograniczenia poznawcze. Starzenie się i psychopatologia*. Warszawa: Academica Wydawnictwo SWPS, Wydawnictwo Naukowe PWN 2006,295-333
- Kendall PC, Stark KD, Adam T. *Cognitive deficit of cognitive distortion in childhood depression*. „Journal of Abnormal Child Psychology“ 1990;18: 255-270
- Leitenberg H, Yost LW, Carroll-Wilson M (1986). *Negative cognitive errors in children: questionnaire development, normative data, and comparisons between children with and without self-reported symptoms of depression, low self-esteem and evaluation anxiety*. „Journal of Consulting and Clinical Psychology“ 1986; 54: 528-536
- Mammen G, Faulkner G. *Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies*. American Journal of Preventive Medicine 2013; 45 (5): 649-657
- Metalsky GI, Halberstad LJ, Abramson LY. *Vulnerability to depressive mood reactions: Toward a more powerful test of the diathesis-stress and casual mediation components of the reformulated theory of depression*. Journal of Personality and Social Psychology 1987; 52:386-393
- Neimeyer R, Feixas G. *The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression*. Behaviour Therapy 1990; 21: 282-292
- Nolen-Hoeksema S. *The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms*. Journal of Abnormal Psychology 2000; 109:504-511

Okulicz-Kozaryn K, Borucka A, Pisarska A. *Stan promocji zdrowia psychicznego w Polsce na przykładzie województwa mazowieckiego*; [w:] Okulicz-Kozaryn K., Ostaszewski K. (red.);: *Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce, część druga*; Wydawnictwo Naukowe, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2010, 23-41

Rehm LP, Carter AS. *Cognitive components of depression*. W: Lewis M, Miller SM (red.), *Handbook of developmental psychopathology*. Plenum Press, New York.1990

Seligman ME, Rashid T, Park N. *Positive psychotherapy*. *American Psychologist* 2006;61(8): 774-788

Sheeber L, Sorenson E. *Family relationships of depressed adolescents: A multimethod assessment*. *Journal of Clinical Child Psychology* 1998; 27: 268–277

Sin NL, Lyubomirsky S. *Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis*. *Journal of Clinical Psychology: In Session* 2009;65(5): 467-487

Stark K.D, Humphrey LL, Laurent J, Livingston R, Christopher J. *Cognitive, behavioral, and family factors in the differentiation of depressive and anxiety disorders during childhood*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993;6: 878–886

Stark KD, Schmidt K L, Joiner TE Jr. *Cognitive triad: Relationship to depressive symptoms, parents' cognitive triad, and perceived parental messages*. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1996;24: 615–631

Steunenberg B, Beekman AT, Deeg DJ, Kerkhof AJ. *Personality and the onset of depression in late life*. *J Affect Disord* 2006, 92(2-3):243-51

Suldo SM, Savage JA, Mercer S H. *Increasing middle school students' life satisfaction: Efficacy of a positive psychology group intervention*. *Journal of Happiness Studies* 2013,1-24

Watanabe N, Hunot V, Omoril M, Churchill R, Furukawa TA. *Psychotherapy for depression among children and adolescents: a systematic review*. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007;116(2): 84-95

Weersing VR, Brent DA. *Cognitive behavioral therapy for depression in youth*. *Child and adolescent Psychiatry Clinics of America* 2006; 15(4): 939-957.

Wood AM, Tarrrier N. *Positive clinical psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice*. *Clinical Psychology Review* 2010; 30(7): 819-829

Yuen H K. *Impact of an altruistic activity on life satisfaction in institutionalized elders: a pilot study*. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics* 2002; 20: 125–135

Yuen H K, Huang P, Burik JK, Smith TG. Impact of participating in volunteer activities for residents living in long-term-care facilities. *American Journal of Occupational Therapy* 2008; 62: 71–76

# PROGRAM PROFILAKTYKI DEPRESJI DLA PIEŁĘGNIAREK SZKOLNYCH

---

INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII  
W WARSZAWIE

## I. SZKOŁY

Ze względu na ilość czasu, jaką dzieci i młodzież spędzają w szkole, rola personelu tych placówek w wychwytywaniu pierwszych niepokojących sygnałów w zachowaniu młodych osób jest nieoceniona. Teren szkoły i lekcje wychowawcze mogą zostać wykorzystane do prowadzenia profilaktyki selektywnej i wskazującej. Istotna jest tu konstruktywna współpraca wychowawcy / nauczyciela z psychologiem lub pedagogiem szkolnym oraz pielęgniarką szkolną i kierowanie przez nauczycieli osób z grupy ryzyka zaburzeń psychicznych po pomoc do specjalistów - w trybie szybszym i łatwiej dostępnym na terenie szkoły, zaś w miarę potrzeby - do specjalistów poza placówką. Wybrane metody interwencji na terenie szkoły zostaną przedstawione w dalszej części rozdziału.

Praca pielęgniarki szkolnej, psychologa czy pedagoga, zawodowo zajmujących się zdrowiem dzieci i młodzieży wymaga wielu umiejętności, m.in. w zakresie komunikacji, udzielania pomocy i wsparcia w sytuacjach trudnych lub kryzysowych. Praktyczne kwalifikacje z zakresu promocji zdrowia (zamiast wręczania edukacyjnych ulotek) mogą podnieść jakość pracy z młodzieżą i okazać się przydatne w tworzeniu systemu wsparcia dla podopiecznych i ich rodzin. Promocja zdrowia psychicznego, czyli upowszechnianie zdrowego stylu życia oraz zapobieganie jego zagrożeniom wśród młodzieży szkolnej są najtańszymi metodami zahamowania tendencji wzrostowej rozwoju chorób psychicznych.

Termin „promocja zdrowia psychicznego” jest hasłem zbyt ogólnikowym, żeby je dobrze zrozumieć (Okulicz-Kozaryn, Borucka, Pisarska 2010). Niedostateczna wiedza powoduje, że promocja ta kojarzona jest z działaniami na rzecz osób cierpiących na choroby lub zaburzenia psychiczne, a co za tym idzie - jest zawężana do pacjentów psychiatrycznych i ich rodzin, natomiast wobec zdrowych uczniów stosowana jest w niewystarczającym wymiarze. Dlatego niezwykle istotne jest edukowanie społeczeństwa, w tym dzieci i młodzieży, w zakresie pozytywnego (salutogenetycznego) rozumienia zagadnień zdrowia psychicznego, skoncentrowanego na zasobach odpornościowych, aktywnościach służących kondycji, sposobach radzenia sobie z problemami zdrowotnymi, korzystaniu z pomocy itp. Jest to proces umożliwiający uczniom zwiększenie kontroli nad zdrowiem i jego poprawę.

Idea tej promocji łączy się - po pierwsze - z budowaniem aktywnej postawy ucznia wobec własnego zdrowia i rozwojem umiejętności indywidualnych mu służących oraz - po drugie - z kształtowaniem środowiska na rzecz zdrowia (np. organizowaniem wsparcia emocjonalnego i warsztatów szkolących dla rodziców i opiekunów młodzieży szkolnej, promowanie zdrowego trybu życia przez całą placówkę). Istotne jest przy tym zwiększenie umiejętności praktycznych pielęgniarek szkolnych poprzez ich udział w szkoleniach, np. opartych o elementy terapii poznawczo-behawioralnej, prowadzonych przez wykwalifikowanych trenerów/psychoterapeutów.



## II. ZIDENTYFIKOWANE BARIERY

- Ze względu na niedostateczną liczbę pielęgniarek zatrudnionych w szkołach, za tego rodzaju interwencje powinni odpowiadać również psycholodzy i pedagodzy szkolni.
- W sytuacji, gdy wyniki badań wskazują na brak skuteczności programów psychoedukacyjnych w zapobieganiu depresji u młodzieży, prowadzonych przez przeszkolonych nauczycieli, istnieje obawa, że tego rodzaju oddziaływania prowadzone przez pielęgniarki, które odbyły szkolenie również mogą być niewystarczająco skuteczne (Spence i wsp. 2003).
- Kilka grup autorów (Clarke i wsp. 1995; Clarke i wsp. 2001, Gillham i wsp. 1995, Seligman 1999, Shochet i wsp. 2001) stwierdziło zgodnie, że najbardziej skuteczne jest prowadzenie tego typu programów przez wykwalifikowanych psychoterapeutów, co niestety podnosi koszty realizacji działań profilaktycznych.
- Warto jednak rozważyć - w miarę możliwości - przeznaczenie środków finansowych na tego rodzaju oddziaływania, które mimo wszystko są mniej kosztowne, niż leczenie osób doświadczających chorób psychicznych.

## III. ZADANIA

Proponowany do wdrożenia program zakłada podział zadań pielęgniarek, pedagogów i psychologów szkolnych na zdefiniowane fazy. Faza I, obejmująca działania z zakresu promocji zdrowia psychicznego poprzez podkreślanie roli zdrowego stylu życia, powinna być wdrażana w placówkach szkolnych codziennie – nie tylko w formie zajęć, lecz i aktywności pozalekcyjnych, przez bezpośredni kontakt z uczniem, pracę warsztatową, szereg inicjatyw urozmaicających lekcje, przekładających teoretyczne zalecenia na zastosowanie praktyczne. Nauka działań prozdrowotnych i wypracowanie wzorców zachowań zdrowego stylu życia stanowi niezbędny wymiar edukacyjny i dziedzinę wiedzy, której nauczanie należy praktykować w szkołach. Edukacja zdrowotna powinna być tak samo ważna jak nauczanie języków obcych czy matematyki. Istotne jest by właściwe postawy zawarte w fazie I przekazywać również rodzicom i opiekunom dzieci. W fazie II należy uważnie przyjrzeć się uczniom, ich sytuacji szkolnej i rodzinnej, by móc wyśledzić drobne lecz znaczące zmiany, które mogą świadczyć o rozwoju zaburzeń depresyjnych. Należy pamiętać, iż pewne czynniki występujące w środowisku rozwoju dziecka, wymienione w fazie II, zwiększają ryzyko zachorowania na depresję młodzieńczą. Kontynuacją jest faza III, obrazująca działania, które należy podjąć w razie obecności czynników ryzyka przy jednoczesnym zidentyfikowaniu braku depresji o nasileniu klinicznym, gdy nie występuje zagrożenia własnej osoby i / lub otoczenia, oraz nie ma innych zaburzeń psychicznych. W fazie IV, obejmującej profilaktykę wtórną u dzieci leczonych z powodu depresji, pozostających pod opieką specjalisty przedstawiono działania wspierające, możliwe do podjęcia z poziomu szkoły. Nie należy bagatelizować niepokojących sygnałów – każdorazowe uzasadnione podejrzenie wystąpienia depresji u ucznia wymaga podjęcia działań ze strony personelu szkolnego.

Do zadań pielęgniarek /pedagogów / psychologów szkolnych w ramach poszczególnych faz należeć powinny:

## Faza I Promocja zdrowego stylu życia

1. Kształtowanie pozytywnego rozumienia zdrowia psychicznego
2. Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowego stylu życia:
  - aktywność fizyczna – bardzo ważny czynnik wpływający na nastrój
3. Wzbudzanie i wzmacnianie motywacji do podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu oraz ograniczania tych niewłaściwych
  - korzystanie z komputera i telefonu w ograniczonym zakresie
4. Promowanie nawiązywania i utrzymywania relacji „na żywo”
  - prawidłowe odżywianie
  - wystarczająca ilość snu
  - umiejętność relaksacji, „wyciszenia się” i odpoczynku
5. Propagowanie stylu życia i warunków środowiskowych wspierających zdrowie psychiczne, pozwalających jednostce na:
  - zaspokajanie potrzeb
  - realizację zadań rozwojowych
  - budowanie poczucia zaufania
  - nawiązywanie konstruktywnych więzi z innymi ludźmi
  - społeczną sieć wsparcia (rodzina, znajomi, przyjaciele) i zaufania
  - radzenie sobie z wymaganiami społecznymi
  - reagowanie na sytuacje trudne, stres i frustrację
  - unikanie etykietowania i sztywnego dysfunkcjonalnego myślenia
  - umiejętność ustalania celów życiowych
  - skuteczne zarządzanie planem dnia
  - zaangażowanie się w realizację ważnych zadań
  - pozytywny stosunek do samego siebie
  - optymistyczne myślenie
  - korzystanie z własnych zasobów, takich jak świadomość swoich dobrych cech i mocnych stron
  - czerpanie radości i satysfakcji z życia
  - zapobieganie zachowaniom ryzykownym oraz uzależnieniom poprzez budowanie systemu wartości i pozytywnych postaw
6. Przeciwdziałanie nietolerancji, wykluczeniu i dyskryminacji osób z problemami zdrowia psychicznego

## Faza II Ocena przesiewowa

1. Zachowania w szkole, na które należy zwrócić uwagę

- pogorszenie wyników w nauce
- wycofanie z kontaktów społecznych
- ograniczenie zainteresowań i aktywności
- łatwe męczenie się, brak energii i motywacji
- zaburzenia koncentracji
- wagary, trudności wychowawcze

2. Objawy depresji, które mogą w szkole pozostać niedostrzeżone bez rozmowy z dzieckiem

- smutek, poczucie winy i beznadziei
- niska ocena własnej wartości
- wrogość, drażliwość, niepokój
- płaczliwość
- niespecyficzne bóle i dolegliwości somatyczne
- zmiana sposobu jedzenia, rytmu snu i czuwania
- dysfunkcyjne myśli i akty poznawcze (zostaną omówione w dalszej części rozdziału)
- niechęć do życia i myśli samobójcze

**UWAGA:** nawet w ciężkiej depresji zachowanie i nastrój mogą być zmienne - dziecko może być niegrzeczne, lecz czasami także pogodne.

3. Ocena środowiskowych czynników ryzyka

a) Sytuacja szkolna: trudności w nauce, bycie „kozłem ofiarnym” w klasie

b) Przemoc rówieśnicza

c) Trudności interpersonalne, ubogie kontakty z rówieśnikami lub ich brak

d) Trudna sytuacja rodzinna

- nadużywanie alkoholu w rodzinie
- problemy małżeńskie, rozwód, separacja
- częste konflikty (małżeńskie i/lub na linii rodzic-dziecko)
- emocjonalny dystans pomiędzy członkami rodziny, brak wzajemnego wsparcia
- częste zmiany miejsca zamieszkania
- izolacja społeczna rodziny
- zachowania aspołeczne wśród jej członków
- utrata rodzica, opuszczenie lub rzadki z nim kontakt
- przewlekła wrogość, brak poczucia bezpieczeństwa
- nieefektywne metody komunikacji w rodzinie, brak nastawienia na rozwiązywanie problemów
- sztywność przekonań dotyczących zmian – brak wiary w pozytywne efekty modyfikacji postaw i zachowań
- choroba przewlekła w rodzinie, w tym psychiczna
- trudności ekonomiczne. Nieefektywna współpraca ze szkołą

- postawa uniemożliwiająca dialog, rzadkie kontakty ze placówką
  - traktowanie troski personelu szkolnego o ucznia jako atak na niego /na rodzica lub na cały system rodzinny, niechęć do przyjęcia wsparcia
  - pozostawienie dziecka samemu sobie przy braku zgody rodziców na ingerencję z zewnątrz
4. Obecność zaburzeń współistniejących:
- nadużywanie alkoholu, substancji psychoaktywnych, leków uspokajających i nasennych
  - zaburzenia psychiczne lub zachowania
  - choroby somatyczne
5. Odmienna orientacja seksualna
6. Niepełnosprawność
7. Wykluczenie zagrożenia dla siebie i/lub otoczenia
8. Stosowanie testów przesiewowych dla zaburzeń depresyjnych (proponowane kwestionariusze zostały przedstawione w dalszej części rozdziału)
- umiejętność odpowiedniego uzasadnienia i zachęcenia ucznia do wypełnienia testu
  - zapewnienie ucznia o poufności wyników
  - uzyskanie jego zgody na wypełnienie dokumentu.

### **Faza III Działania podejmowane przy obecności czynników ryzyka i braku depresji o nasileniu klinicznym, zagrożenia dla siebie i/lub otoczenia oraz innych zaburzeń psychicznych**

1. Nawiązanie kontaktu z dzieckiem
- a) Zasady komunikacji: empatia, życzliwość, poszanowanie praw ucznia, aktywne słuchanie, bez natychmiastowego dawania rad
  - b) Porozumiewanie się z elementami dialogu motywującego
  - c) W przypadku ucznia demonstrującego trudne emocje, wrogość, agresję, zniechęcenie, bezradność - komunikacja mająca na celu zrozumienie tych zachowań
  - d) Udzielenie wsparcia uczniowi
  - e) Wzmacnianie jego przekonania, że potrafi sobie poradzić z trudnościami
  - f) Uznanie tego, że sam się zgłosił po pomoc
  - g) Docenienie, że uczeń namówiony na rozmowę z pielęgniarką / psychologiem „otworzył się” i zaczął mówić o swoich problemach /trudnych dla siebie sprawach
2. Strategie postępowania
- a) Kontakty społeczne
    - unikanie izolacji – podkreślanie istoty wsparcia społecznego

- zachęcanie do różnego typu aktywności
  - w tym do działania na rzecz innych
- b) Zdrowy tryb życia
- aktywność fizyczna – bardzo ważny czynnik wpływający na nastrój
  - wzbudzanie i wzmacnianie motywacji do podejmowania zachowań dobrych dla zdrowia oraz ograniczania tych niewłaściwych
  - korzystanie z komputera i telefonu w rozsądnym wymiarze czasu
  - promowanie nawiązywania i utrzymywania relacji „na żywo”
  - prawidłowe odżywianie
  - wystarczająca ilość snu
  - umiejętność relaksacji, „wyciszenia się” i odpoczynku
3. Działania mające na celu rozwiązanie realnych problemów dziecka
- a) Interwencja w sytuacji przemocy szkolnej
  - b) Podjęcie działania jeśli w rodzinie pojawia się przemoc lub inne nieprawidłowości
  - c) Pomoc w przypadku trudności w nauce
  - d) Skierowanie ucznia do specjalistycznych ośrodków leczenia, bądź placówek interwencji kryzysowych.

#### **Faza IV Profilaktyka wtórna - dziecko leczone z powodu depresji, pozostaje pod opieką specjalisty**

1. Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa - szkoła/pielęgniarka szkolna jako bezpieczne środowisko
  - a) Zagwarantowanie prywatności podczas rozmów z dzieckiem
  - b) Zachowanie zasady poufności
2. Współpraca z rodziną z poszanowaniem wszystkich jej członków i - w miarę możliwości - z systemem opieki zdrowotnej
  - a) W razie potrzeby skierowanie rodziny na terapię rodzinną
3. Psychoedukacja
  - a) Objawy, przyczyny zaburzeń depresyjnych
  - b) Czas trwania depresji, okres zdrowienia
  - c) Podkreślanie istoty wsparcia społecznego i znaczenia bliskich relacji z innymi ludźmi
  - d) Unikanie udzielania rad, sugerowania rozwiązań
  - e) Elementy dialogu motywującego
  - f) Edukacja prozdrowotna
  - g) Zapobieganie wystąpieniu destrukcyjnych nawyków (np. uzależnień) dzięki kształtowaniu postaw i wartości

#### 4. Wspieranie dziecka w procesie zdrowienia

##### a) Kontakty społeczne

- unikanie izolacji – podkreślanie istoty wsparcia społecznego
- zachęcanie do różnego typu aktywności
- w tym do działania na rzecz innych

##### b) Zdrowy tryb życia

- aktywność fizyczna – bardzo ważny czynnik wpływający na nastrój
- wzbudzanie i wzmacnianie motywacji do podejmowania zachowań dobrych dla zdrowia oraz ograniczania tych niewłaściwych
- korzystanie z komputera i telefonu w rozsądnym wymiarze czasu

##### c) Promowanie nawiązywania i utrzymywania relacji „na żywo”

- prawidłowe odżywianie
- wystarczająca ilość snu
- umiejętność relaksacji, „wyciszania się” i odpoczynku

##### d) Powrót do aktywności szkolnych w tym do nauki

- w miarę możliwości dostosowanie programu i wymagań do obecnych możliwości dziecka

#### 5. Działania mające na celu rozwiązanie realnych problemów młodego człowieka

##### a) Interwencja w sytuacji przemocy szkolnej

##### b) Podjęcie działania jeśli w rodzinie pojawia się przemoc lub inne nieprawidłowości

##### c) Udzielenie pomocy jeśli pojawią się trudności w nauce

##### d) Skierowanie ucznia do specjalistycznych ośrodków leczenia, bądź placówek interwencji kryzysowych, a jeśli już z takowych korzysta

##### e) Współpraca ze specjalistami spoza szkoły

#### 6. Przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji osób cierpiących na zaburzenia lub choroby psychiczne

##### a) Promowanie przekazu „choroba psychiczna jest chorobą jak każda inna”

Jednym z zadań pielęgniarki szkolnej jest ocena zagrożenia dla zdrowia i życia chorego oraz analiza stanu emocjonalnego dziecka (NICE CG28, NICE CG16). Pomocne w tej ocenie narzędzia psychometryczne zostały omówione we wcześniejszej części rozdziału.

W razie stwierdzenia, że zagrożenie jest duże młody człowiek powinien być skierowany do szpitala. Jeżeli ryzyko powtórzenia się niebezpiecznych dla pacjenta zachowań autoagresywnych jest poważne, należy zapewnić mu bezpieczne warunki transportu do szpitala. W praktyce oznacza to albo wezwanie pogotowia ratunkowego albo zlecenie rodzicom pilnowania młodej osoby i bezzwłocznego zawiezienia jej do szpitala. Rodzice zwykle są w stanie pełnić właściwie i sumiennie rolę opiekunów. Warto jednak pamiętać, że odpowiedzialność za odstąpienie od wezwania pogotowia ratunkowego ponosi placówka szkolna.

Kolejną możliwością – jeżeli objawy psychopatologiczne są wyraźne, lecz uczeń nie stanowi dla siebie lub otoczenia bezpośredniego zagrożenia, a jednocześnie realne możliwości wsparcia lub pracy z nim wykraczają poza kompetencje pielęgniarki/ psychologa/ pedagoga szkolnego – jest skierowanie dziecka do psychiatry w trybie pilnym. Rozwiązanie to, choć logiczne, często trudno zastosować w związku z brakiem wolnych terminów w poradniach zdrowia psychicznego. Tym niemniej obowiązkiem tego typu poradni jest zapewnienie dziecku pilnej konsultacji w sytuacjach nagłych (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Powierzchowne samookaleczenia (np. zadrapania na przedramionach), bez towarzyszących myśli i zamiarów samobójczych, oraz współwystępujących zaburzeń afektywnych lub psychotycznych zazwyczaj nie są wskazaniem do hospitalizacji, jednak należy dziecko skierować planowo do psychologa i/lub psychiatry. Z jego opiekunami powinno się omówić możliwe sposoby udzielenia wsparcia. W sytuacji pogorszenia stanu psychicznego ucznia należy im przekazać dane teled adresowe odpowiednich ośrodków, a także poinformować o możliwościach uzyskania pomocy przez pozostałych członków rodziny.

## PIŚMIENNICTWO

Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, Sheeber LB, Lewinsohn PM, Seeley JR. *Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention.* Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1995;34:312–321

Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, Beardslee W, et al. *A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents.* Archives of General Psychiatry. 2001;58:1127–1134

Gillham J, Reivich K, Jaycox L, Seligman M. *Prevention of Depressive Symptoms in Schoolchildren: Two-Year Follow-Up.* PSYCHOL SCI 1995; 6: 343-351

National Institute of Health and Care Excellence, Guideline CG28, 2015

National Institute of Health and Care Excellence, Guideline CG16, 2004

Okulicz-Kozaryn K., Borucka A., Pisarska A.(2010): *Stan promocji zdrowia psychicznego w Polsce na przykładzie województwa mazowieckiego*, [w]: Okulicz-Kozaryn K., Ostaszewski K. (red.); *Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce*, część II, Wydawnictwo Naukowe, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa: 23-41

Seligman MEP, Schulman P, DeRubeis RJ, Hollon SD. *The prevention of depression and anxiety.* Prev Treat. 1999;2:1–24.

Shochet IM, Dadds MR, Holland D, Whitefield K, Harnett PH, Osgarby SM. *The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression.* Journal of Clinical Child Psychology 2001,30(3): 303-315

Spence SH, Sheffield JK, Donovan CL. *Preventing adolescent depression: An evaluation of the problem solving for life program.* J Consult Clin Psychol. 2003;71:3–13

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135



# REKOMENDACJE ODNOŚNIE PROFILAKTYKI I LECZENIA DEPRESJI POPORODOWEJ

---

*lek. Monika Dominiak, dr Anna Z. Antosik-Wójcińska, mgr Marta Baron,  
prof. dr hab. Paweł Mierzejewski, prof. dr hab. Łukasz Świącicki*  
INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII  
W WARSZAWIE

# I. PRZEGLĄD DOSTĘPNYCH METOD ZAPOBIEGANIA I LECZENIA DEPRESJI POPORODOWEJ

## 1. WSTĘP

Depresja poporodowa (zwana również: *pure postpartum depression*, depresja postnatalna, *post baby depression*) dotyczy 10-15% kobiet. Adaptacja do zadań związanych z pełnieniem roli rodzica może być dużym wyzwaniem dla matek, a czas połogu nierzadko wiąże się z różnymi trudnościami i problemami zdrowotnymi. Może to sprzyjać pojawianiu się nowych zaburzeń, jak również nasilaniu się lub nawrotcie dysfunkcji już istniejących (zwłaszcza w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej). Depresja poporodowa jest stanem chorobowym o umiarkowanym lub ciężkim nasileniu pojawiającym się zwykle do 4 tygodni po urodzeniu dziecka. Epizod depresji trwa zazwyczaj od 3 do 9 miesięcy, nieleczonej dłużej – objawy mogą występować jeszcze rok po porodzie (Musters i wsp., 2008).

## 2. EPIDEMIOLOGIA

Z raportu World Health Organization (WHO) wynika, że 80% kobiet doświadcza po porodzie zespołu trudnych emocjonalnie przeżyć, tzw. baby blues. Skala depresji postnatalnej jest szacowana na 7-19% (O'Hara i Swain, 1996; Gavin i wsp., 2005). Wyniki metaanalizy wskazują, że częstość występowania zaburzeń depresyjnych u matek w okresie po narodzinach dziecka wynosi ok. 13% (Meeks i wsp., 2011), co czyni je najczęstszymi powikłaniami poporodowymi (O'Hara i Swain, 1996). Badacze podkreślają jednak, że choroba ta pozostaje nader często nierozpoznawana, a rzeczywisty odsetek zachorowań jest zdecydowanie większy (Hearn i wsp., 1998; Georgiopoulos i wsp., 2001; Evins i wsp., 2000).

Ryzyko nawrotu zależy od przeszłości chorobowej. U kobiet, u których po raz pierwszy wystąpił epizod depresji poporodowej, prawdopodobieństwo pojawienia się choroby w kolejnych ciążach jest blisko dwukrotnie wyższe (Cooper i Murray, 1995). Początek zaburzeń w ciągu 6-8 tygodni po porodzie, duże nasilenie symptomów depresyjnych, obecność objawów wytwórczych, hipomaniakalnych lub maniakalnych sugerują, że nawroty depresji postnatalnej u tych pacjentek mogą być jeszcze częstsze.

## 3. OBJAWY DEPRESJI POPORODOWEJ

Osiowymi objawami depresji poporodowej są uporczywe przygnębienie i zmęczenie połączone z obawą o rozwój i zdrowie noworodka. Często towarzyszą im: natrętne myśli (najczęściej związane ze zrobieniem krzywdy dziecku), zaburzenia snu, brak apetytu, obniżona energia, problemy z koncentracją uwagi, poczucie winy oraz myśli samobójcze (Gelenberg i wsp., 2010). Nierzadko obserwuje się też lęk oraz nadmierną i nieadekwatną troskę o zdrowie własne i dziecka.

## 4. ROZPOZNAWANIE

W aktualnie obowiązujących dwóch głównych systemach klasyfikacyjnych Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-V) oraz International Classification of Diseases 10 (ICD-10) nie występuje pojęcie depresji poporodowej jako osobnej diagnozy. Według ICD-10, aby stwierdzić depresję postnatalną, pacjentka powinna spełniać kryteria epizodu depresyjnego oraz warunek czasu – początek epizodu do 6 tygodni po porodzie (do 4 tygodni – wg klasyfikacji DSM-V). Niektóre doniesienia wskazują jednak, że zaburzenie to może się rozwinąć nawet do roku po urodzeniu dziecka (Gaynes i wsp., 2005). W dużej depresji konieczne jest stwierdzenie co najmniej dwóch objawów podstawowych i dwóch dodatkowych. W zaburzeniach chorobowych niespełniających kryteriów dla rozpoznania dużej depresji występuje zazwyczaj tylko jeden symptom z listy objawów podstawowych.

Tabela 1. Kryteria rozpoznawania depresji.

Kryteria rozpoznawania epizodu depresyjnego wg ICD 10	
Objawy podstawowe	Objawy dodatkowe
obniżony nastrój	osłabienie koncentracji i uwagi.
utrata zainteresowań i zdolności do radowania się	niska samoocena i mała wiara w siebie
zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności	poczucie winy i małej wartości (nawet w epizodach o łagodnym nasileniu)
	pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości
	myśli i czyny samobójcze
	zaburzenia snu
	słabszy apetyt

Dla ustalenia rozpoznania niezbędne jest stwierdzenie utrzymywania się zaburzeń przez okres co najmniej 2 tygodni, choć może to być okres krótszy wówczas, gdy objawy osiągają bardzo duże nasilenie i narastają szybko.

## 5. BABY BLUES

Depresja poporodowa powinna być rozróżniana od tzw. zespołu *baby blues* (*postpartum blues*), który występuje u większości matek. Charakterystyczne dla niego objawy obejmują: umiarkowanie obniżony nastrój, drażliwość i labilność emocjonalną połączoną z lękiem i płacliwością, poczucie przytłoczenia nowymi obowiązkami, nadwrażliwość na bodźce, uczucie wyczerpania, spadek koncentracji (Heron i wsp., 2004). Baby blues pojawia się zwykle między 1 a 14 dniem po porodzie, osiągając maksimum między 3 a 7 dniem, czyli w okresie, na który przypadają najwięk-

sze zmiany hormonalne. Stan ten powinien ustąpić do 3 miesięcy od urodzenia dziecka. Objawy nie upośledzają zdolności matki do normalnego funkcjonowania. Nie wymaga ona leczenia psychiatrycznego, ale potrzebuje wsparcia, zapewnienia jej poczucia bezpieczeństwa i pomocy w codziennych czynnościach. Czasem nasilony, nieustępujący smutek poporodowy może przekształcić się w depresję postnatalną (Scottish Intercollegiate Guidelines Network – SIGN, 2012).

## 6. PSYCHOZA POPORODOWA

Depresję poporodową trzeba także odróżnić od psychozy, ujawniającej się zwykle przed upływem 3 tygodnia po porodzie. Występowanie tego zaburzenia szacuje się na 0,1-0,2%. Wśród czynników sprzyjających wymienia się: zaburzenia psychiczne w rodzinie lub w historii życia danej kobiety, pierwszy poród, cięcie cesarskie, śmierć dziecka w okresie okołoporodowym, samotne macierzyństwo, izolację społeczną.

Najczęstsze przejawy choroby to:

- trudności ze snem
- pobudzenie, niepokój, lęk
- objawy wytwórcze (omamy, urojenia) związane z dzieckiem
- myśli samobójcze lub obsesyjne myśli dotyczące zrobienia krzywdy dziecku.

W przypadku podejrzenia psychozy postnatalnej zalecane jest pilne skierowanie pacjentki do leczenia psychiatrycznego.

## 7. CZYNNIKI RYZYKA DEPRESJI POPORODOWEJ

Do czynników sprzyjających rozwojowi depresji poporodowej zalicza się:

- wcześniejsze występowanie depresji w ciąży (Heron i wsp., 2004; Milgrom i wsp., 2008; SIGN, 2012) – co pięciokrotnie zwiększa ryzyko rozwinięcia depresji poporodowej (Milgrom i wsp., 2008)
- epizody depresji niezwiązane z ciążą w wywiadzie (Milgrom i wsp., 2008; SIGN, 2012)
- baby blues (SIGN, 2012)
- depresja lub inne zaburzenia psychiczne w rodzinie
- stresujące wydarzenia życiowe w ostatnim okresie (SIGN, 2012)
- brak wsparcia społecznego, także ze strony partnera, złe relacje małżeńskie (Robertson i wsp., 2004; Surkan i wsp., 2006)
- bezrobocie, trudna sytuacja finansowa matki (Robertson i wsp. 2006).

## 8. BARIERY ZWIĄZANE Z DEPRESJĄ POPORODOWĄ

Pomimo licznych dowodów na skuteczność leczenia depresji poporodowej (Meager i Milgrom, 1996; Appleby i wsp., 1997), zaburzenie to wciąż pozostaje zbyt często nieroz-

poznawane. Zasadniczy problem polega więc nie na braku możliwości kuracji, ale na niedostatecznej umiejętności diagnozowania depresji postnatalnej przez personel medyczny zaangażowany w opiekę nad kobietą w okresie ciąży i po porodzie. Barięrami może być także brak odpowiednio zaprojektowanych struktur leczniczych oraz brak wytycznych co do profilaktyki, wykrywania, postępowania i dalszej opieki nad pacjentką z depresją poporodową. W niektórych krajach organizacje i stowarzyszenia opracowały rekomendacje i programy profilaktyczne odnoszące się do psychicznych zaburzeń postnatalnych. Jednak w wielu państwach, w tym w naszym, nadal brakuje takich kompleksowych zaleceń. Krokiem ku poprawie rozpoznawania depresji u kobiet w ciąży i po porodzie w Polsce jest obowiązujący od 1 stycznia 2019 r. nowy standard dotyczący prozdrowotnych działań okołoporodowych, który całościowo obejmuje organizację opieki medycznej nad kobietą w trakcie ciąży, porodu i połogu oraz nad noworodkiem (*Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej*). Szczególną uwagę zwrócono na potrzebę oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji przez opiekuna ciężarnej kobiety lub podczas połogu. Możliwość wystąpienia tej choroby będzie weryfikowana trzykrotnie: po raz pierwszy w I trymestrze ciąży, kolejny na miesiąc przed porodem i następnie miesiąc po nim, w trakcie wizyty patronażowej. Standard obowiązuje we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą, udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej.

## **9. WPŁYW NA ROZWÓJ DZIECKA I ŻYCIE RODZINY**

Nieleczona depresja może prowadzić do długofalowych zmian na wielu płaszczyznach życia rodziny. Skutkuje nie tylko pogorszeniem zdrowia psychicznego kobiety, lecz może odzwierciedlać się również w relacjach małżeńskich, a także wpłynąć na późniejsze decyzje związane z prokreacją. Złe samopoczucie matki przekłada się na zdrowie i opóźniony rozwój (mowy czy psychoruchowy) dziecka (Field, 1995; Tronick i Weinberg, 1997; Abrams i wsp., 1995), a także na nieprawidłowe kształtowanie więzi matka – dziecko (Murray, 1992). Różnorodne problemy psychiczne mogą utrzymywać się nawet do wieku 4-8 lat (Murray i Cooper, 1997; Murray i wsp., 1996; Beck, 1998). Badania wykazują, że leczenie i ustępowanie objawów depresji u rodzicielki powoduje poprawę stanu psychicznego i zachowania dziecka (Weissman i wsp., 2006). Dlatego tak ważne jest właściwe wczesne rozpoznanie choroby i odpowiednie postępowanie medyczne (Pignone i wsp., 2002).

Kobiety, u których wystąpiły objawy depresji, rzadziej przychodzą po porodzie na wizyty kontrolne: ginekologiczne, pediatryczne i szczepienia (Lobato i wsp., 2012). Często nie zdają sobie też sprawy, że ich doświadczenie wykracza poza normę stanu psychicznego po urodzeniu dziecka. Z tych powodów tak istotne jest włączenie do opieki nad kobietą wszystkich pracowników służby zdrowia, z którymi pacjentka może się zetknąć w czasie ciąży i po porodzie: lekarza pierwszego kontaktu, pediatrę, ginekologa, położną w szpitalu ginekologicznym, położną środowiskową. (Musters i wsp., 2008).

## **10. PRZEGLĄD WYTYCZNYCH DOTYCZĄCYCH PROFILAKTYKI PIERWOTNEJ I PRZESIEWOWYCH METOD WYKRYWANIA DEPRESJI POPORODOWEJ**

Z dostępnych danych wynika, że działania związane z zapobieganiem i wczesnym wykrywaniem depresji poporodowej zostały wprowadzone do narodowych programów zdrowia w przynajmniej kilku innych krajach.

Jednym z najbardziej znanych jest prowadzony w Australii program Beyondblue ([www.beyondblue.org.au](http://www.beyondblue.org.au)), utworzony w 2000 r. jako pięcioletnia narodowa inicjatywa mająca na celu zwiększenie świadomości społecznej w zakresie wczesnego reagowania na zachowania depresyjne. Przeprowadzone w kolejnych latach badania retrospektywne potwierdziły skuteczność przedsięwzięcia oraz poprawę leczenia depresji w Australii (Jorm i wsp., 2005; Morgan i Jorm, 2007). Częścią Beyondblue są również rekomendacje odnośnie profilaktyki i postępowania w przypadku depresji postnatalnej (*Beyondblue. Clinical Practice Guidelines for Depression and Related Disorders – Anxiety, Bipolar Disorder and Puerperal Psychosis – in the Perinatal Period. A Guideline for Primary Care Health Professionals*. Melbourne, beyondblue, 2011).

Najbardziej kompleksowe zalecenia obejmujące wiele zagadnień związanych z tematyką depresji w okresie okołoporodowym zawarte są właśnie w australijskiej inicjatywie oraz dokumencie opracowanym przez National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014). Bardzo szczegółowe są także wytyczne Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), które skupiają się głównie na zdrowiu psychicznym młodej matki, profilaktyce zaburzeń i ich leczeniu.

### **10.1. Profilaktyka pierwotna depresji poporodowej**

Podobnie jak w przypadku innych zaburzeń depresyjnych, istnieje wiele skutecznych metod leczenia, zarówno farmakologicznych, jak i psychoterapeutycznych. Jednak okres poporodowy jest w życiu pacjentki i całej jej rodziny bardzo specyficzny i może wiązać się z różnymi przeszkodami w dostępie do kuracji. Pierwsza trudność wynika z niechęci kobiet karmiących piersią do podejmowania leczenia farmakologicznego z obawy na wpływ leków na ich dziecko. Po drugie, zaabsorbowane noworodkiem matki mogą nie mieć czasu na podjęcie kognitywnej terapii behawioralnej bądź interpersonalnej. Poza tym, zamiast planować długie sesje z profesjonalnym terapeutą, wolą się wyspać lub w spokoju zjeść posiłek. Wreszcie, kobiety mogą być szczególnie przewrażliwione na punkcie tego, jak są postrzegane. Obawa przed piętnem „złej matki” może stanowić barierę, powstrzymującą je przed szukaniem wsparcia w leczeniu którejkolwiek rodzaju depresji. W konsekwencji chorujące na nią pacjentki mogą odmówić pomocy, leczenia, a nawet nie przyjąć diagnozy. Z powodu tych unikalnych przeszkód zapobieganie depresji poporodowej – w miejsce leczenia – wydaje się być szczególnie ważne.

Wychodząc naprzeciw ograniczeniom związanym z dostępnością i użytecznością konwencjonalnych metod profilaktyki dla kobiet w okresie po porodzie, naukowcy badają szerokie zastosowa-

nie internetu w zapobieganiu różnego rodzaju zaburzeniom. Programy mogą być dostępne online bez kosztów i nie wymagają czasochłonnego i niewygodnego wyjścia z domu w celu odbycia sesji terapeutycznej „twarzą w twarz”. Wręcz przeciwnie, matka może uzyskać dostęp do interwencji w czasie dostosowanym do jej możliwości. To ważne, bo w momencie pojawienia się nowo narodzonego dziecka jej harmonogram dnia zmienia się bardzo dynamicznie. Może to zrobić dokładnie w takim momencie, jaki jej odpowiada. Ponadto, anonimowość korzystania z interwencji internetowych pozwala uniknąć piętna związanego z szukaniem pomocy dla „złych matek”.

Istnieje obecnie sporo przekonujących dowodów na to, że programy online oparte na bazie terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) są skuteczne w leczeniu depresji, a także w jej zapobieganiu. Jedną z takich interwencji jest internetowy trening poznawczo-behawioralny. Składa się z pięciu modułów zautomatyzowanego, interaktywnego szkolenia o nazwie MoodGYM, polegającego na dostarczeniu uczestniczkom poznawczego treningu zachowań (CB). Każdy z segmentów prowadzony jest raz w tygodniu, poprzedzony przypomnieniem wysłanym za pomocą wiadomości e-mail. Moduły trwają od 20 do 40 minut, jednak uczestniczki mogą sobie wybrać, ile czasu chcą spędzić w danej sesji. MoodGYM – jako interwencja – wykazał skuteczność w zapobieganiu depresji wśród licznej populacji niedoświadczającej depresji poporodowej.

Niektóre badania wskazują na skuteczność domowych wizyt pielęgniarek i położnych podczas ciąży i po porodzie w redukcji ryzyka wystąpienia depresji postnatalnej. Efektywna okazała się także psychoterapia interpersonalna. Jednak na chwilę obecną wytyczne nie zalecają rutynowych wizyt środowiskowych psychoterapeuty u kobiet ciężarnych i w połogu (NICE). Natomiast pacjentki, u których występowały w przeszłości lub w obecnej ciąży epizody afektywne, powinny być objęte kompleksową opieką zespołu lekarzy pierwszego kontaktu, ginekologów, pediatrów, położnych i specjalistów psychiatrów. Dla każdej takiej kobiety powinien być przygotowany indywidualny plan leczenia i wizyt (SIGN, NICE).

WHO (*Mental Health Action Plan 2013-2020*, WHO) oraz NICE zalecają, aby podczas każdego spotkania pytać pacjentkę o jej stan emocjonalny i wsparcie, jakie ma w najbliższym otoczeniu. WHO zaleca również, aby 10-14 dni po porodzie przeprowadzić wywiad pod kątem objawów typowych dla zespołu baby blues, a jeśli nie ustępują – pacjentka powinna być poddana dalszej ocenie w kierunku depresji.

Co ciekawe, skuteczna w redukcji ryzyka depresji postnatalnej okazała się interwencja w postaci badania przesiewowego przy pomocy *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), przeprowadzanego 6 tygodni po porodzie w czasie wizyty środowiskowej położnej (Brugha i wsp., 2011).

Niektóre dane wskazują także na ważną rolę edukacji w temacie depresji poporodowej prowadzonej w szkołach rodzenia. Jej celem jest uświadomienie kobiet i ich partnerów, pozwala także przełamywać opory związane z szukaniem specjalistycznej pomocy (Zauderer, 2009).

Wytyczne Beyondblue zalecają natomiast, aby wszyscy przedstawiciele zawodów medycznych mający kontakt z kobietą w okresie ciąży i porodu byli przeszkoleni w zakresie właściwej komunikacji z pacjentką i umiejętności zbierania wywiadu uwzględniającego czynniki psychologiczne i społeczne depresji oraz innych chorób natury psychicznej.

## 10.2. Badania przesiewowe w kierunku wykrywania depresji poporodowej

W warunkach klinicznych identyfikacja kobiet spodziewających się dziecka, u których występują czynniki ryzyka, pozwala na wczesną interwencję i zapobieganie epizodom depresji poporodowej. Prowadzenie wczesnych badań przesiewowych w trakcie ciąży pozwala nie tylko na rozpoznanie kobiet z grupy ryzyka, u których nie występują objawy, lecz także tych, u których występują już subkliniczne symptomy choroby.

W celu oceny nasilenia depresji postnatalnej stosowane są specjalistyczne narzędzia skryningowe, np. *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS, Cox i wsp., 1987), *Postpartum Depression Predictors Inventory* (PDPI), *Kwestionariusz przedporodowy* (*Antepartum Questionnaire* – APQ), *Postpartum Checklist* czy *Bromley Postnatal Depression Scale* (BPDS). Jednak w każdym przypadku badanie nastroju pacjentki powinno zostać uzupełnione przez wywiad obejmujący aspekty psychologiczne i społeczne.

Czułość, specyficzność i wartość predykcyjna są bardzo różne w przypadku każdego z inwentarzy. Choć testy przesiewowe nie zostały opracowane w stopniu wystarczającym do perfekcyjnej identyfikacji wszystkich kobiet, u których może i nie może wystąpić depresja poporodowa, to nadal warto podejmować wysiłki ich przeprowadzania w warunkach klinicznych.

Bardzo czułym i jednocześnie najlepiej przebadanym narzędziem wykrywającym zaburzenia samopoczucia po urodzeniu dziecka jest skala ***Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS***: Zdolność tego testu do poprawnego wykrycia depresji postnatalnej waha się (w zależności od źródeł) w granicach 34-100%, a specyficzność – pomiędzy 44 a 100%. EPDS to kwestionariusz samooceny składający się z 10 krótkich pytań dotyczących takich objawów jak: anhedonia, poczucie winy, niepokój, ataki paniki, przemęczenie, zaburzenia snu, smutek, płaczliwość oraz myśli samobójcze. Na każde z nich matka odpowiada samodzielnie, wybierając jeden z czterech możliwych wariantów, najlepiej charakteryzujący jej odczucia w ciągu ostatnich 7 dni. Odpowiedzi są punktowane od 0 do 3, zależnie od nasilenia symptomów. Autorzy kwestionariusza wskazują na wynik 12-13 punktów jako graniczny, wskazujący na występowanie objawów depresji poporodowej. Dodatkową zaletą jest możliwość zwrócenia uwagi na szczególnie istotną kwestię, mianowicie myśli samobójcze, w sytuacji gdy kobieta wysoko ocenia ich obecność, nawet wówczas, gdy ogólny wynik EPDS jest niski. Badania potwierdzają, że zarówno większość pacjentek, jak i przedstawiciele zawodów medycznych akceptuje skryning za pomocą EPDS. Podkreśla się także, że wykonany test umożliwia i ułatwia dyskusję na temat doświadczanych przez matkę uczuć.



Beyondblue zaleca używanie EPDS jako elementu całościowej oceny występowania objawów depresyjnych i lękowych u wszystkich kobiet w ciąży i po urodzeniu dziecka. Według tych wskazań, badanie przesiewowe powinno być przeprowadzone między 6 a 12 tygodniem po porodzie podczas wizyty kontrolnej. Wynik 13 punktów i więcej może być interpretowany jako depresja postnatalna.

US Preventive Services Task Force – USPSTF (Siu i USPSTF, 2016) – zaktualizował niedawno wytyczne i również rekomenduje rutynowy skryning populacji dorosłych osób oraz kobiet w ciąży i po porodzie pod kątem depresji. Dane pokazują także, że najkorzystniejsze wyniki w leczeniu daje połączenie badań przesiewowych i skoordynowanej dalszej opieki nad pacjentem z depresją (Pignone i wsp., 2002), angażującej lekarzy pierwszego kontaktu i specjalistów psychiatrów.

Z kolei brytyjski National Institute for Health and Care Excellence (NICE) w swoich rekomendacjach wskazuje na obowiązkową ocenę w kierunku objawów depresyjnych u każdej kobiety w okresie okołoporodowym za pomocą standaryzowanych narzędzi przesiewowych. Badanie takie powinno być przeprowadzone minimum dwa razy (przy pierwszej wizycie ciężarnej i w ciągu pierwszego roku po porodzie), a w przypadku kobiet z grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia depresji postnatalnej – przy każdej wizycie. NICE zaleca wszystkim przedstawicielom personelu medycznego, którzy mają kontakt z kobietą w ciąży i w porożu, rutynowe stosowanie zestawu dwóch wstępnych pytań (*Whooley questions*):

- Czy w ostatnim miesiącu miałaś uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności?
- Czy w minionym miesiącu doświadczyłaś zmniejszonego zainteresowania lub słabszego odczuwania przyjemności z wykonywania czynności?

Jeśli kobieta odpowie pozytywnie na którekolwiek z powyższych pytań, jest w grupie ryzyka chorób psychicznych lub jeżeli wywiad kliniczny wskazuje na depresję – zaleca się dokonanie pełnej oceny stanu psychicznego za pomocą narzędzi przesiewowych EPDS lub *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) albo skierowanie do lekarza rodzinnego.

W przypadku podejrzenia poważnych zaburzeń psychicznych pacjentka powinna być od razu odesłana do specjalisty psychiatry. Rekomendacje NICE mają rangę B, co oznacza, że znajdują zastosowanie do większości sytuacji klinicznych.

Podobne zalecenia odnośnie narzędzi przesiewowych wydał Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Wytyczne SIGN zalecają minimum trzykrotną ocenę objawów depresyjnych (podczas pierwszej wizyty w ciąży, gdy trwa ona 4-6 tygodni oraz 3-4 miesiące po porodzie). Dodatkowo SIGN zaleca uzupełniający wywiad w kierunku zaburzeń afektywnych, innych dysfunkcji psychicznych u pacjentki i w rodzinie, a w przypadku pozytywnego rezultatu – badanie w kierunku depresji przy każdej wizycie.

Rekomendacje American Psychiatric Association (APA) oraz American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG; American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. *Guidelines for perinatal care*, 2007) podkreślają, że pacjentka w czasie ciąży powinna być edukowana na temat możliwych komplikacji związanych z depresją postnatalną. Pacjentki z symptomami baby blues wymagają szczególnego monitorowania i oceny objawów depresyjnych. Obie organizacje zalecają również przeprowadzenie wywiadu pod kątem depresji podczas kontrolnej wizyty ginekologicznej 4-6 tygodni po porodzie.

Z kolei American Academy of Pediatrics – AAP (Earls, 2010) – postrzega rolę lekarza pediatry jako kluczową w zapewnieniu zdrowia całej rodzinie. Ponieważ problemy psychiczne kobiet rzutują bezpośrednio na rozwój dziecka, AAP zaleca pediatrom rutynową ocenę w kierunku depresji u matek pojawiających się w gabinecie przy okazji wizyt pediatrycznych (Norwitz i Lye, 2009). AAP wskazuje także na konieczność zapewnienia dalszej skoordynowanej opieki nad pacjentką z potwierdzoną chorobą.

Również American College of Nurse-Midwives (American College of Nurse-Midwives, *Division of Women's Health Policy and Leadership. Position statement: depression in women*, 2003) zaleca skryning pod kątem depresji jako standardową część opieki nad pacjentką w ciąży i po porodzie.

Poniższa Tabela 2. podsumowuje najważniejsze rekomendacje odnośnie badania przesiewowego w kierunku depresji poporodowej.

Organizacja	Rekomendacja
U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), 2016	Zaleca rutynowy skryning populacji dorosłych osób oraz kobiet w ciąży i po porodzie. Wskazuje jednocześnie na potrzebę zapewnienia badanym dostępu do dalszej opieki i skoordynowanego leczenia.
American Psychiatric Association (APA), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2007	Wskazuje na obowiązkowość badania przesiewowego w kierunku depresji postnatalnej w czasie kontrolnej wizyty ginekologicznej 4-6 tygodni po porodzie.
American Academy of Pediatrics Bright Futures (AAP), 2010	Radzi pediatrom rutynową ocenę w kierunku depresji u kobiet zgłaszających się ze swoimi dziećmi na wizyty pediatryczne. Podkreśla też konieczność zapewnienia dalszej skoordynowanej opieki nad pacjentką z potwierdzoną chorobą.
American College of Nurse-Midwives (ACNM), 2003	Zaleca jako standardową część opieki nad kobietą w ciąży i po porodzie badanie przesiewowe pod kątem depresji.
National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014	Rekomenduje rutynową ocenę w kierunku objawów depresyjnych u każdej kobiety w okresie okołoporodowym za pomocą standaryzowanych narzędzi przesiewowych. Badanie takie powinno być przeprowadzone minimum dwa razy (przy pierwszej wizycie ciężarnej i w ciągu pierwszego roku po porodzie). NICE sugeruje stosowanie zestawu dwóch wstępnych pytań (Whooley questions). Jeśli kobieta odpowie pozytywnie na którekolwiek z nich lub jest w grupie ryzyka chorób psychicznych, lub też wywiad kliniczny wskazuje na depresję – zaleca się dokonanie pełnej oceny stanu psychicznego za pomocą narzędzi skryningowych EPDS lub PHQ-9 albo skierowanie do dalszego leczenia (lekarz rodzinny lub specjalista psychiatra).
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2012	Radzi minimum trzykrotną ocenę objawów depresyjnych (podczas pierwszej wizyty w ciąży, w 4-6 tygodniu oraz 3-4 miesiące po porodzie). Dodatkowo wskazane jest uzupełnienie o wywiad w kierunku zaburzeń afektywnych, a w przypadku pozytywnego wyniku – badanie przesiewowe pod kątem depresji przy każdej wizycie. Podobnie jak NICE, poleca do skryningu zestaw dwóch pytań wstępnych, a jeśli zaistnieje potrzeba dalszej oceny – posłużenie się skalą EPDS.
Beyondblue, Guideline for Primary Care Health Professionals, 2011	Zaleca używanie kwestionariusza EPDS do badania wszystkich kobiet w ciąży i po urodzeniu dziecka pod kątem depresji – jako elementu całościowej oceny występowania objawów depresyjnych i lękowych. Skryning powinien być przeprowadzony między 6 a 12 tygodniem po porodzie podczas wizyty kontrolnej. Wynik 13 punktów i więcej może być interpretowany jako depresja postnatalna.

Różnice między przytoczonymi rekomendacjami dotyczą w szczególności czasu i częstotliwości wizyt kontrolnych, podczas których jest przeprowadzany skryning w kierunku depresji (American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, *Policy statement – hospital stay for healthy term newborns*, 2010; Zahumensky i wsp., 2010; Gunn i wsp., 1998). Wynika to po części z odmiennej organizacji opieki zdrowotnej nad kobietą w ciąży i po po-

rodzie w poszczególnych krajach. Na przykład w Australii pacjentki zgłaszają się na wizytę do swojego lekarza rodzinnego, położnika lub pediatry sześć tygodni po urodzeniu dziecka. Z kolei w Wielkiej Brytanii położne odgrywają zasadniczą rolę w opiece okołoporodowej, realizując m.in. wizyty środowiskowe po porodzie.

### **10.3. Przegląd wytycznych odnośnie leczenia i dalszego postępowania z pacjentką z depresją poporodową**

Leczenie zaburzeń depresyjnych u kobiet w okresie okołoporodowym stanowi szczególne wyzwanie dla lekarzy. Podejmowanie decyzji odnośnie terapii podczas ciąży wiąże się z rozważeniem ryzyka związanego z ekspozycją płodu na lek – w kontekście potencjalnych konsekwencji pozostawienia chorej bez jakichkolwiek działań prozdrowotnych. Nieleczona depresja w trakcie ciąży skutkuje nie tylko mniej wartościowym odżywianiem i gorszą opieką prenatalną, lecz również zwiększeniem ryzyka palenia tytoniu i nadużywania substancji psychoaktywnych przez ciężarną, a także powoduje znaczne cierpienie kobiet doświadczających niskiego nastroju, poczucia winy i braku zadowolenia z rodzicielstwa. W skrajnych przypadkach mogą one podejmować nawet próby samobójstwa lub dzieciobójstwa. Rozpoczęcie leczenia jest zatem niezbędne dla poprawy funkcjonowania zarówno pacjentki dotkniętej depresją, jak i całej jej rodziny.

Wiele kobiet w ciąży preferuje oddziaływania psychologiczne niż farmakologiczne. Jest to spowodowane m.in.: obawą przed potencjalnymi działaniami niepożądanymi leków przeciwdepresyjnych na rozwijający się płód albo – w trakcie laktacji – na noworodka, związanym z tym przedkładaniem zdrowia dziecka nad własne, ogólnymi wątpliwościami dotyczącymi skuteczności działania środków farmakologicznych, a także strachem przed uzależnieniem się od leków.

Zalecenia dla leczenia **łagodnej do umiarkowanej postaci depresji w ciąży** w wyniku przeprowadzonych metaanaliz wskazują na skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) lub interpersonalnej (IPT), zarówno w formie indywidualnej, jak i grupowej. Podjęcie psychoterapii jest sugerowane jako leczenie pierwszego rzutu, stosowane przed kuracją farmakologiczną.

Biorąc pod uwagę ustaloną skuteczność inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI) w ramach leczenia głębokiej depresji poza okresem okołoporodowym, takie leki jak citalopram, escitalopram i sertralina są zalecane w ciąży – w oparciu o ich wpływ i bezpieczeństwo – jako leczenie drugiego rzutu. Terapia skojarzona z grupy SSRI i CBT lub IPT może być również brana pod uwagę. Wszystkie środki lecznicze z grupy SSRI są zaliczane do grupy C – wyjątek stanowi paroksetyna, którą zaklasyfikowano do grupy D. Stosowanie leków przeciwdepresyjnych wiąże się z wyższym ryzykiem samoistnych poronień. U 30% noworodków matek leczonych w ciąży preparatami z grupy SSRI stwierdzono również zespoły z odstawienia, tj. drżenie, wzrost napięcia mięśniowego, zaburzenia snu czy donośny płacz. Objawy te jednak ustępowały samoistnie i nie wymagały ingerencji lekarza. Niektóre badania wskazują także na wzmożone ryzyko

wad wrodzonych u dzieci kobiet stosujących SSRI w pierwszych 3 miesiącach ciąży, tj. przedwczesnego zrośnięcia szwów czaszkowych oraz włóknistych połączeń kości czaszki, jak również przepukliny pierścienia pępkowego.

Inne zabiegi, w tym neurostymulacja i komplementarne oraz alternatywne strategie psychologiczne, takie jak: internetowe oddziaływania terapeutyczne na bazie CBT, trening uważności na bazie CBT, terapia par, psychoterapia wspierająca i psychoterapia psychodynamiczna, mogą być traktowane jako zalecenia trzeciej linii.

W **ciężkiej depresji w okresie ciąży** stosuje się środki farmakologiczne jako podstawowe leczenie – same lub w połączeniu z terapią CBT lub IPT oraz elektrowstrząsy (EW). Wielu autorów uważa EW za metodę z wyboru w terapii zaburzeń nastroju u kobiet w ciąży za bezpieczną i efektywną.

Depresja poporodowa o nasileniu łagodnym i umiarkowanym może być skutecznie wykrywana i leczona na poziomie opieki podstawowej (lekarz rodzinny, pediatra, ginekolog). Skierowanie do psychiatry jest wskazane, kiedy występują myśli o samobójstwie lub o skrzywdzeniu dziecka, w przypadku ciężkiego epizodu depresji, niepowodzenia leczenia albo podejrzenia choroby afektywnej dwubiegunowej lub psychozy (SIGN; NICE, Musters i wsp., 2008).

Dla kobiet z łagodną do umiarkowanej depresją poporodową, które karmią piersią, rekomendacje dotyczące leczenia w pierwszej kolejności obejmują IPT i CBT. Zalecenia drugiej linii obejmują terapię farmakologiczną. Jest coraz więcej dowodów na skuteczność wykorzystania także internetowego wspomaganie terapeutycznego na bazie CBT oraz aktywacji behawioralnej.

NICE sugeruje stosowanie modelu stopniowanego podejścia do leczenia (nie dotyczy kobiet z ciężkim epizodem chorobowym, które to powinny być od razu kierowane do specjalistycznej opieki psychiatrycznej). NICE podkreśla także, że dla ciężarnych kobiet z już rozpoznaną chorobą psychiczną powinien być przygotowany kompleksowy plan wizyt i postępowania leczniczego.

SIGN, NICE, APA (Gelenberg i wsp., 2010) oraz Beyondblue zalecają **w przypadku łagodnej i umiarkowanej depresji poporodowej** rozważenie następujących metod:

- programy komputerowe oparte na terapii behawioralno-poznawczej (CBT)
- ćwiczenia fizyczne
- interwencje psychospołeczne
- poradnictwo niedyrektywne (aktywne słuchanie)
- terapia CBT
- terapia interpersonalna
- leki przeciwdepresyjne w sytuacji, kiedy pacjentka nie decyduje się na psychoterapię, gdy psychoterapia jest niedostępna lub nie przyniosła poprawy, lub gdy występowały epizody ciężkiej depresji w przeszłości (NICE, APA).

NICE zaznacza, że kobiety z depresją postnatalną kierowane na psychoterapię powinny otrzymać leczenie w ciągu miesiąca od rozpoznania.

**W przypadku ciężkiej depresji poporodowej** oraz umiarkowanej depresji u kobiet, które w przeszłości przeżyły epizod ciężkiej depresji, zaleca się rozważenie następujących opcji leczenia (NICE, SIGN, APA, Beyondblue):

- terapia CBT lub terapia interpersonalna
- leki przeciwdepresyjne w sytuacji, kiedy pacjentka nie decyduje się na psychoterapię lub gdy psychoterapia nie przyniosła poprawy (NICE)
- leki przeciwdepresyjne w połączeniu z psychoterapią, jeśli odpowiedź na leczenie farmakologiczne lub psychoterapeutyczne jest niedostateczna.

Postępowanie farmakologiczne w przypadku epizodu depresji postnatalnej u kobiety, która nie karmi piersią, nie odbiega od wytycznych leczenia depresji niezwiązanej z ciążą i okresem po porodzie. Badania dotyczące różnych aspektów leczenia farmakologicznego depresji poporodowej u matek karmiących są niewystarczające dla formułowania konkretnych zaleceń (Molyneaux i wsp., 2014).

Beyondblue, NICE, SIGN i APA zalecają, aby przy podejmowaniu decyzji o stosowaniu środków farmakologicznych w czasie karmienia piersią wziąć pod uwagę zagrożenia wynikające z potencjalnej ekspozycji dziecka na lek. Ważne jest też uwzględnienie wcześniejszej odpowiedzi na dany preparat oraz potencjalnego pogorszenia stanu psychicznego, wynikającego ze zmiany aktualnej kuracji na tę uznawaną za mniej inwazyjną przy karmieniu piersią. Niektóre leki przeciwdepresyjne są uznawane za bezpieczniejsze od innych, należy jednak podkreślić ograniczoną liczbę dowodów naukowych, zwłaszcza oceniających potencjalne długofalowe skutki u dziecka (APA). WHO w dokumencie *Antidepressant Treatment for Postnatal Depression* (2015) podaje, że środki z grupy SSRI są skuteczniejsze w leczeniu depresji poporodowej od placebo (Molyneaux i wsp., 2014). Inni naukowcy (Weissman i wsp., 2004) wykazali, że stężenia substancji w surowicy u dziecka okazały się najwyższe dla fluoksetyny i citalopramu, podczas gdy poziom dla nortryptyliny, sertraliny i paroksetyny był niewykrywany. Podczas karmienia piersią sertralina i paroksetyna mogą być przyjmowane, należy zaś unikać stosowania fluoksetyny ze względu na długi okres półtrwania i ryzyko kumulacji (Sie i wsp., 2012).

Według SIGN zarówno inhibitory z grupy SSRI, jak i trójcykliczne leki przeciwdepresyjne (TLPD) mogą być zalecane w leczeniu umiarkowanego i ciężkiego epizodu depresji poporodowej (z zastrzeżeniem uprzedniej wnikliwej oceny ryzyka dla noworodka karmionego naturalnie). Należy także podkreślić, że dziecko karmione piersią przez matkę zażywającą leki przeciwdepresyjne powinno być regularnie monitorowane w zakresie stanu emocjonalnego, jak i ogólnego rozwoju (Musters i wsp., 2008).

Poniższa Tabela 3. podsumowuje najważniejsze rekomendacje odnośnie leczenia i dalszego postępowania w przypadku rozpoznania depresji postnatalnej.

Organizacja	Rekomendacja
American Psychiatric Association (APA), 2010	Sugerowane interwencje nefarmakologiczne obejmują: terapię CBT oraz terapię interpersonalną. Przy podejmowaniu decyzji o włączeniu leczenia farmakologicznego w czasie karmienia piersią, należy wziąć pod uwagę zagrożenia wynikające z potencjalnej ekspozycji dziecka na lek.
National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014	Zaleca model stopniowanego podejścia do leczenia (nie dotyczy kobiet z ciężkim epizodem chorobowym, które powinny być od razu kierowane do specjalisty psychiatry). Depresja poporodowa o nasileniu łagodnym i umiarkowanym może być skutecznie leczona na poziomie opieki podstawowej. NICE podkreśla także, że dla kobiet z już rozpoznaną chorobą psychiczną w ciąży powinien być przygotowany kompleksowy plan wizyt i postępowania leczniczego.
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2012	U kobiet z łagodną i umiarkowaną depresją postnatalną powinno się rozważyć terapię CBT. Zarówno środki z grupy SSRI, jak i trójcykliczne leki TLPD mogą być zalecane w leczeniu umiarkowanego i ciężkiego epizodu depresji poporodowej z zastrzeżeniem uprzedniej wnikliwej oceny ryzyka dla dziecka karmionego piersią.
Beyondblue, Guideline for Primary Care Health Professionals, 2011	Rekomendowane interwencje nefarmakologiczne obejmują: wsparcie psychologiczne, terapię CBT, terapię interpersonalną oraz psychodynamiczną. Przy podejmowaniu decyzji o włączeniu leczenia farmakologicznego w czasie karmienia piersią, należy wziąć pod uwagę zagrożenia wynikające z potencjalnej ekspozycji dziecka na lek.

#### 10.4. Postępowanie w sytuacji zagrożenia samobójstwem matki lub zagrożenia zdrowia lub życia dziecka

Większość rekomendacji odnosi się do potencjalnie najpoważniejszej sytuacji związanej z depresją poporodową – do oceny ryzyka samobójstwa matki lub zagrożenia dla dziecka.

Beyondblue zaleca zadawanie następujących pytań pacjentkom z depresją postnatalną:

- Czy masz myśli, że nie warto żyć?
- Czy masz myśli, żeby zranić swoje dziecko?

W przypadku odpowiedzi twierdzących wskazane jest dopytanie kobiety o częstotliwość myśli i ewentualne plany samobójcze oraz ocenę możliwości ich realizacji.

Jeżeli kobieta zgłasza, że myśli o swojej śmierci lub skrzywdzeniu dziecka (NICE, SIGN), lub też w pozycji nr 10 na skali EPDS (odnoszącej się do myśli o samookaleczeniu) uzyskała więcej niż 0 punktów, powinna być poddana dalszej, wnikliwej ocenie stanu psychicznego (Beyondblue) i skierowana do leczenia psychiatrycznego. Stwierdziwszy znaczne nasilenie objawów, i obawiając się o życie i zdrowie pacjentki lub dziecka, należy rozważyć również konieczność wezwania pogotowia ratunkowego.



Szczególne ryzyko samobójstwa matki lub zagrożenia dla noworodka wiąże się też z psychozą poporodową. W sytuacji podejrzenia tego zaburzenia wszystkie uwzględniające ten problem rekomendacje zalecają pilne skierowanie kobiety do leczenia psychiatrycznego.

### **10.5. Postępowanie w przypadku podejrzenia choroby afektywnej dwubiegunowej**

Podczas ciąży lub bezpośrednio po porodzie może dojść do ujawnienia się choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD). W tym samym okresie może również nastąpić zaostrzenie objawów rozpoznanej już wcześniej choroby. Może ona wywrzeć poważny niekorzystny wpływ nie tylko na matkę, lecz również na dziecko. Tymczasem leczenie ChAD w trakcie ciąży jest w istotny sposób utrudnione.

Z uwagi na zbyt małą liczbę badań nad epizodami afektywnymi w przebiegu ChAD po porodzie, stosowne rekomendacje nie zostały sformułowane (Sharma i wsp., 2009). Wyniki niektórych analiz wskazują na zasadność rutynowego wywiadu w kierunku epizodów hipomanii/manii w przeszłości (Sharma i wsp., 2009).

Wszystkie podstawowe preparaty lecznicze stosowane typowo w profilaktyce nawrotów ChAD mogą wywierać działanie teratogenne, jednak w przypadku każdego ze środków ryzyko i specyfika tych działań jest odmienna. Podstawowym lekiem normotymicznym, którego stosowanie należy rozważyć u ciężarnej kobiety z ChAD, jest węglan litu. W szczególnych przypadkach można rozważyć przepisanie lamotryginy. Z całą pewnością należy odstawić walproinian i karbamazepinę.

### **10.6. Diagnoza sytuacji w Polsce – bariery i możliwe rozwiązania**

W wielu opracowaniach naukowych podkreśla się potrzebę zaprojektowania własnych wytycznych w poszczególnych krajach, uwzględniających różne czynniki kulturowe, a także specyfikę systemu opieki zdrowotnej w danym państwie.

W Polsce dotychczas nikt w sposób systemowy i kompleksowy nie zajmował się zdrowiem psychicznym pacjentek po porodzie. Świadomość społeczna w tym temacie wydaje się być również niska i problem często bywa bagatelizowany. Kobiety obawiają się stygmatyzacji, piętna „złej matki” i wykluczenia społecznego. Niedostateczna wiedza na ten temat dotyczy również przedstawicieli zawodów medycznych zaangażowanych w opiekę nad kobietą w ciąży i po porodzie (lekarz rodzinny, ginekolog, położna, pediatra), nie ma jednak badań oceniających dokładniej ten problem. Do zmian w tym zakresie ma się przyczynić realizacja *Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020*. Celem działań podejmowanych w jego ramach jest pogłębienie świadomości i uwrażliwienie społeczeństwa na problem choroby jaką jest depresja, m.in. poprzez ogólnopolską kampanię edukacyjno-informacyjną pt. *Depresja. Rozumiesz – pomagasz*. W ramach działań promocyjnych publikowane i dystrybuowane są (m.in. za pomocą środków masowego przekazu) treści edukacyjne i uświadamiające skierowane do całego społeczeństwa, z wyszczególnieniem grup o podwyższonym ryzyku zachorowania na depresję: dzie-



ci i młodzieży, kobiet w okresie okołoporodowym oraz osób starszych. Równocześnie zostały przygotowane przedmiotowa strona internetowa [www.wyleczdepresje.pl](http://www.wyleczdepresje.pl) oraz broszury zawierające rzetelne kompendium wiedzy o głównych czynnikach ryzyka depresji, jej objawach, profilaktyce, leczeniu oraz formach wsparcia oferowanych chorym i ich otoczeniu. Materiały kampanii stanowią dobre źródło podstawowych informacji o chorobie również dla profesjonalistów medycznych, w tym lekarzy POZ/rodzinnych, personelu poradni i oddziałów ginekologiczno-położniczych.

Lekarze, pielęgniarki i położne zazwyczaj skupiają uwagę na powikłaniach somatycznych u kobiety po porodzie i na zdrowiu noworodka, pozostawiając kwestię formy psychicznej matki psychologom i lekarzom psychiatrom. Problem polega na tym, że do specjalistycznej opieki psychiatrycznej pacjentka z depresją postnatalną może w ogóle nigdy nie trafić. Wynika to po części z faktu, że kobiety często nie zdają sobie sprawy, że ich stan wykracza poza fizjologiczną normę w tym okresie. Dużą rolę może odgrywać też opór przed poszukiwaniem pomocy psychiatrycznej, wynikający ze strachu przed stygmatyzacją.

W Polsce nie obowiązują żadne rekomendacje odpowiednich towarzystw (takich jak: Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Położnych) ani innych podobnych stowarzyszeń i organizacji w zakresie wykrywania depresji postnatalnej. Dobrą zmianę stanowi wprowadzenie nowego organizacyjnego standardu opieki okołoporodowej, a w jego ramach – zaleceń wykonywania oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji w trakcie ciąży i porodu.

Ginekolodzy, pediatrzy i lekarze rodzinni w ramach realizacji swoich specjalizacji mają zajęcia poświęcone problematyce chorób psychicznych (w tym depresji postnatalnej), jednak w dalszej pracy zawodowej nie są już w tym temacie szkoleni. Wiedzą o depresji poporodowej dysponują głównie psychiatrzy i psycholodzy, którzy korzystają ze standardów leczenia opracowanych przez zespoły ekspertów.

W działaniach profilaktycznych zasadniczym celem jest zapobieganie czynnikom wpływającym na pogorszenie stanu zdrowia. W przypadku dysfunkcji psychicznych w okresie poporodowym bardzo ważne jest rozpoznanie czynników ryzyka depresji oraz próba ich złagodzenia lub eliminacji. Formą profilaktyki jest również edukacja. Tematyka zaburzenia stanu psychicznego kobiety po porodzie jest obecnie poruszana w szkołach rodzenia, jednak w sposób niewyczerpujący. Nie są przewidziane osobne zajęcia, nie ma też osobnego spotkania z psychologiem lub psychiatrą.

Należy nadmienić, iż od niedawna funkcjonuje program opieki perinatalnej w ramach Oddziału Psychiatrii Dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Z ambulatoryjnej porady specjalistycznej mogą tam skorzystać wszystkie kobiety w okresie okołoporodowym, które potrzebują takiej pomocy. Niestety, wciąż nie ma w Polsce odpowiednich oddziałów psychiatrycznych dla

matek z depresją postnatalną i ich dzieci – takie placówki okazały się niezwykle skuteczne np. w Wielkiej Brytanii czy w Niemczech.

Dostępna jest natomiast polska wersja kwestionariusza *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS; Bnińska M. w: Steiner i wsp., 1999). Pozytywną wartość predykcyjną EPDS ocenia się na 70% (Cox i wsp., 1987), a nawet na 90% (Zelkowitz i Milet, 1995). Skala była już z powodzeniem stosowana w polskich badaniach oceniających występowanie depresji poporodowej, które potwierdziły jej wysoką rzetelność (współczynnik alfa Cronbacha – 0.90; Iracka i Lewicka, 2014).

To właśnie profesjonaliści z najbliższego otoczenia medycznego kobiety – pediatra (do którego zgłosi się z dzieckiem), ginekolog (który prowadzi ją w ciąży i podczas porodu), położna i położna środowiskowa (które mają kontakt z kobietą w czasie ciąży, porodu i podczas wizyty patronażowej w trakcie porodu) i lekarz rodzinny (który zazwyczaj zna pacjentkę od dawna) – mają najlepszą sposobność, aby zastosować badanie przesiewowe w kierunku depresji u pacjentki. Wszyscy oni są w stanie wychwycić zmianę w zachowaniu i zdrowiu psychicznym podopiecznej.

Istotną rolę w opiece zdrowotnej nad kobietą w ciąży i po porodzie pełni w Polsce ginekolog, który zajmuje się nią w tym okresie – co stwarza wiele okazji do bliższego zgłębienia ewentualnych objawów depresyjnych u pacjentki. Natomiast pobyt kobiety na oddziale położniczym skraca się obecnie coraz bardziej (średnio wypisuje się ją ze szpitala trzeciego dnia po porodzie). Ważne jest, aby ten krótki czas wykorzystać na dokładną obserwację formy nie tylko fizycznej, lecz również psychicznej.

Szczególnie znacząca jest też funkcja położnej. Jej podejście, wiedza i życzliwość w dużej mierze wpływają na samopoczucie kobiety w okresie okołoporodowym. W trakcie porodu do zadań położnej należy ściśle obserwacja stanu ogólnego i położniczego, a także emocjonalnego. Podczas wizyt patronażowych może w bezpiecznym dla pacjentki środowisku domowym ocenić bliżej jej stan psychiczny. Ważne jest też budowanie struktur wsparcia społecznego, którego elementem mogą być kontakty z położną środowiskową oraz różne grupy pomocowe dla kobiet po porodzie. Często w przypadku depresji postnatalnej jej skutki dotyczą wszystkich osób, interwencji wymaga więc cała rodzina. Dlatego kompleksowe zaangażowanie systemu rodzinnego znacznie zwiększa skuteczność wszelkich podjętych działań.

W Polsce lekarze rodzinni i pediatrzy nie mają tak szerokiej wiedzy w zakresie leczenia chorób psychicznych, jak ma to miejsce w przytoczonych przykładach z innych krajów. W praktyce rzadko zdarza się, aby samodzielnie leczyli choroby psychiczne, zazwyczaj pacjentka pozostaje pod opieką specjalisty psychiatrii – tymczasem lekarze rodzinni mogą z powodzeniem stanowić wsparcie w zakresie wykrywania i monitorowania matek z depresją poporodową. Jednak jak wspomniano wcześniej, zasadniczym problemem nie jest kwestia leczenia, a mała wykrywalność choroby. Dlatego też rekomendacje w tym zakresie powinny koncentrować się na zaleceniach odnośnie stosowania metod przesiewowych wykrywania depresji

postnatalnej przez wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych będących na pierwszej linii kontaktu z kobietą w ciąży i po porodzie oraz na działaniach informacyjno-edukacyjnych kierowanych do ciężarnych, ich rodzin oraz ogółu społeczeństwa. Pożądana i przynosząca wymierne korzyści jest również ścisła współpraca tych specjalistów z lekarzami psychiatrami i psychologami. Takie zespoły mogą świadczyć lepiej skoordynowaną i efektywniejszą opiekę nad pacjentką.

### **10.7. Podsumowanie**

Poniżej podsumowano kluczowe kwestie dotyczące zapobiegania, rozpoznawania i leczenia depresji poporodowej:

1. Dostępnych jest wiele interwencji psychoterapeutycznych skutecznych w zapobieganiu depresji postnatalnej, najbardziej obiecujące są programy internetowe oparte na bazie CBT.
2. Działania profilaktyczne są szczególnie istotne w przypadku pacjentek z grup wysokiego ryzyka depresji poporodowej.
3. Działania edukacyjne na szeroką skalę (kierowane do ogółu społeczeństwa, kobiet w ciąży i ich rodzin) wspierają wczesne rozpoznawanie symptomów choroby.
4. Obecność objawów depresyjnych powinna być rutynowo oceniana u każdej pacjentki w ciąży i po porodzie za pomocą narzędzi skryningowych przez przedstawicieli zawodów medycznych, z którymi styka się kobieta ciężarna (ginekologów, pediatrów, lekarzy rodzinnych, położnych).
5. Do badania przesiewowego najczęściej zalecane jest użycie kwestionariusza EPDS lub zestawu dwóch pytań wstępnych (*Whooley questions*) i EPDS, jako elementu całościowego badania w kierunku depresji poporodowej. Dodatkowo zaleca się przeprowadzenie wywiadu klinicznego.
6. Lekarzom rodzinnym, ginekologom, pediatrom oraz położnym brakuje wiedzy, praktycznych umiejętności, a także narzędzi w postaci opracowanych wytycznych, którymi mogliby się kierować w zapobieganiu, wczesnym rozpoznawaniu i leczeniu depresji postnatalnej.
7. Leczeniem pierwszego rzutu u kobiet z depresją poporodową o nasileniu łagodnym do umiarkowanego, które karmią piersią, jest psychoterapia (w szczególności CBT i terapia interpersonalna), zalecenia drugiej linii obejmują terapię farmakologiczną.
8. Przy podejmowaniu decyzji o włączeniu leczenia farmakologicznego w czasie karmienia piersią, należy rozważyć korzyści dla matki i wziąć pod uwagę zagrożenia wynikające z potencjalnej ekspozycji dziecka na lek.
9. W Polsce opiekę zdrowotną nad kobietą w ciąży i po porodzie charakteryzują fragmentaryzacja świadczeń i brak kompleksowego podejścia do tej tematyki.
10. Specyfika leczenia depresji w okresie ciąży i po porodzie (zwłaszcza w przebiegu ChAD) w większości przypadków wymaga leczenia przez wyspecjalizowanego psychiatrę. Lekarze innych specjalności i personel medyczny mający kontakt z pacjentką w okresie okołoporodowym mogą wspierać psychiatrów w zakresie wczesnego rozpoznawania i monitorowania podopiecznej.

11. Pilne skierowanie do psychiatry specjalisty i rozważenie interwencji pogotowia ratunkowego jest wskazane w przypadku: myśli samobójczych, myśli o skrzywdzeniu dziecka, ciężkiego epizodu depresji, niepowodzenia leczenia, psychozy lub podejrzenia choroby afektywnej dwubiegunowej.
12. Wcześnie wdrożone postępowanie diagnostyczno-lecznicze poprawia rokowanie odnośnie zdrowia kobiety, dziecka i całej rodziny.

## **II. PROGRAM PROFILAKTYCZNO-EDUKACYJNY ZAPOBIEGANIA DEPRESJI POPORODOWEJ**

Poniżej podsumowano rozmaite przeszkody wpływające na niską rozpoznawalność oraz niedostateczne leczenie depresji poporodowej. Można je podzielić na trzy kategorie:

1. Bariery związane z personelem medycznym zaangażowanym w opiekę nad kobietą w ciąży i okresie poporodowym, np.: ograniczony czas podczas wizyty, brak odpowiedniej wiedzy i praktycznych umiejętności diagnozowania depresji postnatalnej.

Rozwiązaniem, które może przynieść poprawę w tym zakresie, są szkolenia personelu medycznego obejmujące zapoznanie z objawami i przebiegiem choroby oraz stosowania metod przesiewowych jej wykrywania.

2. Bariery związane z samą pacjentką, np. obawa przed stygmatyzacją, niewiedza na temat depresji poporodowej, brak możliwości zapewnienia opieki dla dziecka na czas wizyty u specjalisty.

Na polepszenie sytuacji może wpłynąć edukacja kobiet ciężarnych i po porodzie oraz ich rodzin. Wskazane byłoby także uświadamianie całego społeczeństwa przez odpowiednią ogólnopolską kampanię.

3. Bariery systemowe: brak wytycznych odnośnie postępowania dla danych grup pracujących z kobietami spodziewającymi się dziecka i po porodzie, organizacja systemu opieki zdrowotnej, oddzielenie opieki podstawowej od specjalistycznej – psychiatrycznej.

Sposób mogący przynieść usprawnienia w tym zakresie polega na opracowaniu wytycznych związanych z rozpoznawaniem depresji poporodowej i dalszym postępowaniem z pacjentką – dla wszystkich przedstawicieli personelu medycznego mającego kontakt z kobietą w jej okresie okołoporodowym.

Rozwiązaniem zebranych wyżej problemów jest zaproponowany program profilaktyczno-edukacyjny zapobiegania depresji poporodowej. Składa się on z trzech części odnoszących się do zidentyfikowanych powyżej barier.

Zalecanymi oddziaływaniami należy objąć wszystkie pacjentki w okresie okołoporodowym, ginekologów, położne, pozostały personel oddziałów położniczych, pediatrów oraz lekarzy rodzinnych. Program ma z założenia charakter ciągły, a przesiewowe badanie pod kątem występowania zaburzeń depresyjnych powinno stanowić stały element praktyki lekarskiej i pielęgniarckiej.

Rekomendacje powinny zostać udostępnione we wszystkich poradniach i oddziałach ginekologicznych i położniczych, poradniach POZ oraz gabinetach pediatrycznych na terenie całego kraju. W przypadku trudności z szybkim upowszechnieniem poniższych wskazań na skalę ogólnopolską, można rozważyć przeprowadzenie programu pilotażowego w wybranych placówkach. Instytut Psychiatrii i Neurologii monitorowałby realizację programu przez poszczególne jednostki opieki zdrowotnej i dokonywał okresowej ewaluacji efektywności przedsięwzięcia.

### **Składowe programu opisano poniżej:**

1. Szkolenie ginekologów, pediatrów, lekarzy rodzinnych, położnych środowiskowych, personelu izb porodowych i oddziałów położniczych w zakresie wykrywania depresji postnatalnej.

Pierwszą częścią inicjatywy jest przeprowadzenie szeroko zakrojonych szkoleń w postaci ogólnopolskiego programu edukacyjnego dotyczącego profilaktyki i wczesnego wykrywania depresji poporodowej. Kurs (2-godzinny) obejmuje: zapoznanie się z objawami i przebiegiem choroby oraz z *Edynburską Skalą Depresji Poporodowej (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS)*, wstępną ocenę stanu psychicznego, podstawy kontaktu z pacjentką z podejrzeniem depresji poporodowej, wytyczne co do kierowania jej do dalszej specjalistycznej opieki psychiatrycznej/psychologicznej. Elementem niezbędnym jest tu wskazanie i rozpowszechnienie narzędzia przesiewowego do wykrywania depresji (EPDS).

Aby osiągnąć wymierny efekt tych działań w skali kraju, należy dotrzeć do bardzo szerokiego grona personelu medycznego zaangażowanego w opiekę nad pacjentką z depresją poporodową. Optymalnym rozwiązaniem byłyby szkolenia przez platformę internetową (e-learning).

2. Działania informacyjno-edukacyjne przybliżające problematykę depresji poporodowej.

a) Przeprowadzenie ogólnopolskiej kampanii informacyjno-edukacyjnej.

b) Upowszechnianie broszur edukacyjnych dotyczących depresji postnatalnej wśród pacjentów i ich rodzin w poradniach i oddziałach ginekologicznych i położniczych, poradniach POZ i gabinetach pediatrycznych.

c) Wprowadzenie programu edukacyjnego odnośnie choroby w szkołach rodzenia.

W działaniach profilaktycznych ogromne znaczenie ma opieka przedporodowa, którą w Polsce proponują szkoły rodzenia. Udział w nich jest jednym z najskuteczniejszych sposobów edukacji przyszłej matki. Do przystąpienia do programu są zapraszane kobiety i ich rodziny uczestniczące w zajęciach szkoły rodzenia oraz personel izb porodowych szpitali (za wyrażeniem zgody).

Zaleca się:

- wprowadzenie modułu edukacyjnego związanego z tematyką depresji poporodowej dla wszystkich kobiet w ciąży korzystających ze szkoły rodzenia (1 godzina zajęć)
- przeprowadzenie zajęć edukacyjnych dla ciężarnych i ich opiekunów w zakresie symptomów depresji postnatalnej, objawów zwiastunowych, możliwości radzenia sobie z tym problemem, z podkreśleniem roli wsparcia rodziny
- przekazanie broszury dotyczącej choroby
- rozdanie kwestionariusza przesiewowego EDPS oceniającego występowanie objawów depresji poporodowej
- zapewnienie możliwości konsultacji psychologicznej/psychiatrycznej dla kobiet potrzebujących takiej interwencji.

3. Rekomendacje w zakresie profilaktyki depresji postnatalnej, wczesnego wykrywania i dalszego postępowania z pacjentką dla ginekologów, pediatrów, lekarzy rodzinnych, położnych środowiskowych, pielęgniarek, położnych i personelu oddziałów ginekologicznych i położniczych.

a) Zaleca się edukację ciężarnych pacjentek w temacie problemów psychicznych okresu okołoporodowego, w tym ryzyka i objawów depresji postnatalnej.

b) Obecność symptomów depresyjnych powinna być rutynowo oceniana u każdej kobiety w ciąży i po porodzie za pomocą kwestionariusza EPDS.

c) Sugeruje się, by wyjaśnić kobiecie cel badania i uzyskać jej świadomą zgodę na wypełnienie kwestionariusza.

d) Zaleca się, aby lekarze ginekolodzy i/lub położne przeprowadzali rutynowo u wszystkich kobiet spodziewających się dziecka i po porodzie skryning w kierunku depresji postnatalnej przynajmniej dwa razy: w czasie ciąży oraz 6-8 tygodni po porodzie (podczas wizyty kontrolnej). Zalecane jest także przeprowadzenie badania przesiewowego w trakcie hospitalizacji pacjentki (3 dnia po porodzie).

e) Wskazuje się potrzebę, aby lekarze pediatrzy przeprowadzali wśród pacjentek każdorazowo rutynowo badanie skryningowe w kierunku depresji przy okazji pierwszej wizyty z dzieckiem w poradni.

f) Zaleca się, aby lekarze rodzinni i położne środowiskowe robili rutynowo przy okazji pierwszej wizyty pacjentek po porodzie badanie przesiewowe w kierunku depresji, a także podczas wizyty patronażowej położnej środowiskowej.

g) Jeśli kobieta nie wyraża zgody na wypełnienia kwestionariusza EPDS, badanie skryningowe należy ponownie zaproponować przy następnej sposobności.

h) Wskazane jest zebranie wywiadu odnośnie czynników ryzyka depresji poporodowej.

Warto zapytać kobietę o następujące czynniki ryzyka:

- depresję postnatalną w przeszłości
- psychozę poporodową
- depresję w ciąży
- depresję niezależną od okresu okołoporodowego
- chorobę afektywną dwubiegunową
- zaburzenia psychiczne w rodzinie
- trudną sytuację materialną, bytową, brak wsparcia w najbliższym otoczeniu
- stresujące wydarzenia życiowe w czasie ciąży i po porodzie.

i) U kobiet z grupy zwiększonego ryzyka depresji postnatalnej wskazane jest przeprowadzanie badania przesiewowego przy okazji każdej wizyty w trakcie ciąży i w okresie poporodowym.

j) Zalecane jest również zebranie wywiadu w kierunku uzależnienia od alkoholu, narkotyków i leków. W przypadku pozytywnego wyniku trzeba uważnie monitorować pacjentkę i rozważyć skierowanie do opieki psychiatrycznej.

k) W przypadku wyniku 10, 11 i 12 punktów na skali EPDS wskazane jest ponowne badanie za 2-4 tygodnie.

l) Wynik 13 punktów i więcej na skali EPDS wymaga uzupełnienia badania o wywiad w kierunku objawów depresji. Pomocne mogą być pytania dotyczące samopoczucia pacjentki w ciągu ostatnich 7 dni, tj. o:

- uczucie zmęczenia, wyczerpania
- brak energii i motywacji do codziennej aktywności
- smutek, obniżony nastrój, poczucie beznadziejności
- problemy z koncentracją uwagi i pamięcią
- nadmierny lęk o zdrowie dziecka
- poczucie winy, niskiej wartości, nieradzenia sobie z obowiązkami matki
- lęk przed utratą kontroli i „zwariowaniem”
- brak zainteresowania noworodkiem
- lęk/myśli związane ze skrzywdzeniem dziecka
- płaczliwość, drażliwość
- myśli o samouszkodzeniu oraz samobójcze.

ł) Pozytywny wynik (13 punktów i więcej) badania przesiewowego wymaga odnotowania w dokumentacji medycznej. Zaleca się następnie podjąć następujące działania:

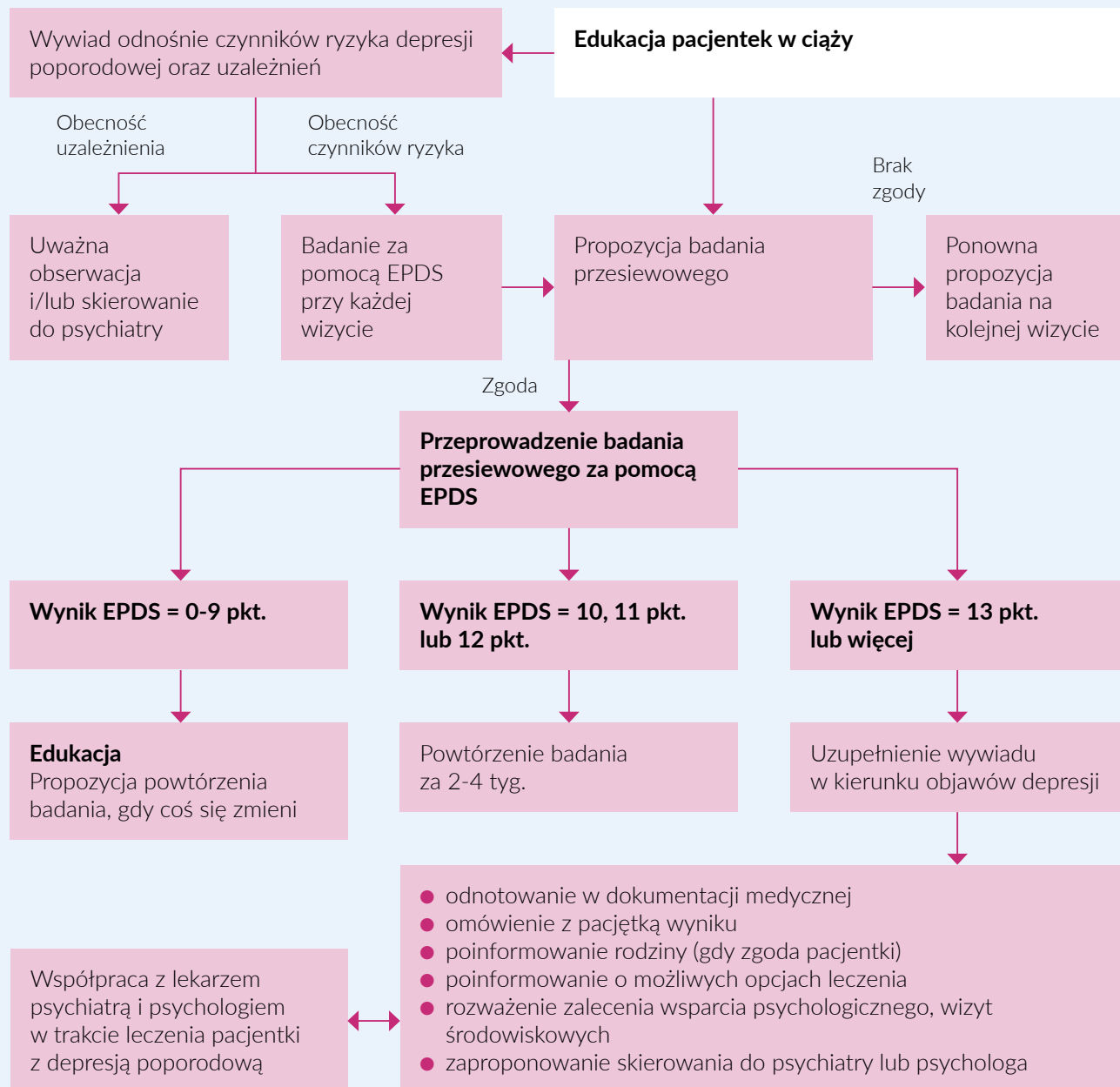
- przedyskutować z pacjentką wynik badania skryningowego
- jeśli pacjentka wyraża zgodę, poinformować jej bliskich o rozpoznaniu i planie leczenia
- ocenić poziom wsparcia w najbliższym otoczeniu

- poinformować o możliwych opcjach dalszego postępowania i możliwościach leczenia (psychoterapia, farmakoterapia)
  - rozważyć zalecenie wsparcia psychologicznego, wizyt środowiskowych, skierowanie do grup wsparcia
  - zaproponować plan dalszego postępowania – skierowanie do lekarza psychiatrii lub psychologa.
- m) Zalecana jest skoordynowana opieka nad pacjentką z rozpoznaną depresją w okresie ciąży i po porodzie we współpracy ze specjalistami psychiatrami i psychologami. Sugeruje się wspólne ustalenie planu wizyt i leczenia.
- n) W następujących przypadkach pacjentkę należy skierować w trybie pilnym na konsultację psychiatryczną:
- deklarowanie myśli samobójczych, dotyczących samookaleczenia (lub wynik powyżej 0 w punkcie 10. na skali EPDS)
  - przyznanie się do myśli o skrzywdzeniu dziecka
  - duże nasilenie objawów depresyjnych, wyraźnie upośledzających codzienne funkcjonowanie pacjentki
  - podejrzenie psychozy poporodowej
  - podejrzenie choroby afektywnej dwubiegunowej.



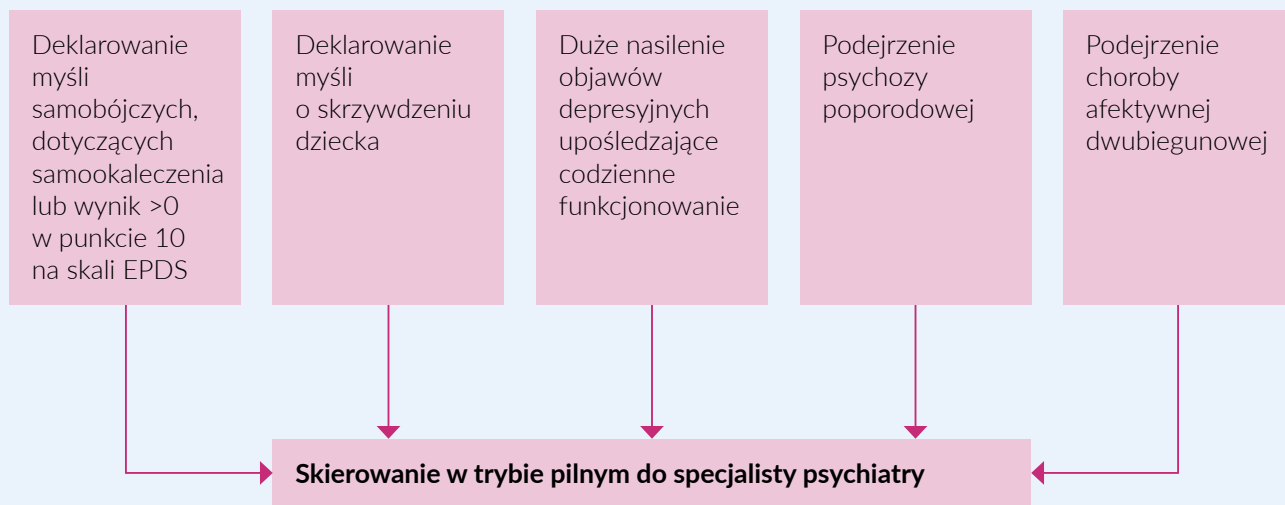
Poniższy diagram ilustruje działania związane z profilaktyką, wykrywaniem i dalszym postępowaniem z pacjentką z depresją poporodową.

## DEPRESJA POPORODOWA



Poniższy diagram ilustruje sytuacje wymagające pilnej konsultacji.

## SYTUACJE WYMAGAJĄCE PILNEJ KONSULTACJI PSYCHIATRYCZNEJ



## KWESTIONARIUSZ EPDS

### - EDYNBURSKA SKALA DEPRESJI POPORODOWEJ\*

**Zakreśl odpowiedź charakteryzującą twoje samopoczucie w ciągu ostatnich 7 dni**

#### 1. Byłam zdolna do radości i dostrzegania radosnych stron życia

- tak często jak zazwyczaj (0 punktów)
- trochę rzadziej niż zwykle (1 punkt)
- zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 punkty)
- zupełnie nie byłam zdolna do radości (3 punkty)

#### 2. Patrzyłam w przyszłość z nadzieją

- tak jak zawsze (0 punktów)
- rzadziej niż zawsze (1 punkt)
- zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 punkty)
- nie potrafiłam patrzeć w przyszłość z nadzieją (3 punkty)

#### 3. Obwinałam się niepotrzebnie, gdy coś mi się nie udawało

- tak, w większości przypadków (3 punkty)
- tak, czasami (2 punkty)
- rzadko (1 punkt)
- wcale (0 punktów)

#### 4. Bez istotnej przyczyny odczuwałam lęk i niepokój.

- zupełnie nie (0 punktów)
- raczej nie (1 punkt)
- czasami (2 punkty)
- tak, bardzo często (3 punkty)

#### 5. Czułam się przestraszona i wpadałam w panikę bez większych powodów

- tak, często (3 punkty)
- czasami (2 punkty)
- nie, raczej nie (1 punkt)
- nie, nigdy (0 punktów)

#### 6. Wydarzenia przerastały mnie

- tak, prawie wcale nie dawałam sobie rady (3 punkty)
- czasami nie radziłam sobie tak dobrze jak zwykle (2 punkty)
- przez większość czasu radziłam sobie dobrze (1 punkt)
- radziłam sobie tak dobrze jak zwykle (0 punktów)

#### 7. Czułam się tak nieszczęśliwa, że nie mogłam spać w nocy

- tak, przez większość czasu (3 punkty)
- tak czasami (2 punkty)
- rzadko (1 punkt)
- nie, wcale nie (0 punktów)

#### 8. Czułam się samotna i nieszczęśliwa

- tak, przez większość czasu (3 punkty)
- tak, dość często (2 punkty)
- niezbyt często (1 punkt)
- nie, wcale nie (0 punktów)

#### 9. Czułam się tak nieszczęśliwa, że płakałam

- tak, przez większość czasu (3 punkty)
- tak, dość często (2 punkty)
- tylko sporadycznie (1 punkt)
- nie, wcale nie (0 punktów)

---

#### 10. Zdarzało się, że myślałam o zrobieniu sobie krzywdy

- tak, dość często (3 punkty)
  - czasami (2 punkty)
  - bardzo rzadko (1 punkt)
  - nigdy (0 punktów)
- 

\* Źródło: Borysewicz K., *Edynburska skala depresji poporodowej*, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2000, 9: 71-77, na podstawie Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. (1987). *Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786

Wszystkie badane otrzymują skalę do wypełnienia bez wyszczególnionych punktów umieszczonych przy każdej z możliwych odpowiedzi. W przypadku uzyskania wyniku 12 lub więcej punktów kobieta powinna skorzystać z konsultacji psychologa, psychiatry lub lekarza innej specjalności. Konieczne jest również zwrócenie uwagi na kobiety, które ujawniły myśli o zrobieniu sobie krzywdy (minimum 1 punkt w pytaniu nr 10), nawet jeśli ich ogólny wynik punktacji uzyskanej w badaniu jest niski.

## PIŚMIENNICTWO

Abrams S.M., Field T., Scafidi F., Prodromidis M., *Newborns of depressed mothers*. *Infant Mental Health J* 1995, 16: 233-9.

American Psychiatric Association, *Depressive disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed., Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013, 155-233.

American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists, *Guidelines for perinatal care*, 6th ed., Elk Grove Village, Ill.: American Academy of Pediatrics, and Washington, D.C.: American College of Obstetricians and Gynecologists, 2007.

American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. *Policy statement – hospital stay for healthy term newborns*. *Pediatrics*, 2010, 125(2):405-409.

American College of Nurse Midwives, *Division of Women's Health Policy and Leadership. Position statement: depression in women*. Approved March 2002, reviewed December 2003.

Appleby L., Warner R., Whitton A., Faragher B., *A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression*. *BMJ*, 1997, 314:932-936.

Beck, C.T., *The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis*. *Arch Psychiatr Nurs*, 1998, 12:12-20.

Beck C.T., Gable R.K., *Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing*. *Nurs Res*, 2000, 49:272-282.

Beyondblue, *Clinical Practice Guidelines for Depression and Related Disorders – Anxiety, Bipolar Disorder and Puerperal Psychosis – in the Perinatal Period. A Guideline for Primary Care Health Professionals*. Melbourne: beyondblue, 2011.

Boyd R.C., Le H.N., Somberg R., *Review of screening instruments for postpartum depression*. *Arch Womens Ment Health*, 2005, 8:141-153.

Brugha T.S., Morrell C.J., Slade P., et al., *Universal prevention of depression in women postnatally: cluster randomized trial evidence in primary care*. *Psychol Med*, 2011, 41:739-748.

Cooper P., Murray L., *Course and recurrence of postnatal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept*. *Br J Psychiatry*, 1995, 166:191-195.

Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R., *Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. *Br J Psychiatry*, 1987, 150:782-786.

Dennis C.L., Dowswell T., *Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression*. Cochrane Database Syst Rev, 2013, (2):CD001134.

Earls M.F., The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health Incorporating, *Recognition and Management of Perinatal and Postpartum Depression Into Pediatric Practice*. PEDIATRICS Vol. 126 No. 5 Nov 01, 2010.

Evins G.G., Theofrastous J.P., Galvin S.L., *Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation*. Am J Obstet Gynecol, 2000, 182:1080-2.

Fervers B., Burgers J.S., Haugh M., Latreille J., Mlika-Cabanne N., Paquet L., Coulombe M., Poirier M., Burnand B., *Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure*. Int J Qual Health Care, 2006, 18(3):167-176.

Field T., *Infants of depressed mothers*. Infant Behav Dev, 1995, 18:1-13.

Gavin N.I., Gaynes B.N., Lohr K.N., et al., *Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence*. Obstet Gynecol, 2005, 106:1071-1083.

Gaynes B.N., Gavin N., Meltzer-Brody S., et al., *Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes*. Evidence Report/Technology Assessment No. 119. AHRQ Publication No. 05-E006-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, Feb, 2005.

Gelenberg A.J., Freeman M.P., Markowitz J.C., et al, American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder*. 3rd ed. Nov 2010.

Georgiopoulos A.M., Bryan T.L., Wollan P., Yawn B.P., *Routine screening for postpartum depression*. J Fam Pract, 2001, 50:117-22.

Gibson J., McKenzie-McHarg K., Shakespeare J., et al., *A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women*. Acta Psychiatr Scand, 2009, 119:350-364.

Gunn J., Lumley J., Young D., *The role of the general practitioner in postnatal care: a survey from Australian general practice*. Br J Gen Pract, 1998, 48(434):1570-1574.

Harrison M.B., Légaré F., Graham I.D., Fervers B., *Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use*. Can Med Assoc J, 2009, 182(2):e78-e84.

Hearn G., Iliff A., Jones I., et al., *Postnatal depression in the community*. Br J Gen Pract, 1998, 48:1064-1066.

Heron J., O'Connor T.G., Evans J., et al., ALSPAC Study Team, *The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample*. *J Affect Disord*, 2004, 80:65-73.

*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, 2010 Edition, WHO.*

Iracka E., Lewicka M., *The occurrence of postpartum depression among women in childbirth*. 2014. *European Journal of Medical Technologies*, 2014, 3(4):60-66.

Jorm A.F., Christensen H., Griffiths K.M., *The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments*. *Aust N Z J Psychiatry*, Apr 2005, 39(4):248-54.

Katon W.J., Ludman E.J., *Improving services for women with depression in primary care settings*. *Psychol Women Quarterly*, 2003, 27:114-20.

Lobato G., Brunner M.A., Dias M.A., Moraes C.L., Reichenheim M.E., *Higher rates of postpartum depression among women lacking care after childbirth: clinical and epidemiological importance of missed postnatal visits*. *Arch Womens Ment Health*, 2012, 15(2):145-146. doi: 10.1007/s00737-012-0256-4.

Meager I., Milgrom J., *Group treatment for postpartum depression: a pilot study*. *Aust N Z J Psychiatry*, 1996, 30:852-860.

Meeks T.W., Vahia I.V., Lavretsky H., Kulkarni G., Jeste D.V., *A tune in „a minor” can „b major”: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults*. *J. Affect. Disord*, 2011, 129, 126-142.

Milgrom J., Gemmill A.W., Bilszta J.L., et al., *Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study*. *J Affect Disord*, 2008, 108:147-157.

Molyneaux E., Howard L.M., McGeown H.R., et al., *Antidepressant treatment for postnatal depression*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014, (9):CD002018.

Morgan A., Jorm A., *Awareness of beyondblue: the national depression initiative in Australian young people*. *Australas Psychiatry*, Aug 2007, 15(4):329-33.

Munk-Olsen T., Laursen T.M., Meltzer-Brody S., et al., *Psychiatric disorders with postpartum onset: possible early manifestations of bipolar affective disorders*. *Arch Gen Psychiatry*, 2012, 69:428-434.

Murray L., *The impact of postnatal depression on infant development*. *J Child Psychol Psychiatry*, 1992, 33:543-61.

Murray L., Cooper P., *The role of infant and maternal factors in postpartum depression, mother-infant interactions, and infant outcome*. [w:] Murray L., Cooper P.J., editors., *Postpartum Depression and Child Development*. The Guilford Press, New York 1997.

Murray L., Fiori-Cowley A., Hooper R., Cooper P., *The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome*. *Child Dev*, 1996, 67:2512-52.

Musters C., McDonald E., Jones I., *Management of postnatal depression*. *BMJ*, 2008, 337:a736.

National Institute for Health and Care Excellence, *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. Dec 2014; <http://www.nice.org.uk>.

Nonacs R.M., Wang B., Viguera A.C., Cohen L.S., *Psychiatric illness during pregnancy and the post-partum period*. [w:] Stern T.A., Fava M., Wilens T.E., Rosenbaum J.F., eds., *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Elsevier, 2016, chap 31.

Norwitz E.R., Lye S.J., *Biology of parturition*. [w:] Moore T.R., Lockwood C.J., Creasy and Resnick's *Maternal Fetal Medicine: Principles and Practice*, edited by Robert K., Creasy R.R., Jay D.I, associate editors, Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2009, 19103-2899.

O'Hara M.W., Swain A.M., *Rates and risks of postpartum depression: a metaanalysis*. *Int Rev Psychiatry*, 1996, 8:37-54.

Pignone M.P., Gaynes B.N., Rushton J.L., et al., *Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force*. *Ann Intern Med*, May 2002, 136(10):765-76.

Robertson E., Grace S., Wallington T., et al., *Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature*. *Gen Hosp Psychiatry*, 2004, 26:289-295.

Robertson Howell E.A., Mora P., Leventhal H., *Correlates of early postpartum depressive symptoms*. *Matern Child Health J*, 2006, 10:149-157.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network, *Management of perinatal mood disorders*. Mar 2012; <http://www.sign.ac.uk>.

Sie S.D., Wennink J.M.B., van Driel J.J., Winkel A.G.W., Boer K., Casteelen G., Weissenbruch M. M., *Maternal use of SSRIs, SNRIs and NaSSAs: practical recommendations during pregnancy and lactation*. *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed*, 2012, 97, 6, 472.

Siu A.L., US Preventive Services Task Force (USPSTF), Bibbins-Domingo K, et al., *Screening for depression in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement*. *JAMA*, 2016, 315(4):380-387. PMID: 26813211; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26813211>.



Sharma V., Burt V.K., Ritchie H.L., *Bipolar II postpartum depression: detection, diagnosis, and treatment*. Am J Psychiatry, 2009, 166:1217-1221.

Steiner M., Yonkers K., *Depresja u kobiet*. Via Medica, Gdańsk 1999.

Surkan P.J., Peterson K.E., Hughes M.D., et al., *The role of social networks and support in postpartum women's depression: a multiethnic urban sample*. Matern Child Health J, 2006, 10:375-383.

Tronick E., Weinberg K., *Depressed mothers and infants: failure to form dyadic states of consciousness*. [w:] Murray L., Cooper P., editors, *Postpartum Depression and Child Development*. The Guilford Press, New York 1997.

Weissman M.M., Pilowsky D.J., Wickramaratne P.J., et al., *Remissions in maternal depression and child psychopathology. A STAR\*D-Child Report*. JAMA, 2006, 295:1389-98.

Weissman A.M., Levy B.T., Hartz A.J., et al., *Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants*. Am J Psychiatry, 2004 161:1066-1078.

WHO, *Antidepressant treatment for postnatal depression 2015*.

WHO, *Mental Health Action Plan 2013-2020*.

WHO, *The World Health Report 2003*.

Zahumensky J., Sykorova J., Sottner O., Zmrhalova B., Vojtech J., Menzlova E., Vasicka I., Dvorska M., Maxova K., Vlacil J., et al., *Postpartum examination, breastfeeding, and contraception in the postpartum period in the Czech Republic*. Cent Eur J Med, 2010, 6(1):76-82.

Zauderer Ch.J., *Postpartum Depression: How Childbirth Educators Can Help Break the Silence*. Perinat Educ. 2009, 18(2):23-31.

Zelkowitz P., Milet T.H., *Screening for postpartum depression in a community sample*. Canadian Journal of Psychiatry, 1995, 40:80-86.

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

---

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

## 1. WSTĘP

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Działania profilaktyczne i lecznicze trzeba przeprowadzać za pośrednictwem lekarzy podstawowej opieki medycznej oraz geriatrów. W Polsce praktykuje co najmniej 32 292 lekarzy POZ (liczba zgłoszona do realizacji umów z Narodowym Funduszem Zdrowia – NFZ), udzielając świadczeń zdrowotnych w co najmniej 6 226 podmiotach<sup>1</sup>. Powyższe dane nie uwzględniają lekarzy POZ, którzy nie zawarli umów z NFZ. Zadania programu powinny być prowadzone również przez lekarzy i pielęgniarki stacjonarnego leczenia geriatrycznego, pielęgniarki realizujące opiekę środowiskową, w domu starszego pacjenta oraz pracowników dziennych ośrodków opieki medycznej dla seniorów i geriatrycznych zespołów opieki domowej (*Standardy postępowania w opiece geriatrycznej 2013*). Właśnie ich należy kierować na odpowiednie szkolenia z zakresu profilaktyki, wczesnego rozpoznawania, diagnostyki i dalszego leczenia depresji oraz dystrybuować wśród nich zalecenia postępowania.

---

<sup>1</sup> NFZ, *Podstawowa opieka zdrowotna, potencjał i jego wykorzystanie*. 2016.

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

### **4.1. Krótkie przedstawienie sytuacji epidemiologicznej**

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

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

### **4.2. Trudności diagnostyczne i specyfika depresji w podeszłym wieku**

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

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

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

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

### **4.3. Czynniki ryzyka depresji**

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

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

#### **Czynniki psychogenne zwiększające ryzyko depresji to:**

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

#### **Czynniki biologiczne zwiększające ryzyko depresji to:**

1. wcześniejsze epizody depresji

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

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

#### **Wśród najczęstszych chorób sprzyjających rozwojowi depresji należy wymienić:**

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

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

#### **4.4. Czynniki chroniące**

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

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



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

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

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

#### 4.5. Ryzyko samobójstwa

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

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

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

#### 4.6. Możliwe przyczyny zbyt małej rozpoznawalności depresji w wieku podeszłym

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

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

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

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

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

#### **4.7. Przegląd dotychczasowych badań i doświadczeń**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Coraz więcej wiadomo o możliwościach wykorzystania aktywności ruchowej w profilaktyce i leczeniu depresji w wieku podeszłym. Udowodniono korzystny wpływ ćwiczeń fizycznych w leczeniu pacjentów z depresją, w tym z jej odmianą o późnym początku (Mammen, Faulkner, 2013). W niedawno opublikowanym badaniu, trwającym 24 tygodnie, wykazano, że dołączona do typowej farmakoterapii gimnastyka znacząco zwiększyła częstość remisji (z 43% u leczonych wyłącznie lekiem do 77% w grupie, gdzie dołączono aktywność fizyczną). Nie było wyraźnej różnicy pomiędzy grupą stosującą ćwiczenia nieprogresywne i progresywne, natomiast stwierdzono lepszy efekt leczenia wśród osób z wyższym wyjściowym pułapem tlenowym (VO<sub>2</sub>max – parametr mierzący wydolność fizyczną). Dodanie ćwiczeń gimnastycznych spowodowało przede wszystkim redukcję spowolnienia psychoruchowego, apatii i zaburzeń funkcji wykonawczych, a więc typowych objawów towarzyszących depresji o późnym począt-

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

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

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

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

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

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

#### **4.8. Działania profilaktyczne skierowane do ogółu populacji w podeszłym wieku**

##### **4.8.1. Działania informacyjno-edukacyjne przybliżające problematykę depresji wieku podeszłego**

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

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

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

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



Przykłady proponowanych działań:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

### Objawy podstawowe:

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

### Objawy dodatkowe:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 6. PODSUMOWANIE

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

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

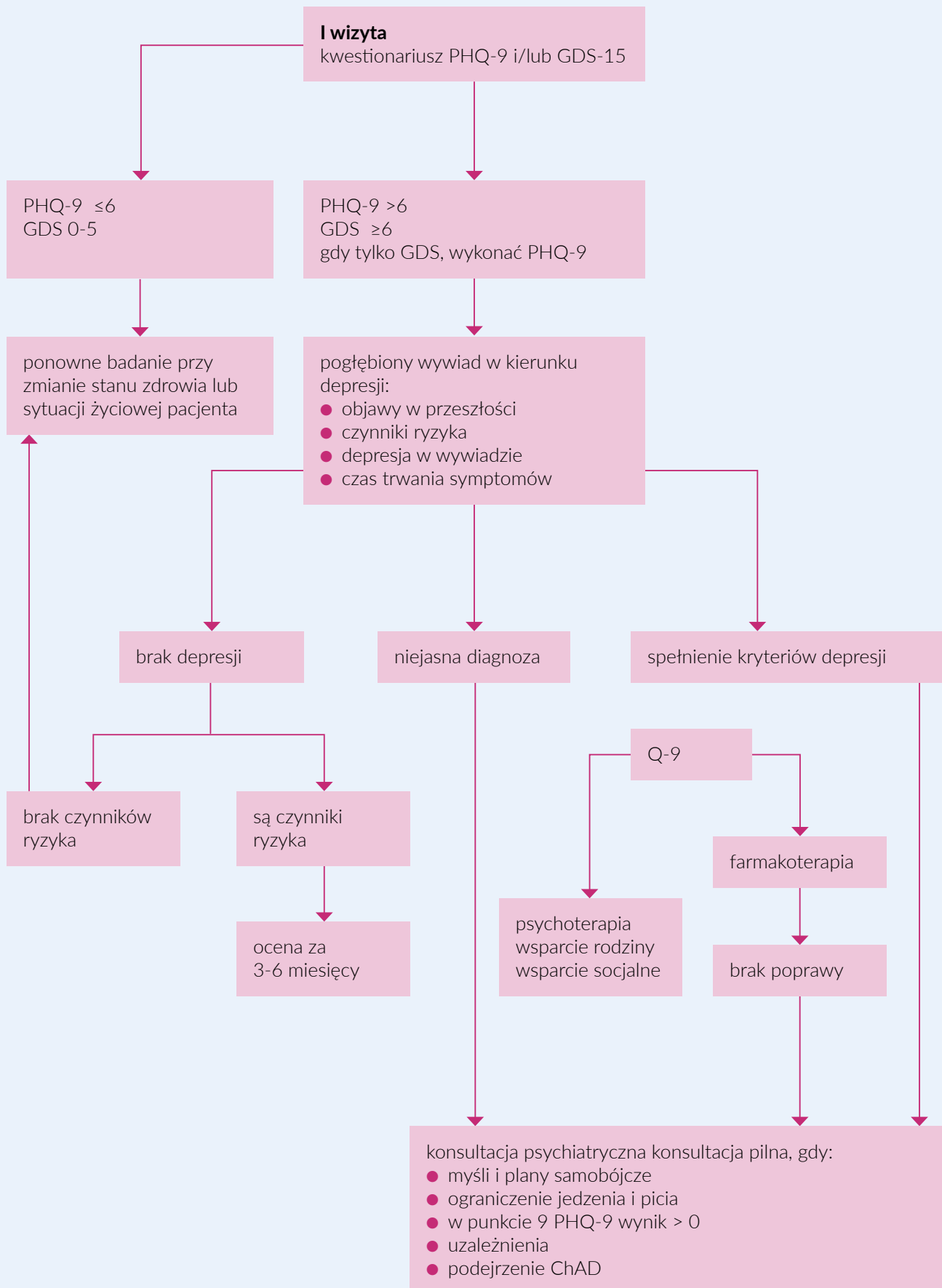


cjenta oraz uwzględnić konieczność dłuższego czasu leczenia (nawet 10-12 tygodni) potrzebnego do uzyskania poprawy.

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



## ALGORYTM POSTĘPOWANIA W DEPRESJI W PODESZŁYM WIEKU



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

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

Całkowity wynik:

Nasilenie objawów depresji:

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

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

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

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

TAK / **NIE**

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

**TAK** / NIE

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

**TAK** / NIE

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

**TAK** / NIE

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

TAK / **NIE**

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

**TAK** / NIE

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

TAK / **NIE**

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

**TAK** / NIE

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

**TAK** / NIE

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

**TAK** / NIE

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

TAK / **NIE**

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

**TAK** / NIE

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

TAK / **NIE**

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

**TAK** / NIE

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

**TAK** / NIE

Za każdą odpowiedź wytłuszczoną przyznajemy 1 punkt.

Liczba punktów  /15

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

## PIŚMIENNICTWO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Główny Urząd Statystyczny, [start.gov.pl/files](http://start.gov.pl/files)

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

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

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

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

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

Lapierre S., Erlangsen A., Waern M. i wsp., *A Systematic Review of Elderly Suicide Prevention Programs*. Crisis, 2011, 3292:88-98.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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