

# Bartosz Łoza

Kierownik Kliniki Psychiatrii AM w Warszawie  
Dyrektor Medyczny Szpitala Tworowskiego



# Cała nasza depresja

# 1. Czy cierpisz na depresję?

Są choroby, których częstość i znaczenie wykraczają poza proste opisy. **Co dziesiąty mężczyzna i co piąta kobieta przeżyła, przeżywa lub będzie przeżywać depresję o nasileniu klinicznym**, czyli takim, w którym należy rozpocząć już leczenie. Światowa Organizacja Zdrowia



(WHO) uznała zaburzenia depresyjne za najbardziej inwalidyzujące spośród wszystkich chorób, na które cierpią kobiety. **Oznacza to, że depresja „odbiera” kobietom największą liczbę twórczych lat życia**, prowadzi do stagnacji, zaniechań, bezproduktywnego przebywania na zwolnieniach lekarskich. I chociaż każde cierpienie wzbogaca nas w jakiejś mierze, to jednak w ostateczności depresja zatrzymuje nasz rozwój.

## 2. Jak dochodzi do powstania depresji?

Podobnie, jak w przypadku innych chorób, jesteśmy od urodzenia mniej lub bardziej podatni na wystąpienie depresji. W niekorzystnych warunkach do predyspozycji biologicznych dołączają się inne czynniki chorobotwórcze, np. przewlekłe choroby somatyczne oraz czynniki psychospołeczne, w tym zwłaszcza te przeżywane subiektywnie, jako nie dające się rozwiązać.

**Często pierwszy epizod depresyjny u kobiet ujawnia się w kilka tygodni lub miesięcy po urodzeniu dziecka, zaś u mężczyzn – w związku z konfliktami zawodowymi.**



Niezależnie od różnych czynników obiektywnie sprzyjających zaburzeniom, niemal zawsze da

się wyróżnić jeszcze szczególny „wkład własny” – system nietrafnych („dysfunkcyjnych”) sądów, poglądów, przekonań itp., które depresyjnie zniekształcają widzenie świata. Takie niekorzystne myślenie o sobie samym może być wyniesione jeszcze z domu rodzinnego. Myślenie to przyjmuje po pewnym czasie formę samospelniających się sądów (np. „jestem do niczego” powoduje, iż faktycznie nic się nie udaje). Inaczej mówiąc, do depresji zawsze przyczyniamy się w jakiejś mierze sami, chociaż oznacza to równocześnie, że przecież możemy tym zjawiskom aktywnie przeciwdziałać.

### **„Brakuje smaku kawy”**

Lekarze zapewniali panią Anię, że „naciśnienie już będzie miała zawsze”. Wszystko, co robiła w związku z tym, to odłożenie kolejnej recepty na dno szuflady. Tak samo lekceważyła wyniki cytologii. „Resztkami sił” zaangażowała się w sprawę swojej operacji ginekologicznej, walczyła, żądała przyspieszenia operacji. Po zabiegu, który najwyraźniej przebiegł pomyślnie, zaczęły się niespodziewane kłopoty. Straciła siły. Męką było wstać rano i pójść do pracy. Nie czuła smaku kawy, a od kawy zaczynał się przecież każdy jej dzień. Szczęściem było jakoś uisnąć za biurkiem, gdzie czuła się bezpiecznie, choć tylko przekładała papiery. Wydawało jej się, że może mieć „niewidoczne” przerzuty. Jej matka zmarła na raka. Ta analogia ją złowieszczo uspokajała. Nie miała – jak to określiła – odwagi, by ze sobą skończyć. Czekwała w odrętwieniu na cokolwiek. Z perspektywy, po ustąpieniu depresji, dziwi się tylko, jak bardzo była kimś innym.

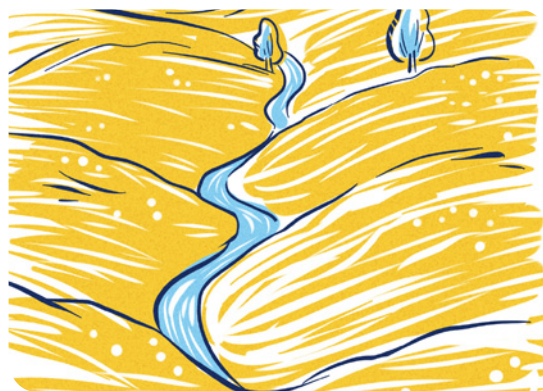
### 3. Czy można zdiagnozować depresję u siebie?

Obniżenie nastroju powoduje poszukiwanie przyczyn tego stanu. Podobnie inne objawy depresji, np. poczucie braku energii, zaburzenia snu itp., uruchamiają próby zrozumienia, co właściwie się z nami dzieje. Niestety jednym z objawów depresji są **trudności we własnej ocenie, problemy z wglądem we własną sytuację.**



Sami siebie postrzegamy mniej obiektywnie, przez „depresyjne okulary”. W tej sytuacji, taka osobista diagnoza może okazać się zbyt trudna (bo przecież nikt nie chce być chory), nietrafna (objawy depresji imitują choroby somatyczne), spóźniona (aż otoczenie zacznie zachęcać by

pójść do lekarza), a bywa też obarczona swoistym czarnowidztwem, spostrzeganiem swojego stanu zdrowia jako bardzo ciężkiego. Zresztą, co nam z osobistej diagnozy, jeśli nie możemy sami sobie zapisać leków?



### 4. Kto może postawić trafne rozpoznanie depresji?

Rozpoznanie depresji może potwierdzić lub wykluczyć tylko lekarz, chociaż niekoniecznie musi to być psychiatra. Większość lekarzy rodzinnych poradzi sobie z tym zadaniem bez problemu. Podobnie neurologi, kardiolog, diabetolog, endokrynolog lub ginekolog posiadają praktyczną umiejętność diagnozowania i leczenia depresji. Dlaczego tak różni specjaliści? Ponieważ



obniżony nastrój bardzo często towarzyszy innym, przewlekłym chorobom somatycznym.

Z kolei, jeśli nawet dany lekarz nie podejmie się terapii, to ma obowiązek wskazać, co i gdzie należy dalej robić. Postawienie rozpoznania musi mieć dalszy ciąg w postaci leczenia. Terapia depresji może odbywać się w ramach zespołów współpracujących ze sobą lekarzy, psychologów, psychoterapeutów i fizjoterapeutów.

## 5. Kryteria diagnostyczne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)

WHO publikuje kryteria diagnostyczne wszystkich chorób, w tym także i zaburzeń depresyjnych.

nych. Kryteria te mają charakter pomocniczy. Ostateczną diagnozę można postawić tylko w bezpośrednim kontakcie z lekarzem. WHO wyróżnia trzy podstawowe objawy depresji (trzy pierwsze z listy poniżej) oraz siedem dodatkowych:

1. obniżony nastrój, czyli depresja jako objaw,
2. brak radości, czyli **anhedonia**,
3. brak energii, czyli **anergia**,
4. negatywna własna ocena,
5. poczucie winy,
6. myśli i zachowania samobójcze,
7. niesprawność intelektualna,
8. zaburzenie aktywności,
9. zaburzenia snu,
10. zaburzenia apetytu i masy ciała.

Depresja staje się prawdopodobna, o ile ujawnią się równocześnie co najmniej **cztery objawy z tej listy**, w tym co najmniej dwa podstawowe i będą utrzymywać nieprzerwanie **przez**



okres co najmniej dwóch tygodni. Zwykle osoby zgłaszające się o pomoc cierpią znacznie dłużej (miesiące-lata) i mają większą liczbę objawów (często niemal wszystkie, choć w różnym nasileniu).

## 6. Co oznacza termin „depresja“?

Popularność terminu „depresja“ doprowadziła do nieporozumień w ścisłym, klinicznym jego stosowaniu. Depresją możemy więc określać: (I) objaw kliniczny - to znaczy obniżony nastrój, (II) zespół depresyjny – a więc zespół objawów

### „To tylko depresja“

Pani Kasia, l. 44. Kiedy zaczęła się depresja, obawiała się, że „twarz ją zdradzi“. Uważała się za osobę niepewną, chociaż chwalono ją za samodzielność i pracowitość. Była osobą samotną, całkowicie oddaną pracy. Pracę jednak straciła w okolicznościach, o których nie chciała rozmawiać. Pytana, twierdziła, że może była już „za stara“ lub „za wolna“. Ale zaprzeczała z kolei, żeby to był „jakiś mobbing“. Woląła płakać, niż odpowiadać. Dopiero po roku leczenia depresji, już po uzyskaniu poprawy, pani Kasia przyznała, że z pracy zrezygnowała sama. Nie potrafiła powstrzymać się przed tą decyzją, którą – jak się jej wtedy wydawało – wszyscy oczekiwali, przyjęli ze zrozumieniem i zaakceptowali. To jednak była tylko depresja.

chorobowych (jednym z nich może być obniżony nastrój), (III) epizod depresyjny – pierwszy lub kolejny, (IV) nawrotowe zaburzenie depresyjne, czyli chorobę afektywną jednobiegunową – zaburzenie, w którym pojawiają się wielokrotnie epizody depresyjne (nawroty).



## 7. Jakie znamy postacie zaburzeń depresyjnych?

Może wystąpić tylko jeden epizod depresyjny w ciągu całego życia. W ponad połowie przypadków pojawią się jednak także nawroty. Kilkuletnie odstępy pomiędzy nimi mają tendencję do skracania się. Okresowość zaburzeń niekiedy wyraża się bardzo regularną formą zaburzeń sezonowych, kiedy depresja pojawia się

niemal zawsze o określonej porze roku, np. jesienią. Występują jednak także przypadki przewlekłych, wieloletnich zaburzeń o niewielkiej dynamice. Najczęstszym jest tzw. dystymia - zaburzenie wprawdzie z łagodnym nasileniem objawów, trwające jednak przez co najmniej dwa lata. W dłuższej utrzymujących się zaburzeniach, przy niekorzystnym wyniku leczenia, dochodzi do powstania obrazu tzw. podwójnej depresji, tj. stale występującej, dość łagodnej depresji i okresowych, ciężkich pogorszeń. „Wbudowywanie się” i „utrwalanie” objawów chorobowych w naszej psychice tworzy obraz osobowości depresyjnej.



Poważnych problemów diagnostycznych i terapeutycznych przysparzają tzw. zaburzenia dwubiegunowe. Obraz kliniczny jest w tym przypadku nieco inny, ponieważ naprzemiennie występują w nich epizody depresji i manii (nadmiernie pod-



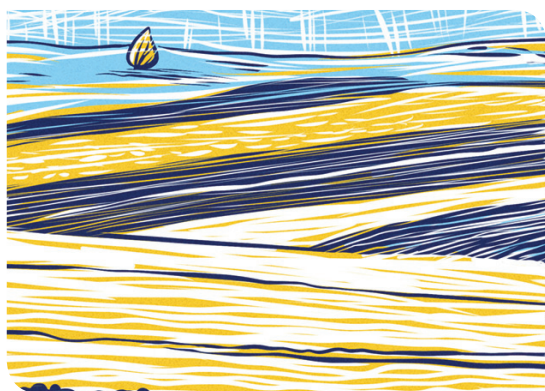
wyższego nastroju). Jednak, ze względu na względną rzadkość epizodów manii, zaburzenia dwubiegunowe dość powszechnie są mylone z zaburzeniami jednobiegunowymi. Ponieważ leczenie jest zupełnie inne (zaburzenia dwubiegunowe wymagają środków stabilizujących nastrój, a nie przeciwdepresyjnych), terapię w tym przypadku powinien prowadzić psychiatra.

## 8. Depresja typowa i atypowa

Do niedawna przywiązywano dużą wagę do rozróżnienia, czy mamy do czynienia z tzw. depresją typową czyli melancholią - obniżenie nastroju, obniżenie aktywności, dolegliwości imitujące choroby somatyczne, spadek apetytu,

spadek masy ciała, spadek potrzeb seksualnych, czy raczej z tzw. depresją atypową - utrzymana lub nawet zwiększona (!) aktywność, ale bez satysfakcji z dokonań, ukrywany przed otoczeniem brak radości życia (anhedonia), nadmierny apetyt („zajadanie stresu”), przyrost masy ciała, zachowana lub nawet zwiększona aktywność seksualna, nadmierna wrażliwość na oceny innych osób.

Dziś wiemy, że depresje atypowe, pomimo swojej nazwy, występują równie często jak depresje typowe i są związane z nadmierną eksploatacją własnych zasobów, zjawiskami wypa-



lenia zawodowego czy łagodnymi zespołami bólowymi, jak fibromialgią. Depresja atypowa, w której pacjent utrzymuje się za wszelką cenę w swojej pracy, stała się symbolem współczesnych czasów.



## 9. Jak lęk łączy się z depresją?

W przeciwieństwie do lęku, depresja jest zjawiskiem rozwijającym się u pacjentów ewolucyjnie, związana jest z wykształceniem depresyjnego stylu myślenia o sobie, w powiązaniu z powolną i niekorzystną adaptacją do przewlekłe działających stresorów. Natomiast lęk jest zwykle odpowiedzią na utrzymujący się stres. W stanach depresyjnych dochodzi do powstania wtórnych sądów depresyjnych z negatywną samooceną i w konsekwencji – podejmowaniem niekorzystnych decyzji życiowych. Zarówno w stanach lękowych, jak i depresyjnych, pacjenci dostosowują się do swoich objawów (np. wycofując z życia), jednak to w przypadku depresji zakładają, że nadal są to ich własne, a więc najważniejsze decyzje.



Często zespoły lękowe i depresyjne „nakładają się na siebie” – występują równocześnie. Tak jest w ponad połowie przypadków depresji. Praktycznym wnioskiem z tego jest taki dobór leków przeciwdepresyjnych, aby środki te równocześnie działały na oba typy zaburzeń. Natomiast mylne rozpoznanie zespołu lękowego zamiast depresyjnego i w konsekwencji przyjmowanie tylko środków przeciwlękowych prowadzi z czasem do nasilenia zaburzeń depresyjnych.



## 10. Depresja i choroby somatyczne

Zaburzenia depresyjne występują bardzo często równocześnie z chorobami somatycznymi takimi, jak nadciśnienie, zawał, udar, cukrzyca i praktycznie wszystkie choroby neurologiczne. Depresje mogą być zarówno przyczyną, jak

### „Depresja, czyli bilans ujemny”

Pani Ewa ma 54 lata. Jej wypowiedzi, jak to u ekonomistki, wyjaśniały precyzyjnie, co jest „na plusie”, a co „na minusie”. Pani Ewa nie rozumiała, „nie zgadzało jej się”, że zapadła na depresję. Czy zrobiła coś złego? Wraz ze smutkiem, pojawił się „bilans ujemny życia”, wspomnienia o rozwodzie (choć było to około 20 lat wcześniej), wspomnienia o niewdzięcznej i jedynej córce na saksach w Hiszpanii. Nawet mieszkanie stało się jakieś gorsze, za duże dla niej. Po poradę do lekarza poszła dopiero wtedy, kiedy znienawidziła swoją pracę. Wakacje tylko pogorszyły złe samopoczucie („nijakie i nic nie zrobiłam”). Do rozmowy o depresji docierała etapami, poprzez wizyty u lekarza rodzinnego i ginekologa. Na tą najważniejszą rozmowę wybrała znajomą ginekolog. Leczenie przeciwdepresyjne zaczęła nie od razu, pozwoliła się bardzo długo przekonywać. Pierwszy dzień poprawy pamięta najlepiej. Najpierw zauważyła, że od niepamiętnego już czasu trzyma spakowane rzeczy na wyjazd do córki („wynieść czy rozpakować – to zastanawianie przerastało moje siły”). Potem, że mieszkanie nie tyle jest za duże, co niepomalowane. I można wybierać różne kolory.

i skutkiem tych chorób (np. osoby z obniżonym nastrojem zaczynają być podatne na infekcje, gdyż zaburzony jest ich układ odpornościowy, a przewlekłe infekcje prowadzą do obniżonego nastroju). Bywa, że pacjenci i ich opiekunowie, bojąc się „stygmatyzacji” w społeczeństwie, unikają stosowania leków przeciwdepresyjnych, natomiast „wybierają” leczenie chorób soma-

tycznych. To zaniechanie może mieć tragiczne skutki. Znane są prace dowodzące, że leczenie przeciwdepresyjne chroni przed kolejnym zawałem lub udarem.



## 11. Tempo życia i wpływ cywilizacji

Duża aktywność jest czymś pożądanym dla utrzymania dobrostanu emocjonalnego. Jednak są granice, których przekroczyć nie można. Osoby, które śpią poniżej 5 godzin, mają wielokrotnie większą skłonność do zachorowania na depresję. Z drugiej strony, nie da się w nieskończoność przedłużać czasu spędzanego w pracy; w tym przypadku ryzyko depresji wzrasta szczególnie szybko wśród kobiet. Do pewnego momentu, przed depresją chroni wysoka motywacja do zadań, jednak i w tym przy-

padku, aktywność najbardziej nawet zaangażowanego pracownika w końcu zamiera wraz z rozwojem zespołu wypalenia zawodowego. Dalszy przebieg wydarzeń przypomina już opisaną powyżej depresję atypową. Kompleks tych zaburzeń jest trudny do terapii, wymaga całościowej zmiany wzorca zachowań oraz leczenia normalizującego rytm dnia i nocy (np. agomelatyną).

## 12. Jak leczyć depresję?

Istnieje szereg metod leczenia depresji (biologicznych, psychoterapeutycznych, psychospołecznych lub innych), ale biorąc pod uwagę ich dostępność, w praktyce niemal wszystkie osoby potrzebujące pomocy korzystają z terapii lekami przeciwdepresyjnymi.



Środki te dobiera się indywidualnie do potrzeb pacjentów, np. agomelatyna to lek stosowany u osób chcących utrzymać swoją aktywność życiową, u których wystąpiły zakłócenia rytmu dnia i nocy.

Większość leków przeciwdepresyjnych ma podobną generalną skuteczność, natomiast różnią się przede wszystkim poziomem bezpieczeństwa. Współczesne standardy terapii, zakładające długoterminowe stosowanie leków, stopniowo wykluczają te środki, które powodują



nieprzyjemne objawy uboczne. Niedopuszczalne jest narażanie pacjenta na przewlekły dyskomfort podczas farmakoterapii, ze swoją „zamiastą” objawów depresyjnych na uboczne objawy leczenia. Nawet pozornie mało znaczące objawy uboczne, jak suchość w ustach czy skłonność do zaparć, prowadzą w sposób nieunikniony do przerwania kuracji. W praktyce,



dopiero leki wprowadzane pod koniec lat 80-tych i w latach późniejszych zagwarantowały zadowalający profil bezpieczeństwa w długotrwałych kuracjach.

Długotrwała terapia to perspektywa co najmniej 6-miesięczna w pierwszym epizodzie depresyjnym i wieloletnie lub praktycznie bezterminowe leczenie w przypadku depresji nawrotowych.

## 13. Leki przeciwdepresyjne

Główne grupy leków przeciwdepresyjnych to używane od roku...

**1952** – inhibitory monoaminooksydazy: moklobemid i wyciągi z dziurawca,

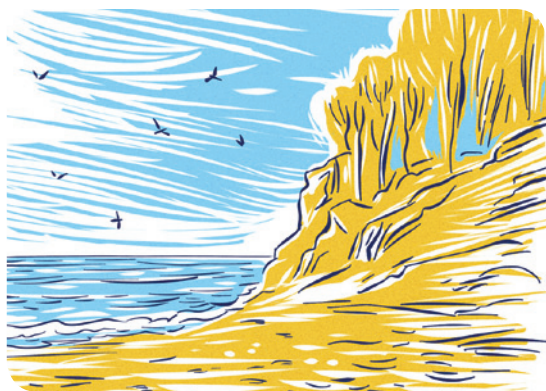
**1957** – leki trójcykliczne: imipramina, amitrypylina, klomipramina, opipramol, doksepina,

**1974** – leki czterocykliczne: mianseryna, mirtazapina, maprotylina,

**1985** – inhibitory wychwyty zwrotnego noradrenaliny: bupropion, reboksetyna,

**1988** – inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (angielski skrót nazwy: SSRI): fluoksetyna, sertralina, citalopram, escitalopram, paroksetyna, fluwoksamina,

**1988** – tianeptyna, stabilizująca tzw. oś stresu (podwzgórze-przysadka-nadnercza) i zwiększająca efekty neuroplastyczne w ośrodkowym układzie nerwowym,



**1993** – inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (angielski skrót na-

zwy: SNRI): wenlafaksyna, milinacipran, duloksetyna,

**2009** – agomelatyna – lek ukierunkowany na normalizację rytmów organizmu (np. rytmu dobowego) i wzrost aktywności życiowej.



## 14. Bezpieczeństwo farmakoterapii

Potrzeba wielomiesięcznych, a nawet wieloletnich kuracji spowodowała podniesienie do najwyższego poziomu kwestii bezpieczeństwa farmakoterapii pacjentów. Praktycznie pewne jest, że takiego leczenia nie uda się przeprowadzić przy użyciu najstarszych leków trójcyklicznych. Wymogi bezpieczeństwa wzrastają

## „Legenda naszej firmy”

Pan Andrzej, lat 37. Pan Andrzej był legendą w swojej firmie. Przyszedł zaraz po studiach, był wakat, więc został od razu kierownikiem. Nawet nie wydano mu jeszcze dyplomu magistra. W jeden dzień zreformował swój dział. Ten dział był mały, właściwie wystarczyło podpisać wszystkie czekające dokumenty, aby powstała „legenda założycielska”. Wszystko sprzyjało, kryzys lat 90-tych w Polsce się skończył i sprzedaż rosła. Zarządzanie stało się łatwe, bo rynek wchłaniał wszystko. Niestety wzrost został zauważony przez kogoś i „inny kapitał” przejął firmę. Pan Andrzej otrzymał do pomocy współpracownika, specjalistę „z ramienia” nowego właściciela. On był trochę młodszy. Nic o nim nie było wiadome, zresztą o niczym nie mówił, tylko pracował. Trudno było z nowym kolegą pogadać, bo na nic się nie skarżył. I nie chwalił się. I nie przedłużał spotkań. Wprawdzie nie krytykował pana Andrzeja, ale w obecności nowego specjalisty jakoś było widać, że nie wszystko wychodzi dobrze. Albo, że można sprawy załatwić szybciej, lepiej... Trwało to miesiącami. Pan Andrzej poszedł na urlop, ale zaraz przerwał go, bo uznał, że coś zapomniał, chociaż nikt go o to nie prosił. Odbił męską rozmowę z nowym specjalistą, pytając wprost, czy ten pożąda jego posady. Rozmówca sprawiał wrażenie, jakby nie zrozumiał pytania – „poszedł gdzieś dalej”. Pan Andrzej zrozumiał, że cierpi na depresję.

zwłaszcza w przypadku osób starszych i przyjmujących równocześnie leki z powodu przewlekłych chorób somatycznych. I w tych sytuacjach należy wykluczyć przede wszystkim środki trójcykliczne, ponieważ wzrasta ryzyko

niekorzystnych interakcji pomiędzy różnymi grupami leków. Warto pamiętać o niekorzystnym wzroście masy ciała po mianserynie, mirtazapinie i paroksetynie. Leki z grupy SSRI i SNRI ograniczają popęd i sprawność seksualną.

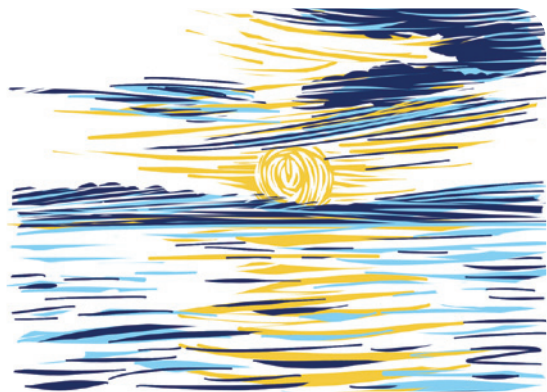


Wszystkie leki przeciwdepresyjne wymagają okresowej kontroli biochemicznej podstawowych parametrów, szczególnie w początkowym okresie terapii. Tego typu kontrole są albo realizowane indywidualnie, albo zgodnie z ustalonym schematem (np. agomelatyna).

## 15. Leczenie a ryzyko nawrotów

Niestety, większość pacjentów decyduje się na wizytę u psychiatry, kiedy już doszło do drugiego

lub kolejnego nawrotu depresji. Oznacza to, że w niemal każdym przypadku niezbędne będzie długotrwałe, profilaktyczne leczenie przeciwdepresyjne. Wynika to z faktu, że im więcej było wcześniej nawrotów, tym ryzyko kolejnych staje się coraz większe.



Terapia przeciwdepresyjna daje czas na usunięcie źródeł stresu. Jest to czas „darowany” przez leczenie, by zmienić te rzeczy w funkcjonowaniu, które doprowadziły do depresji. Brak zmian, nawet pomimo prowadzonej farmakoterapii, będzie powodował wzrost prawdopodobieństwa wystąpienia kolejnych nawrotów.

Systematyczna farmakoterapia stanowi podstawę wszelkiego leczenia. Nieciągłość przyjmowania leków prowokuje wystąpienie nawrotów, a równocześnie nasila ryzyko objawów ubocznych, ponieważ większość objawów ubocznych występuje tylko w czasie rozpoczynania lub

wznawiania farmakoterapii. Paradoksalnie, większość terapii jest przerywana w pierwszych tygodniach, już po uzyskaniu istotnej poprawy klinicznej. Pierwszymi objawami nawrotu są najczęściej zaburzenia snu, niepokój, poczucie niesprawności i spadek energii.

## 16. Psychoterapia

Generalnie, psychoterapia jest uważana za równie skuteczną, jak farmakoterapia w leczeniu różnych form zaburzeń depresyjnych. Zadania psychoterapii mogą być zróżnicowane, np. wsparcie, wyjaśnienie źródeł konfliktu, bezpieczna dyskusja o trudnych sprawach, neutralizacja bolesnych, nierozwiązanych dotąd kwestii, stymulacja indywidualnego rozwoju, identyfikacja celów życiowych, trening umiejętności. Terapia poznawczo-behawioralna kon-

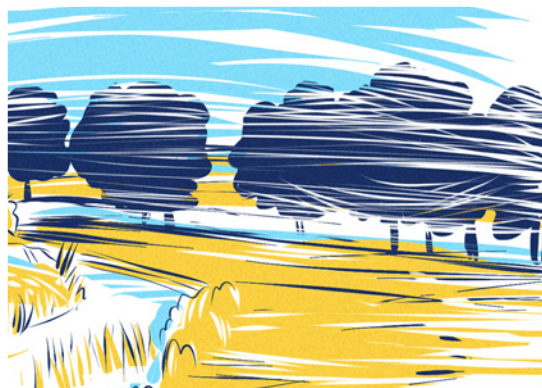


centruje się na wypracowaniu krótkotrwałej, najefektywniejszej strategii rozwiązania dobrze zdefiniowanego problemu, redukcji objawów lękowych i depresyjnych, zastąpieniu ich realistycznymi ocenami sytuacji i asystowaniu w osiągnięciu sukcesu. Terapia systemowa, w tym terapia rodzin, poprzez udział wszystkich uczestników problemowej sytuacji, naprawia „kompleksowo” relacje pomiędzy nimi. Terapie psychodynamiczne, terapie psychoanalityczne dążą do głębszej przebudowy myślenia pacjenta; odpowiednie procedury są jednak w tym przypadku żmudne, a rezultaty - odległe.



## 17. Mity na temat depresji i jej leczenia

Stosowanie leków przeciwdepresyjnych utrudniane jest przez szereg „niewypowiedzianych”,

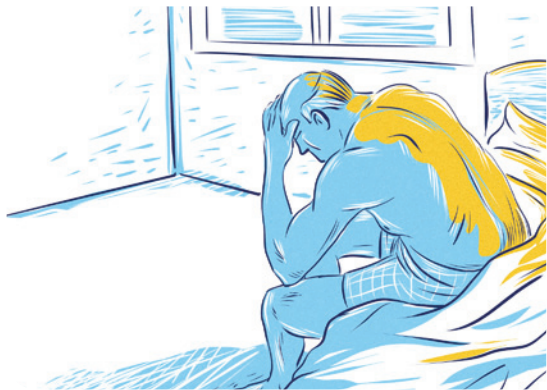


choć powszechnie występujących przekonań. Interesujące jest, że niemal identyczne, nieadekwatne sądy, spotykane są w różnych środowiskach, regionach, krajach, narodach...

**„Psychoterapia jest bezpieczniejsza od farmakoterapii”:** Interwencja psychologiczna lub psychoterapeutyczna posiada także swoje „objawy uboczne” lub może powodować poważne „powikłania”. Psychoterapia jest przerywana równie często jak farmakoterapia. Psychoterapia w początkowej fazie często pogłębia dyskomfort pacjentów. Konfrontowanie psychoterapii i farmakoterapii nie ma sensu, metody te wzajemnie się uzupełniają.

**„Nie można łączyć farmakoterapii i psychoterapii”:** Praktycznie wszystkie naukowe badania dowodzą, że łączenie tych metod jest korzystne lub wzajemnie neutralne. Niektórzy teoretycy psychoterapii sugerowali w przeszłości, że farmakoterapia hipotetycznie uniemożliwia

przyjęcie pełnej odpowiedzialności za swoje działania. Tyle teoria, praktyka kliniczna okazała się inna.



#### **„Leki przeciwdepresyjne mogą uzależniać“:**

Leki przeciwdepresyjne nie uzależniają. Część z nich może, w przypadku próby nagłego przerwania przewlekłej kuracji, powodować krótkotrwałe objawy „z odbicia”, szczególnie częste po paroksetynie, a spotykane też po sertralinie. Wiodącymi objawami w tych przypadkach jest szybko wzrastający niepokój, bezsenność i poczucie osłabienia. Można temu zaradzić przywracając na pewien czas wcześniejszy lek przeciwdepresyjny a następnie dokonać jego stopniowej redukcji.

**„Wszystkie leki przeciwdepresyjne zaburzają funkcjonowanie seksualne“:** Istnieją leki przeciwdepresyjne, które praktycznie nie pogarszają funkcjonowania seksualnego (agomefatyna, bupropion, reboksetyna, tianeptyna).

W przypadku pozostałych środków można (w porozumieniu z psychiatrą) podjąć się różnorodnych modyfikacji terapii, co pomoże usprawnić funkcjonowanie seksualne lub po prostu dokonać zamiany leku.

**„Leki przeciwdepresyjne powodują nadmierne uspokojenie“:** Efekt sedacji jest typowy dla starszych leków przeciwdepresyjnych, tych z lat 50-tych, 60-tych i 70-tych. Czas reak-

#### **„Zaburzenia snu i myślenie pozytywne“**

Pan Mirosław, l.58, nigdy nie skarżył się na żadne dolegliwości. Jednak chorób było dużo i przy różnych okazjach rozpoznano u niego: nadciśnienie, skurcze dodatkowe, hiperglikemię (lub cukrzycę), a nawet łuszczycę. Od czasu utraty pracy, trzy lata wcześniej, zaczął starać się o rentę (bezsukcesywnie). Zaburzenia snu „zwalczał myśleniem pozytywnym”, a zdenerwowanie – spacerami. Stopniowo nastąpiła poprawa nastroju. Znalazł pracę na pół etatu. Jednak po dwóch latach zaburzenia nastroju powróciły. Stał się niespokojny, impulsywny, sen uległ skróceniu, nie miał apetytu. Martwił się „wszystkim”, więc przestał oglądać telewizję. Uważał, że jest „niewydolny w pracy”. Izolował się w domu, sam jadał posiłki, nocami pisał i porządkował rzeczy. Dopiero, kiedy znajomi zaczęli zachęcać „do zbadania się”, przyznał, że czuje się „zmęczony”. Wstydził się swojej niesprawności. Leczenie przeciwdepresyjne było długotrwałe. Niezbędna była hospitalizacja, wszechstronna diagnoza i leczenie pozostałych chorób somatycznych.



cji w tych kuracjach mogą być opóźnione bardzo znacznie, jak dzieje się to np. po spożyciu alkoholu. Nowsze generacje leków nie powodują analogicznej sedacji, np. agomelatyna wyraźnie usprawnia poznawczo.



**„Życie na wsi jest zdrowe, a w mieście niezdrowe”:** Prawda jest bardziej złożona. Wszyscy jesteśmy zagrożeni depresją, także osoby żyjące na wsi. Ryzyko samobójcze wśród najstarszych, samotnych mężczyzn mieszkających na wsi jest szczególnie wysokie. Z kolei niektóre wzorce życia wielkomiejskiego, ciągle współzawodnicтво, wyścig do dóbr i awansów, konieczność nieustannego przystosowywania się, tworzą warunki „chorobotwórcze” dla szeregu jednostek, w tym - depresji.

**„Rozmowa o zagrożeniu samobójczym powiększa to zagrożenie”:** To nieprawda, jest

wręcz odwrotnie – rozmowa taka redukuje zagrożenie. Warto rozmawiać, taka rozmowa ma wybitną wartość terapeutyczną i moralną. Osoby z zagrożeniem samobójczym w sposób zaskakująco otwarty udzielają odpowiedzi na pytania o obecność myśli samobójczych. Jeśli rozmowa będzie przebiegać w bezpiecznej atmosferze, jej efekty będą korzystne.

## 18. Czy poradzę sobie z depresją samemu, bez leków?

Zależy to przede wszystkim od głębokości zaburzeń. Ciężkie zaburzenia depresyjne, przebiegające równocześnie ze wszystkimi objawami zespołu depresyjnego, wymagają bezwzględnie, kwalifikowanej pomocy psychiatrycznej.





Z drugiej strony, jest mało prawdopodobne, by większość zaburzeń łagodnych była kiedykolwiek i w jakikolwiek sposób leczona. Osoby cierpiące na zaburzenia depresyjne nie są w tej konfrontacji bezbronni. Pacjenci z zaburzeniami depresyjnymi, oprócz użycia klasycznych mechanizmów obronnych, jak „wyparcie” problemu, często formułują bardziej złożone postanowienia i działania naprawcze i prozdrowotne. Szereg tych zachowań może być nie tylko nieskutecznych, ale nawet szkodliwych. Powstał wręcz swoisty rynek „dobrych rad” w prasie, radiu i telewizji. Jesteśmy zachęcani, by „więcej spacerować” i „myśleć optymistycznie”. Ale jak to zrobić? Można zachęcić pacjentów do skorzystania z następujących „dyrektyw”:

- **Doceniaj aktywność fizyczną, jej potencjał terapeutyczny jest zbliżony skutecznością do innych metod leczenia depresji.**

- W każdej aktywności nie przekraczaj „progu bólowego”. I tego fizycznego, i tego psychicznego.
- Doceniaj wypoczynek, jest to także „aktywna” i „kreatywna” część życia, nie traktuj wypoczynku, jako części zbędnej.
- Każdy kontakt z ludźmi ma walor rehabilitacyjny. Nie oceniaj nikogo, nie rezygnuj z nikogo, nie trzeba czekać tylko na „prawdziwych przyjaciół” i „jedyną prawdziwą miłość”.
- Żadna część twojego życia nie jest zbędna, nie warto wyzywać się czegokolwiek bezrefleksyjnie, nie warto „zwalczać” samego siebie.
- Dbaj o równowagę działań, w które się angażujesz.



Z drugiej strony pacjenci mają tendencję do natrętnego powtarzania różnych zachowań

w czasie depresji. Klasycznym przykładem takiego zagrożenia jest „zapracowanie się na śmierć”. Bywa, że w depresji desperacko wyznaczane są nowe cele, nowe zadania, podejmowane próby przewartościowania życia, decyzje o rozwodzie lub nowym małżeństwie, wyjazd z kraju, etc.. Działania te, pozornie naprawcze, w istocie są głęboko destrukcyjne, prowadzą do pogłębienia zaburzeń depresyjnych.



## 19. Czy depresja przechodzi sama?

To zależy, z jaką postacią depresji mamy do czynienia. Większość zaburzeń nie jest ani diagnozowana, ani leczona. Nie oznacza to jednak, że „każda depresja sama przechodzi”. Nawet jeden dzień niesprawności rodzi poważne skutki społeczne i/lub somatyczne. Kłótnia z partnerem lub



partnerką i zaniechanie pójścia do pracy może zamienić się w rozpad związku i zwolnienie z pracy. Czy „cicho wycofamy się” z życia na czas choroby, czy zaczniemy robić „głośne porządki dookoła” – wszystko pod wpływem depresyjnego nastroju – konsekwencje bywają nieodwracalne. W nawrotowych zaburzeniach depresyjnych, jak w każdej chorobie, nieleczone objawy ulegają swoistemu „utrwaleniu”, a ich usunięcie staje się bardzo trudne. Dlatego w przewlekłych postaciach depresji, jak np. w dystymii, większość chorych nie może liczyć na spontaniczną redukcję objawów nawet po 10 latach.

## 20. Depresja w rodzinie

Gdy choruje ktoś z rodziny zmienia się życie wszystkich. Zmiana zachowania pacjenta prowadzi



do konfliktów, nieporozumień i wypalenia. Bliscy chorego, o ile sami unikną zaburzeń reaktywnych, mogą zaoferować cierpiącemu na depresję bezwarunkowe wsparcie. Rodzina powinna zachęcać do systematycznej kontynuacji leczenia. Nie sprawdzają się ani komentarze negujące depresję, jak „przesadzasz”, „histeryzujesz”, ani niewykonalne rady typu „weź się w garść” i „głowa do góry”. Takie nieprzemyślane komentarze, przynoszą odwrotny skutek, a zwłaszcza pogłębiają wycofanie się z życia społecznego.



## **Servier Polska Sp. z o.o.**

ul. Jana Kazimierza 10, 01-248 Warszawa

tel. (22) 594 90 00, faks (22) 594 90 10

Internet: [www.servier.pl](http://www.servier.pl)

e-mail: [info@pl.netgrs.com](mailto:info@pl.netgrs.com)