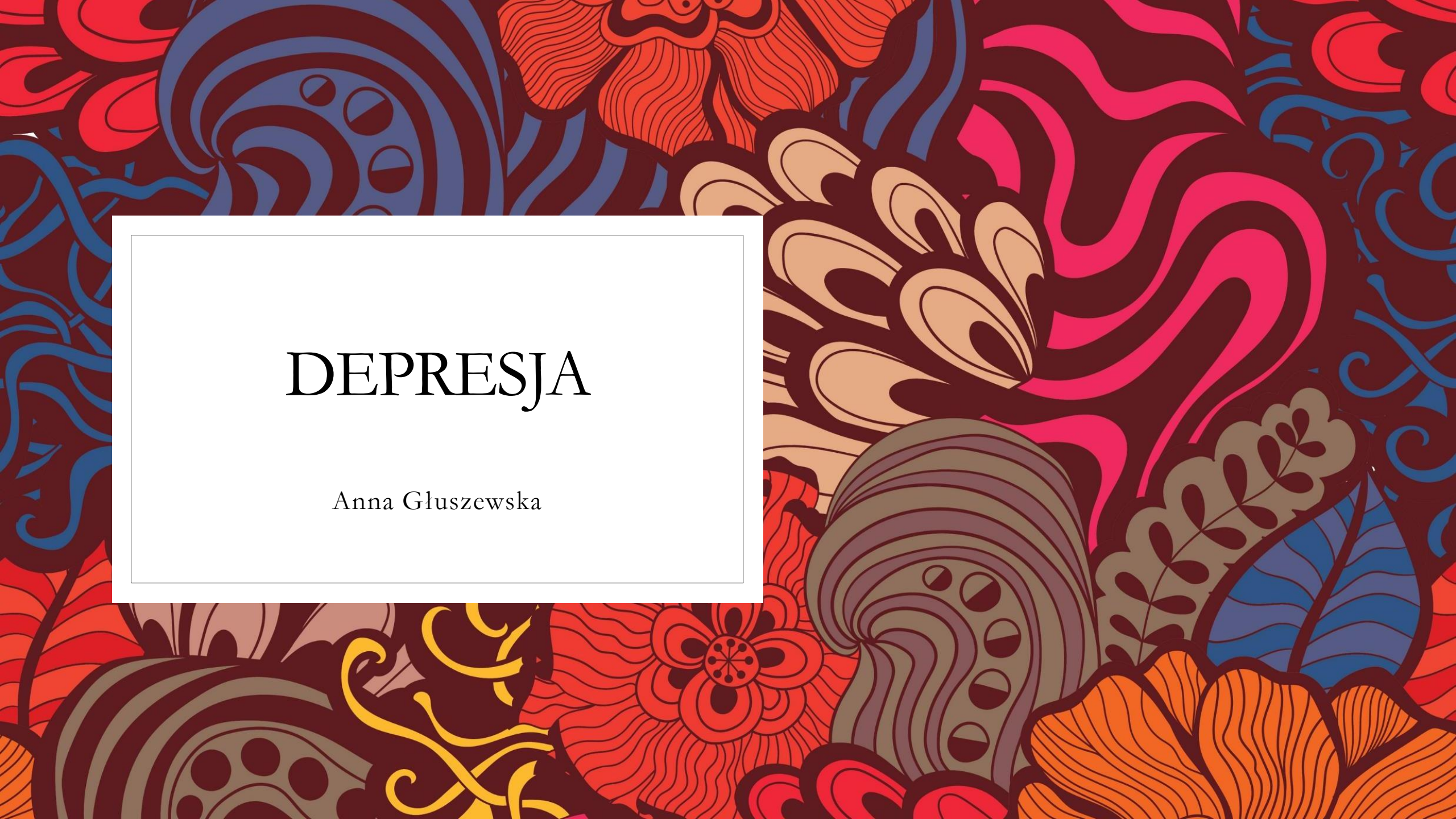




DEPRESJA

Anna Głuszeńska

Przypadek

- Pacjentka lat 80, skierowana z powodu nawracającej duszności
- Choroby przewlekłe: nadciśnienie tętnicze (źle kontrolowane), cukrzyca typu 2 –leki doustne, choroba zwyrodnieniowa stawów, stan po leczeniu zaćmy, stan po leczeniu npl piersi lewej 10 lat temu (w kontroli onkologicznej), stan po krwawieniu z wrzodów żołądka 3 lata temu, stan po eradykacji H.pylori
- Leki: Polpril, Doreta, Metformax, IPP
- Podaje duszność od około miesiąca (nasilenie od tygodnia), ponadto problemy ze snem (wczesne budzenie rano), spadek apetytu, spadek masy ciała ok 5kg w ciągu 5 miesięcy, zburzenia pamięci (gubienie przedmiotów, problemy z koncentracją. W badaniu fizykalnym bez odchyień od normy
- Pacjentka jest z wykształcenia księgową, emerytka, mieszka sama, córka dochodząca, nie korzysta z pomocy socjalnej, wdowa (mąż zmarł na raka płuc 3 lata temu)

Badanie fizykalne

Nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy, brzuch miękki, niebolesny, bez objawów otrzewnowych, CTK 160/95mmHg, ASM 80/min, tony serca czyste, ślad obrzęków wokół kostek. Uwagę zwracają duże zmiany zwyrodnione stawów, w tym stawów dłoni. Ograniczenie ruchomości barku lewego z bolesnością przy ruchu biernym i czynnym.

San po mastektomii lewostronnej

Pacjentka zorientowana auto i allopsychicznie, słabo zorientowana co do zażywanych leków. Budowa ciała hiposteniczna. Śluzówki suche.

Spowolniała. Zaniedbana higienicznie

Ocena geriatryczna

- MMSE- 25/30punktów (pacjentka często rezygnuje z odpowiedzi na pytania, problemy z zapamiętaniem wyrazów oraz wykonaniem zadania z kartką, pomyłka przy odejmowaniu)
- ADL 6/6 punktów, IADL 5/8 (pacjentka ma problemy z robieniem zakupów, przygotowywaniem posiłków, sprzątaniem)
- Trudności z poruszaniem się, up and go test 19 sekund
- MNA 22 punkty- ryzyko niedożywienia

late life
depression,



late onset
depression

early onset
depression.

Czynniki ryzyka

- Ból
- Choroby somatyczne
- Spadek samodzielności
- Izolacja
- Wdowieństwo/rozwód
- Sytuacja socjoekonomiczna/ utrata roli zawodowej
- Zaburzenia poznawcze (ciężka demencja depresja nierozpoznawana)
- Bezesenność
- Kobiety (mężczyźni-agresja rozdrażnienie anhedonia, wycofanie, alkohol, mniej smutek, częściej depresja naczyniowa)
- ApoE

Wywiad

- Ocena psychiatryczna: współistniejące choroby psychiatryczne, choroby w przeszłości, nałogi, ocena pod kątem samobójstwa, pamięć
- Choroby współistniejące: różnicowanie objawów chorób somatycznych z depresją (spadek masy ciała, osłabienie, brak apetytu), różnicowanie z wtórnymi przyczynami depresji
- Ból
- Leki: interakcje, leki powodujące depresje, wcześniej stosowane leki przeciwdepresyjne (efekt, skutki uboczne), compliance
- Aspekty socjalne: wsparcie, stresory, straty, mobilność, zależność, dostęp do broni
- Wywiad rodzinny (mniejszy wpływ niż młodsi pacjenci)

Badanie fizykalne

- Higiena
- Anemia
- Tarczyca
- Odżywienie
- Cechy chorób współistniejących
- CTK/próba ortostatyczna (wprowadzanie leków antydepresyjnych)
- EKG (QT, arytmie)
- MMSE
- Stan funkcjonalny, ADL, IADL, ryzyko upadków

Wtórne przyczyny depresji

- Neurologia: demencja, Parkinson, udar, SM, padaczka
- Leki
- Endokrynologia: niedoczynność tarczycy, hiperkalcemia, cukrzyca, osteoporoza
- Alkoholizm
- Anemia, przewlekłe zapalenie, rzs
- Nefrologia: PNN
- Pulmonologia: POCHP, bezdech senny, PNS, CHNS
- Niedobór B12, kwasu foliowego, tiaminy
- Choroby zapalne jelit, choroby wątroby
- HIV, kiła, wirusy wątroby
- npl

Leki powodujące depresję

Cardiovascular drugs

- ACE inhibitors
- Calcium channel blockers
- Clonidine
- Digitalis
- Guanethidine
- Hydralazine
- Methyldopa
- Procainamide
- Propranolol
- Reserpine
- Thiazide diuretics
- Guanabenz
- Zolamide diuretics

Chemotherapeutics

- 6-Azauridine
- Asparaginase
- Azathioprine
- Bleomycin
- Cisplatin
- Cyclophosphamide
- Doxorubicin
- Vinblastine
- Vincristine

Antiparkinsonian drugs

- Amantadine
- Bromocriptine
- Levodopa

Stimulants

- Amphetamines (withdrawal)
- Caffeine
- Cocaine (withdrawal)
- Methylphenidate (Ritalin)

Hormones

- Adrenocorticotropin
 - Anabolic steroids
 - Glucocorticoids
 - Oral contraceptives
- ## Antipsychotic drugs
- Fluphenazine
 - Haloperidol

Sedatives and antianxiety drugs

- Barbiturates
- Benzodiazepines
- Chloral hydrate
- Ethanol

Anticonvulsants

- Ethosuximide
- Phenobarbital
- Phenytoin
- Primidone
- Tiagabine
- Vigabatrin

Anti-inflammatory agents

- NSAIDs

Other drugs

- Choline
- Cimetidine
- Disulfiram
- Lecithin
- Methysergide
- Phenylephrine
- Physostigmine
- Ranitidine
- Statins
- Tamoxifen

Antiretroviral drugs

- Atazanavir
- Efavirenz
- Enfuvirtide
- Saquinavir
- Zidovudine

Anti-infective agents

- Ampicillin
- Chloramphenicol
- Chloroquine
- Clofazimine
- Cycloserine
- Cyclosporine
- Dapsone
- Ethambutol
- Ethionamide
- Foscarnet
- Ganciclovir
- Griseofulvin
- Isoniazid
- Interferon
- Metoclopramide
- Metronidazole
- Nalidixic acid
- Nitrofurantoin
- Penicillin G procaine
- Streptomycin
- Sulfonamides
- Tetracycline
- Trimethoprim

Badania

- Morfologia
- Glikemia
- Elektrolity (sód, potas, wapń)
- Nerki, wątroba
- Witamina B12, kwas foliowy
- TSH
- lipidogram
- TK/MRI- pierwszy epizod depresji w późnym wieku, objawy neurologiczne, oporna na leczenie depresja

Rozpoznanie

- epizod depresji – w przebiegu nawracającej depresji lub zaburzeń afektywnych dwubiegunowych
- depresyjna postać zaburzeń adaptacyjnych
- dystymia i cyklotymia
- organiczne zaburzenia nastroju w przebiegu choroby somatycznej.

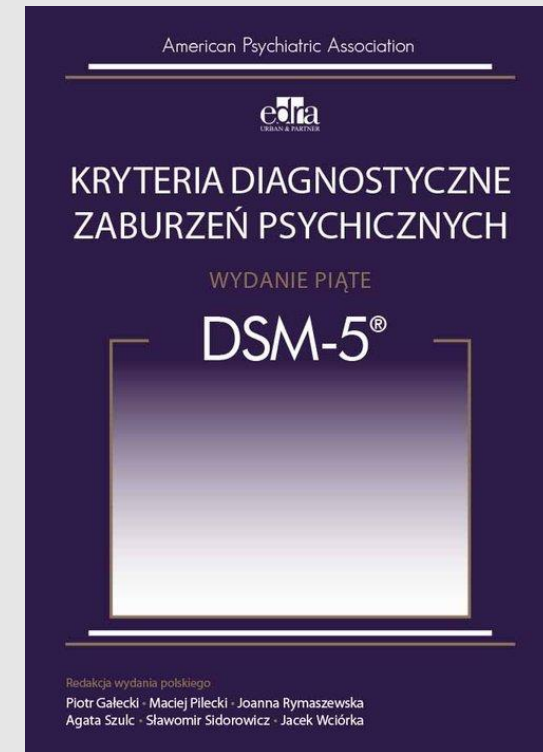
Rodzaje

- **Menancholiczna**- obniżenie nastroju, anhedonia, poczucie winy, zaburzenia napędu, gorsze samopoczucie rano, przedwczesne budzenie, spadek łaknienia, utrata masy ciała
- **Atypowa**- nadmierna senność, bezsenność w nocy i drażliwość, senność rano, zwiększony apetyt, przyrost masy ciała, anergia, wrażliwość na odrzucenie
- **Psychotyczna**
- **Lękowa**

■ Kryteria rozpoznania epizodu depresji (dużej depresji wg DSM-5)

Występowanie, od pewnego i możliwego do ustalenia czasu, niemal codziennie i przez większą część dnia, jednocześnie przez ≥ 2 tyg., ≥ 5 z poniżej wymienionych objawów, w tym ≥ 1 z dwóch pierwszych:

- 1) depresyjny nastrój
- 2) wyraźne zmniejszenie zainteresowania niemal wszystkimi czynnościami i/lub związanego z nimi uczucia przyjemności
- 3) wzmożone lub osłabione łaknienie, bądź znaczny spadek (niezwiązany ze stosowaniem diety) lub przyrost masy ciała (np. 5% w ciągu miesiąca)
- 4) bezsenność lub nadmierna senność
- 5) podniecenie lub spowolnienie psychoruchowe
- 6) uczucie zmęczenia lub utraty energii
- 7) poczucie własnej bezwartościowości lub nieuzasadnione poczucie winy
- 8) zmniejszenie sprawności myślenia, trudności w skupieniu uwagi lub podjęciu decyzji
- 9) nawracające myśli o śmierci (nie tylko obawy przed śmiercią)
- 10) nawracające myśli samobójcze bez określonego planu, podejmowanie prób samobójczych lub posiadanie planu popełnienia samobójstwa.



Kryteria rozpoznania postaci depresyjnej zaburzeń adaptacyjnych wg DSM-5 (uproszczone)

- 1.** Dominują: nastrój depresyjny, płaczliwość, poczucie beznadziei.
- 2.** Objawy:
 - 1) pojawiają się w odpowiedzi na stres, do 3 mies. od jego wystąpienia
 - 2) znacznie przekraczają oczekiwaną reakcję na stres
 - 3) znacznie upośledzają funkcjonowanie społeczne lub zawodowe
 - 4) po zaprzestaniu działania stresu utrzymują się ≤ 6 mies.



Kryteria rozpoznania uporczywego zaburzenia depresyjnego (dystymii) wg DSM-5 (uproszczone)

- 1.** Nastrój depresyjny utrzymujący się przez większość dnia i przez przeważającą liczbę dni, przez ≥ 2 lata.
- 2.** Co najmniej 2 z następujących objawów: osłabienie lub wzmożenie łaknienia; bezsenność lub nadmierna senność; poczucie zmęczenia lub braku energii; niskie poczucie własnej wartości; trudności w podejmowaniu decyzji oraz w koncentracji uwagi; poczucie beznadziei.
- 3.** Przez 2 lata objawy nie ustąpiły na dłużej niż 2 mies.

Pacjent cierpi z powodu **obniżonego nastroju, utraty zainteresowań i zdolności do cieszenia się, zmniejszenia energii prowadzącej do wzmożonej męczliwości i zmniejszonej aktywności.**

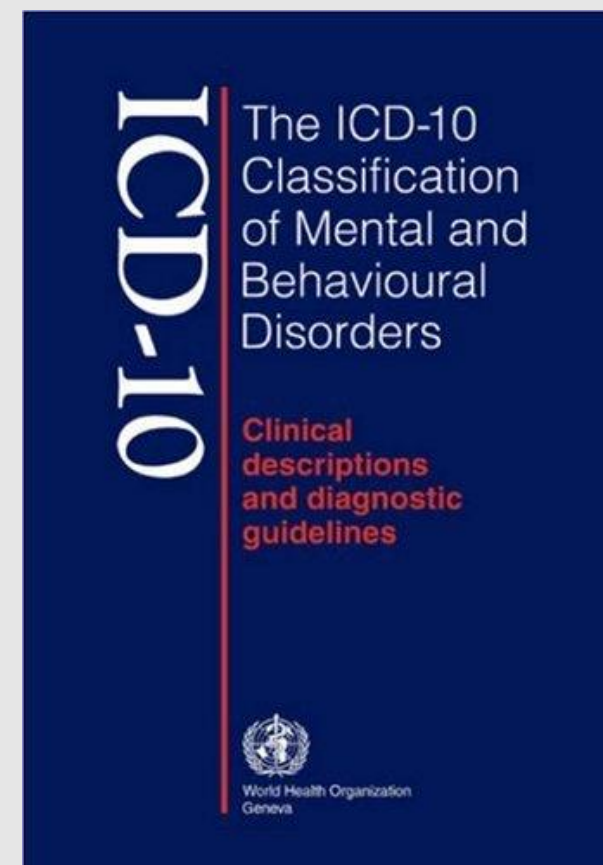
Często występuje:

- Osłabienie koncentracji i uwagi
- Niska samoocena i mała wiara w siebie
- Poczucie winy i małej wartości
- Pesymistyczne czarne widzenie przyszłości
- Myśli i czyny samobójcze
- Zaburzenia snu
- Zmniejszony apetyt

2 tygodnie

1. Obniżony nastrój
2. Utrata zainteresowań /zadowolenia
3. Zmniejszenie energii/męczliwość

Obniżenie nastroju podlega małym wahaniom z dnia na dzień, zwykle jest niezależne od bieżących wydarzeń, może wykazywać charakterystyczne wahania w ciągu dnia. **Do ustalenia rozpoznania epizodu depresyjnego niezbędne jest utrzymywanie się zaburzeń, przez co najmniej 2 tygodnie.**



Ocenić ciężkość epizodu

Depresja- geriatria

- Nietypowy obraz
- Pacjenci często nie podają smutku (depresja bez smutku)- zgłaszana apatia, spadek zainteresowań, zmęczenie, problemy ze spaniem, liczne skargi somatyczne, nerwowość, nadużywanie alkoholu/środków uspokajających, nadużywanie opieki medycznej, złą współpraca w terapii (przerywanie leków, liczne objawy niepożądane)
- Często „mniejsze epizody”, dystymia
- Patrzenie na obniżenie nastroju jako na naturalną konsekwencję starości
- Więcej skarg na dolegliwości somatyczne oraz skargi na zaburzenia poznawcze/pseudodemencja/, obawa przed chorobą Alzheimera
- Wpływ leków
- Nasilenie bólu, nasilenie chorób somatycznych (brak efektów leczenia), zwiększenie śmiertelności, powoduje niepełnosprawność
- Więcej nawrotów, depresja przetrwała (konieczna dłuższa terapia podtrzymująca)
- Większe ryzyko samobójstwa/udanego samobójstwa
- Problemy z komunikacją, potrzeba większej ilości czasu,

Depresja naczyniowa

- Zmiany w MRI- zaniki, zmiany w istocie białej
- Większe ryzyko z rozwinięciem zaburzeń poznawczych
- Gorsze wyniki leczenia
- Po udarze (najczęściej pierwsze 2 lata, pik-3 do 6 miesięcy, częściej udary lewej półkuli)
- Brak wglądu, gorsze funkcjonowanie
- Funkcje wykonawcze/anhedonia/apatia
- Starsi pacjenci

Indian J Psychiatry. 2018 Feb; 60(Suppl 3): S341–S362.
doi: [10.4103/0019-5545.224474](https://doi.org/10.4103/0019-5545.224474)

PMCID: PMC5840909
PMID: [29535469](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29535469/)

Clinical Practice Guidelines for Management of Depression in Elderly

[Ajit Avasthi](#) and [Sandeep Grover](#)

• [Author information](#) • [Copyright and License information](#) [Disclaimer](#)

- **First episode of depression after the age of 65 years**
- **Symptomatology: subjective feeling of sadness, loss of energy, anhedonia, psychomotor retardation, cognitive symptoms (executive dysfunctions, reduced processing speed and visuospatial skills), problems with level of motivation, poor self-initiative, lack of insight**
- **Depressive symptoms may not meet criteria for any mood disorder as per DSM-5**
- **Lack of family history of depression**
- **Presence of cardiac morbidity, hypertension, and other vascular risk factors**
- **Higher risk for cognitive decline and progression to dementia**
- **Fluctuations in the cognitive functions which may be related to white matter hyperintensities**
- **Poor response to treatment and higher mortality**

Screening Tool: Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)

Scoring System: a = unable to evaluate
0 = absent
1 = mild or intermittent
2 = severe

Ratings should be based on symptoms and signs occurring during the week prior to interview.
No score should be given if symptoms result from physical disability or illness.

A. Mood-Related Signs

1. Anxiety anxious expression, ruminations, worrying	a	0	1	2
2. Sadness sad expression, sad voice, tearfulness	a	0	1	2
3. Lack of reactivity to pleasant events	a	0	1	2
4. Irritability easily annoyed, short-tempered	a	0	1	2

B. Behavioral Disturbance

1. Agitation restlessness, handwringing, hairpulling	a	0	1	2
2. Retardation slow movements, slow speech, slow reactions	a	0	1	2
3. Multiple physical complaints (score 0 if GI symptoms only)	a	0	1	2
4. Loss of interest less involved in usual activities (score only if change occurred acutely, i.e., in less than 1 month)	a	0	1	2

C. Physical Signs

1. Appetite loss eating less than usual	a	0	1	2
2. Weight loss score 2 if greater than 5 lb. in one month	a	0	1	2
3. Lack of energy fatigues easily, unable to sustain activities (score only if change occurred acutely, i.e., in less than 1 month)	a	0	1	2

continued on reverse →

D. Cyclic Functions

1. Diurnal variation of mood symptoms worse in the morning	a	0	1	2
2. Difficulty falling asleep later than usual for this individual	a	0	1	2
3. Multiple awakenings during sleep	a	0	1	2
4. Early-morning awakening earlier than usual for this individual	a	0	1	2

E. Ideational Disturbance

1. Suicide feels life is not worth living, has suicidal wishes or makes suicide attempt	a	0	1	2
2. Poor self-esteem self-blame, self-deprecation, feelings of failure	a	0	1	2
3. Pessimism anticipation of the worst	a	0	1	2
4. Mood-congruent delusions delusions of poverty, illness or loss	a	0	1	2

Scoring:

A score >10 probably major depressive episode
A score >18 definite major depressive episode

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/i zainteresowania lub aktywność (ilość zajęć)?	tak/nie
3	Czy ma Pan/i uczucie, że Pana/i życie jest puste?	tak/nie
4	Czy często czuje się Pan/i znudzony/a?	tak/nie
5	Czy zwykle jest Pan/i w dobrym nastroju?	tak/nie
6	Czy obawia się Pani/i, że może przydarzyć się Pan/i coś złego?	tak/nie
7	Czy przez większość czasu czuje się Pan/i szczęśliwy/a?	tak/nie
8	Czy często czuje się Pan/i bezradny/a?	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/a 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 większości ludzi wiedzie się lepiej niż Panu/Pani?	tak/nie

Za każdą odpowiedź „wytłuszczoną” 1 punkt. Liczba punktów .../15

Interpretacja: 0–5 bez depresji, 6–10 depresja umiarkowana, 11–15 depresja ciężka

Na podst.: Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów.

Wyd. ViaMedica, Gdańsk 2006

Depresja w geriatrici powikłania

- Spadek jakości życia
- Zaburzenia funkcjonalne
- Pogorszenie funkcji poznawczych
- Zwiększenie śmiertelności
- Pogorszenie przebiegu chorób przewlekłych
- Samobójstwa- osoby starsze częściej, częściej ciche samobójstwa
- Częstsze hospitalizacje

Czynniki ryzyka samobójstwa

- Przewlekły ból
- Płeć męska
- Starszy wiek
- Ciężkie zaburzenia lękowe
- Ataki paniki
- Samotność
- Ciężka depresja
- Żałoba (szczególnie mężczyźni)
- Uzależnienie od alkoholu
- Próby samobójcze w przeszłości
- Dodani wywiad rodzinny

Depresja vs otępienie

Depresja:

- Odpowiedzi „nie wiem”
- Myśli samobójcze
- Brak zaburzeń orientacji
- Fluktuujący przebieg zaburzeń poznawczych
- Pogorszenia rano
- Szybszy początek
- Zaburzenia nastroju
- Myśli samobójcze
- Cierpienie
- Zaburzenia snu
- Zaburzenia apetytu

Depresja w Ołępieniu

NIMH Provisional Diagnostic Criteria for Depression in Alzheimer Disease

[Indian J Psychiatry](#). 2018 Feb; 60(Suppl 3): S341–S362.

doi: [10.4103/0019-5545.224474](#)

PMCID: PMC5840909

PMID: [29535469](#)

Clinical Practice Guidelines for Management of Depression in Elderly

[Ajit Avasthi](#) and [Sandeep Grover](#)

• [Author information](#) • [Copyright and License information](#) [Disclaimer](#)

- A. Three (or more) of the following symptoms must be present during the same 2-week period and represent a change from previous functioning. At least one of the symptoms must either be 1) depressed mood or 2) decreased positive affect or pleasure
 1. Clinically significant depressed mood
 2. Decreased positive affect or pleasure in response to social contacts and usual activities
 3. Social isolation or withdrawal
 4. Disruption in appetite
 5. Disruption in sleep
 6. Psychomotor changes
 7. Irritability
 8. Fatigue or loss of energy
 9. Feelings of worthlessness, hopelessness, or excessive or inappropriate guilt
 10. Recurrent thoughts of death, suicidal ideation, plan or attempt
- B. All criteria are met for Dementia of the Alzheimer Type (DSM-IV)
- C. The symptoms cause clinically significant distress or disruption in functioning
- D. The symptoms do not occur exclusively in the course of delirium
- E. The symptoms are not due to the direct physiological effects of a substance
- F. The symptoms are not better accounted for by other conditions such as major depressive disorder, bipolar disorder, bereavement, schizophrenia, schizoaffective disorder, psychosis of Alzheimer disease, anxiety disorders, or substance-related disorders

Patient with Depressive features

Consider differential diagnoses like

- Organic Depression, medication induced depression, substance induced depression
- Rule out bipolar disorder
- Evaluate whether patient fulfils major or minor depression

Wykluczyć chorobę dwubiegunową
Oceń nasilenie

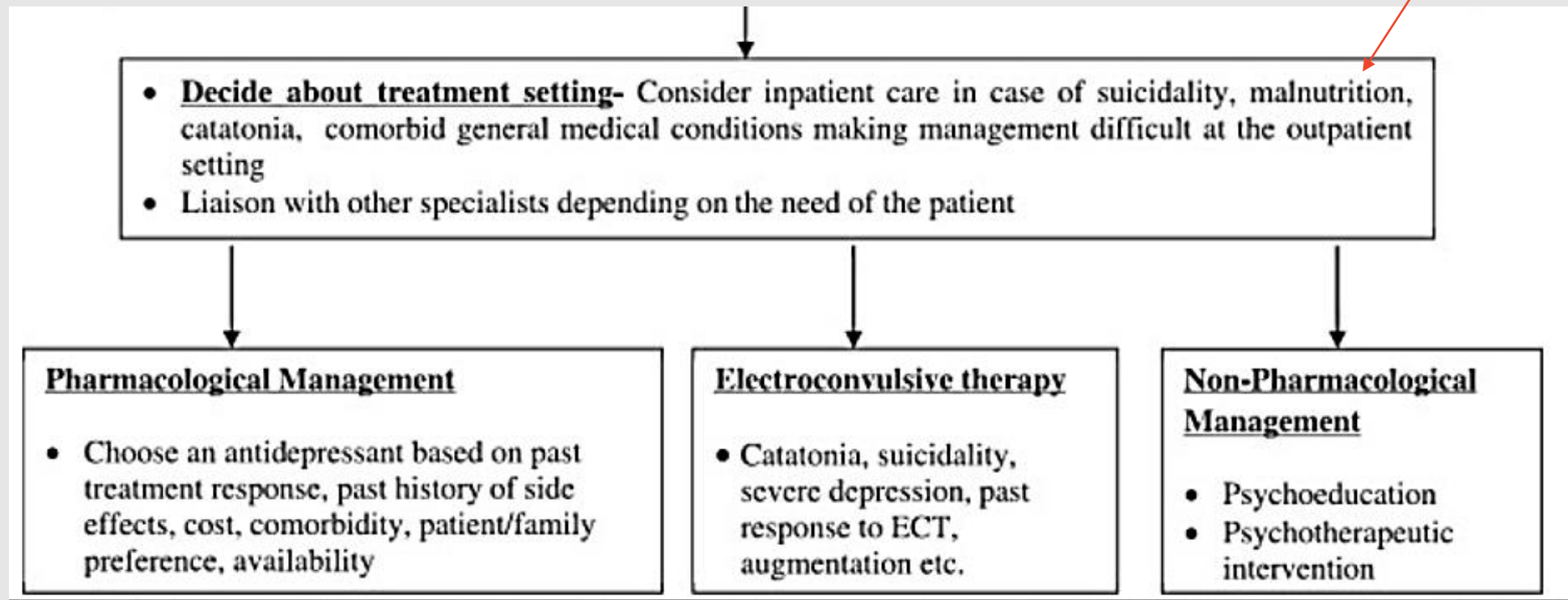
Establish the diagnosis of Depression



Assessment

- Severity of illness: GDS, HAM-D, BDI, PHQ-9
- Risk of harm to self and others- current suicidal ideations, suicidal attempts; past history of non-suicidal self-harm behaviour, past history of suicidal attempts, severity of attempt
- Comorbid Physical illnesses: relationship with onset of depressive symptoms, symptom overlap
- Comorbid substance use/dependence
- Comorbid Psychiatric disorders
- Level of functioning: interpersonal relationships, work, living conditions, activities of daily living, instrumental activities of daily living, and other medical or health-related needs
- Detailed Physical examination- thyroid swelling, evidence for nutritional deficiency, and physical illness which could contribute to depression
- Record- blood pressure, pulse, weight and wherever indicated body mass index and waist circumference
- Mental Status Examination
- Structured assessment for cognitive functions: MMSE/HMSE, MoCA, Mini-Cog
- Investigations- haemogram, blood glucose levels, lipid profile, liver function tests, renal function test, thyroid function test, electrocardiogram (ECG), serum electrolytes, especially serum sodium levels, Serum B12 and folic acid levels
- Neuroimaging : first-episode of depression seen in late or very late age; those have neurological signs, those having treatment resistant depression
- Treatment history- response to previous medication trials, compliance, side effects, etc.
- Patient's and caregivers beliefs about the cause of illness and beliefs about the treatment
- Assessment for social support, stigma, coping
- Assessment of caregiver knowledge and attitude, caregiver burden, coping and distress





Wskaźniki do przyjęcia do szpitala

1. Patients expressing suicidal ideas of a definite sort, or who have made a suicide attempt
2. Patients threatening to harm themselves for the first time (especially men)
3. Patients with problems with treatment compliance or delivery, leading to unduly protracted treatment
4. Patients requiring electroconvulsive therapy (Catatonia)
5. Patients who neglect themselves substantially, particularly their fluid intake
6. Patients with severe malnutrition, patients refusing to eat which puts the life of patient at risk
7. Patients requiring removal from a hostile social environment
8. Patients who are in severe distress to the extent that they need tranquillisation or skilled nursing care
9. Patients with comorbid physical illness(es) that is complicating treatment and make outpatient treatment unsafe or ineffective
10. Patients who have not responded adequately to outpatient treatment
11. Frail elderly
12. Lack of adequate social support

Leki- najczęstsze obawy

- Złe doświadczenia z lekami psychotropowymi
- Obawa o uzależnienie
- Obawa, że leki zahamują naturalne emocje
- Negowanie depresji jako choroby
- Skutki uboczne (TLPD>SSRI)
- Długo okres oczekiwania na poprawę

Leki

Citalopram/sertalina najmniej interakcji
Citalopram/escitalopram-QT!!!

Interakcje z lekami wpływającymi na
enzym CYP450

Antidepressant	Usual Starting dose in mg/day	Average dose in mg/day	Maximum recommended dose (mg/day)	Side effects
Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI)				GI distress, weight loss/gain, anxiety, insomnia, hyponatremia, Sexual dysfunction,
Fluoxetine	10	20	20	
Paroxetine	10-20	20-30	30-40	
Fluvoxamine	50	50-200	200	
Sertraline	25	50-150	200	
Citalopram	10	20-40	20 if (age>65);	
Escitalopram	5	10-20	40 (age <65 yrs) 10 if (age>65); 40 (age <65 yrs)	
Serotonin Norepinephrine reuptake Inhibitors (NSRI)				
Venlafaxine	37.5	75-225	300	GI distress, may increase blood pressure (venlafaxine), Mild anti-cholinergics effects, drowsiness, conduction abnormalities,
Duloxetine	20	30-60	60	
Levomilnacipran	20	40-120	120	
	25	50	100	
Desvenlafaxine				

SSRI

- krwawienia z przewodu pokarmowego (zaburzenia agregacji płytek),
- zespół serotoninowy,
- bradykardia,
- spadek masy ciała, nudności, biegunki
- Parkinsonizm polekowy (rzadko)
- Ryzyko samobójstwa (pierwsze miesiące)
- Wzrost ryzyka złamań (zależne od dawki)
- Hiponatremia
- Bóle głowy
- Zaburzenia funkcji seksualnych
- Upadki
- Paroksetyna- efekt antycholinergiczny (unikać w demencji)

- Leki pierwszego rzutu
- Bezpieczne
- Stosunkowo bezpieczne przy przedawkowaniu

Noradrenaline and Specific Serotonin Antidepressants (NaSSA)				abnormalities,
Mirtazapine	7.5	15-30	30-45	GI distress, Risk of sedation, weight gain, orthostatic hypotension
Unicyclic				
Bupropion SR	100	200	300	Risk of seizures
Tricyclic Secondary Amines				
Desimipramine	10-25	50-150	300	Anticholinergic properties; cardiovascular side effects
Nortriptyline	10-25	40-75	200	

Mirtazapina przydatna:
niedożywienie, bezsenność,
pobudzenie,

Wydłużenie QT

Tricyclic tertiary amines (TCAs)

Amitriptyline	10-25	25-150	150
Doxepin	10-25	25-75	150
Imipramine	10-25	50-150	150
Clomipramine	10-25	50-150	150

Anticholinergic effects, drowsiness, orthostasis, conduction abnormalities, mild GI distress, weight gain, Sexual dysfunction,

TLPD

- Depresja menancholiczna, urojeniowa, oporna, zapobieganie nawrotom po elektrowstrząsach
- Upadki
- Zaburzenia seksualne
- Przedawkowanie potencjalnie śmiertelne
- Wzrost wagi
- Arytmie
- Sedacja
- Zatrzymanie moczu, zaparcia, suche śluzówki, delirium, zamknięcie kąta przesączania (jaskra)
- Ortostatyczne spadki ciśnienia

Atypical antidepressants/Serotonin Modulators

Trazadone	25	50-150	150
Nefazodone	25	50-150	150

Dysfunction,

GI distress, Mild
anticholinergic
effects, drowsiness,
orthostasis,
conduction
abnormalities,
weight gain, severe
hepatotoxicity

Reversible Selective Mono Amine Oxidase Inhibitors (RIMA)

Moclobemide	100	150-200	300
-------------	-----	---------	-----

Decreased appetite,
increase in suicidal
behaviours, agitation,
hyponatremia

Serotonin partial agonist reuptake inhibitor (SPARI)

Vilazodone	10	10-20	20-40
------------	----	-------	-------

Diarrhea, nausea
or vomiting, and
insomnia

Start low, go
slow (1/4-1/2
dawki)

Trazodon: priapizm

Wybór leku

- Wcześniejsza reakcja na lek
- Choroby współistniejące
- Apetyt (wzrost po mirtazapinie, mianserynie)
- Zaburzenia snu (poprawa snu: agomelatyna, mianseryna, mirtazapina, trazodon, doksepina)
- Ból (duloksetyna, wenlafaksyna, amitryptylina, milnacipan)
- Zahamowanie, apatia (bupropion, wenlafaksyna, sertalina, reboksetyna, milnacipan, moklobenid)
- Lęk (SSRI, wenlafaksyna, agomelatyna, tianeptyna, moklobenid)
- kompulsje (klomipramina, SSRI, wenlafaksyna)
- Agitacja, niepokój (mirtazapina, mianseryna, trazodon, amitryptylina, doksepina, klomipramina)
- Zaburzenia poznawcze (wortioksetyna)

Wybór leku

Indian J Psychiatry. 2018 Feb; 60(Suppl 3): S341–S362.
doi: [10.4103/0019-5545.224474](https://doi.org/10.4103/0019-5545.224474)

PMCID: PMC5840909
PMID: [29535469](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29535469/)

Clinical Practice Guidelines for Management of Depression in Elderly

[Ajit Avasthi](#) and [Sandeep Grover](#)

• Author information • Copyright and License information [Disclaimer](#)

Special Situation	Strategy
Suicidal Behaviour	• Assess for risk • If the suicidal risk is present- increase the surveillance, high risk management, no suicide contract • If required admit, consider ECT
Psychotic features	• Use combination of antidepressants and antipsychotics, if required augment with lithium • Consider ECT
Catatonic features	• Use benzodiazepines, if no or partial response, consider ECT
Alcohol or Substance Abuse/dependence	• Evaluate the relationship of depressive symptoms with intoxication, withdrawal • Look for comorbid psychiatric disorder, liver disease and other systemic complications of substance use • Consider hospitalization, if the depression is severe, patient is suicidal, not able to abstain • Detoxification, relapse prevention counselling • Adjust the doses of antidepressants considering the hepatic decompensation
Comorbid panic and anxiety disorder	• Anxiety symptoms often accompany depression • Few patients may have comorbid anxiety disorders • SSRIs and TCAs can worsen anxiety initially, consider use of benzodiazepines during the initial phase • Can consider augmentation with buspirone
MDD–related cognitive dysfunction (pseudodementia)	• Evaluate thoroughly to distinguish between dementia and pseudodementia • Adequate management of MDD leads to improvement in features of pseudodementia
Major Psychosocial Stressors	• Consider use of psychotherapeutic intervention with or without antidepressants depending on the severity of depression • If the adverse life situations requires removing the patient from stressful situation- consider inpatient care
Family distress	• Ambivalent, abusive, rejecting, or highly dependent family relationships may particularly predispose an individual to MDD • Consider family therapy, in conjunction with individual psychotherapy and pharmacologic therapies • If required short term inpatient care may be considered

Family distress

Bereavement

Cardiac disease

- If the adverse life situations requires removing the patient from stressful situation- consider inpatient care
- Ambivalent, abusive, rejecting, or highly dependent family relationships may particularly predispose an individual to MDD
- Consider family therapy, in conjunction with individual psychotherapy and pharmacologic therapies
- If required short term inpatient care may be considered
- Proper evaluation for suicidality
- Psychotherapeutic interventions
- Patients with known cardiac problem need to be monitored for the emergence of cardiac symptoms, ECG changes, or orthostatic blood pressure decrements
- Liaison with the cardiologist before and during antidepressant medication treatment may be advisable, especially, in the background of recent myocardial infarction
- Consider drug interactions, side effects (risk of bleeding) while choosing antidepressants
- If possible, avoid TCAs
- Monitor the cardiac status closely
- SSRIs, Bupropion, and ECT appear to be safer for patients with pre-existing cardiac disease
- Use of ECT may require consultation with a specialist and treatment modification before use
- Monitor ECT while using SSRIs or other antidepressants to evaluate arrhythmias, bradycardia, hypotension, hypertension (venlafaxine)

Hypertension

Diabetes mellitus

Asthma

hypertension (venlafaxine)

- Evaluate for the possibility of medication induced depression, if required change the antihypertensive
- Consider drug interactions while choosing antidepressants
- Consider issues like precipitation of SIADH (hyponatremia), hypotension, risk of bleeding while choosing antidepressants
- Venlafaxine can lead to hypertension, closely monitor the blood pressure
- SSRIs may reduce blood glucose level by upto 30%
- Avoid fluoxetine in patients with type-II diabetes mellitus
- TCAs can increase the blood glucose levels
- Some of antidepressants: beneficial in management of diabetic neuropathy
- Lithium can be used safely in patients without renal disease
- Consider the possibility of medication induced depression
- Avoid MAOIs

Dementia

- Proper assessment: use of scales specific to assessment of depression in patients with dementia
- Use antidepressants with lowest possible degree of anticholinergic effect, e.g., bupropion, fluoxetine, sertraline, and, of the tricyclic agents, desipramine or nortriptyline.
- Among SSRIs, avoid paroxetine
- Alternatively, some patients do well given stimulants in small doses
- ECT is also effective in MDD superimposed on dementia, and can be used if medications are contraindicated, not tolerated, or if immediate resolution of the MDD is medically indicated (such as when it interferes with the patient's acceptance of food)

Glaucoma

- Most common type of glaucoma in elderly is acute close angle glaucoma
- Monitor intraocular pressure
- Antidepressants with anticholinergics, serotonergic or adrenergic properties can cause or exacerbate acute close angle glaucoma
- Antidepressants lacking anticholinergic and serotonergic activity (bupropion) should be used

Post-stroke Depression

- Antidepressants lacking anticholinergic and serotonergic activity (bupropion) should be used
- Post stroke depression seen in at least 30-40% of survivors of intracerebral hemorrhage.
- Proper identification and adequate management of depression can aid in faster rehabilitation
- Consider the possibility of medication associated depression- if required change the drugs
- Consider drug interactions and side effects while choosing antidepressants
- Fluoxetine and nortriptyline are probably the most standard and seen to be effective.

Obstructive uropathy

- Antidepressants with antimuscarinic effects should be avoided in patients with prostatism and other forms of bladder outlet obstruction
- Benzodiazepines, trazodone, and MAOIs may also retard bladder emptying
- The antidepressant medications with the least propensity to cause bladder outlet obstruction are SSRIs, bupropion, and desipramine

Parkinson's disease

- In terms of efficacy, available data suggest that TCAs are more efficacious than SSRIs
- However, because of tolerability issues, SSRIs are recommended as the first line agents
- Bupropion may be beneficial but can lead/worsen psychosis
- If used TCAs like desipramine and nortriptyline may be preferred
- ECT can be used in patients with severe depression; ECT exerts a transient beneficial effect on the symptoms of idiopathic Parkinson's disease in many patients
- Avoid: Amoxapine, lithium

Malignancy

- Risks factors for depression in patients with malignancy includes advanced disease, pain, tumor site, social factors, psychological factors, psychiatric morbidity, and treatment related factors
- High prevalence of depression in patients with pancreatic (50%), oropharyngeal (22-40%) and breast cancer patients (18-36%)
- Paraneoplastic syndromes particularly which lead to hypothyroidism, hypercortisolism etc. can also lead to development of depression
- Various social factors like social isolation, recent losses, and socio-economic pressures can contribute to development of depression
- Medications used for management of various malignancies can also lead to development of depression
- SSRI are considered to be the first line drugs; also beneficial in managing neuropathic pain
- Consider concomitant medications, drug interactions and organ failure/impairments while choosing antidepressants
- Psychostimulants, with their rapid onset of action have some advantages for depressed cancer patients in the sense of promoting a sense of well being, decreasing fatigue, stimulating appetite, potentiating the analgesic effect of opioids and decreasing opioid induced sedation
- Psychological interventions with a focus to reduce emotional distress, improve morale, coping ability, self-esteem and sense of control
- Improve social support

Drug induced depression

- If medication induced depression is considered, then if possible the suspected medication need to be discontinued and replaced with another agent less likely to induce depression
- When discontinuation of the medication is not possible or when discontinuation does not lead to remission of the depression, pharmacotherapy for the depression should be considered
- While considering antidepressants, evaluate the severity of liver disease, concomitant medications, clinical features which can worsen with use of antidepressants (constipation, hepatic encephalopathy), chances of bleeding, other organ dysfunction or physical comorbidities
- Liver impairment affects basic elements of medication pharmacokinetics, from absorption to metabolism, distribution to elimination, changing drug levels, duration of action, and efficacy
- Most antidepressants are highly protein-bound, except, venlafaxine, and methylphenidate; in presence of hepatic impairment higher levels of free pharmacologically active drug is available in the blood, faster clearance
- Avoid drugs which can cause sedation and constipation: can precipitate hepatic encephalopathy
- Preferred antidepressant: escitalopram
- Avoid sertraline, MAOIs (these can be hepatotoxic and may precipitate coma)
- When used, venlafaxine, nefazodone, mirtazapine and reboxetine should all be started at a low dose with cautious titration
- Lithium can be used safely
- Start in lowest possible doses, closely monitor the patients while using antidepressants

Liver disease

Renal disease

- While considering antidepressants, evaluate the severity of renal impairment, concomitant medications, clinical features which can worsen with use of antidepressants (electrolyte imbalance, uremic encephalopathy), chances of bleeding, other organ dysfunction or physical comorbidities
- TCAs are considered to be safer than SSRIs
- Avoid Lithium
- Start in lowest possible doses, closely monitor the patients while using antidepressants

Perioperative period

- Antidepressants can interact with anaesthetic agents and lead to complications when during the perioperative periods
- Antidepressants can theoretically increase the risk of bleeding during the surgery, interact with medications used during the surgery and lead to serotonin syndrome
- TCAs & MAOIs: gradually discontinue over 2 weeks before surgery
- Lithium: to be discontinued 72 hours prior to surgery
- SSRI should not be discontinued in order to prevent anesthetic interactions, except when the SSRI is used in combination with aspirin or an NSAID and when the SSRI is used in patients over 80 years of age; however, in these patients, the balance of risks of withdrawal and bleeding should be discussed with patients
- Start antidepressants during the post-operative period when patient is hemodynamically stable, is able and allowed to drink, and is not on new, potentially interfering drugs

Rozważyć PPI

Benzodiazepiny: unikać, jak najkrócej stosować

Objawy psychotyczne: neuroleptyki

[Indian J Psychiatry](#). 2018 Feb; 60(Suppl 3): S341–S362.
doi: [10.4103/0019-5545.224474](#)

PMCID: PMC5840909
PMID: [29535469](#)

Clinical Practice Guidelines for Management of Depression in Elderly

[Ajit Avasthi](#) and [Sandeep Grover](#)

• [Author information](#) • [Copyright and License information](#) [Disclaimer](#)

Czynniki ryzyka hiponatriemii podczas leczenia

- Starszy wiek
- Płeć żeńska
- Mała masa ciała
- Niskie początkowe stężenie sodu
- Lato
- Początek terapii
- Choroby współistniejące (np. cukrzyca, nadciśnienie, niedoczynność tarczycy, POCHP, niewydolność serca, uraz głowy, udar, marskość wątroby, npl)
- Inne leki (np. diuretyk, hipotensyjne, blokery P450)
- Historia hiponatriemii

Zespół serotoninowy

Rozpoznanie różnicowe

Złośliwy zespół neuroleptyczny (objawy narastają w ciągu dni, a nawet tygodni, natomiast objawy toksyczności serotoninowej występują gwałtownie i krótko po ekspozycji), inne zespoły polekowe, m.in. cholinolityczny i sympatykomimetyczny.

Główne grupy objawów:

- 1) nadpobudliwość nerwowo-mięśniowa – wzmożenie odruchów ścięgniastych, obustronny objaw Babińskiego, kloniczne kurcze mięśni, mioklonie, drżenie, sztywność
- 2) nadmierne pobudzenie układu współczulnego – wzrost temperatury ciała, tachykardia i obfite pocenie
- 3) zaburzenia świadomości, głównie splątanie z silnym niepokojem psychoruchowym.

mppl INTERNA

Kryteria rozpoznania według Huntera:

- 1) przyjęcie środka o działaniu serotoninergicznym oraz
- 2) ≥ 1 z następujących objawów: spontaniczne kurcze kloniczne mięśni, indukowane kurcze kloniczne i pobudzenie psychoruchowe lub obfite pocenie, oczopląs i pobudzenie psychoruchowe lub obfite pocenie, drżenie mięśniowe i wygórowanie odruchów ścięgniastych, hipertensja i temperatura ciała $>38^{\circ}\text{C}$ i oczopląs lub indukowane kurcze kloniczne mięśni.

	serotoninowy	neuroleptyczny	antycholinergiczny
Czynnik wywołujący	Interakcje leków serotoninergicznych/duża dawka	Lek dopaminergiczny, szybka eskalacja dawki	Lek cholinolityczny, nagły wzrost dawki
Hipertermia	tak	tak	tak
Początek objawów	kilka/kilkadziesiąt godzin	dni	Kilka/kilkanaście godzin
Źrenice	poszerzone	normalne	poszerzone
Śluzówki	Wzmożone wydzielanie	Wzmożone wydzielanie, ślinienie	suche
Skóra	Spocona, kolor normalny	Spocona, biała	Czerwona, sucha, ciepła
p.pokarmowy	„zatrucie pokarmowe”, wzmożone odgłosy jelitowe	Zaparcia, odgłosy zmniejszone lub norma	Zaparcia, odgłosy zmniejszone
Napięcie mięśniowe	Wzmożone (szczególnie kg)	Wzmożone, ołowiana rura, objawy pozapiramidowe	prawidłowe
odruchy	hiperrefleksja	bradyrefleksja	prawidłowe
Zachowanie/świadomość	pobudzony	Słaby kontakt, osłupienie, mutyzm	Pobudzony, agresywny, halucynacje wzrokowe, delirium

Na oddziale intensywnej terapii.

1. Monitoruj stan chorego; nierzadko konieczna wczesna intubacja i wentylacja mechaniczna.

2. Sedacja: diazepam 5–10 mg *i.v.* lub **lorazepam** 2–4 mg *i.v.* co 10 min do uspokojenia chorego. W przypadku silnego pobudzenia psychoruchowego **nie stosuj fizycznych środków przymusu bezpośredniego**, gdyż sprzyjają one izometrycznym skurczom mięśniowym, co nasila kwasicę mleczanową i sprzyja wystąpieniu hipertermii.

3. Zwalczanie hipertensji i tachykardii: stosuj leki o krótkim okresie półtrwania (**esmolol**).

4. Wczesne i agresywne zwalczanie gorączki: ochładzanie fizyczne, leki zwiotczające mięśnie (leki przeciwgorączkowe, tj. paracetamol i NSLPZ, są nieskuteczne).

5. Nie stosuj dopaminy, chlorpromazyny, propranololu, bromokryptyny, dantrolenu ani leków o działaniu przeciwocholinergicznym (haloperydol, droperydol), hamujących pocenie i stymulujących wzrost temperatury ciała.

6. Jeśli intensywne leczenie objawowe nie przynosi poprawy stanu chorego, zastosuj **ciproheptadynę** *p.o.* 12 mg, kolejne dawki po 2 mg co 2 h do uzyskania poprawy klinicznej lub osiągnięcia maks. dawki dobowej 32 mg. Po podaniu leku może wystąpić przejściowa hipotensja.



Leki powodujące wzrost serotoniny

- Dekstrometorfan
- Fentanyl
- Linezolid
- Tryptany
- Metoklopramid
- Petydyna
- Dziurawiec, Żen-szeń
- Prommetazyna
- Razagilina
- Selegilina
- Tramadol
- Pochodne ergotaminy

Ocena

Efekt po 2-3 tygodniach

Gdy po 4-6 tygodniach

- brak efektu → zmiana leczenia
- Częściowy efekt → zwiększenie dawki

Brak efektu:

- Zwiększenie dawki
- Zamiana na inny lek
- Psychoterapia
- Elektrowstrząsy
- Dodanie innych leków (drugi przeciwdepresyjny, neuroleptyk, lit, przeciwpadaczkowe)

Powyżej 3
nawrotów
długotrwałe
leczenie

U starszych efekt opóźniony po 4-
8 tygodniach,
Pełny efekt po 2-3 miesiącach

30% nie reaguje na leczenie
pierwszego rzutu (reewaluacja
rozpoznania, sprawdzenie compliance)

Dłuższe leczenie – powyżej pół roku
(większość uważa 1 rok po remisji
kontynuacja)

Ostawienie leków

- Stopniowo- kilka tygodni, miesięcy

The antidepressant discontinuation syndrome

Mnemonic for clinical presentation

F Flu-like symptoms

I Insomnia

N Nausea

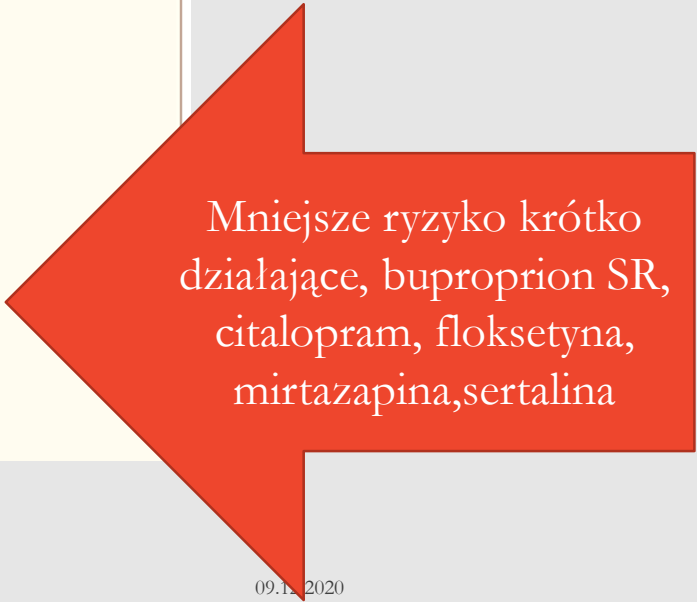
I Imbalance

S Sensory disturbances (e.g., electrical sensations)

H Hyperarousal (agitation)



Duże ryzyko
(paroksetyna, wenlafaksyna,
TLPD, MAOI)



Mniejsze ryzyko krótko
działające, bupropion SR,
citalopram, floksetyna,
mirtazapina, sertalina

Psychotherapia

- | | |
|-----------------------------|---|
| Cognitive Behaviour Therapy | <ul style="list-style-type: none"> • Helps to change people's perception of their psychosocial environment (cognitive restructuring), skill building (problem-solving, communication skills), and mood regulation skills (behavioral activation) • Aims to identify maladaptive belief systems, test the validity of these, and help individuals formulate more realistic cognitions • Improvement results from addressing these cognitions and integration of behavioural activation/skills to overcome maladaptive behaviours • Acceptability and efficacy in this population |
| Problem solving | <ul style="list-style-type: none"> • This involves teaching the patient to identify problems, brainstorming for the solutions, deciding on a solution, implement the solution, and then evaluation of the same as to whether this is effective or not |
| Interpersonal psychotherapy | <ul style="list-style-type: none"> • Focuses on the impact of interpersonal relationships: interpersonal conflict, interpersonal deficits, role transitions, grief |

Reminiscence therapy

deficits, role transitions, grief

- Simple/unstructured reminiscence- storytelling of life events with focus on positive past events
- Structured life review / reminiscence - entire life span
- Focuses on evaluating positive and negative events with reframing and integrating these events
- Used with the goal of changing one's view of themselves and the events in their life
- Potentially effective treatments for depressive symptoms in the elderly, effective as other treatments including pharmacotherapy, alternative to psycho-/pharmacotherapy

Brief Dynamic Therapy

- Aim is to make the subject understand and cope better with their conflicts. It focuses on reflections of past experiences, clarification of affect, the therapeutic relationship, and the confrontation of maladaptive interpersonal patterns, wishes or conflicts.

Elektrowstrząsy

- lekooporność
- szybka remisja objawów w wyniku zabiegów EW wykonywanych w trakcie wcześniejszego epizodu choroby
- nasilone myśli i tendencje samobójcze
- życzenie wyrażone przez samego pacjenta (jeżeli tylko nie wynika z przesłanek psychopatologicznych)
- istnienie przeciwwskazań do leczenia farmakologicznego
- szybkie pogarszanie się stanu somatycznego
- Katatonia
- Odmowa jedzenia
- Zaburzenia psychotyczne

Elektrowstrząsy

- Mogą być skuteczniejsze niż leki
- Uwaga na zaburzenia rytmu serca
- Skutki uboczne: upadki, pozabiegowe delirium, przejściowe pogorszenie funkcji poznawczych (bardziej narażone osoby z demencją)
- z wiekiem podniesiony próg drgawkowy
- Wskazane mniejsze dawki leków antycholinergiczných, anestetyków, miorelaksantów przy znieczuleniu
- Zmniejszenie ryzyka powikłań ze strony funkcji poznawczych: leczenie unilateralne (preferencyjna półkula prawa) niż bilateralne (obie półkule)

Factors influencing seizure threshold and/or seizure duration

Factor	Influence
Gender	Seizure threshold is higher for men compared to women
Electrode placement	Seizure threshold is higher in bilateral ECT than unilateral ECT
Age	Seizure threshold increase as age progresses
Anaesthetic agents	Some anaesthetic agent can raise seizure threshold and/or shorten seizure duration, e.g., barbiturates.
Psychotropic drugs	Psychotropic medications like benzodiazepines can raise seizure threshold and/or shorten seizure duration
Other medications	Caffeine, theophylline, reserpine can decrease seizure threshold Caffeine, can increase seizure duration Anticoagulants , β -blockers can raise seizure threshold
ECT	ECT itself can raise seizure threshold
Hyperventilation/hyper-oxygenation	Can be used to lengthen seizure duration in people with short seizures

Dodatkowo

- Wsparcie rodziny
- Pomoc socjalna
- Regularny plan dnia
- Socjalizacja
- Ćwiczenia fizyczne: aerobowe, yoga, mindfulness
- Religia

Depresja oporna

- Nie reaguje na min dwie próby zmiany leków
- Częściej naczyniowa
- Częściej koreluje z zaburzeniami poznawczymi
- Reewaluacja, compliance
- Lit (przedział 0,5-0,6 mmol/l), aripiprazol, kwetiapina, leki przeciwpadaczkowe