

The background of the cover is a painting of a forest. The trees are dark and textured, with a prominent vertical trunk in the center. The water in the foreground is dark and reflects the light. Numerous white birds, possibly swans or geese, are shown in various stages of flight throughout the scene, creating a sense of movement and light against the dark background.

DEPRESJA W PRAKTYCE LEKARZA RODZINNEGO

pod red. prof. Marka Jaremy

Depresja w praktyce lekarza rodzinnego

pod red. prof. Marka Jaremy

Depresja w praktyce lekarza rodzinnego

pod red. prof. Marka Jaremy

© Copyright by Termedia

Wszystkie prawa zastrzeżone.

Żaden z fragmentów tej książki nie może być publikowany w jakiegokolwiek formie bez wcześniejszej pisemnej zgody wydawcy. Dotyczy to także fotokopii i mikrofilmów oraz rozpowszechniania za pośrednictwem nośników elektronicznych.

Termedia Wydawnictwa Medyczne

ul. Kleeberga 2

61-615 Poznań

tel./faks +48 61 822 77 81

e-mail: termedia@termedia.pl

<http://www.termedia.pl>

termedia

Termedia Wydawnictwa Medyczne

Poznań 2016 r.

Wydanie II rozszerzone

Skład i łamanie: studio graficzne TERMEDIA

ISBN: 978-83-7988-158-1

Wydawca dołożył wszelkich starań, aby cytowane w książce nazwy leków, ich dawki oraz inne informacje były prawidłowe. Wydawca ani autorzy nie ponoszą odpowiedzialności za konsekwencje wykorzystania informacji zawartych w niniejszej publikacji. Każdy produkt, o którym mowa w książce, powinien być stosowany zgodnie z odpowiednimi informacjami podanymi przez producenta. Ostateczną odpowiedzialność ponosi lekarz prowadzący.

Zespół autorów

dr n. med. Anna Zofia Antosik-Wójcińska

Oddział Chorób Afektywnych
II Klinika Psychiatryczna
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

dr n. med. FECSM Justyna Holka-Pokorska

III Klinika Psychiatryczna
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Marek Jarema

III Klinika Psychiatryczna
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

dr n. med. Agnieszka Popiel

Wydział Psychologii
SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny w Warszawie

dr n. hum. Ewa Pragłowska

Szkoła Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej Uniwersytetu SWPS
pod kierownictwem dr Agnieszki Popiel i dr Ewy Pragłowskiej

dr n. med. Tomasz Szafranski

Ośrodek Psychoterapii i Psychiatrii PSYCHE PLUS w Warszawie

Spis treści

Rozdział 1

7 Depresja jako problem ogólnomedyczny

Marek Jarema

Rozdział 2

27 Obraz kliniczny depresji

Tomasz Szafrąński

Rozdział 3

75 Zagrożenia w depresji – myśli samobójcze, samoleczenie, niepełnosprawność

Justyna Holka-Pokorska

Rozdział 4

113 Leczenie farmakologiczne depresji

Marek Jarema

Rozdział 5

139 Inne formy leczenia depresji

Anna Zofia Antosik-Wójcińska

Rozdział 6

161 Psychoterapia depresji

Agnieszka Popiel, Ewa Pragłowska

Marek Jarema

Depresja jako problem ogólnomedyczny

1.1. Wprowadzenie

Organizm ludzki to jedność, zintegrowana całość, a nie zbiór różnych układów, systemów czy komórek. Wszyscy zdajemy sobie sprawę z tego, że choroba, gdy się pojawia, to wprawdzie manifestuje się jakimiś objawami, często ograniczonymi do jednego układu, ale cierpi przecież cały człowiek. Podobnie jest z zaburzeniami psychicznymi. Psychika i ciało są ze sobą ściśle powiązane, dlatego nawet gdy w obrazie klinicznym jakichś zaburzeń nie ma objawów cielesnych (somatycznych), to zawsze należy myśleć o pacjencie jako o osobie chorej, cierpiącej, potrzebującej pomocy.

Depresja stanowi dobry przykład pełnej integracji ciała i psychiki, przejawia się bowiem zarówno objawami z kręgu psychopatologii, jak i dolegliwościami cielesnymi. Należy pamiętać, że depresja powoduje upośledzenie funkcjonowania organizmu w istotnym zakresie, dlatego jest chorobą, która w znaczny sposób może powodować inwalidyzację pacjentów i sprawiać, że ich życie i aktywność ulegają znacznemu zubożeniu.

W medycynie najlepiej posługiwać się prostymi pojęciami, łatwo zrozumiałymi dla lekarzy i pacjentów. Ale nie zawsze się to udaje. Określenie „depresja” jest terminem medycznym, ale powszechnie znanym i często nadużywanym. Czasami zastępuje w mowie potocznej inne określenia, bardziej trafne, takie jak smutek, przygnębienie, zniechęcenie czy apatia. Będzie o tym dokładnie mowa w rozdziale poświęconym obrazowi klinicznemu depresji.

Zdaniem autora należy przeciwstawiać się pojęciom, których uzasadnienie jest wątpliwe, a korzyść z ich rozpowszechniania – niewielka. Na przykład niekiedy można spotkać się z pojęciem „zespołu chorobowego”, który nieco przypomina obraz depresji. Składają się na niego: anhedonia, zmęczenie, brak apetytu, zaburzenia uwagi, wycofanie się z kontaktów społecznych, zaburzenia snu. Za wystąpienie tego zespołu odpowiedzialny ma być wzrost stężenia cytokin w chorobach somatycznych [1]. Nie wydaje się, żeby rozpoznawanie takiego „zespołu” było słuszne, gdyż jego objawy niemal nie różnią się od objawów depresji, a hipotetyczne rozważania dotyczące jego genezy nie tłumaczą, dlaczego jego objawy ustępują po lekach przeciwdepresyjnych.

Trudno jednoznacznie powiedzieć, jakie jest rozpowszechnienie depresji w populacji. Najpierw bowiem należy zdefiniować pojęcie „depresja”. Inna jest częstość występowania pełnობrazowej depresji (stanu, który spełnia kryteria diagnostyczne dużej depresji), a inna „depresji” rozumianej potocznie jako obniżenie nastroju, przygnębienie czy zniechęcenie. Rudisch i Nemeroff [2] szacują występowanie depresji u osób z chorobą wieńcową na 17–27%, ale uważają, że depresja o niepełnym obrazie występuje u znacznie większego odsetka tych chorych.

Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) w 2002 r. uznała, że depresja jest drugą co do częstości po chorobach serca przyczyną niepełnosprawności na świecie, przy czym w populacji kobiet znajduje się na pierwszym miejscu tej niechlubnej listy, a w populacji mężczyzn – na piątym [3]. Depresja jest uznawana za najbardziej dolegliwą chorobę (*most painful medical disorder*) – 50% chorych ma myśli samobójcze, 30% podejmuje próby samobójcze, 15% popełnia samobójstwo. Według danych WHO rocznie notuje się około miliona samobójstw, z czego 70% jest spowodowanych depresją – więcej niż zgonów wskutek działań wojennych czy katastrof [4].

Według badań opartych na telefonicznym wywiadzie przeprowadzonym wśród ponad 6 tysięcy mieszkańców Kalifornii i stanu Nowy Jork w okresie miesiąca zaburzenia depresyjne stwierdzono u 5,2% badanych. Były one częstsze u kobiet, osób w wieku średnim, białej rasy. Z występowaniem depresji ściśle korelowała otyłość, gorszy ogólny stan zdrowia oraz palenie tytoniu. W grupie osób z objawami

depresji ponad połowa (57,7%) otrzymywała pomoc terapeutyczną: farmakologiczną – 28,3%, psychiatryczną – 29,4% [5]. Scogin i Shah [6] szacują występowanie depresji wśród osób starszych korzystających z opieki lekarzy pierwszego kontaktu na 7–36%, co zależy od kryteriów rozpoznania i narzędzia użytego do oceny. Szacunkowe dane dotyczące występowania objawów depresyjnych w populacji miejskiej w Niemczech to 6,4%. Wartości te są wyższe wśród kobiet, osób w wieku średnim (czyli 40–59 lat) i osób o niższym statusie społeczno-ekonomicznym [7].

Według Rothenhäuslera [8] występowanie zaburzeń psychicznych szacuje się na 41,3–46,5% pacjentów szpitala ogólnego. Najczęstsze zaburzenia to zaburzenia uwarunkowane organicznie, depresja, nadużywanie alkoholu. Autor uważa, że połowa tej populacji chorych powinna otrzymać pomoc psychiatryczną, jakkolwiek szacuje się, że psychiatryczne konsultacje udzielane są 2,66–3,3% pacjentów w szpitalach Austrii i Niemiec.

Oceniając występowanie depresji i zaburzeń lękowych wśród chorych na cukrzycę typu 1, Shaban i wsp. [9] stwierdzili, że średnie nasilenie depresji w szpitalnej skali lęku i depresji (*Hospital Anxiety and Depression scale* – HAD) jest wyższe u mężczyzn z cukrzycą niż w populacji osób zdrowych, a nasilenie lęku wyższe u kobiet z cukrzycą niż u osób zdrowych. Częstość występowania łagodnych form depresji i zaburzeń lękowych nie różniła się u chorych na cukrzycę od wartości oczekiwanych w populacji osób zdrowych. Według badań Del Campo i wsp. [10] ryzyko schorzeń układu kostno-szkieletowego wśród pracowników opieki zdrowotnej było większe, jeżeli wcześniej występowały u nich objawy depresji lub lęku. W badaniach długoterminowych stwierdzono, że jeżeli w pierwszej ocenie występowały objawy depresyjne, to wiązało się to z większym ryzykiem rozwinęcia się chorób przewlekłych w ciągu 25 lat obserwacji [11].

Statystyki medyczne uwzględniają jedynie te osoby, które skorzystały z fachowej pomocy z powodu depresji. Dane uzyskane na podstawie badań ankietowych w reprezentatywnej populacji mogą się znacznie różnić. Dlatego trudno jest precyzyjnie określić, jaki odsetek populacji cierpi na depresję. Według danych za 2010 r. w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej zarejestrowano 254 000 chorych, co stanowiło 22% chorych leczonych ambulatoryjnie), którzy korzystali z porad psychiatrycznych z powodu zaburzeń nastroju.

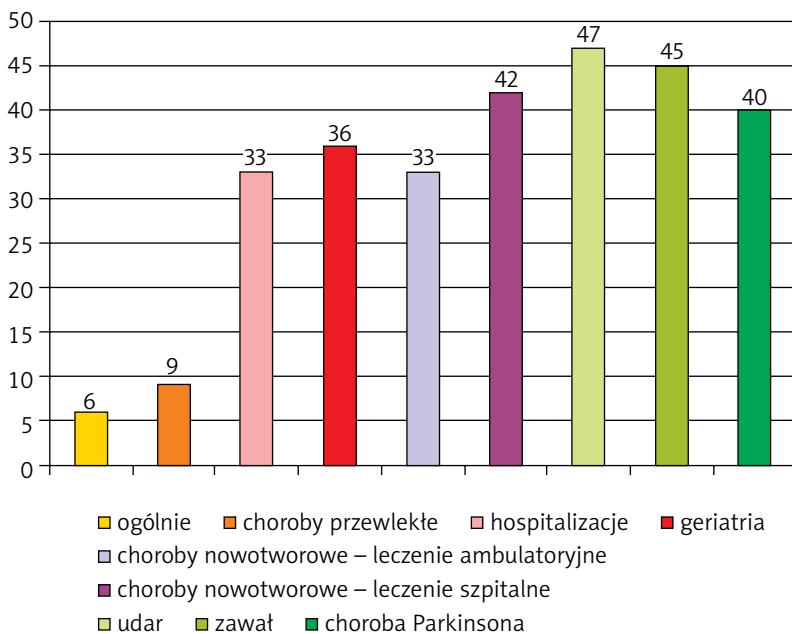
Wśród osób hospitalizowanych w szpitalach i oddziałach psychiatrycznych w 2010 r. było ponad 15 000 chorych leczonych z powodu zaburzeń nastroju, co stanowi 8,6% ogółu hospitalizowanych osób [12]. Nie należy zapominać jednak, że w liczbie tej mieszczą się nie tylko chorzy na depresję, lecz także pacjenci z innymi zaburzeniami afektywnymi (np. z manią). Ponadto dane te dotyczą jedynie chorych leczonych w poradniach psychiatrycznych, a nie uwzględniają osób z objawami depresji, które korzystają z porad lekarzy innych specjalności.

Podobnie trudno jest jednoznacznie określić, jaki odsetek chorych somatycznie cierpi jednocześnie na depresję. Dane szacunkowe mówią, że u 10–50% chorych na oddziałach somatycznych depresja współistnieje z chorobą somatyczną. Wśród pacjentów korzystających z opieki lekarzy pierwszego kontaktu, ogólnych lub lekarzy rodzinnych 10–30% zdradza objawy różnych zaburzeń psychicznych, przy czym ok. 90% z nich stanowią zaburzenia afektywne [13]. W Stanach Zjednoczonych zaburzenia nastroju o różnym obrazie i nasileniu obserwuje się u ok. 10% populacji, a objawy lęku – u 18% [14]. Wśród chorych pozostających pod opieką lekarzy pierwszego kontaktu w USA 6–9% manifestuje objawy takich zaburzeń, jak napady paniki, uogólnione zaburzenia lękowe, fobia społeczna czy pourazowe zaburzenia stresowe [15]. Według dokładniejszych analiz na 500 chorych przyjętych przez lekarza pierwszego kontaktu z powodu zaburzeń somatycznych ponad 1/3 miała objawy zaburzeń nastroju lub lękowych, z czego depresję rozpoznano u 8,4%, uogólnione zaburzenia lękowe u 2%, napady paniki u 1,4%, depresję bliżej nieokreśloną zdiagnozowano u 10%, a bliżej nieokreślone zaburzenia lękowe u 11,4% chorych [16].

Szacunkową ocenę rozpowszechnienia depresji wśród chorych somatycznie ilustruje ryc. 1.1.

Jak widać, zakładając, że depresja (o różnym nasileniu i obrazie klinicznym) występuje u ok. 6% populacji, to wśród chorych na nowotwory pozostających w leczeniu szpitalnym, chorych po udarze mózgu, po zawale serca lub z chorobą Parkinsona jest ok. 7 razy częstsza. Tłumaczy to dobrze wyzwanie, jakim jest depresja dla chorych somatycznie i dla osób sprawujących nad nimi opiekę.

Tak częste występowanie zaburzeń afektywnych (z których najczęstszym jest depresja) zmusza do zwrócenia szczególnej uwagi na



Rycina 1.1. Występowanie depresji (wg [4])

właściwą diagnostykę i leczenie tych zaburzeń przez lekarzy, niebędących psychiatrami. Według autorów amerykańskich niektóre z tych schorzeń nadal stanowią problem diagnostyczny dla lekarzy pierwszego kontaktu: lęk rozpoznaje zaledwie ok. 1/4 lekarzy, depresję ok. 55%, a współistniejący lęk i depresję ok. 65% lekarzy [17].

Szacuje się, że 60–70% chorych na depresję korzysta nie z pomocy psychiatrów, ale lekarzy innych specjalności, głównie lekarzy ogólnie praktykujących. Ocenia się, że ok. 15% chorych na depresję demonstruje tak znacznie nasilone objawy choroby, w tym urojenia depresyjne czy tendencje samobójcze, że od razu korzystają z pomocy psychiatrycznej [4].

Chociaż nawołujemy zawsze do traktowania chorego człowieka jako jedności, nie zwalnia nas to z dociekań, jaka jest wzajemna zależność między chorobą somatyczną a depresją.

Ogólnie panuje zgodność, że zależność taka może być trojaka:

1. Depresja jest wtórna, a więc jest skutkiem choroby somatycznej.

Dzieje się tak w przypadku, gdy pacjent cierpi na schorzenie so-

matyczne i w jego przebiegu występuje depresja. Przy tym należy wykluczyć ewentualność, że depresja jest wynikiem określonych działań (np. depresjogenne działanie niektórych leków) albo jest przejawem reakcji psychologicznie uzasadnionej na określoną sytuację stresową. Dzieje się tak na przykład w przypadku poinformowania chorego o rozpoznaniu u niego choroby nowotworowej.

2. Depresja jest pierwotna i poprzedza wystąpienie choroby somatycznej. W takim przypadku często przyjmuje się, że wskutek określonych zachowań cechujących chorych na depresję (zmniejszona aktywność, brak dbałości o dietę i higienę, zachowania destrukcyjne, próby samoleczenia także za pomocą alkoholu) dochodzi albo do wystąpienia choroby somatycznej, której dotychczas nie było, albo do ujawnienia się choroby już istniejącej, ale przebiegającej bezobjawowo. Ta druga sytuacja, wbrew pozorom, nie jest rzadka, gdyż stosunkowo często zdarza się, że pacjenci, u których wystąpiły objawy depresyjne, zaczynają się uskarżać na dolegliwości somatyczne znajdujące uzasadnienie w ich stanie fizycznym. Chorzy ci, a także ich rodziny, często stwierdzają w takich przypadkach, że od chwili zachorowania na depresję „wszystko zaczyna się sypać”. Czasami przytaczają przysłowia, że „biednemu zawsze wiatr w oczy” lub „na pochyłe drzewo każda koza skacze”. Ilustruje to znany fakt, że u chorych depresyjnych częściej występują schorzenia somatyczne. Szacuje się, że po wystąpieniu epizodu depresji ryzyko zawału serca wzrasta 4–5-krotnie w porównaniu z ryzykiem zawału serca w ogólnej populacji. Nawet podkliniczne postaci depresji (o łagodnym nasileniu) zwiększają to ryzyko dwukrotnie. Mechanizmy patogenetyczne odpowiedzialne za ten stan są złożone. Wymienia się m.in. zmniejszenie odruchu błędnego, uszkodzenie śródbłonna prowadzące do zakrzepów, wzrost agregacji płytek, wzrost lepkości krwi, aktywację kortyzolu. Ryzyko śmierci po zawale serca wynosi 3% i wzrasta aż do 17%, jeżeli jednocześnie chory cierpi na depresję. Rok po operacji pomostowania wieńcowego ryzyko wystąpienia powikłań w postaci na przykład dusznicy, niewydolności serca, zawału serca jest wyższe u chorych na depresję. Udowodniono nie tylko związek depresji z chorobami serca. Na przykład u kobiet chorych na depresję gęstość kości jest o 10% zmniejszona, a ryzyko złamania kości udowej wzrasta o 40% [4].

3. Depresja i choroba somatyczna współistnieją jednocześnie, bez etiologicznego związku. Sytuacja taka jest możliwa, jakkolwiek trudna do precyzyjnego ustalenia przede wszystkim dlatego, że niekiedy nie można dokładnie ustalić początku choroby, zarówno somatycznej, jak i depresji.

Jedną z przyczyn, dla których depresja nie jest szybko i trafnie diagnozowana, jest obawa przed stygmatyzacją związaną z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych. Często się zdarza, że sami chorzy boją się zarówno wizyty u psychiatry, jak i procesu diagnostycznego (np. badań psychologicznych), a utwierdzają ich w tym także najbliżsi, mało skłonni przyznać, że ich krewny ma problemy psychiczne. Innym czynnikiem, który powstrzymuje chorych przed wizytą u psychiatry, a tym samym powoduje, że depresja czasem nie jest właściwie rozpoznana i leczona, jest też wstyd przed ujawnieniem faktu, że ktoś leczy się psychiatrycznie. Taka zła atmosfera wokół problematyki zaburzeń psychicznych jest ze wszech miar niekorzystna, przyczynia się do izolacji chorych, utrudniając zarówno diagnozowanie, jak i leczenie psychiatryczne. Dlatego należy zrobić wszystko, aby zmienić nastawienie społeczne do problemów zdrowia psychicznego. Im szybciej uda się przekonać szeroko rozumianą opinię społeczną o tym, że zaburzenia psychiczne są niczym innym, jak przejawem choroby, takiej samej jak wszystkie choroby somatyczne, że mogą wystąpić u każdego i że zachorowanie nie jest formą „kary za grzechy”, tym szybciej osiągniemy względnie korzystną sytuację, gdy chorzy potrzebujący porady będą zgłaszali się po nią do profesjonalistów, bez obawy, że fakt ten wykluczy ich z życia społecznego, jak to się niekiedy zdarza.

Istotne, związane z występowaniem depresji jest pytanie o jej dziedziczność. Zdarza się bowiem, że rodziny chorych na depresję zwracają się wprost do lekarza z pytaniem, czy „to jest rodzinne” lub czy „dzieci też będą chore”. Odpowiedź na takie pytania nigdy nie jest łatwa, gdyż wprawdzie nie ma dowodów na dziedziczenie depresji, np. wg praw Mendla, ale zauważalna jest tendencja do częstszego występowania depresji w rodzinach, w których stwierdzano zaburzenia afektywne. Wskaźnik zbieżności zachorowania na chorobę afektywną dwubiegunową (potocznie zwaną dawniej maniako-depresyjną) wynosi u bliźniąt monozygotycznych 65%, a u dzygotycznych jedynie 14% [18].

Ogólnie uważa się, że obciążenie rodzinne depresją (a szerzej – zaburzeniami nastroju) zwiększa ryzyko zachorowania u krewnych. Ryzyko zachorowania na depresję może także zwiększać na przykład obciążenie rodzinne uzależnieniami. Druga zasada mówi, że im bliższe pokrewieństwo z osobą chorą, tym większe ryzyko zachorowania na depresję. Zgodnie z tą zasadą, gdy jedno z rodziców cierpi na przykład na depresję, ryzyko zachorowania na tę chorobę przez dziecko jest większe, niż gdyby rodzic był zdrowy. Ryzyko zachorowania u tego dziecka jest też większe niż na przykład u siostrzenicy osoby chorej lub u jej kuzynki. Jest to o tyle istotne, że obecny stan wiedzy nie pozwala na kategoryczne wykluczenie możliwości wystąpienia depresji u każdego z nas, natomiast pozwala na przewidywanie, mniej lub bardziej dokładne, ryzyka wystąpienia depresji. Jest to szczególnie ważne w kontekście pytania, jakie mogą lekarzowi zadać małżonkowie, z których jedno cierpi na depresję: czy nasze dzieci też będą miały depresję?

Depresja występuje częściej u kobiet – to fakt często potwierdzany. Wśród osób leczonych w szpitalach i na oddziałach psychiatrycznych z powodu zaburzeń nastroju w 2010 r. było 2 razy więcej kobiet niż mężczyzn [12]. Przyczyny tego zjawiska dopatruje się w zaburzeniach hormonalnych występujących u kobiet. Wydaje się, że rolę odgrywa też inna konstrukcja osobowości kobiet niż mężczyzn. Dokładna przyczyna tego zjawiska nie jest jednak poznana. Wprawdzie spotyka się doniesienia o skutecznym leczeniu hormonalnym zaburzeń nastroju, jednakże skuteczność ta nie dotyczy wszystkich chorych na depresję, a jedynie niektórych chorych. Ale w depresji stwierdza się nie tylko nieprawidłowości dotyczące hormonów płciowych, lecz także innych, np. hormonu uwalniającego kortykotropinę (*corticotropin-releasing hormone* – CRH), kortyzolu, tyreotropiny, melatoniny itp. Nie jest też jasna rola neuropeptydów, takich jak β -endorfina, melanostatyna, substancja P czy wazopresyna.

Najczęściej przytaczaną teorią genezy depresji (i zaburzeń nastroju) są zaburzenia neuroprzekąźnictwa. Sugerują one niedobór noradrenaliny i serotoniny lub wzmożone przekąźnictwo cholinergiczne jako przyczynę depresji. Najmocniejszymi argumentami wspierającymi te hipotezy są efekty działania leków przeciwdepresyjnych, które przede wszystkim wpływają na receptory α -adrenergiczne i receptory serotoninericzne [18].

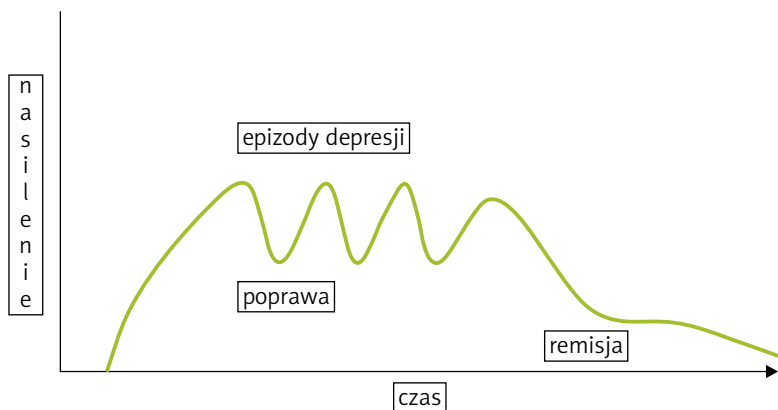
- Dawniej ze względu na przyczynę wyróżniano 3 kategorie depresji:
- depresję psychogenną (spowodowaną czynnikiem psychologicznym, stresem),
 - depresję somatogenną (spowodowaną stanem somatycznym, chorobą somatyczną),
 - tzw. depresję endogenną, która była spowodowana różnymi czynnikami, głównie natury biologicznej, hipotetycznie „wewnątrzpochodnymi” (a więc endogennymi).

Obecnie w nowoczesnym piśmiennictwie psychiatrycznym podział taki został zarzucony, głównie wskutek krytyki pojęcia „endogeny” jako nieprecyzyjnego, mylącego i niewyjaśniającego skomplikowanej genezy zaburzeń nastroju. Jeżeli założyć, że u części chorych na depresję występują pewne nieprawidłowości genetyczne (na co są dowody), które z kolei mogą być spowodowane różnymi czynnikami, w tym szkodliwościami zewnętrznymi, to koncepcja „endogennej” depresji nie wytrzymuje krytyki.

Zaburzenia funkcji poznawczych w depresji mogą się wiązać także z hipotetyczną genezą depresji. Jedna z teorii mówi, że u osób predysponowanych do wystąpienia depresji (ze względu na konstrukcję ich osobowości oraz pewne podłoże biologiczne ryzyko wystąpienia depresji jest wyższe) czynniki stresowe powodują zmniejszenie ekspresji hormonów neurotropowych, w rezultacie wywołują zmiany w mózgu (np. zanik w obrębie hipokampa, osłabienie neurogenezy). Może się to przejawiać zaburzeniami w zakresie funkcji poznawczych (np. pamięci, uwagi) w depresji, a z kolei odpowiednie działania terapeutyczne – stosowanie leków przeciwdepresyjnych, może zwiększać ekspresję czynników neurotropowych, pobudzać neurogenezę, poprawiać plastyczność neuronalną i przez to wpływać na poprawę funkcji poznawczych [19].

Depresja rzadko przebiega jako pojedynczy epizod, bez późniejszych następstw w postaci nawrotów. Może tak się zdarzyć, ale w większości przypadków depresja ma przebieg przewlekły, z zaostrzeniami (rzutami, nawrotami) i z okresami remisji. Ze względu na obraz kliniczny i przebieg obecnie wyróżnia się:

- epizod depresyjny (wg klasyfikacji ICD-10 oznaczany symbolem F32),
- zaburzenia depresyjne nawracające (F33),
- uporczywe zaburzenia nastroju (F34),



Rycina 1.2. Schemat przebiegu depresji

- inne zaburzenia nastroju (F38),
- zaburzenia nastroju nieokreślone (F39).

Wprawdzie depresja może występować jako zaburzenie krótkotrwałe, ale najbardziej charakterystyczne są zaburzenia depresyjne nawracające, najlepiej ilustrujące typowy przebieg zaburzeń depresyjnych, tzn. przebieg z okresami nawrotów i remisji (ryc. 1.2).

Ponieważ depresja należy do kategorii zaburzeń nastroju (zwanych także zaburzeniami afektywnymi), nie sposób pominąć podziału tych zaburzeń na jednobiegunowe i dwubiegunowe. Do jednobiegunowych zalicza się depresję (nawracającą), do dwubiegunowych takie stany chorobowe, które u tego samego chorego cechują się występowaniem zarówno depresji, jak i manii lub hipomanii. Dokładnie zostało to omówione w rozdziale o obrazie klinicznym depresji.

Skoro spośród wielu zaburzeń psychicznych właśnie depresja wymieniana jest najczęściej jako przykład zaburzenia dotyczącego całego organizmu, a nie tylko ośrodkowego układu nerwowego, należy się zastanowić, dlaczego tak się dzieje.

1.2. Obraz kliniczny depresji

Wśród typowych objawów depresji wymienia się najczęściej: smutek, przygnębienie, zniechęcenie, utratę zainteresowań, poczucie małej wartości, braku perspektyw, myśli samobójcze itp. Ale nawet

w przypadku typowej depresji obserwuje się inne, dodatkowe objawy, które nie są może charakterystyczne dla depresji, ale bardzo często występują u chorych depresyjnych, np. zaburzenia snu, łaknienia, dolegliwości bólowe, spadek libido. I właśnie takie objawy, często określane jako typowo „cielesne”, sprawiają, że mówiąc o depresji, mamy na myśli chorobę całego organizmu, chociażby dlatego, że objawy choroby dotyczą wielu układów czy narządów. Trzeba jednak przypomnieć, że część „cielesnych” objawów depresji jest niejako wtórna wobec pierwotnych zaburzeń, takich jak obniżenie nastroju czy napędu psychoruchowego.

Jeszcze wyraźniejszym dowodem na zaangażowanie całego organizmu w chorobę depresyjną są tzw. depresje maskowane, inaczej nazywane poronnymi, ekwiwalentami depresji albo depresją bez depresji. W takich stanach na pierwszy plan wysuwają się dość banalne objawy somatyczne, np. dolegliwości bólowe, dysfunkcje pewnych układów, podczas gdy typowe objawy depresyjne albo są zupełnie niezauważalne, albo też mają bardzo małe nasilenie. Chorzy tacy zgłaszają się po pomoc z powodu dolegliwości fizycznych i niekiedy z zaskoczeniem przyjmują informację, że cierpią na depresję i wymagają leczenia przeciwdepresyjnego.

1.3. Upośledzenie funkcjonowania chorych na depresję

Nawet w sytuacji, gdy obraz depresji nie obejmuje dolegliwości fizycznych, jedną z podstawowych cech tego schorzenia jest upośledzenie funkcjonowania chorych. Może ono mieć różny wymiar i różne nasilenie. Pacjent może się skarżyć na zniechęcenie, niemożność skupienia uwagi, upośledzenie pamięci czy ogólnie mniejszą sprawność intelektualną, co oczywiście wyraźnie upośledza jego funkcjonowanie, może też odczuwać stałe zmęczenie, znużenie, wyczerpanie, osłabienie, czyli szereg objawów fizycznych, które także skutkują upośledzeniem funkcjonowania chorego. Wreszcie nawet typowe objawy depresji, które nie mają charakteru dolegliwości fizycznych, także upośledzają funkcjonowanie chorego. W takim przypadku otoczenie pacjenta często wyraża pogląd, że objawy depresji powodują właśnie złe jego funkcjonowanie, wytrącają go z życiowej roli i sprawiają, że wymaga nie tylko leczenia, lecz także wsparcia i opieki.

1.4. Kontekst społeczny depresji

Zdecydowana większość osób chorych na depresję wzbudza współczucie otoczenia i chęć niesienia im pomocy. Jest to w pełni zrozumiałe, że widząc cierpiącego człowieka, staramy się mu pomóc. Ale choroba ta ma także szerszy wymiar: wpływa na sytuację rodzinną, atmosferę domową, może stanowić zagrożenie dla egzystencji rodziny, np. z powodu wypadnięcia chorego z roli osoby zapewniającej środki do życia. Dlatego też cierpienie pacjenta przenosi się mniej lub bardziej wyraźnie na jego najbliższych. Lekarze i terapeuci zajmujący się chorymi na depresję dobrze wiedzą, że najlepsze rezultaty leczenia osiąga się wówczas, gdy nie tylko sam pacjent, lecz także jego najbliżsi są włączeni w proces terapii, rozumiany szeroko jako wsparcie, wzmacnianie korzystnych postaw i umiejętność właściwej oceny zmian stanu chorego.

Niekiedy można się spotkać ze stwierdzeniem, że depresja jest chorobą społeczną. Rozumie się przez to fakt, że jej rozpowszechnienie jest dość znaczne oraz że zachorowanie odbija się na społecznej roli chorego człowieka. Pod tym stwierdzeniem rozumie się także to, że skutki depresji są wyraźnie odczuwalne dla całego społeczeństwa. Należy do nich zmniejszenie aktywności społecznej chorych, ich produktywności i zaangażowania w funkcjonowanie systemów społecznych. Depresja to większe obciążenie systemu opieki zdrowotnej, większe użycie leków, częstsze wizyty lekarskie, hospitalizacje, konsultacje specjalistów, dłuższe okresy niezdolności do pracy spowodowane chorobą.

Chory na depresję najczęściej traci zainteresowanie otoczeniem, zamyka się w sobie, gorzej reaguje na wszelkie wydarzenia wokół siebie. Sprawia to, że jego zainteresowanie przejawami życia społecznego jest niewielkie. Nie interesuje się tym, co się dzieje w miejscu pracy, w miejscu zamieszkania, w jego mieście czy regionie, ale także w mniejszym stopniu tym, co dzieje się w rodzinie, w domu, z jego najbliższymi. Czasami, niestety, występuje sytuacja odwrotna: chory przejawia przesadną, patologiczną troskę o swoich najbliższych, wyrażającą się w postrzeganiu ich perspektyw życiowych w sposób, w jaki ocenia swoje, tzn. negatywnie. Zdarzają się takie sytuacje, na szczęście rzadko, gdy chory na depresję, wskutek negatywnej oceny siebie i perspektyw życiowych, podejmuje decyzję o dokonaniu

samobójstwa, ale przedtem chce uwolnić swoich najbliższych od nieszczęścia, jakie ich już spotkało albo niedługo niechybnie spotka. Podejmuje więc wobec tych osób czynności mające na celu uchronienie ich przed najgorszym, np. usiłowanie pozbawienia ich życia. Jest to tzw. samobójstwo rozszerzone i jest ono skrajnym przykładem społecznego kontekstu depresji.

1.5. Myśli i tendencje samobójcze

Jednym z największych niebezpieczeństw, jakie niesie ze sobą depresja, jest ryzyko samobójstwa. Ogólnie szacuje się, że ok. 15% chorych na depresję popełnia samobójstwo. Jest to bardzo wysoki odsetek. Nie należy zapominać, że za każdą próbą samobójczą czy samobójstwem kryje się tragedia nie tylko pacjenta, lecz także jego otoczenia. Nawet błaha, wydawałoby się, próba samobójcza, nosząca znamiona mało poważnej i potencjalnie niegroźna dla życia chorego, jest ogromnym wyzwaniem dla otoczenia pacjenta i zawsze powinna być przedmiotem wnikliwej analizy lekarskiej i psychologicznej. Stanowi bowiem sygnał przekroczenia pewnej psychologicznej bariery przez chorego, poza którą znajdują się już jedynie destrukcyjne sposoby na rozwiązywanie jego trudnej sytuacji. Nie można bowiem uznać próby samobójczej za konstruktywny sposób rozwiązywania problemów. Z tego względu próba samobójcza stanowi zawsze poważny aspekt depresji, a biorąc pod uwagę fakt, że odbija się ona istotnie na społecznym kontekście, w jakim chory się znajduje, należy uznać samobójstwo za aspekt ogólnomedyczny, a nie rozpatrywać je w kontekście jedynie ciężkości nasilenia objawów depresji.

1.6. Leczenie przeciwdepresyjne

Leczenie farmakologiczne nie jest jedyną formą oddziaływań terapeutycznych wobec chorych cierpiących na depresję, jest jednak podstawową metodą leczenia i to metodą wykorzystującą czysto medyczne sposoby łagodzenia objawów choroby. Dlatego farmakoterapia depresji jest typowym przykładem na ogólnomedyczny charakter choroby. Wprowadzenie leki przeciwdepresyjne wywołują mniej lub bardziej wybiórcze działanie na określone systemy neuroprzebieżnictwa w ośrodkowym układzie nerwowym, to proces leczenia dotyczy całego organizmu. Dzieje się tak dlatego, że leczenie

przeciwdepresyjne powoduje ustąpienie zarówno psychicznych, jak i fizycznych (cielesnych) objawów depresji. Leczenie to poprawia też funkcjonowanie chorego, nie tylko w sensie ustępowania typowych objawów depresji, takich jak smutek czy lęk. Chorzy sami zgłaszają, że w czasie leczenia farmakologicznego czują się lepiej, mają więcej energii do działania, odczuwają potrzebę aktywności, komunikowania się z innymi, poprawia się ich sen i apetyt.

Nie można zapominać też o innym, czysto medycznym aspekcie działania leków przeciwdepresyjnych, mianowicie o ich tolerancji. Ogólnie wiadomo, że leki przeciwdepresyjne są dość dobrze tolerowane przez chorych, tzn. nie powodują groźnych i bardzo uciążliwych działań niepożądanych. Niemniej zdarza się, że chorzy leczeni przeciwdepresyjnie zgłaszają przykre objawy uboczne stosowania leków przeciwdepresyjnych, a zdecydowana większość z nich dotyczy różnych układów w organizmie, np. krążenia, pokarmowego, skóry czy układu wzrokowego, albo libido. Działania niepożądane leków przeciwdepresyjnych omówiono dokładnie w rozdziałach poświęconych leczeniu. Jako przykład na zaangażowanie całego organizmu chorego w proces leczenia można podać objawy ubocznego działania przeciwdepresyjnych leków trójpierścieniowych. Wiadomo bowiem, że dość często zdarza się, że chorzy przyjmujący te leki skarżą się na wysychanie śluzówek, zaparcia, zaburzenia widzenia, tachykardię, zaburzenia oddawania moczu, uczucie gorąca, poty, spadki ciśnienia tętniczego, drżenie kończyn, uczucie senności, osłabienie libido. Analiza listy objawów ubocznych, które mogą wystąpić w czasie leczenia na przykład amitryptyliną, pokazuje, że leczenie farmakologiczne depresji angażuje cały organizm chorego.

1.7. Kto leczy chorych na depresję?

Pytanie wydaje się trywialne, ale odpowiedź (i rzeczywistość) przeczy oczywistym prawdom. Depresję rozpoznaje i leczy psychiatra, ponieważ depresja jest zaburzeniem psychicznym. Tak jest w teorii. W praktyce natomiast chorzy na depresję najczęściej najpierw zgłaszają się do lekarzy rodzinnych, lekarzy pierwszego kontaktu, lekarzy internistów czy neurologów z prośbą o poradę i pomoc w związku z objawami depresji. Przyczyna tego jest złożona. Należy wziąć pod uwagę zarówno organizację systemu opieki zdrowotnej w Polsce, choć

ten argument częściowo osłabiony jest faktem, że w obowiązującym obecnie systemie opieki zdrowotnej skierowanie do psychiatry od lekarza pierwszego kontaktu nie jest wymagane. Niemniej doświadczenie uczy, że chorzy na depresję rzadko zgłaszają się od razu do psychiatry, najczęściej wybierają innego lekarza. Dlatego tak ważne jest, aby lekarze innych specjalności, a przede wszystkim lekarze rodzinni, posiadali odpowiednie umiejętności do rozpoznawania i inicjowania leczenia depresji. Celowo użyto tu określenia „inicjowanie leczenia”. Zdarza się bowiem tak, że zarówno lekarz, jak i pacjent oraz jego otoczenie oczekują szybkich efektów oddziaływań terapeutycznych i czasami wskutek tej, zrozumiałej często niecierpliwości podejmują decyzję o zasięgnięciu porady psychiatry lub wręcz o skierowaniu chorego do dalszej opieki psychiatrycznej. Tymczasem jedną z podstawowych zasad leczenia przeciwdepresyjnego jest potrzeba kontynuowania terapii nawet wobec braku spektakularnych i szybkich efektów. Będzie o tym mowa w rozdziale poświęconym farmakoterapii depresji.

Dochodzimy więc do jednego z najważniejszych problemów w opiece nad chorymi na depresję, a przynajmniej tego, który budzi najwięcej emocji: kiedy lekarz niepsychiatra powinien skierować chorego na depresję do psychiatry?

Odpowiedź na to pytanie nie jest prosta. Ogólna zasada postępowania lekarskiego mówi, że jeżeli lekarz uważa, iż jego wiedza i doświadczenie pozwalają na optymalną, z punktu widzenia dobra chorego, opiekę nad pacjentem, to prowadzi tę opiekę samodzielnie. Jeżeli uzna, że wymagana jest opinia innego lekarza, to powinien zasięgnąć takiej opinii. Jak widać, wszystko ma charakter uznaniowy. Często efekt wdrożonego już leczenia przeciwdepresyjnego decyduje o dalszym postępowaniu. Jeżeli leczenie okazuje się skuteczne, lekarz z reguły nie widzi wskazań do kierowania chorego do psychiatry. Jeżeli leczenie nie spełnia oczekiwań, najczęściej zasięga się opinii psychiatry. Takie postępowanie, chociaż wydaje się rozsądne, niesie jednak pewne niebezpieczeństwo. Można je uznać za poprawne jedynie wtedy, kiedy rozpoznanie depresji zostało ustalone prawidłowo, a leczenie farmakologiczne dobrane optymalnie do potrzeb chorego. Nie zawsze jednak tak jest, o czym będzie mowa w innym miejscu. Zastrzeżenia może budzić przede wszystkim dobór leku przeciwdepresyjnego, ale najczęściej wątpliwości dotyczą doboru dawki tego leku. Ostrożność lekarza przy stosowaniu wyższych dawek (które

często są dawkami terapeutycznymi w depresji) może być powodem braku spodziewanego efektu leczenia. W takim przypadku konsultacja psychiatry może się okazać bardzo potrzebna, gdyż weryfikacja dawki leku przeciwdepresyjnego często okazuje się skutecznym sposobem optymalizacji leczenia przeciwdepresyjnego. Słowem, chory odnosi korzyść z konsultacji psychiatrycznej.

Praktyka codzienna uczy jednak, że lekarze kierują się głównie nasileniem objawów depresji: im nasilenie jest większe, tym bardziej skłonni są zasięgnąć opinii psychiatry. Z pewnością za taki istotny czynnik, skłaniający lekarza do skierowania chorego do psychiatry, uważa się powszechnie zagrożenie próbą samobójczą: im jest ono bardziej realne, tym większa jest skłonność do kierowania chorego do psychiatry.

Dylemat, kto powinien leczyć chorego na depresję, ma jeszcze inny, bardziej ogólny aspekt. Otóż należy pamiętać, że chorzy i ich najbliżsi czasami niechętnie przyjmują wiadomość, że należy udać się po poradę do psychiatry. Po części wynika to z obawy o uznanie osoby za chorą psychicznie, co ma niestety niekorzystny wydźwięk społeczny, z czym wiąże się obawa przed stygmatyzacją (naznaczeniem chorobą psychiczną). Po części wynika to z przeświadczenia wielu chorych i ich rodzin, że psychiatrzy zajmują się chorymi niebezpiecznymi, dziwnie się zachowującymi, wymagającymi niekiedy bardziej brutalnych sposobów postępowania, a nie „cichym, spowolnialym człowiekiem, któremu jest smutno, ciężko i źle” – jak postrzegana jest większość chorych na depresję. Kolejnym argumentem przeciwko propozycji skorzystania z porady psychiatrycznej jest obawa, że jej efektem będzie zaordynowanie silnych leków psychotropowych, które mogą wpływać na psychikę nawet zdrowego człowieka. Utożsamianie bowiem leków psychotropowych z substancjami silnie działającymi na mózg, np. narkotycznymi, jest – niestety – dość powszechne. Czasami zdarza się, że chory na depresję upewnia się, że lekarz zapisze mu odpowiednie leki, ale „nie jakieś psychotropy”. Zdarza się również, że ten sam lek, np. przeciwdepresyjny, zaordynowany przez lekarza rodzinnego uważany jest za właściwy dla chorego na depresję, ale zapisany przez psychiatrę określany jest przez chorego i jego otoczenie jako „silna trucizna uszkadzająca mózg”. Takie subiektywne doznania chorego cierpiącego na depresję należy także wziąć pod uwagę.

1.8. Medyczne skutki depresji

Depresja, jak już wcześniej wspomniano, jest doskonałą ilustracją związku *soma i psyche* [20]. Ale związek ten przejawia się nie tylko w somatycznych objawach w depresji. Skomplikowana zależność między umysłem a ciałem ma swoje odzwierciedlenie także we wzajemnym oddziaływaniu na innych płaszczyznach. Wiadomo, że jeżeli chorzy na depresję cierpią jednocześnie na chorobę somatyczną, to ma ona z reguły charakter przewlekły, jej objawy są bardziej uciążliwe dla chorego i trudniej się je leczy. Dłuższy jest też z reguły okres leczenia i rekonwalescencji. Konieczność jednoczesnego stosowania leków przeciwdepresyjnych i leczenia choroby somatycznej zwiększa ryzyko niekorzystnych interakcji lekowych, a czasami także determinuje wybór leków, ponieważ niektórych leków przeciwdepresyjnych nie powinno się łączyć z pewnymi lekami stosowanymi w chorobach somatycznych. Ryzyko groźnych interakcji lekowych najlepiej ilustruje znany fakt występowania zaburzeń świadomości (np. majaczenia) u chorych na depresję leczonych amitryptyliną, którym z powodu napadu kolki żółciowej podano atropinę. Dlatego też w wypadku depresji, a zwłaszcza jej farmakologicznego leczenia, wymagana jest ostrożność w ordynowaniu leków zalecanych z powodu nawet banalnych dolegliwości fizycznych.

Ryzyko zachorowania na niektóre choroby somatyczne wśród pacjentów cierpiących na depresję jest większe. Dla przykładu, szacuje się, że takie ryzyko w odniesieniu do chorób sercowo-naczyniowych jest 2–4 razy większe, a ryzyko zgonu z powodu choroby serca jest u chorych na depresję 2 razy większe niż u chorych bez depresji. Jak wspomniano, szacuje się, że u osób z chorobą wieńcową depresja występuje u ok. 1/4, a u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca współistniejąca depresja zwiększa ryzyko wystąpienia powikłania lub zgonu 3–4-krotnie [2].

Kolejnym medycznym skutkiem depresji jest fakt, że objawy depresyjne, a szczególnie zniechęcenie, poczucie beznadziei i braku perspektyw, anhedonia, smutek i utrata zainteresowań, przejawiają się także w postawach rezygnacyjnych w odniesieniu do leczenia nie tylko depresji, lecz także schorzeń somatycznych. Sprawia to, że chorzy somatycznie, u których występują cechy depresji, mniej chętnie uczestniczą w programie terapeutycznym, gorzej współpracują przy

przyjmowaniu leków, są bardziej skłonni do podejmowania decyzji o zaprzestaniu leczenia i niestosowaniu się do zaleceń lekarskich. Shaban i wsp. [9] ocenili na przykład, że chorzy na cukrzycę, którzy mieli średnio lub znacznie nasilone objawy lęku, gorzej współpracowali przy leczeniu i kontrolowaniu stężenia glukozy we krwi. Oznacza to, że występowanie niektórych objawów psychicznych (np. z kręgu zaburzeń afektywnych) nie tylko jest uciążliwe dla samych chorych, lecz także stanowi ryzyko pogorszenia procesu leczenia. Nakłada to na lekarzy obowiązek zwrócenia uwagi także otoczeniu chorego na potrzebę przestrzegania zaleceń lekarskich, w tym reżimu przyjmowania leków.

1.9. Społeczne skutki depresji

Medycyna nie jest raczej uważana za typową dziedzinę nauk społecznych, ale niemal wszystkie problemy medyczne mają szeroki kontekst społeczny. Tak dzieje się na przykład z chorobami nowotworowymi. Uważa się, że także depresja ma taki szeroki kontekst. Wynika to z oceny przeprowadzonej przez WHO, która uznaje depresję za jeden z podstawowych problemów zdrowotnych na świecie [3]. Co więcej, zgodnie z przewidywaniami obok chorób nowotworowych właśnie depresja będzie najczęstszą przyczyną zachorowań oraz niepełnosprawności. W pełni uzasadnia to uznanie depresji i problemów z nią związanych za zjawisko społeczne.

Każde zachorowanie może mieć określone reperkusje społeczne. Depresja wiąże się z omówionym już wcześniej wypadnięciem z określonej roli społecznej (np. rodzica, pracownika), ale także z towarzyszącą chorobie zmniejszoną aktywnością, zaprzestaniem dążenia do osiągnięcia określonych życiowych celów, zmniejszeniem zainteresowania przejawami społecznej aktywności itp. Dlatego też społeczne skutki depresji, jakkolwiek trudne do oszacowania, mogą być bardzo poważne. Ocenia się, że rozpowszechnienie różnych form depresji może sięgać nawet kilku procent populacji. Oznacza to, że bardzo duża grupa ludzi dotknięta jest problemem zdrowotnym, który jednocześnie ma określony, poważny kontekst społeczny.

Do społecznych skutków depresji należy zaliczyć również obciążenie systemu opieki zdrowotnej. Osoby cierpiące na depresję częściej niż inni chorzy korzystają z porad lekarskich, przyjmują

więcej leków, częściej są jednocześnie leczeni z powodu dolegliwości somatycznych. Nierzadko zdarza się, że depresja powoduje u nich niezdolność do pracy, trwającą nawet kilka miesięcy. Pobyt w szpitalu chorych na depresję wymagających hospitalizacji trwa z reguły dość długo, wymaga wykonywania pozarutynowych czynności, takich jak konsultacje lekarzy różnych specjalności, wykonywanie szeregu badań diagnostycznych czy laboratoryjnych. Wszystko to zwiększa oczywiście koszty leczenia. Z drugiej strony wobec znanego już faktu, że depresja często przebiega atypowo, nie można zrezygnować z działań pozwalających na wykluczenie somatycznego tła dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta. Czynności te zwiększają jednak obciążenie systemu opieki zdrowotnej. Wcześniejsze niż wynika z metryki zaprzestanie aktywności zawodowej razem z częstszym występowaniem schorzeń somatycznych to także skutki depresji, których nie można pomijać.

Osobnym zagadnieniem jest obniżenie jakości życia chorych na depresję. Wprawdzie pojęcie jakości życia często jest kwestionowane jako zbyt ogólne i mało precyzyjnie zdefiniowane, jednakże rozumiane jako zbiór odczuć, doznań i przekonań sumujących się w subiektywnych postawach chorego wobec swego stanu i perspektyw życiowych stanowi dość cenny wykładnik zdrowia pacjenta. W zaburzeniach depresyjnych jakość życia z reguły się obniża. W licznych badaniach nad zależną od stanu zdrowia jakością życia chorych dowiedziono wyraźnego wpływu depresji na jakość życia chorych, którzy cierpią na inne schorzenia. Depresja jest jednym z istotniejszych czynników modulujących jakość życia.

Piśmiennictwo

1. Dudek D, Jabłoński M. Kiedy nieszczęścia chodzą parami. Depresja w chorobach somatycznych. W: Dudek D, Zięba A (red.). Depresja – wiedzieć, aby pomóc. Wyd. Medyczne, Kraków 2002; 75-107.
2. Rudisch B, Nemeroff CB. Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 227-240.
3. World Health Organization. *Mental Health Atlas: evidence and research*. WHO, Geneva 2005.
4. Okasha TA. Economics of depression: from costs to quality of life. *WPA Bull Depr* 2006; 11: 4-7.
5. Ohayon MM. Epidemiology of depression and its treatment In the general population. *J Psychiatry Res* 2007; 41: 207-213.
6. Scogin F, Shah A. Screening older adults for depression in primary care settings. *Health Psychol* 2006; 25: 675-677.

7. Luck T, Then FS, Engel C i wsp. The prevalence of current depressive symptoms in an Urban adult population. *Psychiatr Prax* 2016; Feb 18 (Epub ahead of print).
8. Rothenhäusler HB. Mental disorders in general hospital patients. *Psychiatr Danub* 2006; 18: 183-192.
9. Shaban MC, Fosbury J, Kerr D, Cavan DA. The prevalence of depression and anxiety in adults with type 1 diabetes. *Diabet Med* 2006; 23: 1381-1384.
10. Del Campo MT, Romo PE, de la Hoz RE i wsp. Anxiety and depression predict musculo-skeletal disorders in healthcare workers. *Arch Environ Occup Health* 2016; Feb 10 (Epub ahead of print).
11. Assari S, Burgard S, Zivin K. Long-term reciprocal associations between depressive symptoms and number of chronic medical conditions: longitudinal support for Black-White health paradox. *J Racial Ethn Health Disparities* 2015; 2: 589-597.
12. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. *Rocznik statystyczny 2010*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011.
13. Pużyński S. Choroby afektywne nawracające. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. *Psychiatria*. Tom 2. Urban i Partner, Wrocław 2002; 344-415.
14. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J i wsp. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291: 2581-2590.
15. Rodriguez BF, Benjamin F, Weisberg RB i wsp. Frequency and patterns of psychotic comorbidity in a sample of primary care patients with anxiety disorders. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 125-137.
16. Kroenke K, Jackson JL, Chamberlin J. Depressive and anxiety disorders in patients presenting with physical complaints: clinical predictors and outcome. *Am J Med* 1997; 103: 339-347.
17. Ormel J, Koeter MW, van den Brink W, van de Willige G. Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 700-706.
18. Pużyński S, Rybakowski J. *Neurobiologia zaburzeń psychicznych*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J (red.). *Psychiatria*. Tom 1. Urban i Partner, Wrocław 2002; 151-178.
19. Duman RS, Heninger GR, Nestler EJ. A molecular and cellular theory of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 597-606.
20. Byrne P. Identifying and implementing appropriate treatment for depression, anxiety disorders, and comorbid somatic conditions. *Wyd. Boston University School of Medicine, Boston* 2005.

Depresja jest rozpoznawana coraz częściej i coraz częściej lekarze różnych specjalności, psychologowie i terapeuci spotykają się z potrzebą niesienia pomocy osobom z zaburzeniami depresyjnymi. Panuje dość powszechne przekonanie, że tempo życia, zmiany społeczno-ekonomiczne i wyzwania dnia codziennego przyczyniają się do wystąpienia objawów depresyjnych. Także świadomość społeczna depresji jest obecnie o wiele większa. Informacje na temat depresji są powszechnie dostępne, a co za tym idzie – samoedukacja i samoleczenie są zjawiskami, których nie możemy lekceważyć.

Depresja to problem ogólnomedyczny. Dlatego do zagadnień związanych z depresją powinniśmy podchodzić całościowo: nie diagnozujemy jednego czy dwóch objawów, nie leczymy tylko smutku czy bezsensowności, ale musimy spojrzeć na osobę cierpiącą z powodu depresji całościowo, w kontekście jej aktywności, powiązań społecznych i życiowych perspektyw. Aby sprostać temu zadaniu, do współpracy przy wydaniu książki zostali zaproszeni eksperci będący jednocześnie praktykami. Tylko bowiem powiązanie wiedzy z doświadczeniem klinicznym pozwala na w miarę prosty przekaz dotyczący diagnozowania i leczenia depresji.

W imieniu współautorów wyrażam nadzieję, że przekazane Państwu opracowanie poświęcone kompleksowemu podejściu do problemów, jakie stwarza depresja, przyczyni się do lepszego ich zrozumienia i ułatwi terapię Waszych pacjentów.

Marek Jarema

termedia

ISBN: 978-83-7988-158-1



9 788379 881581