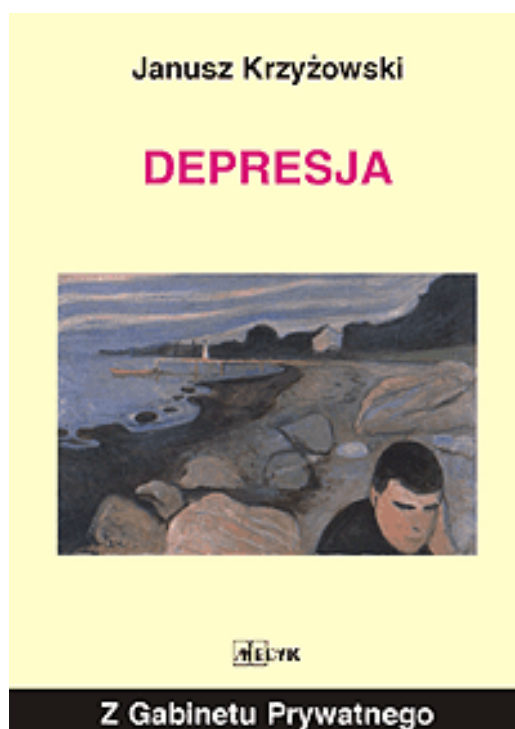


*Janusz Krzyżowski*



**Depresja**

## Spis treści

1. Wstęp
2. Kiedy rozpoznajemy depresję
3. Jak często pojawia się depresja
4. Nieco więcej o objawach pojawiających się w depresji
5. Rodzaje depresji
6. Stany depresyjno-lękowe
7. Co jest przyczyną depresji
8. Depresja a choroby somatyczne
9. Nawrotowość w depresji
10. Następstwa depresji
11. Społeczny aspekt depresji
12. Spróbujmy pomóc sami sobie
13. Jak pomóc osobie w depresji
14. Czym jest psychoterapia w depresji
15. Ogólne zasady stosowania leków przeciwdepresyjnych
16. Konieczność zaakceptowania objawów ubocznych związanych z leczeniem
17. Niektóre ważniejsze leki przeciwdepresyjne
18. Szczególne problemy terapeutyczne

## Wstęp

*Ciało zna swoje granice: stopy, ręce, głowa.  
Dusza - to dopiero! Hasa, rozplywa się  
za siedmioma górami, wśród lagun Wenecji  
i wzgórz Toskanii, w koncertach Vivaldiego;  
wypełnia łądy, horyzont, sypialnie i fotel,  
by nagle skurczona,  
mniejsza od biedronki,  
drżeć w ciebie,  
z mocno zaciśniętymi zębami.*

*Krzysztof Boczkowski. Dusza i ciało*

Określenie depresja ma w naszym języku wiele znaczeń. Jako depresję rozumiemy zarówno przelotny nastrój smutku jak i dłużej trwającą reakcją na sytuację przykłą, stresującą lub niebezpieczną. Wreszcie jako depresję rozumiemy chorobę mającą określony czas trwania i wymagającą właściwego, najczęściej biologicznego leczenia. Życiowa porażka, przygnębienie z nią związane, złe fatum lub poczucie niezасłużonego cierpienia zesłanego przez opatrność, powoduje boleść psychiczną podobną do tej, jakiej doświadczał Hiob:

*„Czemu nie umarłem już w łonie matki, czemu nie zginąłem gdy wyszedłem z łona? Czemu mnie wzięto na kolana, czemu do piersi abym je ssał... Bo westchnienia są moim pokarmem i jak woda płyną me skargi”.*

Z rozpaczą Hioba identyfikują się od tysiącleci ludzie z kręgu kultury judeochrześcijańskiej, którymi owładnęła depresja i zwątpienie. Wielki lekarz i poeta perski Omar Chajjam doświadczony przez zły los, również zaczyna wątpić w sens życia, a nawet boską dobroć:

*Gliną tylko jestem, Panie w Twoich rękach.  
Lepisz z niej naczynia by później w mękach  
moich je rozbić. Może Cię to bawi?  
Lecz dla mnie biednego, to tylko udręka.*

Bycie przygnębnionym lub zniechęconym nie zawsze oznacza, że jesteśmy chorzy na depresję. Dlatego między innymi w krajach anglosaskich mówi się o depresji - chorobie „wielka depresja”. Z drugiej zaś strony bywają sytuacje, w których rozpoznaje się depresję u ludzi nieźle radzących sobie z życiem, których do wizyty u lekarza skłoniły uporczywe bóle głowy lub bezsenność. Przygnębienie jest zazwyczaj związane ze smutkiem, nad którym panujemy. Jest on umiarkowany w swym nasileniu i zasadniczo nie zakłóca nam codziennego bytowania. Powodem może być jakieś niepowodzenie lub „chandra”, „dołek psychiczny”, wszystkie te odczucia jednak nie wpływają w sposób znaczący na efektywność naszej codziennej pracy i stosunki z innymi ludźmi.

Jedna z moich pacjentek, bezdzietna mężatka, dziennikarka pisze:

*Od pewnego czasu ciągle byłam w złym nastroju. Miałam dużo pracy - jestem dziennikarką i piszę głównie w domu. Całe dnie spędzam przy komputerze. Gdy mąż wracał z pracy zjadałam z nim obiad i znów zamykałam się w swoim pokoju. Każdej soboty obiecywałam sobie, że od poniedziałku zacznę żyć w inny sposób, ale wciąż ginęłam w powodzi artykułów. Po jakimś czasie zauważyłam, że piszę je z coraz mniejszym entuzjazmem. To, co kiedyś sprawiało mi szaloną radość, teraz traktuję jako przykry obowiązek. Rano nie mam ochoty wstać i z niechęcią myślę o wszystkim, co mnie czeka. Poczucie monotonii i beznadziejności narastało do tego stopnia, iż zaczęłam sobie wyobrażać, że w kółko przeżywam ten sam bezsensowny, monotony, rozciągnięty w czasie dzień. Zmieniają się tylko daty i tytuły moich tekstów - poza tym moje życie jest jednakowo smutne i szare. I ja też jestem szara i nijaka. Wcześniej dbałam o swój wygląd, teraz owładnięta smutkiem, nie miałam dość energii, by umyć sobie głowę. Nie chciało mi się prawie nic - najchętniej położyłabym się na tapczanie i przeleżała cały dzień. Każda czynność, którą miałam wykonać, dosłownie mnie bolała. Radości nie dawała nie tylko praca, ale nawet kontakty towarzyskie, które ograniczałam do minimum. Wszystko robiłam mechanicznie, jak pod przymusem, stale czułam się przemęczona i osłabiona. Nie odmawiałam mężowi seksu, ale i on nie przynosił mi satysfakcji. Coraz częściej myślałam, że życie ludzkie jest przerażającą, czarną dziurą i ciągle zbierało mi się na płacz. Zaczęły mnie też nawiedzać lęki: z początku dotyczyły konkretów (że np. nie zdążę czegoś napisać), ale szybko się rozszerzyły. Zaczęłam myśleć, że skoro tak nieswojo się czuję, to na pewno jestem poważnie chora. Zamiast jednak iść do lekarza wstuchiwałam się w swój organizm i we wszystkim dopatrywałam się symptomów choroby. Wciąż narastało we mnie poczucie zagrożenia. Każdego dnia po przebudzeniu, zanim zdążyłam na dobre otrząsnąć się ze snu uświadamiałam sobie,*

*że w moim życiu wszystko jest nie tak. Czułam się przytłoczona, bezsilna, bezradna. Znowu przez cały czas będę się męczyć i cierpieć - najlepiej byłoby nie wstawać. W takim stanie trafiłam do psychiatry. Było to trafne posunięcie - lekarz bardzo mi pomógł.*

Musimy pamiętać, że część pacjentów nie chce zwrócić się o pomoc do psychiatrów gdyż w ten sposób musieliby sami przyznać się, że nie radzą sobie z własnymi problemami. Sytuacja taka jest szczególnie niemiła dla osób, które dotąd dobrze sobie radziły ze swym życiem, były odpowiedzialne i często pomagały innym, będąc dla nich i wzorem i podporą. Osoby chore na depresję uważają niekiedy, że problemy ich są tak skomplikowane, zawile i trudne do przedstawienia, iż nikt nie jest w stanie im pomóc. Niekiedy wydaje się, że nie docierają do nich argumenty racjonalne i trwają w swym uporze, „że już nic z nich nie będzie”.

### **Depresja jest chorobą częstą**

Zaburzenia depresyjne rozpoznaje się w praktyce lekarza ogólnego zbyt rzadko. Tymczasem dopiero właściwe rozpoznanie daje szansę pacjentowi na możliwie szybkie i skuteczne wyleczenie. Zasadniczym powodem takiego stanu rzeczy jest fakt, że większość pacjentów, nie rozumiejąc istoty swych dolegliwości zgłasza się po raz pierwszy do lekarzy ogólnych lub specjalistów w innych dziedzinach medycyny. Ci zaś w dobrej wierze idą zazwyczaj tropem jednego z licznych objawów somatycznych i kierują pacjenta na uciążliwą ścieżkę badań dodatkowych i leczenia objawowego.

Uważa się dzisiaj, że liczba osób chorujących na depresję w ciągu życia, dochodzi do 18% populacji ogólnej, wliczając w to wszystkie formy i odmiany depresji. W populacji pacjentów przyjmowanych w gabinecie lekarza rodzinnego liczbę pacjentów z depresjami szacuje się na 15%. W gabinecie prywatnie pracującego psychiatry liczba ta dochodzi do 70% wszystkich przyjmowanych pacjentów. Tak więc, patrząc na statystykę, mogę śmiało twierdzić, że depresja może się przytrafić nieomal każdemu z nas. Za pewne natomiast możemy przyjąć, że spotkamy się z depresją, wcześniej, czy później w każdej naszej rodzinie. Już nasz wielki poeta Juliusz Słowacki pisał (Beniowski, pieśń I):

*O melancholio! Nimfo, skąd ty rodem?  
Czyś ty chorobą jest epidemiczną?  
Skąd przyszłaś do nas? Co ci jest powodem,  
Że teraz nawet szlachtę okoliczną  
Zarażasz?*

## Kiedy rozpoznajemy depresję

*Nie ma cię to już, radości kochana,  
Która tak wiernie służyłaś mi długo,  
Wróć się, wróć jeszcze do swego pana,  
Darmo cię wołam, ulubiona sługo!*

*Już idzie smutek. Z nim jego dworzany;  
Żal, tęskność, moją obstąpili duszę  
Ci to moimi teraz będą pany,  
Ja, com panował, teraz służyć muszę.*

*Andrzej Brodziński. Pieśń po straconej radości*

W zasadzie depresję (chorobę) możemy podzielić w zależności od nasilenia na: łagodną, głęboką i osłupienie depresyjne (stupor depresyjny, czyli postać najcięższą). Powinniśmy jednak pamiętać, że w czasie trwania depresji postacie jej przechodzić mogą jedna w drugą.

Lekka postać depresji bywa często nie rozpoznawana. Traktowana jest jako okres zmęczenia, znużenia lub zniechęcenia.

Osoby, cierpiące na depresję spowodowaną czynnikami reaktywnymi zazwyczaj miewają mniej objawów psychosomatycznych. Dręczą je za to czcze rozmyślenia, nawracające przypomnienia nieszczęścia lub zawodu jakiego doznali. Osoby porzucone, zawiedzione przez partnerów, odczuwają „ból w sercu, a burzę i zazdrość w myślach”. Doskonale ilustruje to fragment wiersza zawiedzionej poetki - Mariny Cwietajewej (tłumaczenie Sewernyn Pollak):

*Jak się panu żyje z inną -  
Prościej? - Wiostem raz pluśnięcie!  
I ja - czy brzegową linią  
Dość już szybko z twej pamięci  
Uszłam...*

*Czyś jarmarczną się nowością  
Nasycił? Gdy czary przysły,  
Jakże żyjesz z przyziemnością,  
Z kobietą szóstego zmysłu  
Wyzbył?*

Często osoby depresyjne mają wrażenie, że są somatycznie chore, a przez lekarzy, do których się zgłaszają traktowani są jako hipochondrycy. Liczne badania nie potwierdzają bowiem zmian somatycznych. Pacjenci w tym okresie są często ofiarami oszustów medycznych - znachorów, bioenergoterapeutów i innych.

Pacjenci, u których wyraźnie dominują dolegliwości somatyczne podają najczęściej następujące skargi (kolejność wymieniania związana jest z częstością występowania):

- bóle przedsercowe połączone z uczuciem zaciskania i kołatania
- uciski w okolicy splotu słonecznego (środek brzucha), niekiedy połączone z bolesną perystaltyką przewodu pokarmowego
- skargi na uporczywe zaparcia
- uciski, rozsadzanie i poczucie obręczy na głowie
- zaciskanie i drętwienie w gardle.

Poza tym, ilość i charakter innych jeszcze skarg jest nieomal nieograniczona i dotyczyć może każdego narządu i każdej funkcji organizmu. Głęboka depresja rozpoczyna się podobnymi jak wyżej opisano objawami, lecz szybko przybierają one na sile i rozwijają się w obraz chorobowy wskazujący na ciężkie cierpienie pacjenta. Zgarbiona, pochylona postać, wyraz bólu na twarzy, wyraźne pocenie się, drżące ręce. Pacjent skarży się na odrętwienie, na brak uczuć, niemożność wykrzesania myśli, niemożność pracy zawodowej. W tym nasileniu depresji dochodzić może do samookaleczeń i prób samobójczych. Głęboka depresja przebiegać może pod postacią obniżonego napędu, cichego cierpienia, rezygnacji i wycofania się pacjenta. Niekiedy pojawia się u niego płacz lub rozpacz, niekiedy brak możliwości „wypłakania się”.

Najgłębszą postacią depresji jest osłupienie depresyjne. Chory w tym czasie nie zdradza żadnej aktywności ruchowej. Nie można z nim nawiązać kontaktu słownego. Wyraz twarzy ma zastygły, cierpiący. Nie przyjmuje pokarmów, nie wypróżnia się. Musi być wtedy karmiony przez sondę. Taka depresja wymaga intensywnego leczenia szpitalnego.

Nasi anglosascy koledzy wprowadzili tu pewien schemat ułatwiający rozróżnienie depresji. Posługują się w tym celu skrótem SIGECAPS, tj. zespołem objawów, które występują w depresji. Ich niekompletność wskazuje, że być może nasz pacjent ma napady lęku lub inną formą nerwicy.

**S** (sleep) - Bezsenna lub wzmożona senność  
**I** (interest) - Brak zainteresowań lub brak odczuwania przyjemności z życia  
**G** (guilt) - Poczucie winy lub beznadziejności  
**E** (energy) - Apatia, brak energii życiowej  
**C** (concentration) - Koncentracja, trudności w skupianiu uwagi  
**A** (appetite) - Brak apetytu, łaknienia  
**P** (physical activity) - Zaburzenie aktywności: pobudzenie lub jej obniżenie  
**S** (suicide) - Samobójstwo - myśli lub próby samobójcze

W myśl powszechnie przyjętych i uznanych kryteriów, występowanie u pacjenta już pięciu z przedstawionych powyżej objawów pozwala rozpoznać prawdziwą depresję.

Obecnie przyjęte międzynarodowe kryteria diagnostyczne zachorowania na depresję, tzw. ICD-10, obejmują konieczność stwierdzenia przynajmniej 2 spośród podanych poniżej objawów, w okresie trwającym 2 tygodnie lub dłużej.

- obniżenie nastroju
- utrata zainteresowań i zdolności odczuwania przyjemności
- utrata energii, męczliwość, apatia
- pesymizm co do przyszłości
- zaburzenia snu
- zmniejszenie apetytu
- obniżenie koncentracji
- niska samoocena
- poczucie winy
- myśli samobójcze.

## Jak często pojawia się depresja

*Jedynymi ludźmi, z którymi chciałbym teraz przebywać,  
są artyści i ci, którzy cierpieli; ci, którzy wiedzą,  
czym jest piękno, i ci, którzy wiedzą, czym jest smutek;  
nikt inny mnie nie interesuje.*

Oscar Wilde. Aforyzmy

Depresja jest chorobą częstą. Niejednokrotnie bywa powodem znacznego pogorszenia jakości życia, aż do inwalidztwa włącznie. Jest zaburzeniem nawracającym, często o charakterze przewlekłym. W związku z permanentnie zmieniającą się charakterystyką jej subgrup i stale trwającymi rewizjami międzynarodowej klasyfikacji, wiele danych odnośnie częstości jej występowania, z opisem owych subgrup (nazywa się to epidemiologią depresji), jest jeszcze nie w pełni wiarygodnych i porównywalnych w różnych krajach.

Uważa się, że na depresję cierpi około 3% ogólnej populacji. W ciągu całego życia aż 18% populacji w krajach rozwiniętych ma szansę (lub raczej pecha) chorować na depresję. Niektóre statystyki podają, że kobiety chorują 2 razy częściej niż mężczyźni. Dane te poddawane są jednak w wątpliwość. Ja sam również uważam, że statystyka taka wynika z faktu, iż kobietom łatwiej zaakceptować konieczność zgłoszenia się do psychiatry. W kulturze zachodniej panuje przeświadczenie, że mężczyźni nie wypadają „słabości”, a depresja jest jej kwintesencją. Być może, mężczyźni częściej w takich sytuacjach korzystają z porad kardiologów czy gastrologów? Istnieje sporo wyrywkowych informacji o częstości występowania poszczególnych form depresji. I tak dla przykładu: podaje się częstość występowania dystymii na około 3% w populacji ogólnej. Częstość występowania depresji u dzieci na 3% wszystkich rozpoznawanych depresji. Uważa się, że duża depresja pojawia się u 17% populacji biorąc pod uwagę całe życie człowieka, a mała depresja w ciągu życia występuje w około 10%.

Na dwubiegunowe zaburzenia afektywne choruje wg różnych badań od 1 do 8% populacji. Wydaje się, że częściej zapadają na nie osoby z ekstrawertywnymi cechami osobowości niż osoby introwertywne. Około 25-50% osób cierpiących na zaburzenia dwubiegunowe dokonuje samookaleczeń i usiłuje popełnić samobójstwo. Samobójstwo jest przyczyną śmierci około 10% tych osób. Tylko u 7% pacjentów z rzutem dwubiegunowej choroby afektywnej nie ma nawrotów choroby. Zaburzenia dwubiegunowe występują równie często u obu płci.

Podtypy zaburzeń dwubiegunowych wykazują szybką zmianę faz, występują częściej u kobiet. Choroba rozpoczyna się zwykle pomiędzy 15-24 rokiem życia, jednak może rozpoczynać się w każdym innym wieku. Niektórzy pacjenci, u których rozpoznano nawracające zaburzenia depresyjne, mogą doświadczyć pierwszego epizodu manii w wieku 40-50 lat. Uważa się, że u jednego na pięciu pacjentów, u których rozpoznano nawracające zaburzenia depresyjne, rozwinię się w przyszłości schorzenie dwubiegunowe. Epizod manii lub hipomanii ma zwykle miejsce w ciągu pierwszych 5-ciu lat trwania choroby. Około 40% pacjentów, u których rozpoznano zaburzenia dwubiegunowe, w ciągu 2 lat przeżywa kolejny epizod manii.

Na depresję chorują ludzie wszystkich ras i wszystkich krajów. W krajach rozwijających się rzadziej jest rozpoznawana, gdyż dostępność służb psychiatrycznych jest mniejsza. Częściej rozpoznania depresji stawiane są w aglomeracjach wielkomiejskich niż na wsi. Znaczenie decydujące ma prawdopodobnie wspomniany czynnik dostępności.

W gabinecie prywatnie praktykującego psychiatry, w dużym mieście, depresje stanowią około 2/3 wszystkich stawianych rozpoznań.

## Nieco więcej o objawach pojawiających się w depresji

*Czego się nie dotknę, najmniej mi nielubo;  
Nigdziez mi miękko, wszędzie ostro, twardo, grubo,  
Wszystko mi wrzody czyni na sercu i krosty,  
Wszystko, czego pomacam, ciernie, głogi, osty.  
Wszystko mnie w serce kole:  
I lipy, i topole.*

*Wacław Potocki. Pieśń abo tren do wiosny.*

### Pierwsze wrażenie

Już pierwszy kontakt z pacjentem może nasunąć nam podejrzenie, że ta oto osoba wchodząca do gabinetu cierpi na depresję. Pacjent jest skonfundowany. Sprawia wrażenie osoby cierpiącej, duchowo zranionej. Z pochyloną głową, unikając naszego wzroku ciężko osuwa się na fotel. Na twarzy widać wysiłek i smutek. Zazwyczaj osoba taka jest nieco spowolniona z ociężałymi ruchami. Oczywiście pacjent w lęku będzie demonstrował raczej niepokój, ale wyraz cierpienia na twarzy i rezygnacji w gestach będą takie same jak u osoby spowolnionej. Pacjenci dotkliwie odczuwają owo uczucie spętania ruchów i psychiki, owo spowolnienie. Kazimierz Tetmajer tak je opisywał w wierszu Zamyślenia:

*Melancholia, tęsknota, smutek, zniechęcenie  
są treścią mojej duszy... Ze skrzydły złamanymi  
myśl ma, zamiast powietrze przeżynać bezdennie,  
włóczy się jak zbarczone żurawie po ziemi.*

### Rozmowa

Z osobą depresyjną ciężko się rozmawia. Albo nie mówi ona wiele, albo w wypowiedziach brak spontaniczności. Pacjent głos ma cichy, matowy, zbolący. Niekiedy ciężko wydobyć od niego nawet skargi. Spotykałem pacjentów, którzy zapytywani o powód zgłoszenia się do lekarza potrafili powiedzieć tylko, że „mają gniot”. Człowiek w depresji sprawia nieraz wrażenie ograniczonego umysłowo, nierozgarniętego. Oczywiście pacjenci w depresji połączonej z niepokojem zasypywać będą nas potokiem skarg i użalań się nad sobą.

A oto wypowiedzi jednej z pacjentek (mężatka, dwoje dzieci, pracownica poczty):

*Czuję, że wraca mi depresja. Czuję lęk i obawę przed wszystkim. Co chwila robi mi się słabo i gorąco.  
W myślach, kiedy się zastanowię, że życie nie ma sensu, to aż przechodzi mnie dreszcz po rękach  
i karku. Co kilka nocy zdarza mi się wcale nie spać. A w ogóle, to śpię słabiej. Najgorszy jest pośpiech.  
Nie umiem brać życia na spokojnie.*

*Nieraz mam takie myśli kiedy patrzę na nóż, że mogłabym nim komuś coś złego zrobić! Boję się poczuć  
gorzej albo zwariować, abym czegoś podobnego nie zrobiła. Wczoraj miałam drżenie całego ciała. Trwało  
to, na szczęście, tylko przez krótki czas.*

*Stale się boję, że się gdzieś spóźnię. Cała w nerwach czekam na każdy autobus. Stałam się bardzo  
płacziwa. Kiedy tylko muszę się nad czymś skupić, to zaraz gorąco uderza mi do głowy. Trudniejsze  
sprawy w pracy też wytrącają mnie z równowagi. Jak czułam się dobrze to kupiłam na wsi działkę z łąką,  
a teraz boję się, że nie dam rady tego wszystkiego obrobić. Ile razy jestem teraz na działce to płaczę,  
że jest tam tyle chwastów, a ja nie mam siły sobie z tym wszystkim poradzić. Chyba już nic ze mnie nie  
będzie?*

### Samopoczucie

Zazwyczaj, już na wstępie, osoby depresyjne podają złe samopoczucie jako zasadniczy powód wizyty. Niekiedy jednak podają niemożność odczuwania żadnego pozytywnego uczucia. Zamiast tego relacjonują, iż czują wewnętrzną pustkę, brak nawet pozytywnych emocji. Martwią się, że uczucia takie jak miłość do dziecka, czy przywiązanie do rodziny „odeszło od nich”. Tym samym czują się źli, nieludscy, „jak potwory”. Sytuacje, które kiedyś sprawiały radość teraz obojętnieją. Tracą zainteresowania dla swych pasji, a nawet seksu. Nawet zwykłe otoczenie, przyroda wydają się nieprzyjazne lub wrogie, nie dające możliwości relaksu ani wytchnienia. Leopold Staff tak opisuje pejzaż widziany oczami osoby przygnębionej (Szara, spękana ziemia...):



*Szara, splekana ziemia, ugór jałowy,  
 Poszarpany pustymi wyschłych wód koryty.  
 W górze chmur brudna płachta skłon zasnuła cały,  
 Mglisty przestwór w znużeniu chory sen spowity,  
 Pustka równa, ni drzewa, wzgórze ani skały,  
 Oko nie może lecieć w górę, w dumne szczyty -  
 Monotonia, a w dali nuda pełźnie skrycie,  
 Wlokąc za sobą rozpacz: oto nasze życie.*

Często pacjenci w depresji podają, że odczuwają świat jako pozbawiony kolorów. Wszystko wydaje się szare, smutne i pozbawione wartości i sensu. Sprawy, które cieszyły drażnią, a pozostałe są obojętne. Przyszłości „nie ma”, a przeszłość wydaje się być jedynym pasmem błędów i pomyłek. Osiągnięcia dawne są bagatelizowane, a pomyłki urastają do rangi wykroczeń lub przestępstw. Występuje tendencja do stałego samooskarżania się o wszystkie grzechy zawinione i niezawinione. W samopoczuciu występują wyraźne wahania dobowe. Najgorsze są poranki. Pacjenci czują się niekiedy bliscy agonii we wczesnych godzinach porannych - tuż po obudzeniu. Wieczór niekiedy przynieść może pewną ulgę, lecz po nim nieubłagane następuje rano z dręczącymi lękami i myślami samobójczymi.

## Lęk

Prawie wszyscy pacjenci w depresji odczuwają mniejszy lub większy lęk. Może on budzić się wraz z nimi we wczesnych godzinach porannych i towarzyszyć aż do zaśnięcia. Mogą to jednak być również fale tego nachodzącego i paraliżującego odczucia. Uważa się, że lęk i depresja są stanami związanymi ze sobą nieomal nierozzerwalnie. Wielu psychiatrów traktuje go w depresjach jako tzw. „objaw osiowy”. Wydaje się, że powiązanie to jest rzeczywiście bardzo ściśle. Pojawiająca się depresja może generować lęk, a ten zaś indukować pojawianie się depresji. Wygląd osoby w lęku jest charakterystyczny, znamy go wszyscy. Jeśli nie z naszych osobistych doświadczeń, to dostatecznie często spotykamy się z manifestacją lęku na filmach, sztukach teatralnych w plastyce. Osoba taka jest zazwyczaj roztrzęsiona, spocona, w wyraźnym wewnętrznym napięciu. Najczęstsze lęki dotyczą obawy przed:

- utratą kontroli nad swym zachowaniem i możliwością kompromitacji
- utratą pracy lub prestiżu ze względu na niewydolność umysłową
- omdleniem w miejscu publicznym
- szaleństwem. Pacjent ma poczucie, że coś złego się dzieje z jego zdrowiem psychicznym, z rozumem. Ma poczucie że za chwilę zwariuje.
- śmiercią
- jakimś nieszczęściem, które dotknie jego lub najbliższych
- możliwością popełnienia samobójstwa.

Anna Achmatowa, która w życiu swym zaznała wiele cierpień i dobrze wiedziała co to jest depresja, tak pisała (tłumaczenie Gina Gieysztor):

*Wszystko odjęte: i miłość, i siła.  
 W niemile miasto przeniesione ciało  
 Nierade słońcu. Czuję, że mi w żyłach  
 Krew wolniej płynie jakby zastygała.*

....

*Tylko sumienie dniami i nocami  
 Miota się we mnie, żądając haraczu.  
 Odpowiem mu, zakrywszy twarz rękami...  
 Lecz nie ma więcej ni łez, ni tłumaczeń.*

## Myślenie

O spowolnieniu wypowiedzi pacjenta pisałem już uprzednio. Z nim integralnie związane jest spowolnienie myślenia. Ponadto, w myśleniu pacjenta jest wiele negatywnych przekonań, pesymistycznych konkluzji i sądów. Pacjent wie, że nic mu nie może już pomóc, a jeśli nawet o tę pomoc się zwraca, to nie ma poczucia, żeby to miało jakiś sens. W tym kontekście widzi swą aktualną rzeczywistość, tak postrzega przyszłość i tak ocenia czas miniony. Od stwierdzeń tu przedstawionych już jest tylko jeden krok do urojeń, a więc chorobliwych sądów na temat:

- poczucie winy, nawet za nie popełnione czyny
- przekonanie o kompromitacji własnej i hańbie dla rodziny
- przekonanie o rychłym zubożeniu, bankructwie, nędzy
- przekonanie o zbliżającej się nieuchronnie ciężkiej chorobie fizycznej
- poczucie, że nie oddaje się moczowi, ani nie wypróżnia
- niekiedy pojawić się może przekonanie o zanikaniu części własnego ciała.

Wszystkie „bilanse życiowe” osób będących w depresji są negatywne. Żaden fakt pozytywny nie potrafi ucieszyć. Wszystkie błędy i niepowodzenia stają przed oczyma jak niemi świadkowie oskarżający o nieudolność, lenistwo i wszystkie możliwe inne przewinienia. Wielki dwudziestowieczny poeta japoński Hagiwara Sakutaro, tak wczuwa się w los depresyjnej osoby (tłumaczenie Mikołaj Melanowicz):

*Wynędzniały jak wrona,  
buty zdarte i los wyświechtany  
Ojczy mój!  
Co mi z życia pozostało?  
Ze smutków nicości?  
Przeliczyłem na dnię biednego portfela  
całe życie zamieniłem w miedziaki  
i cisnąłem o bruk.*

Myśli natrętne są kolejnym utrapieniem pacjentów depresyjnych. Niekiedy mogą być one najważniejszym lub najbardziej dokuczliwym objawem. Przecistawianie się im zazwyczaj nie daje efektu, a uleganie im pogłębia jeszcze poczucie niesprawności psychicznej i nasila depresję. Najczęściej są to:

- przykre, często bezsensowne, nawracające myśli, nad którymi nie można zapanować
- nawracające wątpliwości
- skojarzenia obsceniczne
- skojarzenia obrazoburcze
- myśli o tym, że można byłoby kogoś zabić (następuje wtedy chowanie ostrych przedmiotów)
- skojarzenia o możliwość zarażenia się chorobą zakaźną lub weneryczną.

Zazwyczaj z myślami takimi, które nazywane są obsesjami, wiążą się natrętne zachowania nazywane kompulsjami. Niekiedy są to bezsensowne, powtarzające się rytuały (np. wielokrotne mycie rąk w obawie przed zarażeniem). Ich spełnienie przynosi pacjentowi na czas krótki ulgę w postaci rozładowania dręczącego napięcia psychicznego.

### **Zaburzenia snu w depresji.**

Zaburzenia snu wiążą się w depresjach z zaburzeniami regulacyjnymi podwzgórza i układu siatkowatego. Powoduje to wyraźne zaburzenia rytmów biologicznych, a wśród nich rozregulowania rytmu snu i czuwania. Zazwyczaj w depresjach mamy do czynienia ze splotem: ze splotem ze splotem snu, zmniejszeniem ogólnego czasu spania i „fragmentacją snu”. Pacjenci budzą się wielokrotnie w nocy, a na dodatek budzą się bardzo wcześnie rano. Niekiedy może być to już godzina pierwsza lub druga po północy. Ten rodzaj zaburzenia snu wiąże się zazwyczaj z niepokojem, a nawet agitacją. Inny rodzaj zaburzenia snu występujący w depresjach, to wzmożona senność, przesypianie wielu godzin w nocy i dodatkowo senność w ciągu dnia. Wiąże się to zazwyczaj z apatią i zahamowaniem pacjenta. Zakłócony rytm snu koreluje wyraźnie z innym około-dobowym zaburzeniem rytmu nastroju pacjenta. Depresja najsilniejsza jest rano, po obudzeniu się, a jej nasilenie ustępuje w godzinach wieczornych.

W zespole maniakalnym będącym niejako przeciwstawieniem depresji, a niekiedy fazą w jaką przechodzą niektóre depresje, również następuje znaczne zakłócenie rytmów biologicznych oraz zaburzenia rytmu snu i czuwania. Przybiera to zazwyczaj postać znacznego zmniejszenia ilości snu nocnego i wczesnego budzenia się pacjenta. Objawy psychopatologiczne zespołu maniakalnego, podobnie jak w depresji, podlegają również wahaniu dobowemu - nasilają się wieczorem i w godzinach porannych. Pacjenci wydają się dysponować niezmiernym zapasem energii, tak jak gdyby nie potrzebowali wcale nocnej regeneracji sił. W czasie manii drobna kobieta - „chucherko” - potrafi w ciągu nocy posprzątać całe mieszkanie, pomalować je, wykonać pranie, a rano z nie pomniejszoną energią udać się do pracy zawodowej. Zazwyczaj, po okresie „nadmiernego wyładowania energii” w fazie maniakalnej, nastąpić może kolejny ich deficyt związany z kolejną depresją.

## Ryzyko samouszkodzenia lub samobójstwa

Pacjent mający poczucie własnej niesprawności, wręcz ułomności, tkwiący w okowach beznadziei i złego nastroju może mieć pomysł, aby „ukarać” się za wymaginowane winy. W takich sytuacjach dochodzi do samouszkodzeń. Każde z nich jest jednocześnie rozpaczliwym „wołaniem o pomoc”. Każde samouszkodzenie zwiększa szansę na to, że następnym razem pacjent pewniejszą ręką lub „lepszą” metodą odbierze sobie życie. Dlatego taktownie, dyskretnie, ale konsekwentnie należy sprawdzić, czy pacjent myślami swymi „krąży” wokół tego tematu i czy rozważania jego mają charakter poważnego zagrożenia. Szczególnie niebezpieczni są tu pacjenci o tzw. „obsesji śmierci”. Znamienne może być tu „memento” XIX wiecznego poety - Karola Sienkiewicza pt. Śmierć:

*Wy, co się stałym szczęściem chlubicie  
Drżycie! Śmierć sroga niezłęczona w trudzie  
Wydrze wam wszystko - bo wam wydrze życie.  
Nie wiercie szczęściu waszemu, o ludzie!*

## Objawy somatyczne występujące w depresji

Przy rozpoznawaniu depresji powinno się uwzględniać czynnik zmian fizycznych zachodzących w ciele pacjenta. Zebranie szczegółowego wywiadu ujawni ich niewątpliwie sporo. Część z nich stwierdzić będzie można również na podstawie badania somatycznego stanu pacjenta. A oto lista najczęściej występujących zaburzeń somatycznych pojawiających się w czasie trwania depresji:

- utrata wagi, może dochodzić do 5% miesięcznie lub rzadziej występujące objadanie się z przyrostem wagi
- bóle głowy, niekiedy uczucie obręczy na czaszce
- uczucie kołatania serca z zaburzeniami jego rytmu
- przyspieszenie oddechu, duszności i brak tchu
- mdłości
- biegunki lub zaparcia
- wysychanie w jamie ustnej
- częste oddawanie moczu
- trudności we współżyciu seksualnym.

A oto relacja jednej z moich pacjentek, u której dolegliwości somatyczne były wiodącymi objawami depresyjnymi:

*Od dość dawna mam, mniejsze lub większe, kłopoty z kręgosłupem. Z tego powodu zostałam skierowana na rehabilitację w oddziale reumatologicznym. W międzyczasie, planowałam daleki wyjazd zagraniczny. Jednak, na wiosnę tego roku, tj. w momencie sfinalizowania formalności wyjazdowych nagle doszłam do wniosku, że mogę nie znieść trudów podróży. Tym razem do moich nerwowych rozmyślań, dołączył się objaw odbijania, więc jak zwykle w takich wypadkach poszłam do gastrologa. Niestety, przepisane leki mi nie pomogły, a nawet miałam poczucie, że mi zaszkodziły. Do tego kręgosłup bolał mnie bardziej niż zwykle. Dołączyły się bóle mięśni rąk i nóg, które nasilały się nawet po niewielkim wysiłku. Bałam się, że są to objawy uboczne leków od gastrologa. Ten jednak oświadczył, że „wszystkim to pomaga, więc musi się pani do tych leków przyzwyczaić, bo innych nie ma”.*

*Zmieniłam lekarza, ale cały czas czułam się zdenerwowana i zaczęłam odczuwać nieprzyjemny objaw ściskania w gardle i jakiejś przeszkody w przełyku. Badania wykazały, że wszystko jest w porządku, ja jednak czułam się bardzo źle. Rodzina już wcześniej była zdania, że moje objawy mogą mieć podłoże nerwowe. Tym bardziej, iż okresowo odczuwałam lęki bez powodu i ogólne obniżenie nastroju. Dość szybko pogodziłam się z opinią rodziny i dlatego bezzwłocznie poszukałam pomocy psychiatry.*

Jeszcze w ubiegłym wieku psychiatrzy twierdzili, że depresja to nie tylko zaburzenie rozgrywane się w sferze psychicznej. I chociaż zajmują się tą chorobą w większości psychiatry i opis jej znajduje się w podręcznikach tej specjalności, to depresja jest zaburzeniem ogólnoustrojowym i dlatego przypomina wiele zaburzeń opisywanych jako psychosomatyczne. Oznacza to, że rozregulowany system nerwowy powoduje w ciele pacjenta szereg pochodnych rozregulowań - zaburzeń somatycznych. U podłoża jej tkwią bowiem określone, a jeszcze nie do końca poznane patologiczne mechanizmy biochemiczne. Sama choroba, jej często dramatyczne objawy, są niewątpliwie jednym z cięższych stresów, jakie doświadczać może człowiek. Taki przewlekły i silny stres wywołuje określone reakcje biochemiczne i neurofizjologiczne, co może być początkiem różnorodnych schorzeń somatycznych. Wystarczy tu wspomnieć o długo trwającym skurczu naczyniowym będącym wynikiem silnego stresu depresyjnego, który to skurcz doprowadzić może do pochodnych zaburzeń sercowo-naczyniowych lub dyskinez dróg żółciowych. Wiadomym jest od dawna, że u pacjentów z depresjami częściej niż u pozostałych,

widuje się nadciśnienie tętnicze, a leczenie przeciwdepresyjne zazwyczaj reguluje w pewnym stopniu owo nadciśnienie. Obniżenie podstawowej przemiany materii, tak częste w depresjach, może w efekcie prowadzić do obniżenia odporności, a tym samym do podatności na infekcje. Na koniec należy wspomnieć, że w depresji nasilają się, przyjmując „trudne do zniesienia”, wszelkiego rodzaju bóle przewlekłe. Ponadto, niejednokrotnie sama depresja generuje pojawianie się uporczywych bólów, które są odporne na leczenie nawet silnymi lekami.

Reasumując: depresja jest schorzeniem całego organizmu. Raz będą w niej przeważać objawy występujące wyłącznie w sferze psychicznej, innym zaś razem dominować mogą objawy zbliżone do psychosomatycznych, a wtedy pacjent może zgłosić się do każdego dowolnego specjalisty.

## Rodzaje depresji

*O melancholio, ty, co wszystkie rzeczy  
Pod kątem śmierci ukazujesz oku;  
Ty, co na smętny, błędny wzrok człowieczy,*

*Ze styksowego rzucasz mgłę potoku:  
Ty jesteś matką owych widzeń duszy,  
Gdzieś się u nieba zradzających stoku.*

*Kazimierz Tetmajer. O melancholio...*

Nie mamy jeszcze określonych wskaźników biochemicznych, neurofizjologicznych ani żadnych innych, które pozwalałyby w jasny i bezsporny sposób rozpoznawać depresję. Musimy sobie zdawać sprawę, że pojęcie depresja jest heterogenne - czyli oparte na szerokim zakresie zaburzeń depresyjnych; od uwarunkowanych biologicznie, po zaburzoną w swym rozwoju osobowość i mechanizmy rozwoju depresji. O podziale depresji, zależnie od jej głębokości i nasilenia objawów, była już uprzednio mowa. Inne klasyfikacje, stale niedoskonałe i stale ulepszone, budzą nadal sporo kontrowersji. Dotyczy to podziałów na poszczególne podtypy depresji, gdzie nasilenie określonych objawów, po przekroczeniu przez nie określonego natężenia, powoduje zmianę jakości i zaliczenie depresji do innej grupy diagnostycznej. Istnieje wiele odmian tej choroby wyróżnianych na podstawie ciężkości przebiegu, czasu trwania, okoliczności ujawniania się, szybkości ustępowania, częstości nawracania lub szybkości odpowiedzi na prowadzone leczenie. Ponadto, niekiedy rodzaj (lub podgrupę) depresji wyróżnia się spośród innych faktem pojawiania się w określonych sytuacjach życiowych. Było wielu znakomitych psychiatrów w dziejach tej specjalności, którzy przez całe swe długie i pracowite życie głównie „mnożyli byty” chorób, a w tym i depresji (Leonhard).

Depresja jest częstą chorobą, a jej objawy osiągają różne nasilenie i występują w wielu konfiguracjach. Jeśli psychiatra używa określenia „depresja”, to prawie na pewno ma na myśli depresję endogenną. Zróżnicowanie rozpoznań w ostatnich latach, to próby ujednoczenia wiodących objawów i logicznego rozdzielenia objawów dodatkowych w osobne podgrupy. Musimy jednak uświadomić sobie, że zwyczajowo funkcjonują obok siebie rozpoznania tradycyjne jak i nowoczesne, opisowe, jak i odnoszące się do wieku i sytuacji w jakiej znajduje się pacjent.

Aby ten gąszcz problemów ujednoczyć i by mogli się psychiatrzy z różnych krajów porozumieć, i wreszcie gwoli praktyki w zalecaniu określonych kuracji farmakologicznych, wprowadzono międzynarodową klasyfikację, nazywaną w skrócie ICD-10 (dziesiątka oznacza tu, że jest to kolejna modyfikacja przyjętej klasyfikacji!).

- epizod depresyjny; łagodny, umiarkowany lub ciężki
- choroba afektywna dwubiegunowa
- nawracające zaburzenie depresyjne
- dystymia
- inne, bliżej nie określone zaburzenia nastroju.

Ponadto, aby ułatwić klasyfikację i wzbogacić rozpoznanie ustalono, różnicujące objawy służące do rozpoznawania depresji.

- objawy podstawowe
  - obniżony nastrój
  - anhedonia (brak innych uczuć jak tylko przygnębienie)
- objawy dodatkowe
  - zaburzenia snu
  - chudnięcie lub tycie
  - dekoncentracja
  - brak poczucia własnej wartości
  - spowolnienie lub niepokój
  - nieuzasadnione zazwyczaj poczucie winy
  - myśli samobójcze
- gorsze funkcjonowanie
- trwanie dolegliwości co najmniej dwa tygodnie, z ich codziennym występowaniem.

Aby w sposób pewny rozpoznać depresję należy stwierdzić co najmniej dwa lub trzy spośród objawów podstawowych i od czterech do ośmiu z dodatkowych, z zachowanym warunkiem dwutygodniowego ich trwania.

## Depresja reaktywna, a depresja endogenna

Depresja reaktywna lub nerwicowa, to taka, gdzie wyraźny jest związek między silnym stresującym lub tragicznym wydarzeniem, a przygnębieniem - jako reakcją na to wydarzenie. Romeo trafiający do grobowca i przekonany o śmierci swej ukochanej, znalazł się w czołowie depresji:

*Julio! kochanko moja! moja żono!  
Śmierć, co wysłała miód twojego tchnienia,  
Wdzięków twych zetrzeć nie zdołała jeszcze.  
Nie jesteś jeszcze zwyciężoną ...*

*Jakżeś ty jeszcze piękna! Mamże myśleć,  
Że bezcielesna nawet śmierć ulega  
Wpływowi miłości? że chudy ten potwór  
W ciemnicy tej cię trzyma jak kochankę?  
Bojąc się tego, zostanę przy tobie  
I nigdy, nigdy już nie wyjdę z tego  
Pałacu nocy; tu, tu mieszkać będę...*

*Pójdź, ty niesmaczny, cierpki przewodniku!  
Błady sterniku, pójdź rzucić o skały  
Falami życia skołatana łódkę!*

*Przekład Józef Paszkowski*

Utrata bliskiej osoby, dramatyczne zwroty fortuny, zagrożenie życia lub uwikłanie w beznadziejną sytuację osobistą; wszystkie te sytuacje mogą spowodować zbyt wielkie przeciążenie emocjonalne i w efekcie wystąpienie depresji reaktywnej. Gdyby jednak, jakimś szczęśliwym trafem, zły los udało się odwrócić, gdyby osoba uznana za zaginioną powróciła, a zagrożenie życia okazało się tylko pomyłką diagnostyczną, ustąpiłaby również depresja. Załamany nią chory i nieszczęśliwy człowiek zostałby tym samym „uzdrowiony”. Jedną z moich pacjentek tak pisała w obliczu zagrożenia jakie wyniknęło z ciężkiej choroby męża:

*Mój 44 letni mąż zawsze cieszył się doskonałym zdrowiem i jak to zazwyczaj bywa w przypadku takich osób, nieomal nie zwracał uwagi na własne samopoczucie. Nic więc dziwnego, że gdy na początku tej zimy się przeziębził zamiast iść do lekarza kupił aspirynę, poleżał przez weekend, a w poniedziałek rano normalnie poszedł do pracy. Uznał, że skoro spadła mu gorączka nie ma problemu, ale mnie niepokoił jego powracający wieczorami kaszel. Próbowałam wysłać go do przychodni, ale bezskutecznie. Zresztą - ten objaw też po jakimś czasie sam ustąpił i pozornie wszystko wróciło do normy. Przez całą zimę Krzysztof czuł się dobrze, ale na przedwiośniu zaczął się skarżyć na bóle stawów, łatwo się męczył i pocił. Gdy pojawiły się obrzęki stawów wreszcie poszedł do lekarza. Ten skierował go na prześwietlenie płuc i na podstawie zdjęcia wstępnie rozpoznał rzadką i niekiedy niebezpieczną w skutkach (może prowadzić do nowotworu) chorobę układu odpornościowego - sarkoidozę. Krzysztof trafił do szpitala na szczegółowe badania i obserwację, a mnie w jednej chwili na głowę zwałił się cały świat. Poczułam się człowiekiem bez oparcia. Z Krzysztofem jestem od 12 lat i przez ten czas wypracowaliśmy sobie własny rytm życia. Bałam się o męża. Lekarze nie taili, że sarkoidoza może nawet zagrażać życiu. Staralam się nie myśleć o najgorszym, ale nie mogłam liczyć się z taką ewentualnością. Przerazała mnie myśl, że mogę zostać sama, bez niego. Jak dam sobie radę? Nie mam dzieci, jestem jedynaczką i poza mężem i mamą nie mam już rodziny. Dopiero teraz zrozumiałam jakim oparciem psychicznym był dla mnie mąż - jak będę żyła pozbawiona podpory? Przerazały mnie też sprawy finansowe: niespłacone mieszkanie - czy sama będę w stanie je utrzymać? Ale ten lęk był już wtórny, najbardziej bałam się, czy nie załamie się w obliczu ewentualnej śmierci Krzysztofa, czy po prostu ją wytrzymam, czy nie zwariuję. Przeżywałam każde jego badanie (były to właściwie małe zabiegi typu bronchoskopia), przez cały czas trwałam w podświadomym oczekiwaniu katastrofy, żyłam jak w letargu. Pozornie zajmowałam się czymś konkretnym (np. pisałam, sprzątałam, robiłam zakupy) lecz w rzeczywistości żyłam wizytami w szpitalu i oczekiwaniem na telefony z wiadomościami. Byłam jak pogrążona we śnie. Tłumaczyłam sobie, że nieszczęście jest nieodłącznym elementem każdego istnienia - rozumiałam to, ale emocjonalnie nie byłam w stanie pogodzić się z tą prawdą. Miałam koszmarne, choć nie zawsze związane z sytuacją, sny (jakieś pościgi, pogrzeby, porwania). Jednak wbrew pesymistycznym prognozom choroba zaczęła się cofać. Po dwóch tygodniach Krzysztofa puszczono do domu na weekend, po kolejnych dwóch - został wypisany, oczywiście z zaleceniem zgłaszania się na badania kontrolne. Byłam przeszczęśliwa, ale jeszcze długo gdzieś w moim wnętrzu drzemał strach: budziłam się w środku nocy niepewna, czy mąż jest w domu, śnił mi się szpital i choroby.*

Można więc poddawać w wątpliwość czy depresja reaktywna jest „prawdziwą” depresją? Rozpoznanie takie, mające jednak długą tradycję jest nadal używane jako podkreślenie związku między psychologiczną traumą a reakcją na nią. Rozróżnienie depresji reaktywnej od endogennej ma i ten walor, że wskazuje na konieczność energicznego farmakologicznego leczenia tej drugiej.

### Depresja nerwicowa

Depresje te, zbliżone do reakcji nerwicowych, charakteryzują się niezbyt nasilonymi objawami obniżonego nastroju i napędu. Cechuje je natomiast zaznaczona przewlekłość oraz częste manifestacje lękowe. Nie występują w nich natomiast somatyczne objawy charakterystyczne dla większości depresji.

### Depresje anankastyczne

W każdej depresji pojawia się wątek niepewności przed podjęciem jakiegokolwiek przedsięwzięcia jak również wątpliwości co do podjętych już działań. Pacjenci podejmują szereg męczących czynności sprawdzających prawidłowość wykonania prac, decyzji czy wypowiedzi. Niekiedy są to dokuczliwe rytuały wyczerpujące pacjenta i cierpliwość otoczenia. Niekiedy rozdrażniony nimi pacjent dokonuje aktów samookaleczenia.

A oto, opis dolegliwości pacjenta, u którego rozpoznałem depresję anankastyczną i z powodzeniem leczyłem tymoleptykami (później miewał jeszcze dwa razy nawroty):

*Pacjent, dwudziestojednoletni kawaler, zgłosił się do mnie kiedy przed pięciu laty był jeszcze studentem jednej z uczelni ekonomicznych stolicy. Powodem wizyt były uporczywe myśli natrętne i natręctwa ruchowe, które występowały u niego od wielu lat, ale ostatnio niebezpiecznie się nasiliły. Ich mnogość i częstość uniemożliwiały mu naukę absorbując czas, którego i tak miał zbyt mało. Miał poczucie, że ze wszystkim nie daje sobie rady. Dość wcześnie zaobserwował stopniowy spadek nastroju i niechęć do jakiegokolwiek aktywności. Twierdził, że nie wiadomo kiedy stał się „smutasem”. Poranne wstawanie i wybieranie się na zajęcia zbiegało się z wielokrotnymi ablucjami, które trwały nawet do 2 godzin. W efekcie nie zdążał na uczelnię i blokował domową łazienkę. Obsesje dotyczyły obaw o zabrudzenie i możliwość zachorowania - stąd tak dokładne mycie i nieomal dezynfekowanie skóry rąk. Rytuałem było kilkakrotne zmywanie, a później powtarzanie tego jeszcze po kilka lub kilkanaście razy. Twierdził, że „głowę miał pełną niepotrzebnych skojarzeń lub nieprzyjemnych wyobrażeń”. Sprawiały mu one „psychiczny ból” gdyż nie był w stanie się ich pozbyć, a same w sobie były absurdałne i często niemiłe.*

*Bał się podawać ludziom rękę na powitanie, bał się dotykania klamek. Zerwał z tego powodu kontakty towarzyskie, odsunęli się od niego koledzy. Ubolewał, że nie ma dziewczyny, ale nie widział możliwości sprostania jej oczekiwaniom. Uważał się za „dziwaka”. Wiedział, że dolegliwości jego są absurdałne i chorobowe. Musiał z tego powodu wziąć nawet urlop dziekański.*

*Wszystkim tym objawom towarzyszyło przygnębienie. Wiele dni spędzał samotnie w domu rozmyślając o swym nieszczęściu. Przed kilkoma miesiącami zgłosił się do psychiatry, ale podane leki nie przynosiły mu ulgi. W czasie zgłoszenia rozważał możliwość próby samobójczej.*

### Depresje agitowane

Wiadomym jest, że przeżywanie nieszczęścia lub żaloby może mieć różne manifestacje. W naszym kręgu kulturowym jest to najczęściej wycofanie się, rezygnacja i przeżywanie swego bólu w samotności. W krajach śródziemnomorskich i w Afryce, a i u nas niekiedy, rozpacz przybiera ekspansywny charakter; połączone jest to z głośnym zawodzeniem, darcie szat. Depresje mogą niekiedy być połączone z niepokojem ruchowym i słownym. Takie właśnie depresje nazywamy agitowanymi. Może to być związane z drażliwością, wybuchowością, a nawet agresją osoby depresyjnej. Pacjenci tacy są bardzo absorbujący, zwracający na siebie uwagę, żądają zajmowania się nimi. Ich ewentualne zamiary samobójcze są zazwyczaj wcześniej wykrzywane i zapowiadane.

### Depresja duża i mała

Duża depresja jest depresją endogenną o znacznym nasileniu objawów. Zazwyczaj silnie zaznaczone są w niej poczucie winy i uczucie bezradności pacjenta. Widoczne jest również jego spowolnienie ujawniające się i w sferze ruchowej, i intelektualnej. Pacjent podaje, że czuje się otępiały, „głupszy” lub niezdolny do żadnego działania. Trudniejszy jest z nim zazwyczaj kontakt, z wysiłkiem odpowiada na zadawane pytania. Często widoczne są otamowania w wypowiedziach. Przyszłość widzi w czarnych kolorach, jako beznadziejną i wieczną męczarnię. Zazwyczaj chory będący w takim stanie wcześniej lub później dochodzi do myśli rezygnacyjnych i zaczyna krążyć myślami wokół problemu, jak rozstać się ze światem. Pacjent ma wtedy bardzo silne poczucie

winy; wobec najbliższych, wobec świata, wobec niespełnienia oczekiwań, z powodu zawodu jaki sprawił pracodawcom, przyjaciołom, bliskim. Większość owych win jest „wymyślona”, przesadzona lub nawet niewiarygodna. Choremu przypominają się właśnie wtedy wszystkie przewinienia jakich dokonał w ciągu swego życia, wszystkie kłamstwa jakimi się kiedyś posłużył. Jeśli popełnił kiedykolwiek jakieś wiarołomstwo, to właśnie teraz w depresji staje mu ono przed oczami. Czuje, że wina jego jest wielka, kompromitacja, nie do naprawienia. Tylko usunięcie się ze świata może powstrzymać szarpające oskarżenia i wyrzuty sumienia.

Myśli takie dawać mogą niepokój, który jest stosunkowo częsty w dużej depresji. Niepokój może przerodzić się w bezładne miotanie, potępieńcze wprost zawodzenie, rozpacz bez dna. Depresja duża spełnia większość kryteriów stawianych do rozpoznania depresji.

Mała depresja cechować się będzie oczywiście mniejszym nasileniem objawów. Jako charakterystyczne dla niej podaje się występowanie zaburzeń snu (zwłaszcza płytki, przerywany sen i wcześniejsze wybudzanie się). Niekiedy przypominać ona może dłużej trwającą chandrę lub jakąś niesprecyzowaną psychiczną niedyspozycję. Depresja mała spełnia tylko niektóre z kryteriów rozpoznawczych depresji.

### **Depresja poronna, subkliniczna i podprogowa**

Jak sama nazwa wskazuje, wszystkie te typy rozpoznań to synonimy niepełnej depresji, a może nawet raczej podejrzania, zaś obniżenie nastroju, z jakim zgłosił się pacjent jest jakąś formą niekompletnej depresji. Obserwując samopoczucie naszych pacjentów przez lata orientujemy się dokładnie kiedy mają oni pełną depresję, a kiedy tylko cykliczność zaznacza pewne rysy depresji w ich życiu. Wtedy używamy owych synonimów do określenia ich nastroju.

### **Depresja sezonowa**

Zjawisko „zimowego smutku” znane było już od dawna, obserwowane i opisywane było zwłaszcza w krajach północnej części globu ziemskiego. Uważa się, że depresja sezonowa wpływa nie tylko na nastrój osoby nią dotkniętej, ale i na cały organizm, powodując drażliwość, wzmagając dyskomfort stanów przed miesiączkowych u kobiet i dając przyrosty wagi u wszystkich pacjentów. Cierpią na nią przede wszystkim kobiety (80%). Uważa się, że wywoływać ją może określona sekwencja pochmurnych dni w okresie zimowym. Przeciętny czas trwania depresji sezonowej, to kilka miesięcy. Do typowych objawów tej dolegliwości zalicza się:

- wzmożony apetyt, szczególnie na słodkie - dający zazwyczaj przyrost masy ciała. Może to spowodować wzrost wagi w okresie zimowym aż o 6 kg
- obniżenie sił witalnych
- apatię
- zaburzenia snu
- obniżenie popędu seksualnego
- stałe rozdrażnienie

Amerykańska poetka Robbyn Turner tak charakteryzuje swój nastrój związany z depresją sezonową (tłumaczenie Krystyna Broczek):

*Ten niepokój - ta depresja - to uczucie,  
Że nie żyję w tym samym świecie  
Co inni.  
Lecz teraz  
Jedyna rzecz, o której myślę, to że na kilka miesięcy  
Tego roku  
Słońce powraca.  
I za to jestem głęboko wdzięczna.*

### **Depresja maskowana**

Ten typ depresji przebiega zazwyczaj pod postacią przewlekłej, dokuczliwej i często bolesnej choroby somatycznej. Może więc ona przypominać różnorodne silne zapalenia nerwów lub korzonków nerwowych. Niekiedy może przebiegać pod postacią przypominającą zapalenie nerwu trójdzielnego lub rwy kulszowej. Zdarza się, że pacjent zgłasza silne i uporczywe bóle głowy. Rozpoznanie tego typu depresji jest nadzwyczaj trudne i stawiane bywa zazwyczaj po wykluczeniu innych somatycznych chorób. Cechą charakterystyczną bólów występujących w maskowanej depresji jest nieskuteczność leków przeciwbólowych i blokad.



## Depresja psychiatryczna

Charakteryzuje się ona występowaniem objawów psychiatrycznych w przebiegu dużej depresji. Pacjent może zacząć wypowiadać urojenia samooskarżające lub nihilistyczne. Innym razem mogą być to urojenia hipochondryczne. Może twierdzić, że jest zarażony chorobą weneryczną, którą „zakaził całą rodzinę, sąsiadów i okolicę”. Inny, może utrzymywać, że jest tak ciężko chory, iż „wątroba jego i cały przewód pokarmowy uległy kompletnemu zanikowi. Teraz nie może przyjmować pokarmów, gdyż nie ma czym trawić”. Kto inny może twierdzić, że „ciało jego wydaje taki odór, który czyni go wstrętnym i musi przebywać tylko w swym domu”. Takie przekonania wiodą zazwyczaj do tragicznych konkluzji i dlatego uważa się, że depresje psychiatryczne obciążone są dużym ryzykiem samobójstwa. O opisanych powyżej typach depresji mówi się niekiedy również, że są one depresjami anestetycznymi (z brakiem odczuwania).

## Depresja poporodowa

Uważa się obecnie, że występuje ona częściej niż się uprzednio sądziło. Niektóre statystyki podają, że dotyczą one aż 15% rodzących, a statystyka ta dotyczy depresji bez objawów psychiatrycznych. Przyjęto się uważać, że znaczne przygnębienie, apatia i smutek pojawiające się w okresie 4 tygodni po porodzie rozpoznawane jest jako depresja poporodowa. Okres bezpośredni po porodzie można traktować jako przykład nagłego spadku hormonów płciowych i konsekwencji tego spadku. Podczas ciąży progesteron i estrogeny (podstawowe żeńskie hormony płciowe) osiągają poziom najwyższy z możliwych fizjologicznie, a nagłe oddzielenie się łożyska powoduje ich gwałtowny spadek. Ten spadek zaburza homeostazę hormonalną i w efekcie może spowodować depresję. Lekkie przygnębienie, przejawiające się niekiedy tylko pod postacią „nadludzkiego zmęczenia” występuje u ponad połowy kobiet po porodzie. Występuje w ciągu pierwszych 6 miesięcy po urodzeniu dziecka. Zazwyczaj ujawnia się pomiędzy drugim, a czwartym tygodniem po porodzie, a pierwszym rzucającym się w oczy objawem będzie mniejsze zainteresowanie dzieckiem. Wg badań australijskich depresja poporodowa występuje znamiennej częściej u kobiet, które rodziły tylko jedno dziecko niż u wieloródek. Jej pojawienie się jest zazwyczaj niezrozumiałe. Występuje przeciwieństwo w radosnym okresie życia kobiety i całej rodziny. Pojawienie się depresji tłumaczy się trudami okresu ciąży i porodu. Matka uważa swoją depresję jako stan niepojęty, wzbudza on jej niepokój i poczucie winy wobec urodzonego dziecka. Pacjentka w depresji, nie potrafi się cieszyć noworodkiem i ma z tego powodu wyrzuty sumienia. Utrudnieniem leczenia w tym okresie jest konieczność karmienia piersią, kiedy wiadomo, że większość leków przenika do pokarmu matki.

Wielokrotnie wzywany byłem do pacjentek, które zapadały na depresje poporodowe. A oto opis jednej z takich wizyt, którą odbyłem w ostatnim czasie:

*Wezwany zostałem przez męża pacjentki do ich mieszkania w jednej z dzielnic Warszawy. Pan ów zaniepokojony był zmianą, jaka w ostatnim tygodniu zaszła w zachowaniu żony. „Ciągłe płacze, nie jest w stanie zajmować się dzieckiem, musiała przyjechać jej matka, aby zająć się żoną, starszym dzieckiem i noworodkiem” - relacjonował przez telefon.*

*Państwo M. mieszkali w ładnym, nowoczesnym urządzonym mieszkaniu. Oboje inteligenci, oboje mieli dobre zawody i wydaje się, że żyli dostatnio. Mieszkanie było zadbane, dobrze wyposażone. Mieli już jedno, starsze dziecko - córeczkę, która chodziła w tym czasie do zerówki. Pacjentka trzydziestoletnia kobieta nigdy dotąd poważnie nie chorowała. Po urodzeniu pierwszej córki nie miała żadnych niepokojów i po krótkim urlopie, przy wydatnej pomocy matki, wróciła do pracy zawodowej. Tę bardzo lubiła - była księgową w dobrej firmie. W małżeństwie byli od 9 lat i pożycie układało się zgodnie. Cięża z drugą córką przebiegała bez powikłań, poród był o czasie, siłami natury. Dziecko urodziło się zdrowe i otrzymało 10 punktów Apgar.*

*Od drugiego dnia po porodzie mąż zorientował się, że żonę coś „gnębi”. Nie cieszyła się jak za pierwszym razem, a jej smutek pogłębiał się z dnia na dzień. Bardzo szybko okazało się, że nie radzi sobie w domu i mimo, że mąż wziął w tym czasie urlop czuła się coraz gorzej. Uskarżała się na brak uczuć, wewnętrzną pustkę. Sama była bardzo zaniepokojona swą reakcją. Nie cieszyła się dziećmi. Twierdziła, że porody ją „wykończyły”. Miała żal do męża, że chciał jeszcze jednego dziecka. Przestała sypiać, coraz częściej płakała, zaniedbywała pory posiłków dziecka. Zawsze bardzo dbająca o swój wygląd, teraz z trudem trzeba było ją nakłaniać do mycia. Zaczęła wspominać o bezsensie życia. Nie chciała widywać nikogo ze znajomych, nie godziła się na odwiedziny rodziny. Pediatra, który był na wizycie u noworodka zalecił wezwanie psychiatry twierdząc, że pacjentka ma „psychozę poporodową”. W czasie mej wizyty zachowywała się tak jak to zostało opisane wyżej. Fizycznie pacjentka była zdrowa. Przyznawała, że „coś się z nią złego dzieje”. Miała poczucie zmiany i bała się tego. Nie halucynowała ani nie wypowiadała urojeń. Płakała w obawie, że zaniedbuje dziecko, że „gdzieś się podziały jej wszystkie uczucia”. Fizycznie była spowolniona. Nie mówiła wyraźnie o samobójstwie lecz nie cieszyła się życiem. Nagle wydało się jej ono za trudne. Miała przekonanie, że nie podoła obowiązkowi, że zawiedzie męża i rodzinę.*

*Rozpoznałem u pacjentki depresję poporodową. Rozważałem nawet ewentualność hospitalizacji, ponieważ jednak miała ona dobrą opiekę - matkę, która specjalnie do niej przyjechała i męża na urlopie, zdecydowałem się pozostawić pacjentkę w domu. Szybka poprawa po leczeniu antydepresyjnym potwierdziła dodatkowo „ex juvantibus” postawione rozpoznanie depresji poporodowej.*

W okresie poporodowym rozróżnić możemy w zasadzie trzy typy zaburzeń nastroju:

- Krótkotrwałe obniżenie nastroju. Nazywane bywa niekiedy „baby blues”. Charakteryzuje się zmiennym nastrojem, smutkiem, płaczliwością i bezsennością. Występuje dość często, bo aż u połowy kobiet rodzących. Trwa na szczęście krótko, tylko dzień lub dwa i mija samoistnie, bez leczenia.
- Właściwa depresja poporodowa cechuje się znacznie większymi obniżeniami nastroju, drażliwością, lękami o stan somatyczny dziecka i samej położnicy. Uważa się, że występuje u 15% rodzących kobiet. Czas trwania tej depresji jest dość długi - może to być kilka miesięcy. Zazwyczaj niezbędne jest w takich przypadkach leczenie psychoterapią, a niekiedy i farmakologiczne.
- Psychoza poporodowa może na początku sprawiać wrażenie depresji. U pacjentki jednak pojawia się zazwyczaj dezorientacja, lęk, urojenia, a niekiedy nawet omamy. To schorzenie pojawia się na szczęście dość rzadko, zaledwie w ułamku procenta u rodzących kobiet. Wymaga ono jednak zawsze leczenia szpitalnego ze względu na możliwość powikłań i ryzyko samobójstwa.

Kobiety, u których wcześniej wystąpiła depresja poporodowa mają przed sobą zwiększone ryzyko pojawienia się kolejnej depresji w czasie następnego porodu. Poradnictwo rodzinne i psychoterapia mogłyby owo ryzyko wydatnie zmniejszyć. Dotychczas jednak nie ustalono jednoznacznie skuteczności profilaktycznego leczenia w zapobieganiu depresjom poporodowym. Wydaje się celowym wprowadzenie i w naszym kraju badań przesiewowych za pomocą tzw. Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej obejmujące wszystkie rodzące w celu wychwycenia, a tym bardziej nie przeoczenia, depresji u rodzących. Ważne jest to o tyle, że konsekwencje nieleczonej depresji poporodowej mogą być bardzo niekorzystne dla matki, dla dziecka oraz dla całej rodziny. Wydaje się, że należałoby również ustalić określony program szkoleniowy dla lekarzy rodzinnych, ginekologów-położników, psychiatrów i psychologów dotyczący zasad rozpoznawania tego typu depresji oraz stwarzającego szanse na szybszą i skuteczniejszą pomoc rodzącym, którym grozi ryzyko depresji.

### **Depresja lekooporna**

Większość depresji leczona jest obecnie z dobrym efektem już po zastosowaniu pierwszego spośród dobrze dobranych leków. Faktem jest, iż zdarzają się sytuacje, że i druga, i następna kuracja nie przynosi efektu. Dzieje się tak niekiedy nawet w warunkach leczenia szpitalnego, przy stosowaniu znacznych dawek leków przeciwdepresyjnych. Niekiedy powodem owej lekooporności jest współistnienie u pacjenta innej choroby somatycznej lub psychicznej. W takich sytuacjach należy oczywiście szukać kolejnej, skuteczniejszej metody leczenia.

### **Depresja u dzieci**

Depresje u dzieci zdarzają się niezbyt często. Stanowią one (do okresu przed pokwitaniem) około 3% wszystkich rozpoznawanych depresji. Jest to jednak poważne zagadnienie terapeutyczne i dlatego dzieci leczone powinny być w wyspecjalizowanych ośrodkach, przez lekarzy i terapeutów mających w tej dziedzinie duże doświadczenie. Wśród dzieci, na depresję chorują częściej chłopcy. Tuż przed okresem pokwitania i później choruje jednak około dwa razy więcej dziewcząt, co przypomina zachorowalność w dorosłej populacji.

Z dziecięcą depresją endogenną wiąże się poważne ryzyko samobójstwa i dlatego leczenie należy podejmować możliwie szybko i kompleksowo. Znaczy to, że zaangażowany w nie powinien być zespół terapeutyczny, a leczenie powinno często obejmować również terapię rodzinną. Depresja dziecka stwarza poważne prawdopodobieństwo choroby w wieku dojrzałym, co związane jest z biologicznymi uwarunkowaniami depresji endogennej.

Sporym utrudnieniem w leczeniu dzieci jest brak standardów do stosowania wielu leków tymoleptycznych w tej grupie wieku. Stosunkowo dobrze jest tu rozpoznane używanie trójcyklicznych leków antydepresyjnych.

### **Depresja inwolucyjna**

Do niedawna traktowano rozpoznanie to jako odrębną jednostkę psychiatryczną czyli depresję występującą w okresie starzenia się organizmu, w czasie gdy zachodzą nieodwracalne zmiany hormonalne. Rozpoznanie to stawiano u kobiet po okresie menopauzy i mężczyzn w okresie andropauzy. Oczywiście czas ten w życiu człowieka niesie za sobą również zwiększone ryzyko różnorodnych zmian somatycznych związanych z wiekiem, jak również specyficzne problemy psychologiczne. Ich spiętrzenie rzeczywiście może zaowocować wystąpieniem

depresji, w której skargi pacjentów będą miały podobny charakter, a dylematy będą zbliżone. Tym niemniej, rozpoznanie to, obecnie traktowane jest jako historyczne i mające niekiedy jedynie walor akcentujący specyfikę czasu w jakim zostało stwierdzone.

### Depresja u osób w wieku podeszłym

Tak o swych smutkach i utrapieniach związanych z zaawansowanym wiekiem pisał szesnastowieczny poeta francuski Ronsard (oda XIII, tłumaczenia L. E. Stefański):

*Młodość mnie słodka opuściła,  
Złamana moja pierwsza siła,  
Mój ząb jest czarny, głowa biała  
Ramiona słabe, a zaś żyły  
Miast krwi się wodą napelniły  
Rudawą, co nie grzeje ciała.  
Głowa do ziemi mnie przygniata,  
Bo legły na niej cierpień lata  
I troska siadła niegodziwa  
Przeto tak pilnie w każdym czasie  
Coraz to wypatrywam za się,  
By ujrzeć, czyli Śmierć przybywa.*

Uważa się że około 15% starszych ludzi, powyżej 65 roku życia cierpi na różnorodne depresje. Wydaje się być to związane przede wszystkim z procesem starzenia się. Innymi czynnikami, które wpływają na duże rozpowszechnienie depresji w starszym wieku są nieodwołalne sytuacje życiowe; śmierć znajomych czy bliskich osób. U chorych, którzy cierpieli już uprzednio na depresję, może ona nawracać częściej, a czas nawrotów może być dłuższy i przebieg bardziej uciążliwy.

Rozróżniamy dwie postacie, jakie może przyjmować depresja u osób starszych:

- postać z agitacją i urojeniami polega na pobudzeniu ruchowym i lęku z współistniejącymi urojeniami dotyczącymi zwykle chorób somatycznych, zmian w ciele, winy, kary, grzeszności, okradania, zubożenia, upośledzenia i nicości
- postać apatyczną rozpoznajemy, kiedy przeważa utrata zainteresowań, chęci życia oraz zwolnienie zarówno szybkości myślenia jak i aktywności ruchowej. Osoby te charakteryzuje poczucie zmniejszonej wydolności zarówno fizycznej, jak i intelektualnej. Stan ten może być tak ciężki, że przypomina demencję.

Należy zdecydowanie podkreślić, że depresja w wieku podeszłym niesie ze sobą duże ryzyko zagrożenia samobójczego. Dlatego powinna być możliwie wcześniej leczona przez psychiatrę.

### Depresja organiczna

Ten typ depresji będzie się charakteryzował licznymi, niekiedy nietypowymi, skargami na dolegliwości somatyczne, znacznymi zaburzeniami pamięci, a często i zaznaczoną dysforią. Nierzadko u pacjenta współistnieją przewlekłe choroby somatyczne i zmiany psychoorganiczne. Wyraźniejsze jest u takich osób zaburzenie koncentracji uwagi i pamięci niż w przeciętnej depresji. Bardziej zaznaczone jest wycofywanie się z kontaktów społecznych i bardziej uporczywe zaburzenia snu. Uważa się, że w populacji wiekowej od 65. do 100. lat depresja występuje prawie u 5% kobiet i 3% mężczyzn. Badacze amerykańscy są zdania, że osoby takie często, bo aż w 2/3 przypadków, nie są leczone właściwie ze względu na nie rozpoznawanie u nich depresji.

### Dystymia

Dystymię, a więc pewną odmianę depresji, rozpoznajemy wtedy, jeśli ustalimy, że pacjent przez dłuższy czas cierpi na niezbyt silne obniżenie nastroju, przygnębienie i upośledzenie sprawności psychofizycznej. Dystymię rozpoznaje się zazwyczaj, jeśli ciężkość objawów ani czas trwania zaburzenia afektywnego nie pozwalają rozpoznać ani małej, ani dużej depresji. Rozpoznanie to niekiedy stawiane jest na podstawie subiektywnych relacji chorego dotyczącej jego długo trwającego złego samopoczucia. Obiektywnie, w przypadku rozpoznawania dystymii, w zachowaniu pacjenta i jego aktywności zazwyczaj nie widzi się cech depresyjnych. Opisywane zaburzenie może być niekiedy długotrwałym „preludium” do pojawiania się dużej depresji. Może również być zejściem dużej depresji - utrzymującym się stanem przygnębienia, po wyleczeniu z dużej depresji. Nakładanie się na siebie w takiej sytuacji i dystymii, i dużej depresji, nazywane bywa niekiedy depresją podwójną.

## **Depresja w chorobie afektywnej dwubiegunowej**

Większość omawianych uprzednio form depresji charakteryzowała się jednoznacznym ubytkiem pewnych funkcji psychicznych: energii, aktywności, radości życia. Obserwujemy jednak występowanie choroby gdzie po depresji następuje okresowe zwiększenie owej aktywności, zmiana nastroju na euforię i pojawienie się olbrzymiej energii pacjenta. Stan taki nazywamy w psychiatrii manią i jest on jak gdyby odwrotnością depresji. U niektórych pacjentów stan maniakalny poprzedza wystąpienie depresji, a ta następuje po nim tak, jak gdyby nastąpiło u pacjenta „wyładowanie akumulatora energii w uprzedniej erupcji maniakalnej”. Uważa się, że powodem tego typu choroby, nazywanej niekiedy psychozą maniakalno-depresyjną lub chorobą afektywną dwubiegunową, są zmiany genetyczne i biochemiczne występujące u pacjentów.

## Stany depresyjno-lękowe

Wyraźne rozgraniczenie klasyfikacyjne pomiędzy stanami lękowymi, a depresją nie jest już tak oczywiste w świetle niedawno zakończonych badań nad rozpowszechnieniem tych zjawisk w populacji. Dane epidemiologiczne, pochodzące z praktyki psychiatrycznej, z psychiatrii konsultacyjnej oraz z praktyki ogólnej wykazują, że lęk i depresja współistnieją znacznie częściej, niż kiedyś rozpoznawano.

Różnicowanie pomiędzy zaburzeniami lękowymi a depresją, stawiane już w czasie pierwszego badania, oparte jest na ocenie obrazu psychopatologii chorego, jego osobowości przedchorobowej, wywiadu psychiatrycznego, a także na dokładnym ustaleniu obrazu problemów osobistych i społecznych, poprzedzających wystąpienie zaburzenia. Lęk przejawia się pobudzeniem wegetatywnym u osób z osobowością typu unikającego, poddanych działaniu silnego i długotrwałego stresu. W depresji objawami dominującymi mogą być dysforia, poczucie winy, oraz rozpacz u pacjentów stających w obliczu frustracji, utraty i żałoby. W praktyce klinicznej jednak obraz obu tych zaburzeń nie daje się tak łatwo rozdzielić:

- większość pacjentów z depresją endogenną cierpi również z powodu lęku
- około 1/4 wszystkich pacjentów z dużą depresją zdradza lęk
- około 1/10 pacjentów cierpiących z powodu krótkich epizodów depresyjnych ma również objawy lęku.

A oto opis lęków i przygnębienia jednego z moich pacjentów:

*Zasnąłem około drugiej w nocy. Podczas snu kilkakrotnie budziły mnie koszmary, ciągle te same. Jacys nieznanzi ludzie zasypywali mnie w dole z piaskiem. Za każdym razem budziłem się złany potem. Przerwany sen trwał bardzo krótko, obudziłem się już o szóstej rano. Przebudzenie było kolejnym koszmarem. Cały złany potem, z sercem walącym jak młot i obezwładniającym uczuciem lęku, próbowałem zasnąć chociaż na 15 minut, ale bez rezultatu. Czułem już niechęć do nadchodzącego dnia. Dominowało negatywne myślenie. Na myśl przychodziły mi tylko przykre rzeczy, które mogą mnie spotkać w nadchodzącym dniu. Po godzinie leżenia w bezruchu, lęk bardzo powoli zaczynał ustępować. Zastąpiło go poczucie beznadziejności, obezwładniające w tym samym stopniu co lęk po przebudzeniu. Starłem się wyzwolić z tego nastroju, niestety ten stan był silniejszy ode mnie. Minęła kolejna godzina negatywnych myśli. Lęk prawie ustąpił, niestety pozostało uczucie beznadziejności i smutku. Te odczucia pozbawiały mnie możliwości wykrzesania z siebie choć odrobiny optymizmu, tak potrzebnego do podjęcia trudów nadchodzącego dnia. Jak będzie wyglądał nadchodzący dzień, czy sprawdzą się moje negatywne scenariusze? Czekam w nadziei, że przeminie ten koszmarny nastrój. Zazwyczaj mijał po kilku godzinach, ale niestety powracał kolejnego ranka.*

Uważa się dzisiaj, że depresja i zaburzenia lękowe współistnieją u około jednej trzeciej pacjentów, szukających pomocy z powodu jednego z tych zaburzeń. U ponad połowy pacjentów, cierpiących z powodu lęku przebiegającego pod postacią dolegliwości kardiologicznych, występowała również depresja i lęki. W praktyce lekarzy rodzinnych, współwystępowanie depresji i zaburzeń lękowych staje się jeszcze bardziej widoczne: dane zebrane z ich praktyki wskazują, że ponad trzy czwarte pacjentów z zaburzeniami lękowymi wykazuje również niektóre z objawów depresyjnych, a dość często są one nasilone w znacznym stopniu. W ramach praktyki lekarzy innych specjalności, mieszane stany lękowo-depresyjne obserwowane są również bardzo często: np. gastroenterolodzy stykają się na porządku dziennym z zespołem jelita drażliwego, w którego etiologii zwraca się uwagę na somatyzację lęku i depresji, natomiast np. w dermatologii wiele często występujących schorzeń wpływających na estetykę wyglądu, takich jak wyprysk, łuszczyca, czy trądzik różowaty, powodują pojawianie się lęku, wstydu i reakcji depresyjnej związanej z nieestetycznym wyglądem. Również lekarze pogotowia ratunkowego stykają się ze skojarzonymi stanami lękowo-depresyjnymi, często w znacznym stopniu utrudniającymi diagnostykę różnicową. Do pacjenta lękowo-depresyjnego, o którym mowa, pogotowie często jest wzywane do stanu zagrożenia życia: z wstępną diagnozą bólu zamostkowego.

U kobiet znacznie częściej obserwuje się współwystępowanie różnych zaburzeń psychicznych. Nie tylko depresja występuje dwukrotnie częściej u kobiet, lecz również dwu- do czterokrotnie częściej występują: lęk, fobie i napady paniki. Mieszane zaburzenia lękowo-depresyjne typowo współistnieją z wieloma zaburzeniami psychicznymi, związanymi z cyklem miesięcznym u kobiet. Zespół napięcia przedmiesiączkowego, depresja poporodowa i depresja w okresie przekwitania są zespołami, w których nierzadko występują pobudzenie i lęk, bezradność charakterystyczna dla depresji i wiele dokuczliwych objawów somatycznych związanych z lękiem.

U pacjentów cierpiących z powodu napadów paniki często występują również objawy depresji. Jedną z możliwości wytłumaczenia tak częstego współistnienia stanów lękowo-depresyjnych, jest fakt, że przewlekły niepokój sprzyja pojawieniu się zniechęcenia, co z kolei usposabia do wystąpienia depresji reaktywnej. Innym sposobem wytłumaczenia tego zjawiska jest założenie, że zarówno lęk, jak i depresja są przejawami pewnego wspólnego mechanizmu patologicznego. Współwystępowanie lęku i depresji może być wreszcie przypadkową

koincydencją, gdyż oba te zaburzenia pojawiają się dość często w populacji. W codziennej praktyce lekarskiej depresja i lęk współwystępują w różnych konfiguracjach czasowych: objawy depresyjne mogą pojawić się w przebiegu trwającego zespołu lękowego, dużej depresji mogą towarzyszyć objawy nasilonego lęku lub też uogólniony lęk, albo napady paniki mogą prowadzić do wystąpienia wtórnej depresji.

Badania genetyczne i wywiad rodzinny wykazują znaczące powiązania pomiędzy występowaniem lęku i depresji. Badania bliźniąt wykazują istotne powiązanie pomiędzy występowaniem lęku i depresji, co wydaje się służyć poparciui hipotezy o wspólnej dla obu zaburzeń, większej podatności biologicznej. Opisane zjawiska mogą stanowić dodatkowy dowód wspólnego mechanizmu biochemicznego, leżącego u podstaw lęku i depresji.

Również dane polisomnograficzne mogą mieć znaczący wkład w zrozumienie istoty współistniejących zaburzeń lękowo-depresyjnych. W przebiegu zaburzenia lękowo-depresyjnego charakterystyczne jest wczesne budzenie się. Dla depresji charakterystyczne są zaburzenia fazy REM, natomiast dołączenie się komponenty lękowej powoduje przerywany przebieg snu, z licznymi epizodami budzenia śródnocnego a później z trudnym zasypianiem. Uwidacznia się to wyraźnie zwłaszcza podczas pierwszej połowy nocy.

Skojarzone stany depresyjno-lękowe są faktem, z którym często stykamy się w lekarskiej praktyce prywatnej. Zaburzenia te występują znacznie częściej u kobiet. Często, błędnie uznawane są za niewielkiego stopnia zaburzenie, o łagodnym przebiegu i dobrym rokowaniu. Powiązanie pomiędzy lękiem, a depresją nie jest jeszcze w pełni jasne, zaś dokładne zrozumienie wzajemnych powiązań skojarzonych stanów lękowo-depresyjnych wymaga dalszej obserwacji i badań.

## Co jest przyczyną depresji

*Próbuję przeniknąć świata tajemnicę.  
Kim był Adam, nasz ojciec, co mu dziedzicem  
jestem? Jaki sens ma ten cały świat, Panie?  
Wszystko smutkiem kończę czego się nie chwycę.*

*Omar Chajjam, tłumaczenie autora*

Co jest przyczyną depresji? Dlaczego właśnie mnie to spotkało? Jakie popełniłem błędy, że teraz tak cierpię? Takie i podobne pytania zadają mi codziennie pacjenci zgłaszający się z powodu przygnębienia, których poinformowałem o rozpoznawanej u nich depresji. Przypuszczam, że podobne kwestie rozważać będą również czytelnicy tego poradnika - osoby już chorujące na depresję, obserwujący rozpacz i ból swych bliskich lub też ci, którzy obawiać się będą, aby i im nie przytrafiło się to duchowe cierpienie w przyszłości.

Mam w swej bibliotece dziesiątki specjalistycznych książek dotyczących depresji. Przed sobą mam komputer z nieograniczonym dostępem, dzięki internetowi, do największych bibliotek świata, a jednak w obliczu tych pytań i próby rzetelnej odpowiedzi na nie, czuję się bezradny. Bezradny jak dziecko, któremu dano zbyt skomplikowaną układankę olbrzymiego obrazu, a w pudełku znalazły się tylko jej pojedyncze fragmenty. Pasują do siebie zaledwie poszczególne elementy zgrupowane po kilka lub kilkanaście, lecz całe olbrzymie połacie obrazu nadal pozostają puste. W dostarczonym pudle wiedzy nadal brak większości owych maleńkich detali. Sądzić by można, że istnieje już kilka zasadniczych tropów, w jakim kierunku należy ową układankę poprowadzić. Jeśli jednak nie wiemy jaka jest prawidłowa biochemia naszej psychiki, to cóż dopiero mówić o patologii?

Zwolennicy tej czy owej teorii odnośnie przyczyn depresji mogą się tu obruszyć. Jednak już sama mnogość owych teorii wskazuje na ich kruchość. Nie wyznaję jednak nihilizmu poznawczego i wiem, że każdy tydzień owocuje nowymi informacjami z tysięcy pracowni naukowych na całym świecie. Setki tysięcy ambitnych i zdesperowanych ludzi poszukuje brakujących elementów tej wielkiej układanki i zapewne kwestią czasu jest jej skompletowanie, na tyle czytelne, aby móc odpowiedzieć rzeczowo i prawdziwie na pytanie obecnych i przyszłych pacjentów.

Jeśli już teraz ktoś będzie drażył temat w oczekiwaniu na jakąś odpowiedź to należy go odesłać do podręczników neurobiochemii, gdzie zarysowane są hipotezy dotyczące amin biogennych czy neuroprzekazników.

Obecne badania neurobiologiczne stawiają sobie za cel ustalenie biologicznego podłoża związku pomiędzy przeżywaniem niepowodzeń, utrat i przeciwności losu, a biologicznymi mechanizmami depresji. Wiele obserwacji przemawia za genetycznym uwarunkowaniem depresji. Osoby, których bliscy krewni chorują na zaburzenia depresyjne o typie depresji endogennej, są bardziej narażone na zachorowanie, niż osoby z populacji ogólnej. Również większe jest prawdopodobieństwo zachorowania na zaburzenia dwubiegunowe u potomstwa rodziców, z których jedno cierpi na zaburzenia dwubiegunowe. Już dawne publikacje naukowe podawały, że o ile na depresję choruje jedno z rodziców, to na siedmioro dzieci z tej rodziny, jedno będzie miało szansę zachorować również. O ile chorował dziadek, to na 21 wnuków jednemu z nich może przytrafić się depresja.

Apoptoza - proces genetycznie zaprogramowanej śmierci komórki wydaje się odgrywać pewną rolę w powstawaniu zaburzeń u chorych z rozpoznaniem dużej depresji. Wydają się świadczyć o tym niektóre wyniki badań zmian struktury mózgu w tej chorobie. Mianowicie; w czasie badań rezonansem magnetycznym mózgu chorych na przewlekłą depresję stwierdzono, u niektórych z nich, zaniki tkanki nerwowej w korze czołowej i innych partiach ośrodkowego układu nerwowego. Z kolei, prace eksperymentalne na szczurach dowiodły, że za pomocą leków używanych w terapii zaburzeń depresyjnych można zwiększać aktywność czynników neuroprotektynnych chroniących mózg przed zanikaniem i tym samym być może powstawaniem choroby.

Za powstawanie depresji odpowiada, jak się podejrzewa, obniżenie neuroprzeżywalności w układach noradrenergicznym, serotonergicznym i dopaminergicznym. Wiele obserwacji przemawia za udziałem układu GABA-ergicznego w patomechanizmie depresji. Poziom GABA w płynie mózgowo-rdzeniowym osób cierpiących na depresję jest obniżony, co wskazuje na zmniejszenie syntezy GABA w mózgu. W powstawaniu zaburzeń dwubiegunowych postuluje się zaburzenia w regulacji poziomu wapnia wewnątrzkomórkowego. Wiadomo, że kwas walproinowy zwiększa produkcję białka związanego z jonami wapnia - GRP 78, które może odgrywać rolę w ochronie komórki, ma on jednocześnie działanie zapobiegające nawrotom chorób afektywnych. Podejrzewa się, że niestabilność osi podwzgórze-przysadka-nadnercza może przyczyniać się do powstawania i przebiegu dwubiegunowych zaburzeń afektywnych.

Rolę mediatora pomiędzy przeżywaniem stresu, a jego stroną biologiczną przypisuje się zwiększonemu poziomowi kortyzolu. Według tego założenia wzrost ten, mógłby się przyczyniać do występowania w mózgu zmian leżących u podstaw depresji. Niektóre badania wskazywały, że zmniejszenie przekąźnictwa serotonergicznego w depresji jest związane z podwyższeniem poziomu kortyzolu. Tego rodzaju dane przyczyniały się do poglądu, że wywołany przez stres wzrost poziomu kortyzolu powoduje depresję poprzez wpływ na obniżenie neurotransmisji serotoninowej, co miało wynikać z interakcji glukokortykoidów i układów serotonergicznym w mózgu. Koncepcje te nie do końca są jednak sprawdzone i wymagają niewątpliwie jeszcze wielu lat badań.

Wielu autorów uważa, że psychologiczne stresory aktywują oś podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczową, ale nie jest to mechanizm, poprzez który stres powoduje depresję. Depresja może mieć też miejsce bez towarzyszącego stałego podwyższenia poziomów kortyzolu. Ośrodkowa neurotransmisja serotoninowa jest zwiększona w depresji i to ona stanowi biologiczną odpowiedź na stresory życiowe.

Tak w skrócie przedstawia się część biochemicznych koncepcji depresji. Jest ich oczywiście jeszcze o wiele więcej, a przedstawienie kilku z nich ma zobrazować jak skomplikowanych zagadnień dotyczy poruszony problem. Najważniejszym jednak jest tu dobra wiadomość dla każdego, że umiemy leczyć depresję. Doszliśmy do tego drogą żmudnych empirycznych doświadczeń.



## Depresja a choroby somatyczne

Depresja, działając jako wielomiesięczny stresor, powoduje długotrwałą stymulację osi hormonalnej: układu limbiczno-podwzgórzowego, a dalej przysadki i następnie nadnercza. To zaś może doprowadzić do powstania u zestresowanej osoby nadciśnienia tętniczego. Dzieje się tak przez przyspieszone bicie serca i pobudzenie pracy nerek oraz zwiększone wydzielanie reniny (hormonu podwyższającego ciśnienie krwi). W opisanej sytuacji dochodzi również do zwiększenia oporu w obwodowych naczyniach ciała, będącego wynikiem wzmożonego wydzielania katecholamin. Powiększony ich wyrzut doprowadza dalej do wzmożonego ciśnienia tętniczego krwi.

Takie skomplikowane gry hormonalno-naczyniowe prowadzą nie tylko do powstawania nadciśnienia, ale również do rozwoju miażdżycy. Leczenie depresji zapobiega więc również powstawaniu i nadciśnienia tętniczego i ewentualnej demencji. Ponadto, depresja rozregulowuje układ immunologiczny chorego. Spadek odporności, to nie tylko zwiększone ryzyko zachorowania na choroby zakaźne, ale i niebezpieczeństwo zwiększonej zapadalności na nowotwory.

W najnowszej prasie medycznej pojawiły się doniesienia, że depresja może również poprzedzać rozwój choroby Parkinsona. To, że chorzy na tą chorobę często cierpią dodatkowo na depresję było znane od dawna. Ustalono jednak na podstawie retrospekcyjnego badania dużych grup pacjentów, że osoby uprzednio chorujące na depresję trzy razy częściej mają szansę zachorować na chorobę Parkinsona, niż osoby bez przebytej depresji w wywiadzie.

Przed kilkoma laty ukazał się w medycznej prasie amerykańskiej artykuł pod groźnie brzmiącym tytułem: „Dlaczego depresja zabija chorych po zawale serca?” Wg autorów pacjenci, u których po przebyciu zawału serca wystąpiła depresja, gorzej przestrzegają zalecenia dotyczące modyfikacji stylu życia, dzięki którym możliwa jest korekcja czynników ryzyka chorób naczyniowych. Sugerują oni, że ten fakt jest odpowiedzialny za wyniki wskazujące na gorsze rokowanie u tych osób po zawale, u których rozwinęła się depresja. Zazwyczaj osoby z depresjami skłonne są do reakcji rezygnacyjnych. Nie chcą one przestrzegać zaleceń lekarskich. Nie zmieniają diety na niskotłuszczową, nie uprawiają regularnych ćwiczeń, większą część roku spędzają w stresie. Faktem jest, że w badaniach po 6. i po 18. miesiącu od przebytego zawału, pacjenci z depresjami umierali zdecydowanie częściej niż ci bez depresji.

Jest ona również czynnikiem zwiększającym ryzyko powikłań krążeniowych u osób po wszczępieniu pomostów wieńcowych (bypass). W badaniach na znacznych populacjach pacjentów poddawanych angioplastyce stwierdzono, że depresja może mieć tak samo złe rokowniczo następstwa dla tych chorych, jak palenie papierosów, nadciśnienie tętnicze, czy hipercholesterolemia. I tu również, badając przyczyny tej niepomyślnej korelacji, uznano zaniedbywanie leczenia i złe nastawienie pacjentów do przyszłości, jako czynniki istotnie odpowiedzialne za zwiększoną śmiertelność tych chorych.

Diabetolodzy zaobserwowali również w ostatnich latach interesujące zjawisko dotyczące skomplikowanych relacji między cukrzycą a depresją. Nie stwierdzono, aby cukrzyca usposabiała do występowania depresji endogennej. Natomiast wystąpienie depresji może zwiększyć prawdopodobieństwo rozwoju cukrzycy typu II, a okresy depresji są częstsze i trwają dłużej u chorych na cukrzycę. Oczywiście, w okresach remisji depresji osiąga się lepszą kontrolę glikemii u osób chorych na cukrzycę. Osoby w depresji nie przestrzegają diety i nie stosują się w wystarczającym stopniu do zaleceń lekarskich dotyczących farmakoterapii. Te zaś czynniki pogarszają zdecydowanie ich rokowanie.

Spostrzeżenia te, wskazują na istotne znaczenie kontroli i leczenia depresji w przypadku wielu chorób somatycznych. Efektywna jej terapia powinna być wynikiem ścisłej współpracy internisty i psychiatry lub takiego wyszkolenia nie psychiatrów, aby sami potrafili skutecznie leczyć pacjentów, u których w czasie trwania schorzenia somatycznego wystąpi również depresja.

## Nawrotowość w depresji

Jedną z podstawowych cech charakteryzujących depresję jest jej cykliczność, przez co rozumiemy tendencję do okresowego jej nawracania. Kolejne jej epizody mogą być przeplatane okresami manii lub hipomanii. W opisach procesu zdrowienia i nawrotów depresji używanych jest szereg pojęć, które nierzadko bywają mylnie rozumiane;

- częściowa remisja - to okres gdy, wystąpiła poprawa stanu psychicznego, ale nadal utrzymuje się ona w mniejszym nasileniu
- pełna remisja - to okres kiedy nie rozpoznaje się już objawów depresji
- wyzdrowienie - to długi czas bez nawrotu choroby
- nawrót choroby - powrót objawów choroby w okresie remisji
- kolejny rzut choroby, to nowy epizod depresji następujący jednak po wyleczeniu poprzedniego rzutu.

Okres bezpośrednio po ustąpieniu objawów depresyjnych niesie ze sobą największe ryzyko wystąpienia nawrotu choroby. Zaobserwowano, że 12% pacjentów doświadcza nawrotu choroby w 4 tygodnie po ustąpieniu objawów depresyjnych, 25% w ciągu 12 tygodni, zaś 40% w ciągu 40. tygodni; po tym okresie częstotliwość występowania nawrotów choroby stopniowo spada. Potwierdza to obserwację, że im dłużej u pacjenta utrzymuje się brak objawów depresji, tym niższe prawdopodobieństwo wystąpienia nawrotu choroby.

Głównymi czynnikami ryzyka są:

- częstotliwość poprzednich rzutów choroby. Uważa się, że pacjenci, u których wcześniej wystąpiło już kilka rzutów choroby, są najbardziej narażeni ewentualnym nawrotem
- zaawansowany wiek
- utrzymywanie się stresów psychospołecznych
- współwystępowanie innych schorzeń psychiatrycznych czy somatycznych
- długi czas trwania poprzedniego rzutu choroby
- niepełne ustąpienie objawów choroby podczas remisji.

Po uzyskaniu remisji wskazane jest kontynuowanie leczenia przez okres do 12. miesięcy, stosując ten sam lek, który podawany był w ostrej fazie choroby. Zmniejsza się tylko nieraz podawaną dawkę. W przypadku wystąpienia fazy hipomaniakalnej lub maniakalnej, leki przeciwdepresyjne muszą zostać natychmiast odstawione, a podawane leki stabilizujące nastrój i napęd.

Jak wykazuje praktyka każdego psychiatry, zaburzenia depresyjne mają tendencję do nawrotów, nie istnieje jednak wśród badaczy zgodność co do częstotliwości tego zjawiska. W badaniach, odsetek pacjentów, u których zaobserwowano znaczną liczbę następujących po sobie, kolejnych rzutów choroby, waha się pomiędzy 13% a 54% dla choroby afektywnej jednobiegunowej, zaś dla choroby afektywnej dwubiegunowej pomiędzy 17% a 87%. Ostatnio wykazano, że u pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową, 75% po przebyciu pierwszego epizodu choroby miało przynajmniej jeden, kolejny rzut choroby.

Czynniki ryzyka kolejnych rzutów depresji:

- kolejne rzuty choroby mają miejsce częściej u pacjentów, u których wystąpiła choroba afektywna dwubiegunowa
- liczbą poprzednich rzutów - trzy lub więcej epizodów, występujących w przeszłości, znacząco zwiększa ryzyko
- wiekiem pacjenta w momencie zachorowania - w chorobie afektywnej jednobiegunowej ryzyko wystąpienia kolejnych rzutów wzrasta, jeżeli choroba wystąpiła w późniejszym wieku
- współwystępowanie innych chorób psychicznych bądź somatycznych.

List pacjentki, która od lat zmagają się z nawracającą depresją przybliżyć może opisywane zagadnienie i pozwoli zrozumieć jak wiele trudności psychicznych napotyka na swej drodze osoba na nią chorująca.

*Zaburzenia snu miałam od kilku lat, a także poczucie, że nic specjalnie wesołego się nie dzieje. Ściślej - nie było mi wesoło, a widok zadowolonych ludzi raczej mnie męczył. Największy mój wysiłek był skierowany na to, żeby tego innym nie pokazać, ukryć to: u mnie wszystko w porządku! Cierpiała moja rodzina, bo rzadko okazywałam zadowolenie czy radość.*

*Rok 1997, kiedy zachorowałam, był ciężki, nawarstwiło się parę niemiłych spraw. Gdzieś w marcu zaczął mnie boleć brzuch i pojawiły się kłopoty gastryczne. USG nic nie wykazało, dopiero rentgen wykazał skurcz jelit w takim stopniu, że lekarz opisujący zdjęcie stwierdził, że od dziesięciu lat czegoś takiego nie widział. Przepisano mi leki i pojechaliśmy na urlop nad morze, na Hel. Leki nie skutkowały, a ja pamiętam, że w kółko wracały mi wspomnienia z dzieciństwa, a wakacje mnie męczyły. Po powrocie do Warszawy*

*straciłam apetyt, nie chciałam jeść i męczyło mnie robienie jedzenia innym. We wszystkim widziałam coś niedobrego, dziewczyna syna wydawała mi się wyrachowana, co nie było prawdą. Potem wszystko stało się trudne. Ledwie zdobyłam się, żeby z mężem pojechać na lotnisko i odprowadzić syna gdy wylatywał do Grecji. Przyszli do nas goście, zaproszeni wcześniej znajomi, z trudem wykonywałam podstawowe czynności, opowiadałam im same smutne rzeczy. Nie mogłam spać, czułam się strasznie zmęczona. Mąż kupował samochód, zabierał mnie oglądać i wybierać, nie interesowało mnie to, raczej nużyło. Nic nie chciałam robić, nawet rozmawiać, trudno było wstać, umyć się, coś koło siebie zrobić. Myślałam o przeszłości, czułam, że mi coś jest, szukałam w słowniku słowa „neurastenia” (moja mama to miała), ale to mi nic nie objaśniało. Syn wrócił z wakacji, ale fakt ten nie wywołał u mnie radości, przywiózł mi ikonę Św. Mikołaja, ale i to mnie nie ucieszyło. Pamiętam jeszcze, że słuchowo i wzrokowo byłam jakby w kapsułce, a bodźce dochodziły do mnie nie wprost, a przez szybę. Mąż namawiał mnie aby wziąć się w garść, ale ja wiedziałam, że to nic nie pomoże. Instynktownie szukałam pomocy. Poszłam do przychodni UW, gdzie badająca mnie lekarka stwierdziła, że jest to depresja i skierowała mnie do szpitala. W szpitalu mi nie pomogli, leżałam albo chodziłam, ludzie ze mną rozmawiali, dziwiłam się, czy oni tego nie widzą? Mąż prosił, żebym koniecznie wieczorem dzwoniła. Robiłam to, chociaż bardzo mnie to męczyło. Z trudem również czytałam. Męczące były wizyty męża i syna, bardzo się cieszyłam, gdy przychodził mąż, może był to rodzaj poczucia winy? Bałam się o siebie, ale chciałam wrócić do ludzi, do normy. Pamiętam jak w niedzielę otrzymałam przepustkę do domu i w domu cały czas się trzęsłam. Wydawało mi się, że cały świat jest ode mnie bardzo daleko, za szybą. Poczulałam ulgę gdy zaczęłam sypiać, ale długo jeszcze towarzyszyło mi uczucie oszołomienia i odrębności. Świat wracał powoli. Do tej pory nie lubię, gdy mnie nachodzą wspomnienia miejsc i postaci z dzieciństwa. Jeszcze pamiętam, że odbierałam rzeczywistość selektywnie: widziałam to, co brzydkie lub niepokojące: obskurne domy, popękane chodniki, ludzi starych i nieszczęśliwych, wszystko, co radosne, nie przyciągało mojej uwagi. Kiedy syn z dziewczyną lecieli do Grecji, ja coś tam mówiłam, byłam niespokojna (na lotnisku), mama dziewczyny powiedziała: „chodźmy córciu, pani, zdaje się lubi się martwić”. Zrobiło mi się przykro, ale pomyślałam, że ma rację.*

*Jeszcze chciałam napisać o jednej rzeczy. Wydaje mi się, że po tej chorobie ja straciłam zdolność bezkrytycznej miłości (albo straciłam złudzenia), zaczęłam widzieć swoich bliskich w jakby innym, mniej korzystnym wymiarze. Sama nazwałam to „zespołem Kaja” z Królowej Śniegu, nic na to nie poradzę. Zrobiłam się mniej wrażliwa na problemy innych, jakbym czuła przed tym lęk i chciałam to od siebie odsunąć.*

*Rok temu miałam znów okres niepokojącego mnie stanu. Przyszłam do pracy, usiadłam przy swoim biurku i nagle ogarnął mnie smutek. Wszystko wydawało mi się bez sensu, a pokój brzydki, wewnątrz poczułam, że to nie napad złego humoru, że to jest depresja. Zaczęły się kłopoty ze snem, więc pojechałam znów do Pana Doktora.*

Podjęcie decyzji o wdrożeniu leczenia podtrzymującego jest trudnym wyzwaniem dla lekarza i pacjenta. Musi być rozpatrywane indywidualnie, wymaga świadomego i aktywnego współdziałania chorego. U osób, u których występowały dotąd tylko depresje, leczenie podtrzymujące powinno zostać wdrożone w przypadku, gdy wystąpiły one w czasie krótszym niż pięć lat, przynajmniej trzykrotnie. W przypadku zaburzeń dwubiegunowych wystarczy wystąpienie dwóch epizodów. Wybór leku i dawkowanie będą się różniły w zależności od rodzaju choroby afektywnej. W zaburzeniach jednobiegunowych, leczenie zapobiegawcze polega na długoterminowym stosowaniu leków przeciwdepresyjnych. W przypadku zaburzeń dwubiegunowych, zalecane są sole litu. Wreszcie w przypadku zaburzeń ze szczególnie uporczywymi objawami zalecane jest połączone stosowanie soli litu i leków przeciwdepresyjnych.

Czas trwania leczenia podtrzymującego, zarówno w zaburzeniach jednobiegunowych, jak i dwubiegunowych, musi zostać ustalony indywidualnie dla każdego pacjenta i zależy od:

- częstotliwości występowania i ciężkości przebiegu poprzednich epizodów
- uzyskanej odpowiedzi na leczenie (pełna lub częściowa remisja)
- rodzaju oraz nasilenia ewentualnych objawów ubocznych
- konsekwencji zawodowych czy też społecznych, jakie mogłoby mieć dla pacjenta wystąpienie kolejnego epizodu.

Prawie wszyscy pacjenci zadają pytanie jak długo ma trwać leczenie podtrzymujące? Uważa się powszechnie, że z leczenia podtrzymującego należy się stopniowo wycofywać, aż do całkowitego zaprzestania podawania leków, jeżeli u pacjenta utrzymuje się pełna remisja przez okres przynajmniej dwóch lat.

Jednak ostatnie wyniki badań zdają się potwierdzać opinię, że leczenie profilaktyczne powinno trwać przez całe życie pacjenta.

Zaobserwowano niepokojące zwiększenie częstości występowania kolejnych rzutów choroby w obecnych czasach. Uważa się, że w ostatnich dziesięcioleciach daje się zauważyć znaczący wzrost zachorowalności na zaburzenia nastroju, jak również wzrost liczby kolejnych rzutów choroby. Znaczącym czynnikiem mogą być znaczne zmiany stylu życia, jakie zaszły w tym czasie na świecie. Musimy się przystosować do wydłużonego dnia pracy, zwiększenia zakresu własnych obowiązków i odpowiedzialności, coraz częściej zmuszeni jesteśmy do ostrej konkurencji. Zachwiane zostały stabilne dotąd normy społeczne i rodzinne. Używamy coraz więcej stymulantów, takich jak herbata i kawa. Przepisuje się nam coraz częściej leki o działaniu anorektycznym, kortykosterydów, a także substancji psychostymulujących. Wszystkie wyżej wymienione czynniki powodują stan przewlekłego napięcia. Deprywacja snu w znaczący sposób narusza równowagę ośrodkowego układu nerwowego, predestynując osoby podatne do wystąpienia u nich zaburzeń nastroju, które w innych warunkach mogłyby się nie uaktywnić. Wyżej wspomniane czynniki mogą również zwiększać możliwość wystąpienia kolejnego rzutu już istniejącej choroby afektywnej.

Udowodniono, że przynajmniej w niektórych przypadkach zmiana stylu życia na mniej intensywny, zmniejszenie spożycia substancji stymulujących i przestrzeganie należytej liczby godzin snu nocnego mogą znacznie zredukować prawdopodobieństwo wystąpienia choroby afektywnej, zaś u pacjentów już cierpiących z jej powodu podnieść skuteczność leczenia podtrzymującego.

## Następstwa depresji

*Umieram za winy moje i za niewinność moją, za brak, który czuję każdą cząstką ciała i każdą cząstką duszy. Za brak rozdzierający mnie na strzępy jak gazetę zapisaną hałaśliwymi nic nie mówiącymi słowami.*

*(...)*

*za tajemnicę śmierci*

*(...)*

*Z malutką iskierką ufności, że jeżeli ziarno obumrze, wyda owoc.*

*(...)*

*Zostawiam, życie, bo stanąłem na początku, bo pociągnął mnie Ojciec i stanę na końcu i nie skosztuję śmierci.*

*E. Stachura. List do pozostałych*

Przeoczenie, a co za tym idzie brak pomocy dla osoby chorej na depresję, może mieć tragiczne skutki zarówno dla osoby cierpiącej, jak i dla jej otoczenia. Najpoważniejszym z nich jest samobójstwo. Jak wynika z danych statystycznych przyczyną śmierci około 20-25% osób cierpiących na depresję endogenną jest zamach samobójczy. Nieudanych prób samobójczych podejmowanych przez osoby chore jest kilkakrotnie więcej. Stwierdzono że 50% samobójców było u lekarza w ostatnim miesiącu czy nawet tygodniu poprzedzającym próbę samobójczą. Wymowa tego jest tym tragiczniejsza, że wielu przypadków śmierci można było zapobiec, gdyby lekarz zapytał wprost o zamiary samobójcze, postawił właściwe rozpoznanie, wdrożył odpowiednie leczenie lub skierował pacjenta do szpitala

W Polsce na każde 100 000 ludzi ok.15. popełnia samobójstwo. Kobiety częściej próbują je popełnić, mężczyźni zaś częściej je dokonują. Sposób popełnienia samobójstwa różni się w zależności od płci. Kobiety wybierają mniej drastyczne rodzaje śmierci (np. otrucie lekami, gazem), mężczyźni zaś bardziej gwałtowne, jak na przykład rzucenie się pod koła pojazdu, czy skok z wysokości.

Ludzie popełniają samobójstwo najczęściej z powodu pozostawania w stanie stresu niemożliwego do wytrzymania lub w ostrych zaburzeniach psychicznych. W dużym procencie zaburzenia te są związane z chorobami psychicznymi. Najczęściej popełniają samobójstwo osoby cierpiące na depresję, schizofrenię i alkoholizm. Z punktu widzenia społeczności wyróżnia się trzy powody popełnienia samobójstwa: przeciwko społeczeństwu, dla dobra społeczeństwa (samobójstwo altruistyczne) i samobójstwo dokonywane w momentach kryzysowych.

Uważa się, że można wymienić następujące czynniki ryzyka samobójstwa:

- pora roku; najczęściej wiosna i jesień
- początek tygodnia
- płeć męska i wiek powyżej 45 lat
- rozstanie z partnerem - rozwód lub śmierć partnera
- utrata pracy
- przewlekłe lub nieuleczalne choroby
- uprzednie samobójstwo w rodzinie
- współistnienie ciężkiej choroby psychicznej
- nałogi
- poważne zaburzenia osobowości.

Znany badacz problematyki samobójstw Ringel określił charakterystyczne zachowania osoby mającej zamiar popełnić samobójstwo. Nazwał go zespołem presuicydalnym. Charakteryzuje się on:

- przeżywanie głównie niepokoju i lęku
- zagrożenia, poczucia mniejszej wartości i niewydolności prowadzące do rezygnacji
- kierowanie agresji w swoją stronę
- ucieczka od realnych problemów w fantazjowanie na temat śmierci i snucie planów samobójczych.

Wielki myśliciel starożytnego Rzymu - Seneka, który żył w czasach gdy przyjaciele jego często wybierali takie właśnie zakończenie życia, a któremu rozmyślania o samobójstwie nie były obce, takich rad udziela swemu uczniowi:

*Nawet wtedy, kiedy rozum doradza nam skończyć ze sobą, ani zbyt pochopnie, ani zbyt pośpiesznie nie można ulegać temu popędowi. Dzielny i mądry człowiek nie powinien uciekać z życia, ale odchodzić. Lecz przede wszystkim należy unikać tego uczucia, które ogarnia wielu: żądy śmierci. Istnieje bowiem, mój Lucyljusz, jakiś nieszczęsny pociąg duszy do śmierci, podobnie jak i do innych rzeczy, często opanowujących ludzi szlachetnych i o wielkich zdolnościach, a często także tchórzów i gnuśnych: tamci gardzą życiem, ci nie wytrzymują jego ciężaru. Niektórych też nachodzi przesyt robienia i oglądania wciąż tego samego, i nie tyle nienawiść do życia ile odraza...*

Jeśli osoba w stanie wzburzenia lub już zdecydowanie chora zaczyna zachowywać się w określony sposób dający do myślenia, iż może chcieć rozstać się z życiem, nazywamy to, wysyłaniem sygnałów o samobójstwie. Najczęściej są to:

- inicjowanie wypowiedzi typu: lepiej byłoby wam beze mnie, lepiej byłoby ze sobą skończyć
- zbieranie leków lub gromadzenie środków chemicznych
- zdobycie sznura lub ostrego narzędzia
- oglądanie miejsc uchodzących za dogodnie do samobójstwa
- napisanie testamentu i pożegnalnych listów
- wydawanie zarządzeń dotyczących majątku
- nieoczekiwane wizyty u bliskich osób sprawiające wrażenia żegnania się
- częste odwiedzanie duszpasterza
- nagłe izolowanie się od otoczenia
- rozważania o śmierci, rozmowy o grobach itp.
- treści dotyczące śmierci, egzekucji, pogrzebu pojawiające się w snach
- rozdawanie swoich rzeczy, oddawania psów lub kotów.

Prawie zawsze, obcując z osobą bliską podjęcia decyzji o popełnieniu samobójstwa, wyczuć można ów nieuchwytny nastrój, pełen beznadziei i rezygnacji. I w tym momencie, na każdym, który się styka z tak zdesperowaną osobą, spoczywa olbrzymi ciężar konieczności zapobieżenia tragedii. Lekarz powinien uruchomić „czerwoną linię alarmową” i możliwie szybko i skutecznie tak zabezpieczyć pacjenta, aby nie mógł zrealizować swego zamiaru. W przeciwnym razie stać będzie nam przed oczyma obraz, który opisał Stanisław Ryszard Dobrowolski w swym wierszu pt. Z bólu:

*Wszedł między martwe ściany  
i jak noc stanął w oknie.  
Drzewa szumiały okropnie  
czarnymi, kruczymi skrzydłami.*

*Głuchy i nierozumny,  
nie słyszał i nie rozumiał.  
Świat był jak czarna trumna,  
niebo - jak wieko trumny.*

*Krzyczał na całe gardło.  
Ciemną krwią się zakrzuszył.  
I przez okno się rzucił  
w pustkę srebrną i czarną.*

Nie zawsze samobójstwo oznacza krzyk „ja nie chcę żyć”. Zazwyczaj oznacza ono protest „ja nie chcę TAK żyć”. Oczywiście nie tylko osoby w głębokiej depresji popełniają tego typu czyny. Niekiedy są to również akty nieprzemyślane z powodu ogromnego napięcia emocjonalnego albo takie, których zamiarem jest chęć manipulowania innymi w celu osiągnięcia czegoś konkretnego. Szczególnie narażone na zachowania samobójcze są osoby, które mają słabą kontrolę impulsów - nie umieją objąć kontrolą tego, co się z nimi dzieje, a na wszystko reagują bardzo impulsywnie. Samobójstwo dla takich osób może być impulsywnym rozładowaniem napięcia psychicznego.

A oto relacja pacjentki, która w czasie jednej ze swych głębokich depresji była o krok od popełnienia samobójstwa. Na szczęście w tych fatalnych dla niej dniach miała za mało siły aby je dokonać. Później, po ustąpieniu depresji i rozpoczęciu leczenia profilaktycznego węglanem litu nie pojawiały się już u niej nawroty depresji. Lek ten przyjmuje do dzisiaj.

*Jak sięgam pamięcią moja depresja zaczęła się ponad 30 lat temu i wtedy przebiegała znacznie łagodniej niż w ostatnich nawrotach. Były to lata 60-e. Wtedy ten stan był dla mnie czymś nowym i zupełnie*

*niepojętym zjawiskiem. Nagle pod wpływem marginalnego wydarzenia w pracy wszystko nagle zrobiło się inne, trudne, nie do zrobienia. Do każdej czynności musiałam się zmuszać i nie mogłam zrozumieć dlaczego. Wciąż zadawałam sobie pytanie co to jest? Ciągle myślałam, że jutro obudzę się i wszystko wróci do normy. Niestety nazajutrz nie było lepiej.*

*Wiedziałam, że to nie jest normalne i trzeba szukać pomocy lekarskiej. W Poradni Zdrowia Psychicznego otrzymałam leki, po których chyba się nie poczułam lepiej, a może i gorzej (ciągła senność) i w rezultacie przestałam je brać. Potem znów brałam i jakoś wyszłam z tego stanu. Byłam szczęśliwa i sądziłam, że to się więcej nie powtórzy. Spokój trwał 6-7 lat i choroba wróciła.*

*W Poradni przyjął mnie inny lekarz, kobieta z którą długo rozmawiałam i która wyjaśniła mi wiele rzeczy. Nie pamiętam nazwy leku, pamiętam, że lek brałam i po jakimś czasie znów było dobrze, a ja znów uwierzyłam, że to tylko sprawa incydentalna.*

*Nawrót nastąpił po takim samym mniej więcej okresie i zrozumiałam, że ta choroba będzie mi towarzyszyć. Najgorsze było to, że za każdym nawrotem przebieg depresji był coraz trudniejszy do zniesienia. W dzień byłam senna, a w nocy nie spałam i wtedy przychodziły mi najstraszniejsze myśli do głowy. Nie jadłam, bo nie mogłam przygotować jedzenia. Po to żeby wyjść coś kupić do jedzenia musiałam się w straszny sposób przełamywać. Najchętniej siedziałabym lub leżałabym w kącie. Wszystko było niesłuchanie trudne. Umycie się rano, ubranie, pójście do pracy, to były sprawy, które kosztowały mnie bardzo wiele wysiłku. Kiedy już byłam w pracy, jakoś się mobilizowałam, ale najszcześniejsza byłam kiedy mogłam wrócić i leżeć. Wtedy przychodziły mi najgorsze myśli do głowy, z samobójstwem włącznie. Pamiętam, że znalazłam już miejsce w łazience żeby zawiesić sznur, ale trzeba było zrobić jeszcze wysiłek aby tam wejść i go umocować. Na to nie starczyło mi woli. No i dobrze!*

*Na szczęście okresy depresyjne przeplatały się okresami dobrymi. Wtedy nawet trudno było uwierzyć, że to ja byłam dotknięta takim stanem.*

*W latach dziewięćdziesiątych okresy depresyjne zaczęły się niepokojąco nasilać. Lekarz, który prowadził mnie zaproponował po wyjściu z okresu depresji żebym spróbowała profilaktycznie brać lit. Z wielką obawą podjęłam próbę. Ponad rok było bardzo dobrze, a wtedy okazało się, że lit spowodował chorobę tarczycy. Załamalam się i postanowiłam przestać leczyć się litem. Po kilku miesiącach przyszedł atak depresji. Tak źle jeszcze nie było. Na szczęście zabrała mnie do siebie córka. Dostałam od mego lekarza leki, których działanie było bardzo mocne, tym niemniej po 3-4 tygodniach powoli zaczęło mijać. Nie przeszło to od razu. Pewnego dnia miałam moment, kiedy wydawało mi się, że jest ciut lepiej. Wieczorem znów było gorzej. Rano bez zmian, potem codziennie lepiej. Pomagała mi też umiejętność robienia na drutach. Dziergałam, wiedziałam, że coś mi idzie. Rekonwalescencja trwała jeszcze jakiś czas. Postanowiłam od razu wrócić do litu. Od czterech lat, po ostatnim nawrocie choroby, jestem na licie i nie zamierzam z niego zrezygnować. Widzę, że nawrotów nie ma, lekarz mnie uprzedził, że nawet jak będą, to nie będą takie uciążliwe. Czuję, że jestem normalnym człowiekiem. Mogę pracować, chodzić do kina, teatru, filharmonii, jeździć po świecie. Jednym słowem cieszyć się życiem. Jak dobrze jest być zdrowym, może powiedzieć ktoś, kto chorował.*

Człowiek chory na depresję i planujący samobójstwo może zdecydować się na zabicie również swych bliskich. Motywem tego tragicznego zachowania, które zawsze wzbudza w otoczeniu wielki niepokój, może być chęć chronienia bliskich przed sytuacją bez wyjścia, nieszczęściem i cierpieniem, także przed prześladowaniem, aresztowaniem, innym zagrożeniem lub też przed bólem istnienia. Oczywiście zachowania presuicydalne powinny być dla najbliższym sygnałem alarmowym i zmusić ich do natychmiastowego działania, celem umieszczenia pacjenta możliwie szybko w szpitalu.

Niewątpliwie w nastroju bliskim samobójstwa był Charls Boudelaire pisząc swój wiersz o zmarłym:

*W tustej, pełnej ślimaków głębi czarnoziemiu  
Sam dla siebie wykopię rów obszerny w miarę,  
Jak rekin drzemie w morzu, zasną w zapomnieniu, Wyciągnąwszy swobodnie swoje kości stare.*

*Kpię sobie z testamentów, gardzę grobowcami;  
Miał pokornie świat błagać o jedną łzę małą,  
Żywy - wolałbym raczej zmówić się z krukami,  
By zleciały się szarpać me plugawe ciało.*

*Czerwie! Bez ócz i uszu czarne przyjacióły,*

*Zbliża się do was zmarły i wesoly!  
Wam zaś, synowie śmietnisk, myśliciele marni*

*Niechaj zniknięcie moje sumień nie poruszy.  
Powiedzcie mi, czy jeszcze są jakieś męczarnie  
Dla martwego wśród martwych zewłoku bez duszy!*

### **Próby samobójcze dokonywane lekami przeciwdepresyjnymi**

Zdarza się (na szczęście rzadko), że pacjenci, których leczymy z powodu depresji, „magazynują” tabletki zapisywane im z zamiarem zażycia większej ich ilości w celach samobójczych. Dlatego też powinno się przestrzegać ogólnie przyjętych zasad wystawiania recept (tj. nie zapisywać większej ilości niż na miesiąc, kontrolować zużycie, współdziałać w tym zakresie z rodziną). Spośród wszystkich grup stosowanych leków niebezpieczeństwo do użycia ich w celach samobójczych przedstawia się następująco:

- leki z grupy inhibitorów monoaminooksydazy są najbardziej niebezpieczne. Pojawi się po nich niepokój, sztywność mięśniowa i śpiączka
- leki z grupy tzw. trójpierścieniowych, są bezpieczniejsze. Po nadużyciu dają zazwyczaj tylko znaczną sedację lub w dużej dawce śpiączkę.
- leki nowej generacji mogą przy nadużyciu dawać niepokój, nudności i wymioty. Zagrożenie istnieje jeśli pacjent weźmie ich dużą ilość łącznie z innymi lekami.

Zawsze jednak w takiej sytuacji należy wezwać pogotowie i zawiadomić lekarza, który ostatnio leczył pacjenta. Personelowi pogotowia należy przedłożyć kartę aktualnego leczenia oraz wszystko co dotyczy zażytych leków (opakowania, zapiski itp.).



## Spoleczny aspekt depresji

Depresja jest jedną z najczęściej występujących chorób psychicznych, zarówno w populacji ogólnej, jak i wśród osób szukających porady u psychiatry lub lekarza rodzinnego. Według przeprowadzonych w USA szacunków, chorobowość z powodu dużej depresji przynosi olbrzymie straty jednostce i społeczeństwu. Koszty depresji rozpatrywać można w zależności od tego, kto jest nimi obciążony - chory, rodzina czy społeczeństwo.

Wyniszczające objawy emocjonalne, poznawcze i somatyczne depresji są powszechnie znane. Obecność chorego na depresję członka rodziny jest bardzo bolesna dla bliskich. Niekiedy mogą oni niesłusznie oskarżać siebie za powstanie choroby. Zaburzenia rodzinnego funkcjonowania chorego stają się źródłem poważnego stresu dla bliskich. Osoby cierpiące na depresję są mniej zaangażowane w obowiązki domowe czy wychowywanie dzieci, zrzucając tym samym tę pracę na pozostałych domownikach. Chorzy zazwyczaj nie są w stanie pracować, co prowadzi do kłopotów finansowych rodziny. Relacje z bliskimi często stają się złe, dochodzi do konfliktów, odsunięcia się lub nadmiernego uzależnienia. Z tego powodu często obserwuje się występowanie wtórnej, reaktywnej depresji u partnerów osób cierpiących na tę trudną chorobę. Nierzadko małżonkowie rozchodzą się, nie potrafiąc przezwyciężyć trudności wynikających z depresji jednego z nich.

Depresja może również nasilać objawy choroby somatycznej oraz zmniejszyć motywację do wysiłku, jakiego wymaga rehabilitacja. W rezultacie społeczne konsekwencje depresji zwiększają się. Podobnie ma się rzecz przy pojawieniu się depresji powikłanej uzależnieniem od alkoholu, leków lub narkotyków. Depresja zwiększa wskaźniki śmiertelności, przede wszystkim z powodu samobójstw, lecz także wskutek większej umieralności z innych przyczyn, głównie chorób układu krążenia.

Większość samobójców wykazuje objawy chorób psychicznych, z których depresja jest najczęstszą. Częstość samobójstw w Wielkiej Brytanii (około 10 na 100 000 mieszkańców na rok) jest stosunkowo niska jeśli chodzi o Zachodnią Europę, lecz mimo to powodują one aż 1% wszystkich zgonów, będąc ósmą w kolejności przyczyną śmierci, częstszą niż wypadki drogowe. Niewiele opracowań dotyczy wpływu samobójstwa na pozostałych członków rodziny, niemniej jednak wydaje się, że powoduje ono większy stres niż śmierć z innych przyczyn. Samobójstwo jest uważane za jeden z czynników potęgujących stan żałoby. Bliscy mogą odczuwać winę, że nie zapobiegli śmierci, często niespodziewanej, choć poprzedzonej pełnym napięciem okresem. „Naznaczenie” związane z samobójstwem może prowadzić do dodatkowych stresów wynikających z braku wsparcia ze strony krewnych, przyjaciół i społeczności lokalnej, którzy nie znali sytuacji chorego.

Wykazano, że depresja występująca u kobiety po porodzie ma ujemny wpływ na rozwój intelektualny dziecka. Uważa się dziś, że depresja u matki może również predysponować dziecko do problemów w kontaktach interpersonalnych w życiu dorosłym, a także do rozwoju chorób psychicznych, włączając depresję i alkoholizm, jakkolwiek wpływ taki nie jest do końca udowodniony. Przyjmując, że depresja zdarza się dwukrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn, oraz że występuje u wielu kobiet po porodzie, długofalowy wpływ depresji na rozwój dziecka może być najważniejszym, „ukrytym” kosztem tej choroby. Fakt ten jest rzadko brany pod uwagę.

Bardzo rzadko depresja może prowadzić do zabójstwa. Zwykle wtedy występują urojenia, a zabójstwo jest próbą uwolnienia osoby kochanej od świata widzianego jako okrutny i zły.

Koszty bezpośrednie wiążą się z wydatkami związanymi z opieką medyczną: rozpoznaniem i leczeniem, a mogą one być znaczne. W przypadku depresji są to koszty badań, leków psychotropowych oraz często koszty pobytu w szpitalu. Obciążenia pośrednie wynikają ze zmniejszenia aktywności zawodowej chorego. Ich analiza powinna uwzględniać zwolnienia lekarskie, samobójstwa, a także obniżoną produktywność chorego, jego krewnych i przyjaciół. Bliscy chorego, którzy sami są w silnym stresie i poświęcają wiele czasu i wysiłku na opiekę nad nim. W krajach uprzemysłowionych przeprowadzono liczne oszacowania, w wyniku których stwierdzono, iż koszty pośrednie depresji są daleko wyższe niż bezpośrednie i stanowią bardzo znaczne obciążenie finansowe dla społeczeństwa.

Od dawna znane są skuteczne formy leczenia depresji lekami przeciwdepresyjnymi i psychoterapią. Mimo to, z różnych przyczyn, tylko połowa cierpiących na depresję otrzymuje skuteczną pomoc. Część chorych nie szuka porady lekarskiej z powodu nieświadomości choroby. Dla innych przyczyną jest ujemny wydzźwięk towarzyszący chorobie psychicznej. Niekiedy pacjent zwraca się o pomoc do lekarza, lecz rozpoznanie jest błędne; zdarza się to zwłaszcza wtedy, gdy chory podkreśla bardziej objawy somatyczne niż obniżenie nastroju. Czasami diagnoza jest trafna, ale nie dochodzi do wdrożenia leczenia farmakologicznego. Bywa tak nawet dość często. Nawet, gdy lekarz zdecyduje o leczeniu farmakologicznym, wiele czynników może przyczynić się do niepowodzenia. Przepisany lek może być nieskuteczny, bądź dawka preparatu przeciwdepresyjnego zbyt mała. Zdarza się to zwłaszcza w przypadku klasycznych leków trójpierścieniowych, gdzie zwyczajowo dawkę stopniowo zwiększa się. Poza tym chorzy mogą nie przestrzegać zaleceń, z powodu mylnych sądów o ryzyku uzależnienia, bądź z powodu objawów ubocznych lub braku natychmiastowej poprawy. Aby nie dopuścić do takiej sytuacji, leczeniu

farmakologicznemu zawsze musi towarzyszyć cierpliwe wyjaśnianie i właściwa psychoterapia. Po ustąpieniu objawów depresji, dla zapobieżenia nawrotom lub kolejnym rzutom, konieczna jest kontynuacja leczenia i w razie wskazań, leczenie podtrzymujące. Obecnie uważa się, że należy stosować lek przeciwdepresyjny w pełnej lub nieco zmniejszonej dawce przez 6 miesięcy po ustąpieniu objawów pierwszego epizodu, a ponieważ niestety w większości przypadków depresja ma charakter nawrotowy, zaleca się również długoterminowe leczenie podtrzymujące.

Jak wykazano, skuteczne leczenie depresji wymaga przezwyciężenia wielu różnorodnych barier i uprzedzeń. Konieczna jest prawidłowa edukacja, zarówno lekarzy jak i społeczeństwa. Analiza korzyści w stosunku kosztów, porównująca bezpośrednie i pośrednie koszty depresji z wydatkami, wykazała znaczne oszczędności.

Depresja stanowi bardzo poważny problem zdrowotny, wiążący się z ponoszeniem znacznych kosztów w skali budżetu chorego, jego rodziny i całego społeczeństwa. Zachorowalność na depresję rośnie, podobnie rosną obciążenia z niej wynikające. Istnieją skuteczne metody leczenia depresji, lecz z powodu różnych czynników, związanych z chorym bądź lekarzem, tylko połowa osób z depresją jest leczona właściwie. Zmiana tej proporcji mogłaby znacząco obniżyć koszty tej choroby. Wstępne doniesienia sugerują, iż programy edukacyjne dla pracowników służby zdrowia oraz społeczeństwa są bardzo opłacalne. Niezbędna jest kontynuacja tego typu działań oraz wszechstronne wysiłki badawcze prowadzone w kierunku poprawy rozpoznania i leczenia depresji.

## Spróbujmy pomóc sami sobie

*I Bóg nasz i diabeł pilnują więzieniach  
gdzie zamknięci tkwimy. Naszego istnienia  
tu nie wybieraliśmy. Próżny płacz i łzy.  
Jesteśmy ofiarą knoń przeznaczenia.*

...

*Słuchając głupich rad i podszeptów zdążasz  
ku chaosowi. Mylnym tropem podążasz.  
Poznaj samego siebie. Widź cel swój jasno.  
Jesteś więcej wart niż się o to posądzasz.*

*Omar Chajjam Rubajaty tłum. autora*

Co powinniśmy zatem zrobić jeśli ogarnie nas fala smutku i nie wiedząc kiedy znajdziemy się w depresji? Jak działać, aby nie zaostrić kryzysu, a starać się z niego wydobyć? Jeśli nawet, niektóre depresje traktować można jako fatum, z którym musimy się zmierzyć, to doświadczenie uczy, że w każdej sytuacji niezbędne jest czynienie starań aby skutki owego fatum zmniejszać, a własną słabość przezwyciężyć.

Istnieje wiele rad i sugestii. Każdy doświadczony terapeuta, ksiądz czy inny doradca do spraw związanych ze skutkami katastrof zna ich całe tuziny. Przedstawię pewną garść odnoszących się do osób będących w depresji.

- Staraj się zaniechać taktyki negatywnego oceniania siebie i sytuacji w jakiej się znalazłeś. Zaprzestań obwiniania się o swój kryzys. Próbuj skupić się na konstruktywnym myśleniu i działaniu. Samoobwinianie się jest gwałtem zadawanym sobie samemu. Pamiętaj, że ci co się obwiniają mają zazwyczaj wygórowane mniemanie o sobie!
- Sam nadajesz sens i znaczenie swojego życia. Staraj się skupić, na ile to możliwe, na każdej, najdrobniejszej nawet czynności, którą masz wykonać.
- Próbuj podzielić drogę do wydobywania się z kryzysu na mniejsze etapy i serię posunięć. Jest to łatwiejsze niż porywać się na działanie totalne i jednorazowe.
- Możesz być pewien, że podobnie jak wszystkie osoby w kryzysie i depresji, nieprawidłowo i pesymistycznie oceniasz sytuację. Aby się temu przeciwstawić musisz starać się zapanować nad irracjonalnym pesymizmem i negatywnymi emocjami.
- Prawdopodobnie z powodu złego samopoczucia innym przypisujesz złe nastawienie do siebie lub do twych spraw. Jest to prawdopodobnie projekcja twych myśli i przekonań. Staraj się od tego wyzwolić.
- Staraj się aktywnie, w miarę swych możliwości przeciwstawiać trudnościom i stawiaj czoło sytuacjom kryzysowym.
- Staraj się myśleć aktywnie o danym celu, który powinienes osiągnąć aby uporać się z kłopotami.
- Dbaj o swój stan zdrowia: odżywiaj się regularnie, staraj się spać wystarczającą ilość godzin, lecz się.
- Staraj się przebywać wśród drzew, łąk, jezior i gór. Energia matki natury wzmacnia siły i ładuje nasze bioakumulatory.
- Odkryj ciszę. W ciszy i medytacji najłatwiej usłyszeć siebie.

Kiedy dałem to do przeczytania jednemu z moich pacjentów, skwitował powyższy tekst lapidarnie; „łatwo powiedzieć”.

## Jak pomóc osobie w depresji

„Pomóż mi”, tak może się zwrócić do nas bliska osoba, która właśnie nie może wydostać się z pułapki depresji. Może być to zresztą nasz sąsiad, kolega z pracy lub zgoła osoba, z którą nie byliśmy dotąd w zażytych stosunkach. Wiele osób nie chce jednak angażować się w osobiste perypetie i często intymne sprawy innych ludzi. Boją się wciągnięcia w wir nieprzyjemnych zdarzeń, boją się późniejszych ewentualnych wymówek. Nie chcą stawać po niczyjej stronie w sytuacjach konfliktowych. Wreszcie nie są pewni czy interwencja nie przyniesie więcej szkody niż pożytku. Zajęcie takiego stanowiska przypomina jednak owe nieszczęsne „umycie rąk”, czyli unikanie zaangażowania. A przecież życzliwa chęć pomocy sama w sobie jest już pomocna i nie może nikomu zaszkodzić. Niekiedy wystarczy poświęcić rozmówcy trochę czasu i w życzliwym skupieniu wysłuchać jego relacji. Rozmowa z nami może dodać naszemu rozmówcy otuchy, tchnąć nadzieję w jego życie, choć na pewno jego problemów nie zlikwiduje. Ty masz być przede wszystkim dobrym słuchaczem, który koncentruje się na tym, co mówi drugi człowiek. Ale i to nie jest łatwe, ponieważ podczas każdej rozmowy rozprasza nas tysiące myśli krążących w naszej głowie, a każda z nich oddala nas od drugiego człowieka. Tak samo ważne jest, aby nie oceniać, nie potępiać i nie krytykować naszego rozmówcy. Szczególnie niepokojąca jest sytuacja, kiedy czujemy, że nasz rozmówca jest chory psychicznie i brak leczenia może doprowadzić do pogorszenia jego stanu lub nawet samobójstwa. Czy należy doradzać mu, aby udał się do psychiatry? Sugerując mu to, być może narażamy naszą znajomość, a może i przyjaźń na szwank. Być może człowiek ten obrazi się na nas. Może zareaguje gniewem lub złością. Zdawać należy sobie sprawę, że jest to bardzo delikatna kwestia i postępowanie nasze powinno być nacechowane taktem i delikatnością nawet jeśli kierujemy się troską o jego zdrowie, czy nawet życie.

Jednym z najtrudniejszych problemów jest sytuacja, kiedy druga osoba mówi nam o chęci popełnienia samobójstwa. Nie należy reagować lękiem na poruszone zagadnienie, ani także uciekać od tego tematu. Najlepiej byłoby, aby człowiek z tak poważnym dylematem znalazł się czym prędzej pod opieką specjalisty. Prowadzą do tego różne rozwiązania. Należy wybrać najwłaściwsze, taktowne i pewne. Ludzie myślą o śmierci w różnych sytuacjach. Niewątpliwie zdecydowana większość takich myśli wynika z desperacji i poczucia beznadziei. Niekiedy człowiek taki czuje, że znalazł się w sytuacji moralnej bez wyjścia. Jeżeli nasz rozmówca jest osobą wierzącą, to możemy mu zasugerować, aby spotkał się z jakimś świątym kapłanem.

Często o samobójstwie myśli osoba, która utraciła kogoś bliskiego - nie chodzi tu tylko o śmierć, ale także o rozstanie się z ukochaną osobą. W takich sytuacjach naszą rolą jest po prostu być z naszym rozmówcą i uważnie go słuchać. Może to być trudne, ponieważ jest on pełen bólu po osobie, która odeszła. Jeśli mamy do czynienia ze zdradą ze strony jednego z partnerów, raczej byłoby lepiej, aby nie zajmować zdecydowanego stanowiska po stronie osoby, która relacjonuje swoje rozczarowanie. Zazwyczaj rzeczywistość jest bardziej skomplikowana, niż to wynika z opowiadań jednej ze stron.

Wiele sugestii, rad i opinii na przedstawione problemy znajdziemy w poradniku dr Krzysztofa Jedlińskiego pt. Jak rozmawiać z tymi, którzy stracili nadzieję? Przeczytanie tej książeczki może przydać się każdemu, który spotyka na swojej drodze ludzi, którym trzeba pomóc i z którymi trzeba porozmawiać.

## Czym jest psychoterapia w depresji

*Głupi, kto szuka na smutek lekarstwa,  
Głupszy, kto daje rady, bo to łgarstwa;  
"Nie myśl a pracuj" - ktoś jak z książki czyta -  
Ba, człek się chwyta, praca się nie chwyta -  
A w sercu boleść, w głowie siedzi troska,  
Jak ćwioki siedzą!... Czas i łaska boska,  
To są doktory jedyne na smutki -  
Ja to znam.*

*Kornel Ujejski. Ptasie gniazdko*

W ciągu ostatnich stu lat psychoterapia zrobiła zawrotną karierę, szczególnie na Zachodzie, gdzie stała się modną metodą leczenia. W spopularyzowaniu psychoterapii dużą rolę odegrała sztuka, literatura oraz media, które przyczyniły się do zmiany mentalności ludzi. I tak okazało się, że uczęszczaniu na sesje terapeutyczne nie musi towarzyszyć uczucie wstydu i obawa przed wyśmianiem ze strony otoczenia. Dawniej psychoterapii nie darzono zaufaniem, odmawiano jej statusu dziedziny naukowej, a terapeutów traktowano jako odmianę szarlatanów. Spuścizną tamtych czasów jest traktowanie psychoterapii jako dyscypliny kontrowersyjnej, kwestionuje się jej skuteczność i jest ona postrzegana jako arena licznych rywalizujących ze sobą szkół i systemów teoretycznych, które toczą walkę o „rząd dusz”. Przy obecnym stanie wiedzy, psychoterapia istnieje jeszcze jako samodzielna, lecz stale jeszcze mało spójna nauka, w której obowiązuje w miarę jednolity system terminologiczny. Istnieje wiele rozmaitych szkół i kierunków psychoterapeutycznych. Teorie powstające w ich obrębie są z reguły jasno sprecyzowane, wskutek czego, częściowo wykluczają psychoterapeutyczne podejścia innego rodzaju.

Jeden z prekursorów psychoterapii - Pierre Janet postrzegał psychoterapię jako zastosowanie wiedzy psychologicznej do leczenia różnych zaburzeń i chorób psychicznych. Definicja Janeta daje pewien obraz psychoterapii. W 1975 roku Stanislav Kratochvil, odwiedzając w Warszawie kierowany przeze mnie pierwszy Oddział Dzienny w Polsce, nazwał psychoterapię „leczniczym oddziaływaniem na chorobę, zaburzenie lub anomalię środkami psychologicznymi”. W tym rozumieniu psychoterapia stanowi proces zamierzonego korygowania zaburzeń czynności organizmu za pomocą środków psychologicznych. Uznał on, że „zaburzenie czynności może dotyczyć procesów psychicznych i osobowości lub procesów somatycznych i funkcji narządów”. W swojej praktyce z pacjentem, psychoterapeuta wykorzystuje cały wachlarz środków psychologicznych. Podstawowym środkiem jest słowo, które stanowi oś komunikacji między psychoterapeutą, a pacjentem. Ponadto posiłkuje się mimiką lub milczeniem, oraz innymi formami przekazywania emocji. Zakres oddziaływania środków psychologicznych może być różny i w zależności od niego wyróżniamy psychoterapię rozumianą w szerszym i węższym znaczeniu. Psychoterapia w szerszym znaczeniu obejmuje możliwości oddziaływania środowiskowego. W węższym sensie psychoterapia dotyczy zamierzonego i celowego oddziaływania psychoterapeuty na pacjenta poprzez kontakt psychoterapeutyczny.

Pojęcie psychoterapii we współczesnym języku potocznym, tak jak i kulturze, ma bardzo wiele różnych znaczeń. Liczne znaczenia metaforyczne są często źródłem nieporozumień, co do znaczenia podstawowego tego terminu. Dodatkowo komplikuje sytuację fakt, że nie ma jakiejś jednej definicji psychoterapii, z którą zgadzaliby się wszyscy psychoterapeuci. Prawie każdy podręcznik psychoterapii podaje nieco inne określenie tego terminu.

Najczęściej psychoterapia jest definiowana jako metoda leczenia opierająca się na oddziaływaniach środkami psychologicznymi na osoby chore, cierpiące z powodu zaburzeń przeżywania i funkcjonowania uwarunkowanych psychospołecznie. Oddziaływania te, aby mogły być traktowane jako proces komunikacji, muszą być świadome. Jako takie podporządkowane są aktualnej wiedzy naukowej dotyczącej zarówno przyczyn powstawania poszczególnych symptomów i zaburzeń, jak i sposobów ich leczenia. Są prowadzone przez psychoterapeutę, posiadającego odpowiednie kwalifikacje w zakresie psychiatrii lub psychologii. Proces terapii zawsze odbywa się w ramach wzajemnych relacji pacjenta i psychoterapeuty określanych mianem związku terapeutycznego.

Celem nadrzędnym tych oddziaływań jest usunięcie objawów zaburzeń psychicznych, będących przyczyną cierpienia pacjenta oraz uruchomienie w jego psychice takich zmian, które pozwolą mu na lepszą adaptację społeczną.

Trudności związane z precyzyjnym określeniem psychoterapii powodują, że termin ten jest nierzadko nadużywany przez osoby zajmujące się pomocą psychologiczną, nie będącymi wykształconymi i licencjonowanymi terapeutami. Za psychoterapeutów podszywają się różne osoby zajmujące się medycyną niekonwencjonalną. Spróbujmy bliżej przyjrzeć się pomocy psychologicznej, aby rozgraniczyć to pojęcie od tego co już wiemy o psychoterapii. Porada psychologiczna ma na celu pomoc w rozwiązaniu problemu, konfliktu,

w sposób korzystny dla klienta. Osoba udzielająca pomocy uważana jest za eksperta posiadającego wiedzę na ten temat. W istocie jest on jedynie doradcą proponującym pewne sposoby myślenia, przeżywania lub doświadczania, które mogą być pomocne w znalezieniu rozwiązania problemu. Odpowiedzialność za słuszność decyzji oraz za własne zdrowie ponosi sam klient. Podobnie wygląda sytuacja pomocy towarzyskiej, nieprofesjonalnej, z tym że pomagający odwołuje się do swojej naturalnej, osobistej wiedzy. W psychoterapii rozumianej jako metoda leczenia jest inaczej. Psychoterapeuta odpowiada za diagnozę i leczenie zaburzenia pacjenta, pacjent natomiast wyraża jedynie zgodę na badanie i leczenie.

We współczesnej psychoterapii spotykamy następujące podstawowe sformułowania celu psychoterapii:

- Celem psychoterapii jest usunięcie objawów chorobowych. Pacjent zgłasza się do terapeuty z określonymi dolegliwościami, a zadaniem terapeuty jest usunięcie tych dolegliwości bądź poprzez terapię objawową, bądź terapię przyczynową. W zależności od rodzaju objawów ten cel może być określony jako: przywrócenie zdolności odczuwania przyjemności, nadziei i radości życia, przywrócenie zdolności do pracy, nawiązywania kontaktu. Cel uważa się za osiągnięty, kiedy zakłócające objawy zostaną usunięte.
- Celem psychoterapii jest reedukacja, resocjalizacja, reorganizacja, restrukturyzacja czy też integracja osobowości pacjenta. Problemy jakie analizuje się w procesie psychoterapii zależą od przyjętej koncepcji osobowości człowieka, np. konflikty intrapsychiczne, patologiczne fiksacje libido lub patologiczne stereotypy w stosunkach interpersonalnych.
- Usunięcie objawów uważa się za skutek uboczny, gdyż w psychoterapii opartej o tego rodzaju cel dąży się do przekształcania osobowości pacjenta w kierunku prawidłowego przystosowania lub w kierunku osiągnięcia dojrzałości i realizacji swoich celów życiowych. Drugie podejście ma niewątpliwą przewagę nad pierwszym dzięki większej dokładności i głębszemu działaniu.; sięga się tutaj do przyczyn problemu, a nie tylko do objawów zaburzenia. Reasumując: celem nadrzędnym tych oddziaływań jest usunięcie objawów zaburzeń psychicznych będących przyczyną cierpienia pacjenta oraz uruchomienie w jego psychice takich zmian, które pozwolą mu na lepszą adaptację społeczną.

W skrócie można cele psychoterapii w depresji przedstawić jako:

- próbę usunięcia określonej sytuacji kryzysowej
- redukcję lub usunięcie objawów zaburzenia psychicznego
- wzmocnienie możliwości obronnych pacjenta
- rozwiązanie lub przekształcenie nieświadomych konfliktów
- reorganizacji osobowości w kierunku dojrzałego funkcjonowania.

Przedstawione cele mają ściśle powiązanie z proponowanymi w danej sytuacji formami psychoterapii. Rozróżniamy więc:

- psychoterapię indywidualną
- psychoterapię grupową
- psychoterapię małżeńską
- psychoterapię rodzinną
- psychoterapię grupy zadaniowej.

Ze względu na czas trwania psychoterapia bywa dzielona na krótko-, średnio- i długoterminową. Jest ona stosowana w leczeniu wielu różnych zaburzeń takich jak:

- nerwice
- zaburzenia osobowości
- zaburzenia adaptacyjne
- zaburzenia lękowe
- niektóre postaci zaburzeń depresyjnych
- stany depresji po mastektomii itp
- zaburzenia odżywiania
- choroby tzw. psychosomatyczne
- nałogi
- jako metoda wspomagająca farmakoterapię w psychozach
- dla osób przeżywających kryzysy życiowe
- poddanym ostremu stresowi w wyniku katastrof.

Dziesięciolecia praktyki wykazały skuteczność psychoterapii. Nadal powstają i rozwijają się nowe formy i koncepcje psychoterapeutyczne. Jednocześnie obserwuje się integrację teoretyczną dotychczasowych szkół i wzrost znaczenia w praktyce klinicznej podejść eklektycznych. Wszystko to może wskazywać na istnienie wspólnych czynników terapeutycznych, które decydują o ustąpieniu objawów i powrocie do zdrowia.

Niezależnie od wszelkich teoretycznych różnic w obrębie psychoterapii dwa założenia przyjmowane są powszechnie: życie psychiczne człowieka można zrozumieć i człowieka można zmieniać. Jest to logiczny fundament wszystkich terapeutycznych technik, a dzięki tym założeniom psychoterapia nie jest magiczną procedurą, lecz solidną metodą leczenia opartą na mocnych podstawach empirycznych.

### **Metody psychoterapii**

Istnieje wiele uznawanych metod psychoterapii, a każda z nich ma swoich zwolenników, entuzjastów i propagatorów. Liczne szkoły kierują nauczaniem i praktyką adeptów. Do najbardziej znanych kierunków psychoterapii stosowanych w leczeniu depresji zalicza się:

#### ***terapia psychodynamiczna***

W metodzie tej zakłada się, że można zmienić osobowość pacjenta i czyni się starania aby tego w trakcie terapii dokonać. Z tego powodu czas jej trwania zawsze jest długi, niekiedy nawet wieloletni. Zasadniczą jej cechą jest próba wpłynięcia na wewnątrzpsychiczne procesy myślenia i działania pacjenta. Dokonuje się analizy nierozwiązanych konfliktów wieku dziecięcego, które uważa się za zasadnicze powody niskiej samooceny. Staraniem terapeuty i pacjenta jest uzyskanie wglądu w zaburzone elementy osobowości i ich naprawa. Ma to prowadzić do uzyskiwania korzystnej zmiany osobowości. Terapeuta stara się odgrywać w tego typu psychoterapii rolę osoby bezstronnej i stosunkowo biernej.

#### ***terapia poznawcza***

Jej celem jest określenie błędnych skojarzeń i niewłaściwych torów myślenia pacjenta. Wynikają z niego schematy negatywnego oceniania świata, siebie i wszelkich zdarzeń, które dotyczą pacjenta. Praca z terapeutą ma na celu analizę i modyfikację owego myślenia. Na licznych przykładach, które podaje sam pacjent wskazywać można na alternatywne możliwości ich interpretacji. Celem terapii jest wyrobienie u pacjenta innego sposobu postrzegania i analizy świata oraz zdarzeń. Terapia ta jest zdecydowanie zorientowana na aktualne objawy pacjenta. Charakterystyczna dla niej jest aktywna rola terapeuty i stosunkowo krótki czas trwania (ograniczona tylko do okresu depresji).

#### ***terapia interpersonalna***

Opiera się ona na przekonaniu, że objawy depresji i rozwój całej choroby biorą swój początek z niewłaściwych relacji interpersonalnych. Dlatego powinny one, zdaniem twórców tej metody, być przeanalizowane i zrozumiane. W czasie sesji analizuje się interpersonalne związki pacjenta, a rola terapeuty jest tu aktywna i wspomagająca. Po przeprowadzonej dogłębnej analizie jakiegoś związku proponowana jest określona strategia rozwiązania owego interpersonalnego problemu.

Reasumując: Czynniki psychospołeczne odgrywają ważną rolę w powstawaniu depresji, w jej przebiegu i szybkości wychodzenia z niej w czasie stosowanego leczenia. Psychoterapia może być uważana jako istotny element owego leczenia. Zazwyczaj pacjenci akceptują psychoterapię w depresji bez zastrzeżeń. Wybór metody zależy od przekonań i doświadczeń terapeuty, powinien być jednak dobrany również pod kątem potrzeb pacjenta i typu depresji, z którą pacjent się zgłasza. Psychoterapia powinna być stosowana w tych przypadkach równoległe z farmakoterapią a psychiatra i psychoterapeuta powinni stanowić zgodny zespół.

## Ogólne zasady stosowania leków przeciwdepresyjnych

*Gdy dodajesz lek - spróbuj któryś odstawić.*

*K. Meador. Lekarz doskonały*

Leczenie farmakologiczne zespołów depresyjnych, zapoczątkowane wprowadzeniem imipraminy, ma już za sobą ponad czterdziestoletnią tradycję. W tym okresie lecznictwo wzbogaciło się o szereg leków przeciwdepresyjnych, różniących się między sobą znacznie właściwościami farmakologicznymi i wynikającymi z nich efektami klinicznymi. Dysponowanie tak zróżnicowaną grupą leków daje szerokie możliwości wybrania spośród nich najbardziej odpowiedniego dla naszego pacjenta, który właśnie zwraca się do nas o pomoc. Użyteczność kliniczną leku psychotropowego, a w tym wypadku przeciwdepresyjnego, określają:

- skuteczność
- bezpieczeństwo
- tolerancja
- koszty.

Odmienne mechanizmy działania farmakologicznego powodują, iż poszczególne leki różnią się pomiędzy sobą: bezpieczeństwem, tolerancją, jak również skutecznością. Wybór leku wymaga skrupulatnego rozważenia wszystkich tych czynników. W zależności od sytuacji klinicznej przypisujemy im różne znaczenia. W każdym indywidualnym przypadku decyzji co do wyboru leku należy pamiętać o jego skuteczności terapeutycznej, wynikającej z działania farmakodynamicznego, a potwierdzonej kontrolowanymi badaniami klinicznymi. Ważna jest współpraca pacjenta i jego zaufanie do lekarza. Niestety sporo jest chorych z depresją, którzy nie zachowują dyscypliny zażywania leków. Składa się na to wiele przyczyn. Pacjenci przerywają leczenie, czy zmniejszają dawkę leku z powodu nie akceptowanych objawów ubocznych. Rozważając bezpieczeństwo leku przeciwdepresyjnego pamiętajmy, że mogą one pogarszać przebieg pewnych chorób somatycznych. Przy wyborze leku należy uwzględnić fazę leczenia depresji. W fazie ostrej, najistotniejsza jest skuteczność leku oraz bezpieczeństwo. W okresie leczenia podtrzymującego ważniejsza staje się tolerancja leku.

W stosunku do zespołów depresyjnych z cechami endogennymi, leki przeciwdepresyjne mają działanie syndromolityczne, co oznacza, że powodują ustąpienie całego zespołu depresyjnego. Ten efekt leków przeciwdepresyjnych wiążemy głównie z ich działaniem na ośrodkowe układy: noradrenergiczny i/lub serotoninerdyczny.

W stosunku do większości niezbyt nasilonych depresji prawie wszystkie dostępne leki przeciwdepresyjne wykazują porównywalną skuteczność. Dotyczy to zarówno leczenia fazy początkowej, jak i leczenia stabilizującego. W przypadku depresji o nasileniu ciężkim powinno się stosować trójcykliczne antydepresanty. Wprowadzenie do lecznictwa nowych preparatów rezerwuje się dla depresji o mniejszym nasileniu, bez zagrożenia samobójstwem. Leki wybiórczo działające na układ serotoninerdyczny wydają się tu szczególnie skuteczne i to zarówno w leczeniu samej depresji, w jej fazie początkowej, podtrzymującej jak i w profilaktyce. Leki przeciwdepresyjne o działaniu na układ serotoninerdyczny stosowane są w zespołach depresyjnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami: obsesyjno-kompulsyjnym, fobią społeczną, także lękowymi i napadami paniki. W tym ostatnim przypadku stosować można także inne leki przeciwdepresyjne. Efekt leczniczy tradycyjnych, trójcyklicznych preparatów pojawia się dopiero po dłuższym okresie utajenia. Z wprowadzeniem nowych leków wiązano nadzieje na skrócenie tego okresu. Selektywne inhibitory wychwyty serotoniny, pomimo początkowo optymistycznych pod tym względem doniesień, okazały się lekami co najmniej działającymi z podobnym opóźnieniem. Opóźnienie to jest wynikiem złożonych i długich zmian adaptacyjnych, wywołanych bezpośrednim działaniem leków. Szybszy efekt terapeutyczny osiągnąć można, stosując jak najwcześniej dawkę optymalną. Dotyczy to szczególnie leków, których skuteczność kliniczna zależy od ich stężenia we krwi.

Najczęstszą przyczyną przerwania przez pacjenta leczenia są nasilone objawy uboczne. Mogą prowadzić do upośledzenia funkcjonowania społecznego, mogą obniżać jakość życia. O ile na początku leczenia, zwłaszcza gdy objawy depresji są znacznie nasilone, ich obecność nie musi mieć aż tak istotnego znaczenia, o tyle w przypadku leczenia długookresowego stają się one czynnikiem decydującym o zmianie leku.

Objawy uboczne najbardziej nasilone są zazwyczaj na początku leczenia. Po kilku tygodniach wyraźnie zmniejsza się ich nasilenie. Często jednak te zmiany są niedostateczne i objawy uboczne utrzymują się przez cały czas leczenia, co może mieć niestety deprymujący wpływ na motywację pacjenta do terapii. Przed wyborem leku warto zastanowić się, jakie może potencjalnie wywołać on objawy uboczne i jaki to może mieć wpływ na funkcjonowanie pacjenta oraz jakie jest indywidualne ryzyko wystąpienia tych objawów.



Niektórzy pacjenci nie są w stanie zaakceptować nadwagi, inni upośledzenia funkcji seksualnych, inni zaburzenia akomodacji. Przed wyborem leku warto tę sprawę omówić z pacjentem. U jednych pacjentów nasilenie objawu niepożądanego może być bardzo silne, u innych - nieznaczne. Zależy to od indywidualnych zmiennych.

Każdy lek, w zbyt wysokiej dawce, wykazuje działanie toksyczne. Leki tradycyjne, o dużym potencjale działania stosunkowo łatwiej przedawkować. W takich sytuacjach leki te ujawniają swoje działanie szkodliwe na serce i prowadzą do zaburzeń jego rytmu. Zaawansowany wiek pacjenta może jeszcze powiększyć to niebezpieczeństwo. Dlatego u tych osób dawkę leków trójpierścieniowych należy zwiększać powoli. Prawdopodobieństwo stosunkowo łatwego przedawkowania tymi lekami zalecane jest też u osób z myślami samobójczymi. Nie należy w takich przypadkach zapisywać zbyt dużej ilości leku oraz wręczać receptę rodzinie. Leki nowszej generacji są pod tym względem bezpieczniejszymi. Trzeba jednak pamiętać, iż w celach samobójczych pacjenci zażywają najczęściej kilka leków lub też wszystkie jakie mają pod ręką.

Wnikliwego rozważenia wymaga podawanie tradycyjnych leków u pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi, mogą u nich wystąpić:

- ortostatyczne spadki ciśnienia krwi
- wydłużenia przewodzenia w mięśniu sercowym
- przyśpieszenia akcji serca.

U osób po świeżo przeżytym zawale mięśnia sercowego leki te powinny być przeciwwskazane. Z dużą ostrożnością mogą być stosowane w wyrównanej chorobie wieńcowej. Ze względu na swoje działanie są przeciwwskazane u chorych z jaskrą z zamkniętym kątem przesączania, jak również u mężczyzn z przerostem gruczołu krokowego. U chorych na cukrzycę również bezpieczniej stosować leki nowszej generacji. Niewydolność wątroby i nerek może zwalniać eliminację niektórych z nich, co wymaga odpowiedniego dostosowania ich dawkowania.

Leki mogą wchodzić we wzajemne interakcje. U osób, zażywających różne leki z powodu współistniejących chorób, u których ponadto zająć może konieczność nagłego zastosowania nowego leku, rozpoczęcie leczenia zawsze wymaga wnikliwego rozważenia wysokości dawek.

Niemalą odsetek niepowodzeń kuracji przeciwdepresyjnych jest wynikiem przyjmowania przez pacjenta zbyt niskich dawek leku. Pacjenci zapominają dość często o zaleceniu, co oczywiście odbija się niekorzystnie na wynikach terapii. Dotyczy to szczególnie osób w starszym wieku, z zaburzeniami pamięci. W takich przypadkach najodpowiedniejsze byłoby stosowanie leku w jednorazowej dawce dziennej. Nie każdy jednak lek może być w ten sposób ordynowany.

## Konieczność zaakceptowania objawów ubocznych związanych z leczeniem

Leczenie dolegliwości nerwowych i psychicznych zawsze spotykało się z nieufnością wśród szerokich rzesz społecznych. Być może powodem była tajemniczość chorób i niejasność stosowanych metod terapeutycznych. Niewątpliwie objawy uboczne, jakie zazwyczaj towarzyszyły większości kuracji, a i dzisiaj są nierzadko utrapieniem pacjentów, nieufność tę potęgowały. Teofil Modrzejewski w 1909 roku tak pisał:

*Znacie szatana - ludzkości wroga,  
Arcychytręgo ducha ciemności?  
On to wymyślił neurologa  
Na udręczenie biednej ludzkości.*

*Wszak neurolog, gdy cię ma w pieczy,  
Pomimo, że cię nigdzie nie boli,  
Mówi, żeś chory na straszne rzeczy!  
Każe ci jadać wszystko bez soli...*

*A gdy cię wreszcie strawi to trucie,  
Gdy cię ziołami, jak mumię natrze,  
Gdy zaspokoi wszystkie swe chucie,  
Wtedy w prezencie da cię - psychiatrze.*

Działania uboczne leków przeciwdepresyjnych są częstą przyczyną subiektywnego dyskomfortu u pacjentów i nierzadkim powodem nie stosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego. Przypisać należy, że istnieje wiele jednak powodów dla, których tak się dzieje. Istotnymi są objawy uboczne jakie towarzyszą przyjmowaniu leków przeciwdepresyjnych „starszej generacji”. Najczęściej są to:

- suchość w jamie ustnej
- zaparcia
- upośledzenie ostrości wzroku
- przejściowe trudności w oddawaniu moczu
- spowolnienie psychoruchowe połączone z uczuciem zmęczenia ale może być to również niepokój ze zmęczeniem
- zawroty głowy, zwłaszcza przy wstawaniu
- trudności we współżyciu intymnym
- wzrost masy ciała
- przyspieszone bicie serca
- nudności
- zwiększona potliwość
- drżenie mięśniowe.

Musimy jednak wiedzieć, że leki te cechuje znaczny potencjał terapeutyczny i niekiedy są one środkami działającymi najszybciej, a tym samym ratującymi życie pacjenta. Mimo upływu lat, nadal są stosowane i cenione, a często pozostają lekami „z wyboru”.

Tak zwane „nowoczesne leki” (grupy SSRI), aczkolwiek w mniejszym stopniu, wywołują niekiedy różnorodne działania uboczne. Są to zazwyczaj:

- niepokój i nerwowość
- bezsenność
- zaburzenia sfery seksualnej
- zaburzenia żołądkowo-jelitowe.

Jednakże uspakajające działanie uboczne może być pomocne w leczeniu bezsenności lub niepokoju depresyjnego pacjenta. Natomiast stymulujące działanie innych leków, które u jednych może dawać niepokój, wskazane być może u osób, u których w obrazie depresji dominuje apatia i stagnacja. Podobnie leki dające przyrost wagi jako efekt uboczny, będą z zadowoleniem przyjmowane przez pacjentów wychudzonych, a przytycie będzie traktowane jako widoczny objaw zdrowienia.

Ze względu na znaczące różnice w profilu działań niepożądanych leków z grupy SSRI i starszych preparatów (trójpierścieniowych), trudno porównując obie te grupy rozstrzygać, która z nich jest „lepsza”. Relacje pacjentów znacząco różnią się co do tego, które efekty uboczne uważają za najbardziej uciążliwe - jest to w przeważającej

części kwestia indywidualnej, subiektywnej oceny. Ogólnie jednak leki z grupy SSRI wydają się być lepiej tolerowane niż leki trójpierścieniowe, jednak istnieje nadal znacząca grupa pacjentów, nie mogąca ich przyjmować z powodu uciążliwości występujących objawów niepożądanych. Leki te nie są jednak tak skuteczne w leczeniu zaburzeń snu i same mogą stanowić przyczynę bezsenności. Mogą być lekiem pierwszego rzutu z wyboru, jeżeli pacjent ma dolegliwości ze strony układu sercowo-naczyniowego, cierpi z powodu otyłości lub wtedy, gdy sedacja stanowiłaby istotny problem. SSRI stanowią alternatywną opcję leczniczą dla pacjentów, którzy źle tolerują efekty niepożądane, u których odpowiedź na wcześniej stosowane leczenie była niezadowolająca. Podobnie w przypadkach zagrożenia samobójstwem, w których istnieje wywiad dotyczący wcześniejszych prób samobójczych czy innych działań autodestruktywnych, leki z grupy SSRI, czy inne, nowsze leki przeciwdepresyjne, mogą stanowić właściwą opcję terapeutyczną.

Większość objawów niepożądanych utrzymuje się przez stosunkowo krótki okres, chociaż i tutaj dają się zauważyć indywidualne różnice pomiędzy pacjentami. Znalezienie najodpowiedniejszego leku dla naszego pacjenta może być dokonane poprzez próbę jego zastosowania u tej osoby, oczywiście z uwzględnieniem wskazań. Dokuczliwość objawów ubocznych zmniejsza się w miarę poprawy nastroju chorego i nie musi mieć zaś istotnego związku z rodzajem leku przeciwdepresyjnego. Istnieją jednak znaczące różnice w indywidualnej reakcji pacjentów na dany lek, które często bardzo trudno jest przewidzieć. Jeżeli więc z doświadczenia wynika, że dany lek jest dobrze tolerowany przez pacjentów, nie należy go zmieniać na inny.

Większość leków przeciwdepresyjnych ma początek działania nieco opóźniony w stosunku do oczekiwań pacjentów. Pierwsze oznaki poprawy pojawiają się w 10-14 dniu stosowania leku, natomiast na pełny efekt trzeba poczekać przynajmniej 4-6 tygodni. Ta opóźniona odpowiedź na działanie leku jest sprawą naturalną związaną ze zmianami biochemicznymi, jakie musi on wywołać. Opóźnienie początku działania terapeutycznego i w konsekwencji brak szybkiego odczuwania poprawy przez pacjenta może stanowić znaczący problem w praktyce lekarza prywatnie praktykującego. Dlatego niezwykle ważne jest, aby lekarz prowadzący uprzedził, już na początku terapii, o możliwości opóźnionego działania leku i starał się maksymalnie ułatwić pacjentowi czas oczekiwania na rozpoczęcie poprawy - np. poprzez przepisanie leku o działaniu nasennym lub małych dawek benzodiazepin w przypadku nasilonego niepokoju lub bezsenności. Bardzo ważne, aby lekarz mógł być w tym czasie osiągalny telefonicznie przez pacjenta, aby mógł służyć mu wsparciem i wyjaśnieniem działania preparatu, aby potrafił uspokoić jego lęk.

W przypadku tradycyjnych leków trójpierścieniowych dawkę należy zwiększać powoli, w ciągu kilkunastu dni, czy nawet kilku tygodni. Cały czas należy sprawdzać obecność i natężenie działań ubocznych. Jeśli trzeba - redukować je środkami korygującymi. Najistotniejszym czynnikiem, wywierającym wpływ na tolerancję leczenia, jest postępujący efekt tego leczenia. Nawet bardzo uciążliwe działania niepożądane leku mogą być przez pacjenta tolerowane, jeżeli preparat je wywołujący skutecznie leczy depresję. Z punktu widzenia terapeuty najważniejsze jest zadbanie o to, by pacjent nie przerywał leczenia, a właściwa dawka leku była przyjmowana przez odpowiednio długi czas.

Z przedstawionych danych wynika jasno, że leczenie depresji musi być prowadzone indywidualnie. Osiąga się to przez:

- uwzględnienie potrzeb konkretnego pacjenta
- regularną ocenę stanu klinicznego
- udzielanie informacji na temat stosowanego leczenia i samej choroby
- dawanie wsparcia i rad, w miarę potrzeby przez włączanie do terapii krewnych i innych osób
- należy jasno wytłumaczyć pacjentowi, że przeciwdepresyjne działanie leku występuje dopiero po pewnym czasie, oraz że istnieje prawdopodobieństwo przejściowego wystąpienia objawów niepożądanych
- lekarz prowadzący ma obowiązek wsparcia i zachęcenia pacjenta do przyjmowania pełnej dawki terapeutycznej leku do momentu wyzdrowienia
- jeżeli lek nie jest dobrze tolerowany, powinno się zastosować inny preparat
- pacjenci mogą także odnieść znaczące korzyści z psychoterapii, której celem jest polepszenie psychologicznego przystosowania pacjenta
- lekarz powinien stosować leki w najbardziej efektywny sposób, jednocześnie dbając o to aby dawały jak najmniej objawów ubocznych.

## Niektóre ważniejsze leki przeciwdepresyjne

### **Anafranil - trójpierścieniowy lek przeciwdepresyjny (klomipramina)**

Trójpierścieniowe (nazwa pochodzi od schematu budowy chemicznej) leki przeciwdepresyjne, nazywane niekiedy w tej książce „tradycyjnymi lekami przeciwdepresyjnymi”, stosuje się w leczeniu tej choroby oraz niektórych cięższych zaburzeniach lękowych, agorafobii oraz napadach paniki. Należą do tej grupy: Anafranil, Amitryptylina, Imipramina, Petylyl i inne. W mej praktyce najchętniej stosuję Anafranil ze względu na jego znaczny potencjał terapeutyczny oraz możliwość stosowania tego leku w terapii podtrzymującej i profilaktycznej. Łagodzi on i leczy objawy lęku i depresji. Ma początkowo działanie sedatywne (czyli uspokajające i nasenne), tłumi objawy wzmożonej emocjonalności i dlatego jego stosowanie rozpoczyna się wieczorem od mniejszej dawki, która stopniowo jest powiększana. Leki tej grupy nie dają uzależnienia.

#### *Zasady stosowania*

Anafranil i leki tej grupy często podawane są w stanach lękowych tylko raz dziennie, na noc. Działają jednak nie tylko w ciągu najbliższej nocy ale również przez całą następną dobę lub nawet kilka dni. Ich działanie rozwija się stopniowo, w ciągu kilku tygodni. Nie należy samemu zmieniać zapisanej dawki ani przerywać nagle kuracji. Do leczenia depresji stosuje się Anafranil w znacznie wyższych dawkach - bo aż do 200 mg dziennie. Przeciętna dawka dzienna wynosi zazwyczaj w praktyce ambulatoryjnej 150 mg. Aby pacjent zaakceptował tę dawkę, która z reguły powoduje wystąpienie niegroźnych lecz nieraz nieprzyjemnych objawów ubocznych, trzeba kilku dni stopniowego jej podwyższania. Zazwyczaj trwa to od 4. do 7. dni.

Anafranil w formie SR (tabletki po 75 mg o przedłużonym działaniu) ma w lecznictwie ambulatoryjnym ceną zaletę. Jest nią stopniowe nasywanie organizmu pacjenta lekiem, bez efektu uzyskiwania gwałtownego „piku”, a tym samym podawanie go w tej formie zmniejsza ryzyko nieprzyjemnych objawów ubocznych. Dla pacjentów czynnych zawodowo i aktywnych przyjmowanie leku tylko w dwóch porcjach dziennych też jest kolejną zaletą, gdyż tacy chorzy często zapominają o przyjmowaniu dawki w środku dnia. (Ma to miejsce w czasie podawania Anafranilu bez właściwości przedłużonego działania).

#### *Środki ostrożności*

- Leki z tej grupy mogą mieć w pierwszych dniach stosowania działanie nasenne. Można to nawet odczuwać po pierwszych dawkach jako oszołomienie. Nie powinno się w czasie ich przyjmowania siadać za kierownicą.
- Mają one działanie potencjalizujące na ewentualnie spożyty alkohol i niektóre inne leki. Nie należy go spożywać w czasie leczenia, a przyjmowanie z innymi lekami zawsze konsultować z lekarzem.
- Zasadniczo nie powinny być przyjmowane w czasie ciąży ani karmienia piersią. Ewentualne odstępnie od tej zasady musi być konsultowane.
- Jak każdy lek, tak i one mogą niekiedy powodować wystąpienie uczulenia. Należy czym prędzej zgłosić ten fakt lekarzowi.
- Pacjenci cierpiący na jaskrę, przerost gruczołu krokowego i niewydolność krążenia muszą uprzedzić o tym fakcie psychiatrę i przedstawić wyniki badań. Być może, stosowanie tych leków będzie wymagało dodatkowych konsultacji.
- U osób ze stwierdzonym nadciśnieniem tętniczym krwi należy stosować niższe dawki leku z jednoczesnym aktywnym leczeniem nadciśnienia.
- W przypadku profilaktycznego, długotrwałego stosowania leku należy okresowo badać morfologię krwi.

#### *Przeciwwskazania*

Nie należy Anafranilu stosować w wypadku nadwrażliwości na ten lek. Nie powinno się go łączyć z niektórymi innymi lekami przeciwdepresyjnymi (z grupy MAO). Nie powinno się go stosować u osób będących bezpośrednio po zawale mięśnia sercowego.

#### *Działania uboczne*

W czasie pierwszych dni stosowania leku niektórzy pacjenci odczuwają suchość w ustach, uczucie ciężkości i zawrotów głowy połączone ze spadkiem ciśnienia. Inni niekiedy skarżą się na zaparcia i drżenie mięśni. Objawy te, mijają zazwyczaj w ciągu tygodnia. Jeśli nie będą ustępować, to lekarz zapisze inny preparat.

#### *Profilaktyczne stosowanie Anafranilu*

Pacjenci, którzy doświadczyli kolejnego nawrotu depresji, zaniepokojeni i zniecierpliwieni tym faktem, zgłaszają potrzebę „powstrzymania kolejnych nawrotów i niepokojących przerw w pracy”. Oczekują, a nawet wręcz żądają, wprowadzenia leczenia profilaktycznego. W takich wypadkach (o ile depresje nie były „przeplatane” okresami manii) wybieram zazwyczaj podawanie im Anafranilu SR. Przeciętna jego dawka wynosi około tabl. 75 mg. W chwili obecnej mam dość liczną grupę pacjentów leczonych w ten właśnie sposób, a niektóre kuracje profilaktyczne prowadzone są od kilku lat. Do nieznacznie zwiększonej potliwości, która jest najczęstszym objawem ubocznym, pacjenci dość szybko przyzwyczajają się i akceptują tę drobną niedogodność.

Tak opisuje przebyłą depresję pięćdziesięcioletnia pacjentka, mężatka, gospodyni domowa, matka dwóch synów.

*Depresja to straszna rzecz. Ktoś, kto tego nie przeżył, nie potrafi sobie tego stanu wyobrazić. Ponieważ ja obecnie jestem zdrowa (pacjentka na leczeniu podtrzymującym Anafranilem SR 37,5 mg dziennie) postaram się przenieść w tamten niesamowity stan i opisać to, co było w tym wszystkim najbardziej charakterystyczne.*

*Stopniowe pogarszanie się nastroju. Mdłości, zawroty głowy, bóle brzucha. Ponieważ mało wiedziałam o depresji, pomocy szukałam u gastrologa. Zapisał mi lekarstwa, wysłał na gastroskopię, ale mój stan nie poprawiał się. Czułam, że „coś” jest ze mną nie tak, ale przestałam wierzyć, że to sprawy gastrologiczne. Miałam kłopoty ze snem. Zasypiałam późno, budziłam się po 2-3 godzinach bardzo zmęczona, z jakimiś dziwnym niepokojem i kompletną pustką w głowie. Moje myśli gonily w zawrotnym tempie, ale nie mogłam zupełnie skupić się na jednym problemie - wszystko było „zamazane”.*

*Przyszłość widziałam w czarnych kolorach, sama sobie wydawałam się mało warta, niezaradna i nikomu niepotrzebna. Ranki były koszmarne. Leżałam w łóżku, nie spałam i nie potrafiłam skupić się na niczym. Wyjście z domu było coraz trudniejsze. Zauważyłam, że z kontaktowej, towarzyskiej osoby stałam się „dziwakiem”. Trudność sprawiało mi sformułowanie myśli, bałam się ludzi.*

*Kolosalne zmiany w moim zachowaniu zwróciły uwagę moich bliskich. Przestali wierzyć, że to sprawy gastrologiczne. Nie jadłam, w zawrotnym tempie chudłam, nawet moje włosy przestały błyszczeć i „były martwe”. Zmienił się mój cały wygląd, inaczej poruszałam się. Trudność sprawiała mi mowa i wszystkie codzienne czynności. Byłam maksymalnie rozkojarzona, najprostsze zajęcia były koszmarem. Nie obchodził mnie świat zewnętrzny, tylko moja kotłownina w środku.*

*W odpowiednim czasie, moi bliscy zareagowali. Właściwy lekarz zajął się mną i wysłał z tego po 3-4 tygodniach. Zajmowała się wtedy mną moja mama. Spałam, spałam, brałam leki i zdrowiałam.*

### **Czteropierścieniowe leki przeciwdepresyjne**

Jednym z najważniejszych przedstawicieli leków tej grupy jest mianseryna. Preparat ten, w zamierzeniu jego twórców, miał być lekiem przeciwdepresyjnym. Tak też jest, a na dodatek jest on środkiem łagodniejszym, dającym mniejszą ilość objawów ubocznych. Dlatego ma znacznie mniej przeciwwskazań do stosowania niż opisane powyżej leki trójpierścieniowe. Ponadto jego działanie jest kilkufazowe. Stosowany wieczorem pomaga w zasypianiu. W drugiej fazie, uwidaczniającej się w ciągu tygodnia, łagodzi niepokój i stany napięcia nerwowego. Od drugiego tygodnia działa przeciwdepresyjnie i stymuluje aktywność. Zalecane środki ostrożności przy jego stosowaniu, są podobne jak wobec leków poprzedniej grupy.

### **Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI)**

Ta stosunkowo nowo syntetyzowana grupa leków przeciwdepresyjnych posiada szereg istotnych zalet, w stosunku do leków poprzednich generacji. Ze względu na niewielką ilość objawów ubocznych towarzyszących terapii, może być stosowana u ludzi aktywnych zawodowo, u studentów, którzy nie mogą przerwać nauki w czasie leczenia i u pacjentów, którzy muszą wydajnie pracować intelektualnie. Największe nadzieje spośród wielu leków tej grupy budzą Cipramil i Seroxat. Leki te, nie tylko z powodzeniem redukują lęk przewlekły, ale działają również skutecznie w leczeniu napadów paniki oraz leczeniu stanów depresyjnych. Objawy uboczne w czasie ich stosowania obserwuje się niezwykle rzadko. Oczywiście, podobnie jak inne leki przeciwdepresyjne, nie dają one uzależnienia. Ponadto budzą nadzieję, że może będą mogły być stosowane jako leki podtrzymujące (lub inaczej zapobiegające popadaniu w kolejne depresje) w leczeniu nawracających stanów lękowych i depresyjnych. Ta ich właściwość, ma olbrzymie znaczenie w prywatnej praktyce lekarza psychiatry.

### **Cipramil - Citalopram**

Lek zawiera bromowodorek citalopramu w ilości odpowiadającej 20 mg citalopramu w tabletkce.

#### **Właściwości**

Cipramil jest silnym i najbardziej wybiórczym inhibitorem wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) o działaniu przeciwdepresyjnym. Pełne działanie przeciwdepresyjne citalopramu występuje zazwyczaj po 2-4 tygodniach leczenia. Lek ten nie wpływa na układ przewodnictwa mięśnia sercowego, ani też w sposób istotny na ciśnienie krwi. Jest to szczególnie ważne, zwłaszcza w przypadku leczenia pacjentów w podeszłym wieku. Ponadto nie oddziałuje na czynność układu krwionośnego, nerek oraz wątroby. Niewielka częstość występowania objawów niepożądanych oraz nieznaczne właściwości uspokajające leku Cipramil sprawiają, że jest on szczególnie zalecany w długotrwałym leczeniu. Ponadto, nie powoduje przyrostu masy ciała, ani też nie potencjalizuje działania alkoholu.

#### *Szczególne ostrzeżenia oraz środki ostrożności*

- Cipramilu nie należy podawać równocześnie z lekami z grupy MAOI oraz przed upływem 14. dni od momentu ich odstawienia.
- stosowanie w okresie ciąży i karmienia piersią.

#### *Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługi maszyn*

Cipramil nie wpływa na zdolności intelektualne i psychomotoryczne. Jednakże u pacjentów leczonych lekami psychotropowymi mogą występować zaburzenia koncentracji i uwagi, ze względu na samą chorobę jak i na przyjmowane leki. Z tego powodu, pacjenci powinni zachować ostrożność podczas prowadzenia pojazdów i obsługi maszyn.

#### *Dawkowanie*

Cipramil podaje się doustnie raz na dobę w dawce 20 mg. W zależności od reakcji pacjenta na leczenie oraz nasilenia depresji, dawkę można zwiększyć, maksymalnie do 60 mg na dobę. Pacjenci w podeszłym wieku (powyżej 65 lat) mają zalecaną dawkę dobową 20 mg. W mej praktyce zalecam zazwyczaj dawkę 20 mg dziennie i przyjmowanie leku rano.

#### *Zaleca się szczególną ostrożność:*

- u pacjentów z niewydolnością wątroby. Dawkę należy zmniejszyć do minimalnej zalecanej.
- u pacjentów z niewydolnością nerek. W przypadku nieznacznej lub umiarkowanej niewydolności nerek modyfikacja dawkowania nie jest konieczna.

#### *Czas leczenia*

Leczenie należy prowadzić przez co najmniej 6 miesięcy w celu zmniejszenia ryzyka nawrotu choroby.

#### *Działania niepożądane*

Obserwowane podczas leczenia preparatem Cipramil działania niepożądane mają charakter łagodny i przejściowy. Zazwyczaj pojawiają się podczas pierwszych dwóch tygodni leczenia i mijają w miarę ustępowania depresji. Najczęściej obserwowanymi działaniami niepożądanymi u pacjentów leczonych lekiem były:

- suchość jamy ustnej
- nudności
- senność
- zwiększona potliwość
- nieznaczne drżenia.
- niewielkie spowolnienie akcji serca. W większości przypadków nie ma to znaczenia klinicznego, jednakże u pacjentów z pierwotnie wolnym rytmem serca może prowadzić do bradykardii.

#### *Inne wskazania do stosowania Cipramilu*

##### *Profilaktyka nawrotów depresji*

Cipramil jest skuteczny w zapobieganiu nawrotom depresji. Długotrwałe leczenie profilaktyczne jest dobrze tolerowane i skuteczne u osób z częstymi nawrotami. Wiadomo, że ryzyko wystąpienia nawrotu narasta z czasem trwania i liczbą kolejnych epizodów u danego pacjenta i tacy pacjenci o wysokim ryzyku, powinni kontynuować leczenie podtrzymujące remisję depresji. Ustalono, że nie wystarczy krótkotrwałe (8 tygodni) leczenie farmakologiczne ostrej depresji. Należy je przedłużyć o dalsze 4 miesiące po uzyskaniu remisji. U chorych wysokiego ryzyka niezbędne jest także leczenie profilaktyczne, co najmniej do roku od początku zachorowania. Takie postępowanie daje pacjentowi możliwość utrzymania się w stanie zdrowia i uniknięcia kolejnych nawrotów depresji.

##### *Zespół lęku napadowego z/lub bez agorafobii*

W badaniach klinicznych udowodniono, że Cipramil jest skuteczny i w tym wskazaniu. Rezultaty tych badań wykazały, że:

- leczenie rozpoczyna się od dawki 10 mg, jeden raz dziennie, przez pierwszy tydzień, a następnie dawkę zwiększa się do 20 mg raz dziennie
- optymalna dawka to 20-30 mg dziennie w leczeniu krótko - jak i długoterminowym
- leczenie powinno być wieloletnie.

A tak przedstawia się przebieg leczenia jednego z mych pacjentów Cipramilem. Pacjent poinformowany o możliwości leczenia podtrzymującego i profilaktycznego zdecydował się na tę formę terapii i przyjmuje lek do dzisiaj.

Trzydziestojednoletni urzędnik skarbowy, z podwarszawskiej miejscowości, żonaty, z wyższym wykształceniem, zgłosił się do mego gabinetu z powodu znacznego obniżenia nastroju i spadku aktywności. Podał, że jego ojciec chorował w przeszłości na schizofrenię. Prawdopodobnie na tę samą chorobę chorowała również matka ojca. Pochodził z rodziny ubogiej i z trudem mógł sobie pozwolić na skończenie studiów. Od końca szkoły średniej i przez całe studia prawnicze pracował, aby na nie zarobić. Nie dostał się na aplikację prawniczą i zaczął pracę w urzędzie skarbowym. Z tej pracy był zadowolony, wreszcie mógł pozwolić sobie na odrobinę luksusu takiego jak, wyjazd na atrakcyjny urlop czy samodzielność finansową. Od czasów szkolnych bał się aby nie zachorować psychicznie. Bał się ewentualnego obciążenia dziedzicznego schizofrenią. Małżeństwo zawarł z miłości i pożyście dotąd układa się pomyślnie. Na pół roku przed pierwszą wizytą u mnie zachorowała mu na raka matka i po ciężkiej, kilkumiesięcznej chorobie zmarła. Pacjent w tym okresie załamał się psychicznie. Nie sypiał, mało jadł, stracił na wadze kilka kilogramów. W pracy nie radził sobie. Narastały zaległości, a on nie był w stanie wypełnić najbliższego wniosku. Zaczął bać się delegacji terenowych. Wszystko było dla niego za trudne. Wykorzystał cały urlop, aby „odpocząć” od pracy. Od internisty dostał zwolnienie ale obawa przed „kompromitacją” była coraz silniejsza. Uważał się za „niezdolnego głąba, który cudem prześlizgnął się przez studia”. Zaczął rozmyślać o samobójstwie, „aby uwolnić żonę od opieki nad chorym człowiekiem”.

W takim stanie zgłosił się do mnie. W szczegółowo zebrany wywiadzie ustalono, że pod koniec studiów przeżył kilkutygodniowy epizod „załamania nerwowego”, który minął samoistnie bez leczenia psychiatrycznego. U pacjenta stwierdziłem znaczne obniżenie napędu psychoruchowego. Jego wypowiedzi były spowolnione i takie też było myślenie. Był w dobrym emocjonalnym kontakcie choć widoczne było znaczne obniżenie nastroju. Urojeń ani omamów nie podawał. Nie stwierdziłem u niego również formalnych zaburzeń myślenia ani symboliki w wypowiedziach. Przyznawał się do myśli samobójczych ale były one wynikiem przygnębienia. Skarżył się ponadto na znaczny spadek libido, co jego zdaniem przynosiło mu ujmę. Rozpoznałem u pacjenta depresję, a wykluczyłem schizofrenię.

Pod koniec roku 2000 rozpocząłem leczenie pacjenta Cipramilem w dawkach do 20 mg dziennie. Już po 2. tygodniach poczuł wyraźną różnicę samopoczucia. Stał się bardziej aktywny, szybciej szła mu praca, zaczął nadrabiać zaległości. Jednocześnie lepsze samopoczucie pozwalało mu na snucie planów na przyszłość. Zajął się organizowaniem wyjazdu zimowego dla siebie i żony. Wreszcie spędzili urlop w górach, po którym wrócił zupełnie w dobrej formie. Myśli o bezsensie życia, uporczywe w czasie choroby, ustąpiły stopniowo w ciągu trzech pierwszych tygodni leczenia i więcej już nie wracały.

Pacjent przyjmował Cipramil przez okres 3 miesięcy, po czym przerwał je i zaprzestał zgłaszać się na wizyty. Po dwumiesięcznej remisji powróciła jednak depresja. Ponownie stał się apatyczny i zaczął mieć trudności z pracą i kłopoty ze snem. Ponownie zaleciłem mu przyjmowanie Cipramilu, tym razem w dawkach do 30 mg dziennie i 1 mg Noctoferu na noc. I tym razem nastąpiła szybka poprawa samopoczucia i aktywności pacjenta. Uregulował się również jego sen.

Od wiosny 2001 roku jest na podtrzymującej dawce Cipramilu (1/2 tabl. a 20 mg). Zdecydował się na leczenie podtrzymujące po otrzymaniu informacji, że w ten sposób ma szansę zabezpieczyć się przed kolejnym nawrotem depresji.

### **Cipralex - racemiczny izomer citalopramu - nowy lek antydepresyjny**

Wprowadzony przed laty w wielu krajach, i cieszący się opinią skutecznego leku przeciwdepresyjnego, Cipralex od jesieni br. roku ma znaleźć się na polskim rynku. Pozytywne opinie wielu klinicystów, zwłaszcza ze Stanów Zjednoczonych, gdzie Federalny Urząd do spraw Żywności i Leków jest szczególnie ostrożny w pozwoleniach na dopuszczenie do obrotu nowego leku, budzą zaufanie i nadzieję. Mimo, że dysponujemy już wieloma lekami przeciwdepresyjnymi, to niezliczona rzesza pacjentów, z których każdy jest również w sensie biochemicznym odmienną indywidualnością, stwarza stale zapotrzebowanie na nowe leki. Chodzi tu szczególnie o takie, które będąc dostatecznie aktywnymi aby przełamać depresję, pozwalałyby na nie zawieszanie w miarę aktywnej pracy zawodowej współczesnego pacjenta. Takimi właściwościami dysponuje Cipralex i dlatego w praktyce ambulatoryjnej można z nim wiązać spore nadzieje.

Nasi zagraniczni koledzy, mający już spore doświadczenie z nowym lekiem podkreślają szczególnie, że Cipralex:

- wykazuje szybsze działanie przeciwdepresyjne niż Cipramil. Ujawnia się ono już jakoby po tygodniowej kuracji
- lek ten, podobnie jak jego poprzednik, może być stosowany w leczeniu stanów lękowych i napadów paniki
- efektywnie działa podawany już w dawce 10 mg na dzień
- stosowany nawet przez okres kilku miesięcy, nie daje przyzwyczajenia ani nałogu
- opisywano nieliczne objawy uboczne - zazwyczaj niewielkie nudności w pierwszych dniach podawania preparatu. Ustępowały one samoistnie i nie stanowiły powodu do przerywania leczenia.

Zasady stosowania, środki ostrożności, wpływ na prowadzenie pojazdów mechanicznych i czas leczenia w przypadku stosowania Cipralexu będą podobne, jak w przypadku podawania Cipramilu.

Zalecane dawkowanie to 10 lub 20 mg leku dziennie, podawane w godzinach porannych.

### **Seroxat - paroksetyna**

Seroxat jest silnym i selektywnym inhibitorem wychwytu zwrotnego serotoniny. Okres aktywnego działania leku w organizmie wynosi około jednej doby. Pełne działanie leku uzyskuje się po około 14. dniach stosowania. W użyciu są tabletki po 20 mg, a zalecana dawka to 1 tabl. dziennie, rano. W szczególnych przypadkach możliwe jest podwyższenie dawki do 50 mg dziennie.

### **Zalecenia**

Część wskazań dla tego leku opisana była uprzednio. Reasumując: Seroxat stosuje się nie tylko w leczeniu depresji ale i stanów lękowych. Stosuje się go również, z dobrymi efektami, w leczeniu zespołu natręctw. Zespół ten, przez swą uporczywość i względną oporność na leczenie, jest często prawdziwym wyzwaniem dla terapeuty. Posiadając w rękach nowy lek mamy większą szansę aby pomyślnie uporać się z tą chorobą u naszych pacjentów.

### **Środki ostrożności**

- lek nie powinien być stosowany u kobiet w czasie ciąży i karmienia piersią
- nie zaleca się podawania leku dzieciom
- leczenie chorych na padaczkę wymaga szczególnej ostrożności
- podobnie ostrożność jest niezbędna w czasie leczenia chorych z zaburzeniami krążenia, u chorych z jaskrą i pacjentów przyjmujących leki przeciwzakrzepowe (werfaryna)
- nie powinno się łączyć leczenia Seroxatem z lekami z grupy MAO
- pacjenci leczeni tym preparatem powinni się wstrzymać ze spożywaniem alkoholu.

### **Objawy uboczne**

Niekiedy, na początku leczenia, niektórzy pacjenci mogą się skarżyć na:

- wzmożoną potliwość
- senność
- nudności
- suchość w ustach
- zaparcia lub biegunki
- zmiany w ciśnieniu tętniczym krwi.

Objawy te zazwyczaj ustępują samoistnie po kilku dniach podawania leków. U osób z natury „nadwrażliwych” lub ze skłonnościami do hipochondrii podnoszę dawkę stopniowo, przez kilka dni lub podaję jednocześnie jakąś benzodiazepinę, w niewielkich dawkach, w czasie pierwszych dni leczenia.

Przedstawię teraz historię leczenia jednego z moich pacjentów Seroxatem.

*Trzydziestodwuletni dziennikarz, żonaty, fizycznie zdrowy, zgłosił się do mnie latem 2001 roku z powodu stanów lękowych, które kilkakrotnie miały znaczne nasilenie - aż do panicznego lęku. Ponadto w ostatnich tygodniach zaniepokojony był znacznie gorszym samopoczuciem i trudnością z podążaniem w codziennej stresującej pracy. Bezpośrednim impulsem, który zdecydował o zgłoszeniu się na wizytę, była perspektywa służbowego wyjazdu za granicę, która to delegacja trwać miała kilka tygodni. W przeszłości miewał już silne lęki w czasie podobnych wyjazdów, które zmuszały go do wcześniejszych powrotów do kraju, a tym samym uniemożliwiały wywiązanie się z podjętych zobowiązań. W obecnym stanie „nawet nie może marzyć aby wsiąść do samolotu, a cóż dopiero mówić o pracy za granicą”. W perspektywie widział siebie jako osobę zwalnianą z pracy, a w przyszłości bezrobotnego. Przyznawał jednak, że atmosferę w pracy miał dobrą. Z przełożonymi był w zadowolających relacjach. Pożycie rodzinne określał jako satysfakcjonujące.*

*Pierwszy stan lękowy przeżył właśnie poza Polską przed 6 laty. Pamięta, że miał trudny okres. Był załamany, niesprawny, „nie mógł nawet kilku zdań skleić”. Miał w tym czasie kilka napadów paniki. Trząsał się cały i obficie pocił. Każdego dnia był gotów uciekać do domu. Pomogli mu wtedy przyjaciele, którzy mu zorganizowali jakieś leki. Obawiał się, że podobna sytuacja może się powtórzyć w czasie planowanego wyjazdu. Martwił go też „spadek sił twórczych i poczucie niewydolności umysłowej”.*



*Rozpoznałem u pacjenta depresję, stany lękowe z napadami paniki. Rozpocząłem leczenie pacjenta Seroxatem w dawce 20 mg dziennie. Lek przyjmował codziennie rano. W czasie całej kuracji, która trwała łącznie 8 miesięcy, pacjent nie skarżył się na żadne objawy uboczne związane z podawanym lekiem. Poprawa stanu psychicznego nastąpiła stosunkowo szybko, bo już po 2 tygodniach. Napady lęku ani paniki nie pojawiły się ani razu, mimo, że pacjent przez wiele tygodni był poza krajem. Poprawa samopoczucia, która utrwaliła się w 3 tygodniu leczenia była trwała. Pacjent zdecydował się jednak przyjmować jeszcze przez ponad pół roku Seroxat, aby ją utrwalić i jednocześnie zabezpieczyć się przed ewentualnym nawrotem złego samopoczucia i lęków.*

### **Ixel - (milnacipram) - inhibitor zwrotnego wychwytu serotoniny i noradrenaliny**

Ixel jest jednym z „nowoczesnych” leków przeciwdepresyjnych budzących nadzieję na skuteczne i bezpieczne leczenie pacjentów depresyjnych, u których dominują objawy apatii, obniżonego nastroju i bezsilności. Jednocześnie ponad roczny okres obserwacji wykazał, że jest on preparatem dobrze tolerowanym i akceptowanym przez ludzi, którzy muszą być w czasie leczenia aktywni zawodowo. Nie obserwowałem dotąd żadnych istotniejszych zaburzeń ubocznych, a pacjenci zgłaszają nieliczne tylko skargi w czasie jego stosowania.

#### **Zasady stosowania**

Lek ten jest w aptekach pod postacią kapsułek 25 i 50 mg. Uważa się, że aby uzyskać efektywne działanie leku należy go podawać w dawce do 100 mg dziennie (po 50 rano i przed wieczorem). Dawki zwiększam zazwyczaj stopniowo, podając lek początkowo tylko rano. Niekiedy dodatkowo podaję pacjentom na noc benzodiazepiny, aby znieść stymulujące działanie leku.

#### **Przeciwwskazania**

Ixelu nie należy stosować:

- w przypadku nadwrażliwości na ten lek
- u dzieci poniżej 15 roku życia
- jednocześnie z niektórymi lekami przeciwdepresyjnymi (lekarz zapisujący ten preparat zna dokładnie ograniczenia jego stosowania, preparaty MAO itp)
- u kobiet ciężarnych i w okresie karmienia piersią.

Mimo, że większość osób przyjmujących ten lek nie skarży się na zaburzenia koordynacji w czasie prowadzenia samochodu, zaleca się tu zwiększoną ostrożność ze względu na możliwość indywidualnej nadwrażliwości.

A oto opis skutecznego leczenia jednej z moich pacjentem Ixelem:

*Trzydziestoletnia pacjentka, panna, asystentka na warszawskiej uczelni, zgłosiła się do mego gabinetu jesienią 2001 roku. Zawsze była wesołą, energiczną osobą, pełną werwy i inicjatywy. Znana ze swego społecznikowskiego podejścia do życia. Na uczelni od lat kierowała wakacyjnymi, terenowymi praktykami studenckimi wywiązując się z ogromu zadań w sposób doskonały. Miała zawsze grono przyjaciół i adoratorów. Twierdziła jednak, że nie znalazła „prawdziwej miłości” i dlatego pozostawała dotąd w luźnych związkach z partnerami.*

*Od czterech tygodni stopniowo, lecz zdecydowanie, nasilała się u niej apatia i przygnębienie. Jednocześnie stawała się drażliwa i zniechęcona do wszystkiego, co ją dotąd cieszyło. Odsunęła się od zajęć i przyjaciół. Nawet swego chłopaka „starła się zniechęcić tak, aby dał jej spokój”. Zaczęła źle sypiać i straciła apetyt. Unikała zajęć, do których się uprzednio zobowiązała. Znajomym mówiła, że ma dolegliwości kardiologiczne i musi wykonać szereg badań. W ten sposób usprawiedliwiała swą nieobecność na zajęciach. Zrezygnowała z szeregu możliwości zarobienia pieniędzy, które dostałaby za napisane artykuły.*

*Całymi dniami leżała w domu i płakała. Zaniepokojonym rodzicom mówiła, że „przeżyła zawód miłosny i musi się z tego otrząsnąć”. Miała przekonanie, że jest osobą niezdolną, która zmarnowała życie. Raz wyrzucała sobie, że nie założyła rodziny a innym razem, że nie zrobiła kariery zawodowej i „do niczego nie doszła w życiu”. Nie widziała dla siebie przyszłości, myślała o „usunięciu się z życia”.*

*Za namową przyjaciółki zgodziła się na wizytę u psychiatry. Pacjentka w czasie tych wizyt okazała się miłą, wrażliwą, zadbaną, młodą kobietą. Przez cały czas wizyty płakała. Wszystkie swe dotychczasowe osiągnięcia i sukcesy bagatelizowała lub pomniejszała. Podkreślała bezsilność, niemożność skupienia, koncentracji, a tym samym pracy intelektualnej. Nie mogła jednak również zmusić się do sprzątnięcia mieszkania ani do szykowania sobie posiłków. Schudła w ciągu 4 tygodni 5 kg. W wypowiedziach*

*i zachowaniu nie pojawiały się żadne elementy psychotyczne. Była to pierwsza depresja w życiu pacjentki i traktowała ją jako katastrofę życiową.*

*Rozpoznałem u niej depresję endogenną i zaleciłem przyjmowanie Ixelu początkowo po 50 mg rano, a później w dawkach do 100 mg dziennie. Na noc dodatkowo otrzymała 1 mg Noctoferu. Pacjentka, acz niechętnie, zaakceptowała leczenie, godząc się z postawionym rozpoznaniem. Miała jednak przekonanie, że nic nie jest chyba już w stanie jej pomóc. Poprawa nastąpiła jednak dość szybko, bo już pod koniec pierwszego tygodnia leczenia. Od pierwszych dni przyjmowania leków lepiej sypiała. Stopniowe wyciszenie wewnętrznego niepokoju i odzyskiwanie utraconej równowagi psychicznej przekonało ją do stosowanej terapii. Miała coraz więcej siły i chęci na spotkania z przyjaciółmi. Zaczęła czytać książki i oglądać TV. Na koniec „pozwoliła się przeprosić przyjaciołowi i sprawiły jej przyjemność spotkania z nim. Po 6 tygodniach podjęła zajęcia na uczelni.*

*W sumie leczenie Ixelem trwało ponad 3 miesiące. Później pacjentka przestała zgłaszać się na wizyty. Kiedy po kilku miesiącach zadzwoniła do mnie, twierdziła, że znów „jest sobą”, ma liczne plany naukowe i osobiste.*

Poza wymienionymi tu lekami, istnieje jeszcze wiele innych, obiecujących preparatów, zalecanych do leczenia stanów depresji i stanów lękowych, a ze względu na różnorodną strukturę chemiczną, nazywanych heterocyklicznymi.

## Szczególne problemy terapeutyczne

### Depresja psychotyczna

*(...) jak najdosłowniej umierałem i zmartwychwstawałem kilkakrotnie; jak mówiłem głosami różnych ludzi, jak dwa razy zaniemówiłem, jak bardzo było to realne, jak zostałem podzielony na lewą i prawą stronę, jak bardzo to bolało, jak zamieniłem się w pół-kobietę i pół-mężczyznę, jak bardzo było to realne, jak rozmawiałem z kimś potężnym i inteligentnym, jak błagałem o niemość, gdy już nie mogłem mówić z nim, choć było to euforyczne; jak błagałem go, by mnie zabił, jak pomagał mi umrzeć „manipulując” oddechem moim, ustami, dziurkami od nosa i tak dalej (...).*

*E. Stachura, Pogodzić się ze światem*

Ta, bardziej skomplikowana postać depresji była wspomniana już w rozdziale czwartym, przy okazji charakteryzowania wszystkich form depresji. Za względu na to, że przysparza ona często wielu problemów diagnostycznych, a leczenie jej zdecydowanie różni się od pozostałych, należy omówić ją szerzej. W 1992 roku rozgorzała na łamach Amerykańskiego Czasopisma Psychiatrycznego (Am J Psychiatry) dyskusja, czy depresja psychotyczna nie jest aby oddzielną jednostką nosologiczną?

Sytuacja jest o tyle bardziej skomplikowana, że zazwyczaj w czasie zachorowania na psychozę towarzyszy jej wyraźna, wtórna depresja pacjenta. Niezbędne jest wtedy wnikliwe różnicowanie diagnostyczne. Jak problem ten wygląda w praktyce, niech posłuży nam list pacjenta, który przeżył wyjątkowo burzliwą psychozę paranoidalną:

*Wszystko odbywało się bardzo szybko, jak poukładane kostki domina, które przewracają się, jedna uderzając o drugą. W ciągu dwóch dni żyłem już w innym świecie - świecie mojej imaginacji.*

*Zacząłem na nowo odkrywać zasady ewolucji i porządek świata, by w ciągu kolejnego dnia przenieść się w czasie, w inny wymiar. Mój lekarz był przedstawicielem innego gatunku, z którym negocjowałem losy świata. Kompletny zlepek różnych myśli i idei z nową historią II wojny światowej włącznie.*

*Byłem istotą innego gatunku, żyłem na planecie „małp” i „psów”. Stan ten trwał krócej niż przedostatni, bo około 3 miesiące. Po odbiciu się od dna straciłem zainteresowanie „szarą codziennością”. Mój wymyślony świat, w którym byłem panem i władcą, gdzie wszystko należało do mnie, był o wiele bardziej interesujący niż ten, który dopiero co zacząłem odkrywać na nowo - mam na myśli ten rzeczywisty. Wędrówka z dna na powierzchnię trwała jakieś pół roku. Po tym czasie zacząłem na nowo cieszyć się moim życiem i poczułem, że mogę być szczęśliwy. Teraz mam rodzinę i nowe problemy, które skutecznie sprowadziły mnie na ziemię.*

Prowadzone statystyki wykazały, że około 1/6 pacjentów z depresją psychotyczną dobrze rokuje pod względem terapeutycznym. Znacząco to, że stosunkowo szybko uzyskują remisję i trwa ona co najmniej przez rok. Zdecydowana większość pacjentów jednak rokuje znacznie gorzej. Terapia, nawet w warunkach szpitalnych, jest z reguły dłuższa i bardziej uciążliwa. Ilość objawów ubocznych większa, co wynika zapewne z konieczności podawania i większych dawek, i różnych leków. Wg niektórych statystyk, nawet 90% pacjentów ma nawrót lub nawroty, przed upływem jednego roku od pierwszego zachorowania. Choroba często przybiera postać nawracającą, a tym samym stwarza gorsze rokowania co do szans utrzymania społecznych więzi pacjenta.

Tradycyjne leczenie przeciwdepresyjne okazuje się skuteczne tylko u części pacjentów. Ponad połowa chorujących na tę formę depresji nie poprawia się nawet po silnych antydepresantach. Dopiero skojarzenie z jednym z silniejszych neuroleptyków stwarza szansę na ustąpienie objawów depresyjnych i psychotycznych.

Jednym ze szczególnych zagrożeń występujących u pacjentów z depresją psychotyczną jest realna szansa popełnienia samobójstwa. O ile jeszcze pacjentowi depresyjnemu można perswadować cierpliwość w czekaniu na poprawę, która nastąpi w miarę leczenia, o tyle chory urojeniowy odrzuca a priori wszelką perswazję ze strony terapeuty. Prędzej skłonny jest on wciągnąć lekarza w krąg swych podejrzeń, niż poddać się sugestii, aby czekać cierpliwie na poprawę. Ponadto, pacjent urojeniowy, zazwyczaj swych najbliższych już dawno włączył w krąg osób podejrzanych, a tym samym ma znacznie mniejsze oparcie społeczne, tak niezbędne przy istnieniu tendencji samobójczych. Z wymienionych tu względów widoczne jest, że leczenie antydepresyjne i antypsychotyczne powinno być w miarę możliwości energiczne i szybkie. Dlatego, zazwyczaj jako tymoleptyki, stosuje się w tych depresjach leki tradycyjne (np Anafranil). Jeśli chodzi o neuroleptyki, to poza tradycyjnymi, od 1994 roku (po publikacji w Lancecie) zalecany jest Risperidon. Redukowanie dawek tego leku, nawet po uzyskaniu poprawy, powinno być stopniowe, ze względu na możliwość szybkiego nawrotu. Zazwyczaj zaleca się utrzymywanie leku przeciwdepresyjnego i Risperidonu przez okres około 2 lat od początku uzyskania remisji.

Jak już wspominałem, leczenie pacjentów z depresjami psychotycznymi jest trudnym problemem. Zazwyczaj odbywa się w warunkach szpitalnych. Niekiedy jednak, gdy rodzina stwarza dostateczne zabezpieczenie, możliwe jest leczenie w domu. Przedstawię teraz skróconą historię choroby jednej z takich pacjentek.

*Przed dwoma laty wezwany zostałem na wizytę domową do jednej z podwarszawskich miejscowości. Pacjentką moją miała być siedemdziesięcioletnia pani mieszkająca wspólnie z mężem, synem, synową i wnucami w małym domku z ogrodem. Ważnym szczegółem był fakt, że synowa owej pacjentki była lekarką, ze specjalnością medycyny rodzinnej i pracowała częściowo w domu. Pacjentka niezbyt chętnie godziła się na wizytę, twierdząc, że „na psychiatrów nie może już patrzeć”. Powodem były jakoby jej złe doświadczenia sprzed lat, gdy była dwukrotnie hospitalizowana. Po namowach rodziny i mając jako perspektywę ewentualny wyjazd do szpitala, zaakceptowała wizytę domową.*

*Zastałem ją w wojowniczym nastroju, niezbyt chętną do kooperacji. Okazało się, że przed kilkoma dniami „wygnała” z domu męża, zasypując go różnorodnymi oskarżeniami. Starszy pan musiał wyjechać do innego miasta, do drugiego syna, „gdyż atmosfera w domu stawała się nie do zniesienia”. Pacjentka od wielu tygodni miała bardzo złe samopoczucie i uporczywą bezsenność. Skarżyła się na różnorodne dolegliwości bólowe w kręgosłupie i stawach. Dokuczały jej zawroty głowy i „niemożność utrzymania się na nogach”. O wszystkie swe dolegliwości oskarżała męża, który jakoby „ją podtruwa jakąś chemią, aby ją wykończyć i rozpocząć nowe życie”. Pacjentka miała zdecydowanie zły nastrój i okresowo wypowiadała myśli samobójcze. Dotąd jednak żadnych prób nie podejmowała. Po obrazie represji widoczny był u niej element agitacji z niepokojem ruchowym. Część skarg była niewątpliwie przesadzona, a wśród nich skargi na zaburzenia równowagi. Pacjentka bez trudu chodziła po mieszkaniu i miała zdecydowanie ujemną próbę na równowagę (Romberga). Prawdopodobnie część dolegliwości gastrycznych również wyolbrzymiała przypisując je „truciu przez męża”. Jej urojenia były dość usystematyzowane i koncentrowały się na osobie współmałżonka, z którym nigdy nie żyła zgodnie. Przez cały czas pozostawała pod troskliwą i czujną opieką rodziny. Uprzednia choroba, o podobnym przebiegu, z podobnymi objawami i oskarżeniami, pojawiała się u niej dwukrotnie. Za każdym razem leczona była w szpitalu z rozpoznaniem depresji. Hospitalizacje były długie. Obok trójcyklicznych antydepresantów otrzymywała Sulpiryd. Poprawy, po wypisaniu były niepełne. Urojenia wobec męża, w mniejszym nasileniu, utrzymywały się cały czas. Przed moją wizytą leczona była w Poradni Zdrowia Psychicznego i przyjmowała 200 mg Sulpirydu i 4 mg Lorafenu dziennie. Należy przypuszczać, że leki brała, gdyż wydzielali je syn i synowa.*

*Zaostrzenie przed moją pierwszą u niej wizytą trwało już kilka tygodni. Tym razem rodzina nie chciała oddać jej do szpitala. Pacjentka chorowała ponadto na nadciśnienie tętnicze. Było ono dość dobrze regulowane Enarenalem przez synową - lekarkę.*

*Rozpoznałem u pacjentki depresję psychotyczną. Zaleciłem podawanie Rispoleptu w niewielkich dawkach, ze stopniowym, powolnym zwiększaniem dziennej dawki do 4 mg. Ponadto, zaleciłem Lerivon w dawce 60 mg dziennie, podzielony tak, aby największa część leku przypadła na noc. W ciągu 2 pierwszych tygodni podawania leków, zwiększona została dawka Lerivonu do 90 mg dziennie. Poprawa następowała powoli, w ciągu 3 miesięcy. Poza polepszeniem nastroju pacjentki, zmniejszyło się jej napięcie urojeniowe i ograniczyła wrogie wypowiedzi wobec męża. Przestała wspominać o samobójstwie. Zaczęła zajmować się trochę domem i ogródkiem. Nie obawiała się jadać naszykowanych i pozostawionych przez synową posiłków. Mąż mógł powrócić do domu, a pacjentka go „tolerowała”. Po 4 miesiącach można było pacjentce zmniejszyć dawkę leków. Przyjmowała, i do dziś przyjmuje, 2 mg Rispoleptu dziennie (możliwa jest również dawka do 4-6 mg), a na noc 30 mg Lerivonu. Obecnie widuję pacjentkę co kilka miesięcy. Synowa informuje mnie telefonicznie o stanie jej zdrowia. Mimo przebytej w tym roku grypy, stan psychiczny chorej utrzymuje się na poziomie wyrównanym, z możliwością przebywania w domu i leczenia ambulatoryjnego.*

## **Depresja lekooporna**

Zanim postawimy takie rozpoznanie, musimy mieć zebrany od pacjenta, a często i jego rodziny, szczegółowy wywiad. Może lekooporna depresja jest oporna na dotąd stosowane leki? Może konieczna jest radykalna zmiana leczenia i próba z którymś z nowych preparatów? Zazwyczaj do grupy pacjentów, z tego typu rozpoznaniem, kwalifikowani są chorzy z somatycznymi komplikacjami lub innymi, nie depresyjnymi zaburzeniami psychicznymi. Ze schorzeń somatycznych należy tu wymienić dla przykładu, choroby tarczycy. Zespoły anankastyczne, przewlekły alkoholizm, nadużywanie narkotyków może z kolei uczynić depresję pacjenta lekooporną.

Dotychczasowa praktyka kliniczna (pacjenci tacy leczeni są zazwyczaj w warunkach szpitalnych) wykazała, że istnieje kilka sprawdzonych sposobów postępowania z depresjami lekoopornymi:

- stosowanie wyższych niż przeciętnie dawek leków (głównie trójpierścieniowych, np. Anafranil)
- leczenie skojarzone kilkoma lekami (np. leków trójpierścieniowych i litu)
- leczenie elektrowstrząsami.

### **Leczenie światłem**

W pochmurne dni, jesienią lub zimą, w naszej strefie klimatycznej natężenie światła bywa dwa, a nawet trzy razy mniejsze niż w słoneczny letni dzień, a sto razy mniejsze niż w czasie upalnego lata na plaży. Niedobór światła zimą sprawia, że funkcjonowanie całego organizmu ludzkiego, a szczególnie układu hormonalnego, ulega zakłóceniu. Ludziom, którzy cierpią na sezonowe depresje, których pochodzenie wiąże się z małym naświetleniem, można próbować pomóc światłoterapią.

Uważa się, że bezpośrednią przyczyną dolegliwości jest zmniejszenie ilości światła docierającego do siatkówki oka. Sygnały o zmniejszonym naświetleniu docierają do szyszynki - gruczołu dokrewnego, którego działanie nie jest jeszcze do końca w pełni wyjaśnione. Wiadomo jednak, że sygnały o narastających ciemnościach stymulują ilość wydzielanych hormonów (między innymi melatoniny).

Pacjentów cierpiących na depresje sezonowe umieszczano w pokoju o białych ścianach, w którym specjalnie zaprojektowane lampy emitują światło o spektrum zbliżonym do światła dziennego. Zalecano chorym przebywanie w tak naświetlonym pomieszczeniu około 30 minut. Terapia składa się zazwyczaj z siedmiu seansów.

Osoby poddawane zabiegom relacjonowali często uczucie lekkości, wewnętrznego spokoju i poprawy nastroju. A przecież właśnie objawami depresji sezonowej jest nienaturalne zmęczenie, senność, brak chęci do życia i do pracy. Nieliczni tylko pacjenci podawali niezbyt nasilone skargi na dolegliwości z przewodu pokarmowego. Naświetlaniem próbowano leczyć przede wszystkim depresje sezonowe. Stosowanie tej formy terapii fizykalnej w innych typach depresji nie dawało zadowalających rezultatów.

Były również próby zastosowania terapii światłem u pacjentek z rozpoznaniem bulimii sezonowej, która pojawia się zazwyczaj zimą. Chorobie tej towarzyszy z reguły znaczne pogorszenie nastroju, a często i pełnoobjawowa depresja. Terapia światłem działa poprzez podwyższanie poziomu serotoniny u człowieka. Podobnie działa większość leków antydepresyjnych.

### **Leczenie węglanem litu**

W zasadzie, lit nie jest stosowany do leczenia pojedynczego rzutu czy epizodu depresyjnego. Jednak u pacjentów, u których depresje „przeplatają się z okresami pobudzenia i zwiększonego napięcia, nazywanymi przez psychiatrów stanami maniakalnymi, lit jest świetnym „stabilizatorem” zapobiegającym pojawianiu się zarówno manii jak i depresji. Tak więc, zdarza się, że pacjenci z rozpoznaniem depresji przyjmują ten preparat. Leczenie takie, tak jak każda terapia profilaktyczna, prowadzone jest przez lata, a jego efekt może być oceniony dopiero po roku lub dłuższym okresie. Leczenie litem musi być zawsze monitorowane regularnymi badaniami poziomu tego pierwiastka we krwi, a wartości prawidłowe w czasie leczenia oscylują między 0,5 a 1,0 mEq/l. Istnieją jeszcze inne substancje o podobnym, stabilizującym działaniu, które stosujemy u osób przewlekle chorych na dwubiegunowe postacie depresji.

### **Leczenie elektrowstrząsami**

Mimo, że z dawnej metody zostało niewiele poza ideą, a procedury są diametralnie różne, to budzi ona nadal grozę i kojarzona jest z najgorszymi, niekiedy wręcz sadystycznymi, poczynaniami psychiatrów. Gwoli uspokojenia dodam, że żaden prywatny lekarz w Polsce nie stosuje w swym gabinecie elektrowstrząsów!

Pisząc jednak o leczeniu depresji nie sposób nie wspomnieć i o tym sposobie leczenia. Ideą jej jest, by przy pomocy prądu elektrycznego, tak oddziaływać na biochemię i neurofizjologię ośrodkowego układu nerwowego, aby leczyć ciężką depresję i inne jeszcze, zagrażające życiu choroby psychiczne. Aktualnie metoda ta opiera się na wykonywaniu zabiegu w uśpieniu pacjenta i przy całkowitym zwiotczeniu mięśniowym. Nie dochodzi więc do żadnego 'wstrząsania' ani drgawek. Aparatura tak dawkuje prąd, aby był on o możliwie najniższych i tolerowanych parametrach. Jeśli chodzi zaś o bezpieczeństwo, to wedle olbrzymich statystyk, wyrwanie zęba stwarza dziś większe ryzyko niż opisywane leczenie.

Jeśli już dochodzi do stosowania elektrowstrząsów, to wykonywane są one przez wyspecjalizowany zespół lekarzy, z anestezjologiem włącznie, i tylko w warunkach szpitalnych. Wskazaniami zaś obecnie są depresje i inne schorzenia bezpośrednio zagrażające życiu pacjenta. Jeśli zachodzi konieczność stosowania tego leczenia, to sytuacja jest porównywalna do tej, kiedy chirurg mówi o konieczności wykonania operacji wyrostka robaczkowego.

### **Próby leczenia depresji polem elektromagnetycznym**

Od dawna już próbowano pobudzać struktury mózgu, a tym samym jego pracę, stymulacją elektryczną. Pierwsze tego rodzaju próby wykonywał jeszcze Penfield operując pacjentów chorych na padaczkę. Później jednak, po oporze większości środowisk medycznych, eksperymenty te zarzucono.

Magnetyczna stymulacja pośrednia okazała się próbą dużo bardziej bezpieczną. Prąd w zwoju elektromagnesu umieszczony nad głową pacjenta generuje pole elektromagnetyczne, które z kolei pobudza aktywność elektryczną mózgu. Zasadnicze znaczenie ma częstotliwość impulsów elektrycznych przepływających przez zwoje elektromagnesu. Jeśli przepływa przez nie 1-5 impulsów na sekundę, można zaobserwować spowolnienie pracy mózgu. Gdy jednak częstotliwość zwiększy się do 25 impulsów na sekundę, neurony zaczynają się ożywiać. Uważa się, że pole elektromagnetyczne pomaga leczyć depresję

Terapia ta, zdaniem badaczy amerykańskich jest rzeczywiście skuteczna. Jej efekty nie ustają w momencie zaprzestania stymulacji. Aby jednak odniosła pożądany skutek, trzeba ustawić parametry elektromagnesu. Sama kuracja polega na magnetycznej stymulacji płatów przedczołowych mózgu. Optymalne wyniki osiąga się dzięki codziennym, półgodzinnym seansom odbywającym się przez kilka tygodni. Pojedyncze badania sugerują, że terapia ta może być stosowana także w leczeniu innych zaburzeń psychicznych. Z kolei stymulacja obszaru skroniowo-potylicznego mózgu ma powodować jakoby zanik halucynacji słuchowych u cierpiących na nie pacjentów (?) Ze względu na dość prostą budowę urządzenie do magnetycznej stymulacji mózgu nie jest zbyt drogie. Gdyby te doniesienia się potwierdziły w szerszych badaniach, w różnych ośrodkach terapia magnetyczna miałaby szansę stać się dostępnym sposobem leczenia depresji.