

Marta Szpak, Katarzyna Jania, Dorota Mochel, Kornelia Ożóg,
Wiesława Pilip, Przemysław Rybak

**ZARZĄDZANIE JAKOŚCIĄ ŻYCIA
W WIEKU SENIORALNYM: UCZESTNICTWO
W KLUBACH SENIORA JAKO FORMA ZAPOBIEGANIA DEPRESJI**

Managing the quality of life in old age: participation in senior clubs as a form of prevention of depression

Abstract: The article was written by me and my students from the Faculty of Psychology and Humanities Academy of Krakow. Senior Clubs are a very good example of social capital as a network of social relationships between individuals who trust each other and have a reciprocal. People in the network tend to mutually support each other, help and exchange important information. Thanks to the participation in the Senior Clubs can contribute actively to prevent a serious threat occurring at the senior age, which is depression. According to the WHO, it is the fourth most serious health problem in the world, which are often the source of a significant deterioration in mental functioning, physical and social disability, and suicide attempts. Depression in the elderly is more dependent on environmental factors than younger people. While younger people family burden found in about 80% in the elderly is at about 44%. This means that the depression at the senior age is much more driven by the social rather than biological factors compared with younger age groups. This also means that it is easier to prevent and treat using these social factors. One of the main causes of depression in the elderly is the depletion interaction with the environment, and reduced activity. Therefore, it is important to stimulate the activation of such persons, thereby reducing the risk of depression. Recent psychological research

indicates a strong relationship of friendship with happiness and the length and quality of life. Friendship improves happiness through the creation of social support and a sense of belonging. The aim of our research presented in this article was to test the hypothesis that individuals who actively participate in the Senior Club are less depressed than those who do not participate. Our team conducted empirical research presented in this paper, allowed to confirm this hypothesis. Activity in the Senior Club provides activities, involvement and support of mental health, which may significantly prevent the development of depression. Of course, it is also probably the case that those who are already at risk of suffering from depression or her less likely to participate in the activities of the Senior Citizens Clubs. It is often associated with passivity, apathy and withdrawal from the social environment, and so often associated with symptoms of depression. However, even in such a situation, the primary treatment, usually bringing more interest in the world and people should encourage such people to actively participate in senior clubs. It is then treated as a kind of social therapy. Social and cultural activity in old age is a factor in increasing the quality of life, serving mental and physical health, increasing the level of happiness and reducing the level of suffering.

Key words: Depression, depression in the elderly, suffering, Senior Clubs, social capital, social relationships, environmental factors, reduced activity, friendship, happiness, quality of life, social support, sense of belonging.

Depresja jako poważne zagrożenie zdrowotne

Badania nad depresją w ciągu ostatnich dziesięciu lat znacznie się rozwinęły, między innymi z tego powodu, że stanowi ona obecnie bardzo poważny problem zdrowotny¹. Według WHO (Światowej Organizacji Zdrowia), jest ona czwartym najpoważniejszym problemem zdrowotnym na świecie. Depresja była dotąd definiowana na wiele sposobów. W języku codziennym oznacza głębokie poczucie smutku, przygnębienia, rozpacz. W języku naukowym (medycznym, psychologicznym) może oznaczać objaw, zespół objawów lub chorobę (jednostkę nozologiczną). Depresja trwa powyżej dwóch tygodni, jako bardzo głęboki smutek w postaci żalu i gniewu, której towarzyszą poczucie nieadekwatności do sytuacji, niepewności jutra, poczucie bezsensu oraz często myśli samobójcze².

Problem depresji stał się obecnie jednym z najważniejszych problemów globalnych. Na całym świecie bowiem na depresję cierpi ponad sto milionów osób. Objawy lżejszej lub cięższej depresji dotyczą około 25% kobiet i 15% mężczyzn – jest więc to bardzo znaczna liczba i związany z nią poważny problem społeczny. Jednocześnie obserwuje się również stały wzrost zachorowań. Depresja jest zaburzeniem o charakterze nawracającym, często o przewlekłym przebiegu, a jej konsekwencje mogą być bardzo poważne³. Często jest źródłem

¹ C.S. Malbi, P.K. Bridges, *Postępowanie w depresji*, Wrocław 2001, s. vii.

² J. Rembowski, *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*, Warszawa-Poznań 1984.

³ C.S. Malbi, P.K. Bridges, *op. cit.*, s. 18.

znacznego pogorszenia funkcjonowania psychicznego, fizycznego i społecznego, powodem niepełnosprawności, a także prób samobójczych. Zaburzenia depresyjne występują najprawdopodobniej znacznie częściej niż są diagnozowane, gdyż wiele osób cierpiących nie szuka porady lekarskiej. Jest to często związane z biernością, apatią i pesymizmem, towarzyszących temu zaburzeniu.

Depresję jako poważny problem zdrowotny zauważono już w starożytności. Ojciec medycyny, Hipokrates (460–337 p.n.e.) wprowadził nazwę „melancholia” na chorobliwe zaburzenia nastroju, natomiast określenie „temperament melancholiczny” przyjął na pewien sposób funkcjonowania ludzi smutnych. Opisy depresji spotkać można też w Biblii (np. w księdze Hioba), u Plutarcha, w literaturze pięknej⁴.

Rodzaje depresji

Obecnie wyróżnia się kilka rodzajów depresji, dość znacznie różniących się od siebie, zarówno charakterem, jak i nasileniem oraz dolegliwością objawów. W zależności od przyczyn wywołujących zaburzenie, tradycyjnie dzieli się depresje na endogenne (czyli pochodzenia wewnętrznego) oraz egzogenne (czyli pochodzenia zewnętrznego). Te ostatnie nazywa się też często depresjami reaktywnymi lub nerwicowymi⁵.

Najpoważniejszą postacią depresji jest depresja nawracająca, zwana także dużym zaburzeniem depresyjnym, dużą depresją, depresją jednobiegunową, w której występują zaburzenia depresyjne o dużym nasileniu. Wśród niej wyróżnia się depresję melancholiczną, depresję przewlekłą, depresję atypową i otępienie rzekome depresyjne. W tej najcięższej postaci depresji dominuje poczucie winy, bezradność, spowolnienie intelektualne, emocjonalne i ruchowe, pogarsza się werbalna i pozawerbalna komunikacja z chorą osobą, która coraz bardziej wycofuje się z otoczenia. Nierzadko pojawiają się próby samobójcze, powodowane rozpaczą i głębokim obniżeniem poczucia własnej wartości. Duża depresja jest zaburzeniem częstym, cierpi na nią w obecnie około 3% populacji (rozpow szechnienie punktowe), w skali roku liczba osób chorujących na depresję wzrasta do 6%, a w skali całego życia do 16–18%. Wskaźnik zapadalności kobiet na dużą depresję wynosi 1 do 5, a mężczyzn 1 do 10. Choć epizod dużej depresji zaczyna się zwykle po przekroczeniu 40 roku życia, coraz częściej zaczynają na nią chorować także młodzi ludzie.

Bardzo groźne objawy depresyjne mogą pojawiać się w trakcie przebiegu zaburzenia afektywnego dwubiegunowego, w którym stany depresyjne przeplatane są stanami maniakalnymi lub hipomaniakalnymi. W zaburzeniu tym objawy

⁴ A. Zięba, D. Dudek, *Krótką historia poglądów na depresję*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 13–19.

⁵ C.S. Malbi, P.K. Bridges, *op. cit.*, s. 12.

mają charakter przewlekły i często są maskowane objawami somatycznymi, nadużywaniem alkoholu bądź innych substancji psychoaktywnych.

Poważne objawy depresyjne mogą wystąpić także w depresji poporodowej, związanym z przelosem hormonalnym tuż po urodzeniu dziecka, mają one często wiele cech wspólnych z dużą depresją, np. silne poczucie winy⁶. Coraz częściej jest też rozpoznawana depresja sezonowa, związana z okresowym niedostatkim światła słonecznego, w miarę zbliżania się do zimowego przesilenia⁷. Objawy depresyjne mają mniejsze nasilenie w zaburzeniu dystymicznym, zwanym niegdyś nerwicą depresyjną, natomiast często mają charakter przewlekły. Rozpowszechnienie dystymii jest podobne do dużej depresji.

Depresja jako problem wieku senioralnego

Na występowanie depresji w starości ma wpływ wiele współzależnych czynników. Szczególną rolę odgrywają biologiczne i psychospołeczne aspekty starzenia się, spadek percepcji i sprawności psychomotorycznej, a także postawa przejawiana przez dzieci i młodzież wobec starszych⁸. Udowodniono, że w wyniku zmian w organach oraz redukcji komórek, organizm jest mniej odporny na stresory zewnętrzne. Proces ten obejmuje też zmiany w zakresie procesów myślowych oraz zmiany w odczuwaniu problemów duchowych⁹.

Częstość zaburzeń depresyjnych w populacji seniorów, a więc ludzi po 65 roku życia, określane jest na 15%, z czego 3–5% przypada na depresję psychotyczną¹⁰. Wbrew powszechnym opiniom, występuje ona w tym okresie dwukrotnie częściej niż otepienie¹¹. Czasem trudno jest nawet odróżnić depresję od często występującego u ludzi starszych smutku związanego z żałobą czy równie wtedy częstym poczuciem rozgoryczenia i pesymizmu¹².

Depresja u osób starszych jest bardziej uzależniona od czynników środowiskowych, niż u osób młodszych. O ile u osób młodszych obciążenie rodzinne stwierdza się w około 80%, o tyle u osób starszych w około 44%¹³. Podobnie

⁶ L. Wolpert, *Depresja – złośliwy smutek*, Warszawa 2001, s. 47.

⁷ *Ibidem*, s. 105.

⁸ J. Rembowski, *op. cit.*

⁹ N. Piłkuła, *Etos starości w aspekcie społecznym. Gerontologia dla pracowników socjalnych*, Kraków 2011.

¹⁰ F.A. Blazer, C.D. Williams, *The Epidemiology of Dysphoria and Depression in an Elderly Population*, American Journal of Psychiatry 1980, No. 137, s. 439.

¹¹ B. Pitt, *Psychogeriatrics*, London 1982.

¹² W.K. Zung, *Affective Disorders*, [w:] *Handbook of Geriatric Psychiatry*, red. W. Busse, D.G. Blazer, New York 1980.

¹³ W. Mayer-Gross, E. Slater, M. Roth, *Ageing and the Mental Diseases of the Aged Clinical Psychiatry*, London 1969, s. 533.

ryzyko zapadnięcia na depresję krewnych pierwszego rzędu jest dwa razy mniejsze u seniorów, niż u osób młodszych¹⁴.

W prawie 40% przypadków depresja w wieku senioralnym nie jest poprawnie diagnozowana, co w dużym stopniu jest związane z obrazem starego człowieka w społeczeństwie. Objawy depresji są w tym przedziale wiekowym często bagatelizowane i przypisywane starości jako takiej. Bardzo często w społeczeństwie smutek, utrata energii, zainteresowań, chęci do działania, zamknięcie się w sobie oraz osłabienie funkcji intelektualnych są bowiem spostrzegane jako niemalże fizjologiczne, nieuchronne objawy starości¹⁵. Czynniki kulturowe niewątpliwie odgrywają tutaj silnie niekorzystną rolę.

Czy częstość depresji musi nasilać się z wiekiem?

W Polsce częstość depresji z wiekiem wzrasta szczególnie zauważalnie. Porównanie z krajami rozwiniętymi Zachodu wskazuje jednak, że tak być nie musi, gdyż w krajach tych poczucie szczęścia z wiekiem raczej wzrasta niż spada¹⁶ (Argyle 2004).

Dlaczego tak się dzieje? Przede wszystkim w krajach zachodnich osoby starsze są bardziej zamożne i doświadczone (w sensie doświadczenia aktualnego i użytecznego) od osób młodszych. Przez całe życie oszczędzali pieniądze i zbierali użyteczne informacje o świecie, w którym żyją. Choć czasami są mniej sprawni w używaniu najnowocześniejszych typów komórek lub w surfowaniu w Internecie, to w codziennym życiu są znacznie lepsi od młodszych i sprawniej potrafią się w nim poruszać.

Niestety, w Polsce osoby najstarsze są też często najbiedniejsze. Emerytur wypracowanych w okresie PRL nie da się w żaden sposób porównać z dochodami, jakie osiągają młode pokolenia. Doświadczenie życiowe polskich seniorów dotyczyło kompletnie innej gospodarki, innego świata, innych relacji międzyludzkich. Przeszli też przez niezwykle traumatyzujące wydarzenia represji politycznych. Ślady tych ran na długo zostają w psychice. Obecne pokolenie, kiedy wejdzie w wiek starszy, będzie najprawdopodobniej równie szczęśliwym pokoleniem seniorów, co ci żyjący w Anglii, Francji czy Stanach Zjednoczonych. Tam zresztą też obserwuje się, że obecne pokolenia stają się bardziej szczęśliwe z wiekiem niż poprzednie. Choć w dziedzinie edukacji ludzi młodych Polska ma coraz lepsze rezultaty, to jednak jest na samym końcu w Europie pod względem studiujących osób w wieku dojrzałym i starszym. A warto pamiętać, że wzrost szczęścia z wiekiem charakteryzuje ludzi raczej wykształconych. W Polsce nato-

¹⁴ H. Wardaszko-Lyskowska, *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*, [w:] *Psychiatria*, red. S. Dąbrowski, J. Jaroszyński, S. Puzyński, Warszawa 1988.

¹⁵ H. Lóo, T. Gallard, *Depresja*, Katowice 1997, s. 31–32.

¹⁶ M. Argyle, *Psychologia szczęścia*, Wrocław 2000.

miast zwalnia się z pracy znakomitych fachowców z powodu ich wieku (który na całym świecie jest atutem, a nie słabością). Nic dziwnego, że starsze osoby czują się niedoceniane i bezwartościowe.

Ma to szczególne znaczenie w świetle faktu, że czynnikiem szczególnie istotnym w powstawaniu stresu u osób starszych jest przewlekły stres¹⁷. Często wiąże się on z sytuacją umieszczenia w domu opieki, wdowieństwa lub z powodu długotrwałej toksycznej relacji z rodziną¹⁸. Poważnym czynnikiem stresogennym jest też pogorszenie stanu zdrowia, często połączone z przewlekłym bólem i poczuciem bezradności.

Depresja a stres

O dawna już dostrzeżono bardzo silny związek pomiędzy depresją a długotrwałe działającym stresem, głównie w okresie dzieciństwa, ale także i w okresie późniejszym¹⁹. Długotrwały stres upośledza bowiem funkcjonowanie osi podwzgórze–przysadka–nadnercza (HPA – *hypothalamic-pituitary axis*), co związane jest z nadmiernym wydzielaniem kortykoliberyny (CRH – *corticotropin – releasing hormone*). Ze względu na kluczowy udział w reakcji stresowej, oś podwzgórze–przysadka–nadnercza (HPA), jest zwana osią stresu²⁰,

Stres uruchamia zwiększenie wydzielania CRH w jądrze przykomorowym podwzgórza w wyniku aktywacji układu cAMP/PKA i zwiększenia fosforylacji zależnego od cAMP czynnika transkrypcyjnego – CREB (*cAMP-response element binding protein*). CRH z kolei, działając na swoiste receptory w przednim płacie przysadki mózgowej, nasila wydzielanie hormonu adrenokortykotropowego (ACTH), który z kolei pobudza syntezę i uwalnianie glikokortykosteroidów nadnerczowych (kortyzolu) w korze nadnerczy. CRH wywiera także silne działanie ośrodkowe, wywołując reakcje lękowe i depresyjne oraz zaburzenia regulacji snu i odżywiania.

Ponadto następuje tu zjawisko błędnego koła: chroniczne nadmierne wydzielanie kortyzolu wiąże się bowiem ze zwiększoną syntezą i wzmożonym wydzielaniem CRH. U chorych na depresję stwierdzano także w badaniach *post mortem* kilkakrotne zwiększenie liczby neuronów wydzielających CRH w jądrze podwzgórza. Kierunek i wielkość zmian są zależne od czasu choroby. Zwiększa się także reakcja kory nadnerczy na ACTH.

W depresji wzrasta liczba syntezowanych i uwalnianych cząsteczek kortyzolu na cząsteczkę ACTH. Jest możliwe, że w depresji ilość receptorów CRH

¹⁷ H. Wardaszko-Łyskowska, *op. cit.*

¹⁸ B. Pitt, *op. cit.*

¹⁹ W. Kostowski, *Nowsze koncepcje działania leków przeciwdepresyjnych w świetle badań nad stresem i depresją*, [w:] *Postępy w leczeniu chorób afektywnych*, red. E. Nowakowska, Poznań 2008, s. 10.

²⁰ J. Landowski, *Oś podwzgórze–przysadka–nadnercze jako cel działania antydepresyjnego*, [w:] *Postępy w leczeniu...*, s. 27.

(GR) jest zbyt mała, co powoduje zwiększoną syntezę i wydzielanie podwzgórzowego CRH. Najprawdopodobniej pozytywnym skutkiem działania niektórych leków przeciwdepresyjnych jest zwiększanie liczby receptorów GR w hipokampie, a więc w strukturze wpływającej hamująco na syntezę i wydzielanie podwzgórzowego CRH. Wiele dowodów przemawia też za tym, że leki przeciwdepresyjne wywołują na poziomie molekularnym długotrwałe zmiany adaptacyjne, polegające na wpływie na ekspresję genów.

Wydaje się bardzo prawdopodobne, że to głównie zaburzenia w dziedzinie funkcjonowania osi HPA są głównym powodem zmian ubytkowych w zakresie OUN, charakterystycznych dla depresji. W badaniach laboratoryjnych wykazano, że bodźce stresowe, szczególnie długotrwałe, wywołują atrofię komórek piramidowych obszaru CA3 hipokampa i zmniejszają odporność na inne składniki uszkodzające, takie jak hipoglikemia czy niedotlenienie.

Stres wpływa także szkodliwie na proces neurogenezy w wieku dorosłym, która występuje głównie w strefie subgranularnej w zakręcie zębatym hipokampa, a także w innych rejonach mózgu, zwłaszcza w korze asocjacyjnej. Ubytki, a także zablokowanie dalszej neurogenezy w hipokampie, stwarzają poważne konsekwencje dla funkcji emocjonalnych i poznawczych, gdyż struktura ta jest zaangażowana w regulację reakcji emocjonalnych, a także w procesy uczenia się i pamięci, szczególnie przestrzennej, deklaratywnej i kontekstualnej.

Obecnie trwają badania nad wyjaśnieniem mechanizmu destrukcyjnego działania kortyzolu na neurony i proces neurogenezy. Prawdopodobnie wpływa na to hamowanie transportu glukozy do komórek, co powoduje ich śmierć, jak również nasilenie transmisji glutaminianergicznej, która owocuje ekscytotoksycznym uszkodzeniem neuronów. Kortyzol prawdopodobnie wpływa także negatywnie na działanie czynników neurotroficznych, zwłaszcza na BDNF (*brain derived neurotropic factor*). Z kolei leki nowej generacji, które hamują negatywny wpływ stresu i kortyzolu na proces plastyczności neuronalnej, jak na przykład tianeptyna (Coaxil) wykazują szczególnie korzystne działanie antydepresyjne. Przywrócenie plastyczności neuronalnej jest z punktu widzenia neuropsychologii ważnym celem terapii depresji.

Stres, poprzez zaburzenie funkcjonowania osi HPA, prowadzi także do trwałych zmian w funkcjonowaniu układów noradrenergicznego i serotoniner-gicznego, a więc do zaburzeń w zakresie neurotransmiterów, charakterystycznych dla depresji. Badania na zwierzętach wykazały, że zarówno bodźce stresowe, jak i podawanie kortykosteronu prowadzą do osłabienia działania układu serotoniner-gicznego, zmniejszenia poziomu serotoniny w mózgu i zmniejszenia liczby receptorów serotoniner-gicznych.

Wyżej wymienione czynniki neurotransmiterowe i strukturalne ściśle się ze sobą wiążą, gdyż upośledzenie transmisji serotoniny osłabia powstawanie czynników neurotroficznych i w rezultacie zaburza neurogenezę. Wiadomo, że neurogeneza w hipokampie jest stymulowana głównie przez takie czynniki, jak

aktywacja receptorów serotoniny 5-HT₇, a także przez wzbogacane środowisko zewnętrzne, wysiłek fizyczny i uczenie się. Kortyzol nie tylko obniża funkcję receptora serotoniny, ale także podwyższa funkcję receptora β -adrenergicznego. Nowoczesne leki antydepresyjne zaś zawdzięczają swoją skuteczność działaniu w drugą stronę.

Warto tu zwrócić uwagę, że stres krótkotrwały ma najczęściej charakter adaptacyjny i służy przywracaniu utraconej równowagi ze środowiskiem i wypracowaniu nowych, skutecznych form zachowania. Gdy jednak sytuacja stresowa staje się przewlekła, te same mechanizmy z adaptacyjnych stają się dezadaptacyjne²¹. U osób depresyjnych stwierdza się bardzo często taką właśnie przewlekłą nadczynność osi podwzgórze–przysadka–nadnercze. Niejednokrotnie u osób depresyjnych można stwierdzić powiększenie objętości kory nadnerczy i przysadki, jednakże po skutecznym leczeniu antydepresyjnym ich objętość znowu powraca do normy²².

W literaturze spotyka się trzy główne hipotezy, wyjaśniające wzajemne związki depresji i przewlekłej nadczynności osi HPA. Wedle pierwszej z nich, nadczynność tej osi jest po prostu epifenomenem depresji. Przeżycia depresyjne prowadzą bowiem do przewlekłego stresu i związanej z nim nadczynności osi podwzgórze–przysadka–nadnercze. Według konkurencyjnej hipotezy, to pierwotne zaburzenie neuroprzebieżności w ośrodkowym układzie nerwowym prowadzi równoległe z jednej strony do objawów depresji, a z drugiej do nadczynności osi HPA. Za najbardziej prawdopodobną hipotezę można uznać koncepcję, że zaburzenia neuroprzebieżności oraz regulacji osi HPA wzajemnie się stymulują, co w konsekwencji prowadzi do powstawania i utrzymywania się depresji²³. Warto też dodać, że wiele zjawisk charakterystycznych dla wielu senioralnego, łączy się z pojawieniem się przewlekłego stresu i nadczynności osi podwzgórze–przysadka–nadnercze. Przykładem tego jest przewlekły stres związany wywołany ograniczeniem ruchu (immobilizacją), które w wieku starszym zdarza się dosyć często²⁴. Zaburzenie depresyjne to zjawisko złożone, o charakterze polietiologicznym, ale obecnie coraz lepiej poznawane są jego mechanizmy.

²¹ J. Landowski, *Biologiczne mechanizmy stresu*, [w:] *Psychiatria*, red. A. Bilikiewicz, S. Puzyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, Wrocław 2002.

²² R.T. Rubin, J.J. Phillips, T.F. Sadow, J.T. McCracken, *Adrenal Gland Volume in Major Depression. Increase During the Depressive Episode and Decrease with Successful Treatment*, *Arch Gen Psychiatry* 1995, No. 52, s. 213–218.

²³ J. Landowski, *Oś podwzgórze–przysadka–nadnercze...*, s. 27.

²⁴ W. Kostowski, *Nowsze koncepcje działania leków przeciwdepresyjnych w świetle badań nad stresem i depresją*, [w:] *Postępy w leczeniu...*, s. 10.

Depresja u seniorów a choroby somatyczne

Związek pomiędzy chorobami somatycznymi u seniorów a depresją jest bardzo dobrze udokumentowany²⁵. Związek ten ma charakter złożony. Z jednej strony choroby somatyczne mogą prowadzić do depresji, ale z drugiej depresja może pociągać za sobą choroby somatyczne. Czasem ich pojawienie wynika z jednego źródła, czasem ich współwystępowanie może mieć charakter przypadkowy²⁶. Najprawdopodobniej najczęstszym mechanizmem jest ten pierwszy, a więc wyzwolenie przez chorobę somatyczną zjawiska depresji. Mechanizm ten jest dobrze udokumentowany przez dane statystyczne, które potwierdzają wyraźnie częstsze występowanie depresji u cierpiących na zaburzenia somatyczne seniorów, niż u ich zdrowych rówieśników²⁷. Częstość występowania depresji wśród seniorów leczonych w warunkach szpitalnych określa się na 11 do 59%, w zależności od zastosowanych narzędzi diagnostycznych, płci, wieku i rodzaju choroby somatycznej²⁸. Evans i Katona wykazali, że u seniorów w złym stanie zdrowia somatycznego, leczących się w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, depresja występowała średnio dwa razy częściej, niż w porównywalnej wiekowo grupie bez zaburzeń somatycznych²⁹.

Osoby starsze rzadziej są prawidłowo diagnozowane i podejmują leczenie depresji, niż młodsze, natomiast komplikacje oraz rokowania są w tym przedziale wiekowym wyraźnie poważniejsze. Częstsze i bardziej gwałtowne są w tym okresie zamachy samobójcze, szczególnie częste i groźne u depresyjnych starszych mężczyzn³⁰. Beekman i współautorzy wykazali, że związek pomiędzy złym stanem zdrowia somatycznego a depresją u seniorów, był o wiele silniejszy u mężczyzn niż u kobiet. Był także znacznie silniejszy w wieku powyżej 75 lat, niż w przypadku osób młodszych³¹.

Szczególnie wysokie ryzyko wystąpienia depresji występuje u seniorów po zawale serca³² oraz po udarze mózgu³³. Jak należało się spodziewać, depresja

²⁵ M.R. Eastwood, S.L. Corbin, *The Relationship Between Physical Illness and Depression in Old Age*, [w:] *Affective Disorders in the Elderly*, red. E. Murphy, London 1986.

²⁶ C. Katona, G. Livingstone, *Depresja u osób w wieku podeszłym*, Gdańsk 2003, s. 1.

²⁷ *Ibidem*, s. 3.

²⁸ C. Katona, *Depression in Old Age*, Chichester 1994.

²⁹ S. Evans, C. Katona, *The Epidemiology of Depressive Symptoms in Elderly Primary Care Attenders*, *Dementia* 1993, No. 4, s. 327–333.

³⁰ H. Lôo, T. Gallard, *op. cit.*, s. 32.

³¹ A.T.F. Beekman, D.M.W. Kriegsman, D.J.H. Deeg, *The Associations of Physical Health and Depressive Symptoms in The Older Populations: Age and Sex Differences*, *Social Psychiatry* 1985, No. 30, s. 32–38.

³² H.G. Koenig, H.G. Meador, H.J. Cohen, D.J. Blazer, *Detection and Treatment of Major Depression in Older Medically Ill Hospitalized Patients*, *Int J Psychiatry Medicine* 1988, No. 18, s. 17–31.

³³ R.G. Robinson, L.B. Star, K.L. Kubos, T.R. Price, *A Two-Year Longitudinal Study of Post-Stroke Mood Disorders: Finding During the Initial Evaluations*, *Stroke* 1983, No. 14, s. 736–741.

jest też często związana z chorobami, w których istnieje duże nasilenie bólu³⁴, a więc w przypadku chorób nowotworowych czy reumatycznych.

Depresja u seniorów a interakcje ze środowiskiem

Jedną z głównych przyczyn powstawania depresyjności u osób starszych jest również uszczuplenie interakcji ze środowiskiem oraz zmniejszona aktywność społeczna³⁵. Przyczyną tych zjawisk może być spadek energii i sił oraz świadomość upływającego czasu i nadchodzącej śmierci. Poczucie niepewności powoduje izolację ludzi starszych od otoczenia, co skutkuje ograniczonymi kontaktami. Dlatego też bardzo ważne jest, by stymulować aktywizację u takich osób, zmniejszając tym samym ryzyko pojawienia się depresyjności.

Ostatnie badania psychologicznie wskazują na silny związek przyjaźni ze szczęściem oraz długością i jakością życia. Ważne jest utrzymywanie przynajmniej kilku bliskich przyjaźni. Diener i Seligman próbowali znaleźć cechę ludzi, która najsilniej łączy się ze szczęściem i okazało się, że jest nią bogata i spełniona aktywność towarzyska³⁶. Ludzie szczęśliwi spędzali dużo czasu na spotkaniach z przyjaciółmi i zarówno oni sami, jak i inni twierdzili, że mają łatwość nawiązywania i podtrzymywania stosunków towarzyskich.

Związek przyjaźni i szczęścia jest obustronny. Przyjaźń zwiększa poczucie szczęścia, między innymi przez wsparcie społeczne oraz poczucie przynależności. Zadowolenie rośnie liniowo z liczbą i jakością przyjaźni. Stwierdzono, że pozostawianie w relacji przyjaźni z innymi ludźmi poprawia pracę układu immunologicznego, serca i układu krążenia, odgrywa pewną rolę w profilaktyce chorób nowotworowych, zwiększa nawet tolerancję na ból. Z drugiej strony osoby szczęśliwe są atrakcyjniejsze towarzysko i chętniej wybierane na przyjaciół. Podobnie jak w małżeństwie i związkach intymnych, przyjaźnie częściej łączą podobieństwa niż różnice. Istnieje też pozytywny, obustronny związek pomiędzy szczęściem a umiejętnościami społecznymi, a także pozytywna korelacja między szczęściem a ekstrawersją i asertywnością. Wszystko więc wskazuje na to, że warto nie tylko tworzyć bardzo bliskie związki z relatywnie małą grupą osób, ale też koalicje, zrzeszenia, towarzystwa czy sieci społeczne, dające wsparcie większej liczby ludzi. Błędem jest ograniczanie się tylko do samych członków rodziny. Bardzo istotna jest bowiem przyjaźń z rówieśnikami o podobnych poglądach, sytuacji życiowej, z którymi szczerze i ze zrozumieniem można dzielić troski. Seniorzy mogą tworzyć świetnie funkcjonujące sieci wzajemnej przyjaźni i wsparcia, mają na to więcej czasu i doświadczenia życiowego. Czasami jednak

³⁴ D.C. Turk, A. Okifui, L. Scharff, *Chronic Pain and Depression: Role of Perceived Impact and Perceived Control in Different Age Cohorts*, Pain 1995, No. 61, s. 93–101.

³⁵ Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa*, Kraków 2004.

³⁶ E. Diener, M.E. Seligman, *Very Happy People*, Psychol Sci 2002, No. 13, s. 81–84.

potrzeba do tego dobrych okazji. Do takich na przykład należy wspólne uczęszczanie na zajęcia Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Ważne jednak, aby tak powstałe znajomości podtrzymywać, spotykać po zakończeniu kursu. Warto tworzyć sieci wzajemnie się przyjaźniących i wspierających starszych ludzi, gdyż jest to kwestia nie tylko ich lepszego samopoczucia, ale także zdrowia i jakości życia. Już od dawna wiadomo, że kontakt z zaprzyjaźnionymi osobami poprawia nastrój starszych ludzi, przedłuża im nawet życie. Osoby, które w starszym wieku mają dużo przyjaciół, żyją dłużej i cieszą się znacznie większym zdrowiem psychicznym i fizycznym niż samotne.

Ostatnie badania amerykańskie wskazują też, że niezwykle istotna jest wszelka działalność społeczna. Emeryci, którzy czynnie uczestniczą w życiu społeczności, żyją ponaddwukrotnie dłużej niż osoby niezaangażowane. W krajach najbardziej rozwiniętych cywilizacyjnie, ludzie starsi zaczynają wracać do polityki. Wracać dlatego, że kiedyś w polityce odgrywali ogromną rolę – stanowili starszyzną rodową, rządzili jako geruzja w państwach greckich (zwłaszcza w Sparcie), wchodzili w skład senatów, organów doradczych, a ich doświadczenie i mądrość stanowiły gwarancję pomyślności ogółu. Dopiero w XX wieku ich wpływ zaczął być ograniczany, zwłaszcza po I wojnie światowej. Przyczyna była głównie polityczna – odrzucono dawne kadry upadłych imperiów, usuwano osoby oskarżane o doprowadzenie do wojennej katastrofy. Ale szybko dopasowano też argumenty pseudonaukowe – o rzekomym starzeniu się umysłu. Wiek XX był bowiem stuleciem wykluczania – z przyczyn rasowych, politycznych, zdrowotnych, a także (choć o tym się nie pamięta) z powodu wieku. Obecnie właśnie najlepiej rozwinięte kraje znów dopuszczają do życia politycznego nawet najstarszych seniorów. Szwedzka socjaldemokratka, Tilia von Sydow, rozpoczęła swoją polityczną karierę i została wybrana do parlamentu w wieku 80 lat. Uważa ona siebie za „sufrażystkę wieku dojrzałego” i postanowiła poświęcić energię i determinację na walkę z ageizmem, czyli dyskryminacją ze względu na starszy wiek. Rzuciła nawet hasło wyborcze – „co czwarty mandat dla emerytów”³⁷. W społeczeństwie, gdzie już niedługo co czwarta osoba będzie emerytem, byłaby to idea jak najbardziej poprawna demokratycznie. W Polsce też nie brak jest osób bardzo zaawansowanych wiekowo, wciąż pozostających wielkim autorytetami politycznymi, jak choćby niezmordowany Władysław Bartoszewski. Stanowczo jednak za mało jest czynnych działaczy w wieku senioralnym, odnosi się wrażenie, jakby sami usuwali się ze świata społecznego. Takie organizacje, jak kluby seniora, dają więc osobom starszym możliwość pełnego zaangażowania się w życiu swojej społeczności.

³⁷ A. Mirski, *Aktywni żyją dłużej*, Dziennik Polski, 8 maja 2008.

Wsparcie klubów seniora

Bez wątpienia pomoc w tej kwestii stanowią organizacje i stowarzyszenia pro-senioralne, a także system pomocy społecznej, służące zaspokajaniu potrzeb rozwojowych osób starszych i udzielaniu im wsparcia³⁸ (Szarota 2004). Jedną z takich placówek jest klub seniora, w którym członkowie mogą poszerzać swoje horyzonty i poznawać ciekawych ludzi, głoszących podobne wartości. Kluby seniora najczęściej organizowane są przy domach kultury lub osiedlowych klubach. Często spotkania osób starszych organizowane są także w ramach działalności parafialnej.

Dodatkowym atutem zgromadzeń seniorów jest możliwość spotkania się w ważnych dniach, kiedy samotność jest szczególnie uciążliwa – organizowane są więc spotkania wigilijne, zabawy sylwestrowe, wielkanocne śniadania, czasem także imprezy jubileuszowe. Członkowie klubów uczestniczą również w życiu kulturalnym, chodzą na koncerty, do kina, teatru. Najważniejsza jest jednak rodzinna atmosfera i możliwość zrobienia czegoś razem. Uczestnictwo we wspólnocie ofiaruje także poczucie jedności i przynależności do grupy, które jest bezcenne.

Kluby seniora umożliwiają realizację własnych pasji. Stanowią źródło niewyczerpanych inspiracji, pole wymiany doświadczeń i poglądów. Wszystko to wpływa na poczucie jedności i ważności tych osób, daje im satysfakcję oraz poczucie spełnienia³⁹ (Pikuła 2011). Uczestnictwo w klubach seniora stymuluje również funkcje intelektualne, zachęca do wspólnej realizacji pasji, uczestnictwa w kulturze. Jest to ważne tym bardziej, że istnieje wyraźna pozytywna korelacja między dobrym funkcjonowaniem intelektualnym a długością życia. Łączy się to z wyższą świadomością zdrowotną, zdrowszą dietą, większą aktywnością ruchową. Wydaje się jednak, że istnieją jeszcze inne, nie w pełni zbadane czynniki łączące wykształcenie z długością. Najprawdopodobniej sprawny mózg po prostu lepiej służy ciału. Badania potwierdziły, że aktywność intelektualna i społeczna działają ochronnie w przypadku choroby Alzheimera, a ona jest przecież dla starszych ludzi sporym zagrożeniem.

Badanie empiryczne

Podsumowując powyższe rozważania nasuwa się pytanie, czy depresyjność u osób uczęszczających do klubu seniora jest niższa niż depresyjność osób, które nie korzystają z tego typu placówek. Ten właśnie fakt miały sprawdzić badania empiryczne.

³⁸ Z. Szarota, *op. cit.*

³⁹ N. Pikuła, *Etos starości w aspekcie społecznym. Gerontologia dla pracowników socjalnych*. Kraków 2011.

W kontekście dotychczasowych wywodów i przedstawionych danych uzasadnione jest postawienie hipotezy, że osoby aktywnie uczestniczące w zajęciach klubu seniora, będą mniej depresyjne niż osoby nieudzielające się w stowarzyszeniu. Tak więc uczęszczanie do tej grupy nieformalnej, wpływa na depresyjność osób do niej należących.

Metoda

Osoby badane

W badaniu wzięło udział 60 osób, w tym kobiety i mężczyźni. Wszystkie osoby badane były w wieku powyżej sześćdziesiątego roku życia. Badani zostali podzieleni na dwie grupy, jedną z grup stanowiły osoby aktywnie uczęszczające do klubu seniora ($N = 30$), w skład drugiej grupy wchodziły osoby niekorzystające z usług aktywizacji tej placówki ($N = 30$).

Narzędzia

W badaniu wykorzystano Geriatryczną Skala Oceny Depresji (GDS) (Yesavage 1983), która jest najczęściej stosowaną skalą w ocenie depresji wieku podeszłego. Kwestionariusz składa się z 30 pytań dotyczących samopoczucia z ostatnich 2 tygodni. Zadaniem osoby badanej było ustosunkowanie się do każdego pytania Tak lub Nie.

Osoba badana mogła uzyskać od 0 do 21 punktów. Im wyższy wynik, tym wyższa depresyjność. Interpretacja wyników była następująca: 0–9 brak depresji, 10–19 lekka depresja, powyżej 20 – głęboka depresja. Wykonanie skali przeciętnie zajmuje 5–10 minut. Skalę cechuje wysoka spójność i rzetelność.

Procedura

Badanie miało charakter indywidualny, odbyło się w pomieszczeniach klubu seniorów, w miejscu cichym i doskonale znanym respondentom. Każdy z respondentów został poinformowany o celu badania, możliwości rezygnacji i anonimowości. Poproszono o szczerze odpowiedzi.

Wyniki

W grupie aktywnie uczestniczącej w zajęciach klubu seniora, średnia wyniosła 6,33 ($M = 6,33$), a odchylenie standardowe $SD = 3,59$. W grupie, która nie korzysta z tej formy aktywizacji, średnia wyniosła 8,86 ($M = 8,86$), a odchylenie standardowe $SD = 4,9$. Wyniki testu t wskazują na istnienie istotnej statystycznie różnicy między grupami $t(58) = -2,28$; $p < 0,026$.

Poziom depresyjności osób aktywnie korzystających z klubu seniora był istotnie niższy niż poziom depresyjności osób, które nie korzystają z form aktywizacji w klubie seniora.

Dyskusja

Badanie miało na celu sprawdzenie, czy aktywne uczestnictwo w klubie seniora wpływa na depresyjność u osób po 60. roku życia. Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że aktywność w stowarzyszeniu istotnie obniża depresyjność. Osoby, które aktywnie uczestniczą w spotkaniach klubu są mniej depresyjne, w porównaniu do osób niekorzystających z form aktywizacji placówki.

Należy jednak zwrócić uwagę, że uzyskano istotną statystycznie różnicę. Nie podważając istotności klubów dla ludzi starszych, należy zastanowić się, czy mają one istotny wpływ na poziom depresji członków. Być może należy wprowadzić w życie nowe formy aktywności dla seniorów, programy czy zajęcia, które byłyby ukierunkowane na przeciwdziałanie wzrostu depresyjności. Z całą pewnością w klubach seniora (gdzie regularnie gromadzą się ludzie starsi) takie działania będą dużo łatwiejsze do wprowadzenia, niż poza nimi. Po inicjacji wspomnianych działań należałoby powtórzyć badanie i porównać otrzymane wyniki. Być może równie istotne byłoby przeprowadzenie badania w innym klubie dla seniorów i zestawienie otrzymanych wyników. W takim przypadku istotne byłoby uwzględnienie programów aktywizujących realizowanych w danym klubie. Kolejną rekomendacją na przyszłość może być włączanie programów aktywizujących w profilaktykę zachorowań na depresję dla osób po 60. roku życia, gdyż są one dla nich pomocne w zmniejszaniu poziomu depresyjności.

W interpretacji otrzymanych wyników należy też wziąć pod uwagę możliwość, że osoby z depresyjnością właśnie ze względu na występujące u nich zaburzenie, nie uczestniczą aktywnie w zajęciach klubu seniora. Ma się tutaj zatem do czynienia ze zjawiskiem dwustronnym. Z jednej strony osoby, które uczestniczą w klubie są mniej narażone na depresję, a z drugiej osoby, które na nią już cierpią, mniej chętnie podejmują się takiej aktywności. Dlatego takie zagrożone depresją osoby powinno się specjalnie zachęcać do uczestnictwa. W przypadku zaś osób już cierpiących na depresję, po wszczęciu odpowiedniej terapii, powinno się pomyśleć o uczestnictwie w klubie jako o formie dodatkowej socjoterapii.

Podsumowanie

Depresja osób w wieku senioralnym stanowi poważny problem społeczny. Występuje ona stosunkowo często i, co więcej, zjawisko to ulega nasileniu. Po pierwsze, z niewyjaśnionych dotychczas przyczyn, depresja pojawia się coraz częściej w ogólnej populacji. Po drugie, coraz więcej osób wchodzi w wiek senioralny, więc również coraz częściej spotkać się można z omawianym zjawiskiem. Wreszcie na pewno odgrywają tutaj pewną rolę czynniki kulturowe. Osoby w wieku starszym nie cieszą się już takim respektem i poważaniem, jak to było w przeszłości. Seniorzy rzadziej są prawidłowo diagnozowani, często właśnie ze względów kulturowych, gdyż osłabienie sił intelektualnych i obniże-

nie nastroju uważa się powszechnie (błędnie) za cechy naturalnie przysługujące starszemu wiekowi. Dlatego też seniorzy rzadziej podejmują leczenie depresji niż osoby młodsze, choć komplikacje oraz rokowania są w tym przedziale wieku wyraźnie poważniejsze. Jak wskazane było w niniejszym artykule, istnieje bardzo silny związek depresji ze stresem. Z kolei dla ludzi starszych bardzo poważnym źródłem przewlekłego stresu jest osamotnienie, bezczynność, utrata poczucia sensu życia. Dlatego wszelkie formy aktywności, które pozwolą zwalczyć samotność, zwiększyć aktywność i odzyskać sens życia są niezwykle cenne. Taką formą aktywności może być dla osób starszych aktywne uczestnictwo w klubach seniora.

Celem badań przedstawionych w niniejszym artykule było sprawdzenie hipotezy, że osoby, które aktywnie uczestniczą w klubach seniora, będą mniej depresyjne niż osoby nieudzielające się w stowarzyszeniu. Przeprowadzone badania empiryczne potwierdziły hipotezę. Uczestnictwo w klubie seniora dostarcza zaangażowanie i wsparcie psychiczne, które w istotny sposób mogą zapobiegać rozwojowi depresji. Oczywiście jest też zapewne i tak, że osoby już zagrożone depresją lub cierpiące na nią, mniej chętnie uczestniczą w klubach seniora. Jest to często związane z biernością, apatią i wycofywaniem się ze społecznego otoczenia, a więc z objawami często towarzyszącym depresji. Jednakże i w takiej sytuacji, po podstawowej terapii, przywracającej zwykle większe zainteresowanie światem i ludźmi, warto takie osoby zachęcić do uczestnictwa w klubach. Należy to wówczas potraktować jako pewien rodzaj terapii. Społeczna i kulturalna aktywność w starszym wieku jest czynnikiem zwiększającym jakość życia, służącym zdrowiu psychicznemu i fizycznemu.

Bibliografia

- Argyle M. (2004), *Psychologia szczęścia*, Astrum, Wrocław.
- Beekman A. T.F., Kriegsman D.M.W., Deeg D.J.H., (1985), *The Associations of Physical Health and Depressive Symptoms in the Older Populations: Age and Sex Differences*, *Social Psychiatry*, No. 30, s. 32–38.
- Blazer F.A., Williams C.D. (1980), *The Epidemiology of Dysphoria and Depression in an Elderly Population*, *American Journal of Psychiatry*, No. 137, s. 439.
- Diener E., Seligman M.E., *Very Happy People*, *Psychol Sci* 2002, No. 13, s. 81–84.
- Eastwood M.R., Corbin S.L. (1986), *The Relationship Between Physical Illness and Depression in Old Age*, [w:] *Affective Disorders in the Elderly*, red. red. E. Murphy, Churchill Livingstone, London.
- Katona C., Livingstone G. (2003), *Depresja u osób w wieku podeszłym*, Via Medica, Gdańsk.
- Katona C. (1994), *Depression in Old Age*, John Wiley, Chichester.
- Kostowski W. (2008), *Nowsze koncepcje działania leków przeciwdepresyjnych w świetle badań nad stresem i depresją*, [w:] *Postępy w leczeniu chorób afektywnych*, red. E. Nowakowska, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań.

- Koenig H.G., Meador H.G., Cohen H.J., Blazer, D.J. (1988), *Detection and Treatment of Major Depression in Older Medically Ill Hospitalized Patients*, Int J Psychiatry Medicine, No. 18, s. 17–31.
- Landowski J. (2002), *Biologiczne mechanizmy stresu*, [w:] *Psychiatria*, red. A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, Urban & Partner, Wrocław.
- Landowski J. (2008), *Oś podwzgórze–przysadka–nadnercze jako cel działania antydepresyjnego*, [w:] *Postępy w leczeniu chorób afektywnych*, red. E. Nowakowska, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań.
- Lôo H., Gallard T. (1997), *Depresja*, Książnica, Katowice.
- Malbi C.S., Bridges P.K. (2001), *Postępowanie w depresji*, Urban & Partner, Wrocław.
- Mayer-Gross W., Slater E., Roth M. (1969), *Ageing and the Mental Diseases of the Aged Clinical Psychiatry*, Tindal and Cassell, London.
- Mirski A. (2008), *Aktywni żyją dłużej*, Dziennik Polski, 8 maja.
- Pikuła N. (2011), *Etos starości w aspekcie społecznym. Gerontologia dla pracowników socjalnych*, WAM, Kraków.
- Pitt B. (1982), *Psychogeriatrics*, Churchill, London.
- Rembowski J. (1984), *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*, PWN, Warszawa–Poznań.
- Robinson R.G., Star L.B., Kubos K.L., Price, T.R. (1983), *A Two-Year Longitudinal Study of Post-Stroke Mood Disorders: Finding During the Initial Evaluations*, Stroke, 14, s. 736–741.
- Rubin R.T., Phillips J.J., Sadow T.F., McCracken J.T. (1995), *Adrenal Gland Volume in Major Depression. Increase During the Depressive Episode and Decrease With Successful Treatment*, Arch Gen Psychiatry, No. 52, s. 213–218.
- Szarota Z. (2004), *Gerontologia społeczna i oświatowa*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, Kraków.
- Turk D.C., Okifui A, Scharff L. (1995), *Chronic Pain and Depression: Role of Perceived Impact and Perceived Control in Different Age Cohorts*, Pain, 61, s. 93–101.
- Wardaszko-Łyskowska H., 1988, *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*, [w:] *Psychiatria*, red. S. Dąbrowski, J. Jaroszyński, S. Pużyński, PZWL, Warszawa 1988.
- Wolpert L. (2001), *Depresja – złośliwy smutek*, Muza, Warszawa.
- Zung W.K. (1980), *Affective Disorders*, [w:] *Handbook of geriatric psychiatry*, red. W. Busse, D. G. Blazer, Van Nostrand Reinhold Company, New York.
- Zięba A., Dudek D. (2002), *Krótką historia poglądów na depresję*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Wydawnictwo Medyczne, Kraków.