

**Sławomir Murawiec**

Centrum Terapii Dialog w Warszawie

# Praktyczny przewodnik diagnozowania i leczenia zespołu depresyjnego dla lekarzy POZ 2016

---

## **Streszczenie**

Okolo jednej trzeciej pacjentów leczonych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej to osoby z różnego rodzaju problemami dotyczącymi sfery zdrowia psychicznego. Jednym z najczęstszych spośród tych problemów jest występowanie depresji. Praca omawia psychologiczne aspekty trudności w rozpoznawaniu i inicjowaniu leczenia depresji w praktyce lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Przedstawiono także oparte na doświadczeniu wskazówki co do uwzględniania najczęstszych zagadnień związanych z depresją, sposobów prowadzenia rozmowy oraz zasad diagnozowania i rozpoczynania leczenia tego zaburzenia, które mogą pozwolić na rozwiązanie typowych trudności terapeutycznych.

## **Słowa kluczowe**

depresja, leczenie, podstawowa opieka zdrowotna, przewodnik postępowania

## **Abstract**

Various mental problems are present in at least every one of three primary care patients. Depression is the most common condition in this respect. The paper presents psychological obstacles that may account for not disclosing depression in primary care and for initializing pharmacological treatment of this disorder in such clinical setting. An attempt to develop the tool for guiding the contact with patient during a visit for primary care professionals is proposed with the aim to help them in their professional skills in treatment of depression.

## **Key words**

depression, treatment, primary care, guidance

## Wstęp

Zmiana w rozumieniu podstaw zaburzeń psychicznych, która zachodzi obecnie w psychiatrii, ma fundamentalne znaczenie dla lekarzy wszystkich specjalności, a być może przede wszystkim lekarzy POZ. Dotyczy ona samego rozumienia zaburzeń psychicznych oraz powiązania mózgu z ciałem i chorobami somatycznymi. W tradycyjnym rozumieniu takie zaburzenia jak depresja czy zaburzenia lękowe (nerwice) dotyczyły psychiki i mózgu i ze zwiększoną częstością współwystępowały z chorobami somatycznymi. Tak jakby te dwa zagadnienia istniały obok siebie, niezależnie. W aktualnym rozumieniu depresja i zaburzenia lękowe to zaburzenia ogólnoustrojowe, w których patogenezę z założenia jest włączona biologia nie tylko mózgu, lecz także ciała. Obejmują one osobę jako całość, a w ich powstawanie włączony jest w szczególności układ immunologiczny i aktywacja różnych procesów prozapalnych. Jeśli tak, to zrozumią staje się kolejne założenie tego nowego sposobu myślenia: choroby somatyczne (na przykład dotyczące układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca, przewlekły ból, otyłość, reumatoidalne zapalenie stawów) nie współwystępują z depresją, lecz ich powstawanie i rozwój są wynikami tych samych procesów chorobowych, które równolegle prowadzą do powstania depresji na poziomie psychiki i mózgu oraz chorób somatycznych na poziomie ciała [1].

Z jednej strony taki sposób rozumienia może nie być uważany za całkiem nowy ze względu na to, że jest obecny w myśleniu holistycznym w medycynie prawdopodobnie od wieków. Mam tu na myśli traktowanie osoby pacjenta jako całości, we wszystkich jej wymiarach. Z drugiej strony zmiana polega na tym, że dowody potwierdzające takie podejście pojawiają się od dekady w najlepszych naukowych czasopismach psychiatrycznych. Sposób myślenia traktowany niekiedy wyłącznie jako idealistyczne założenie staje się udowodnioną naukowo wiedzą.

W tym aktualnym rozumieniu:

- zaburzenia depresyjne mogą się rozpoczynać „od strony” psychicznej, jako reakcja na stres, utratę, negatywne zdarzenia życiowe, a nawet „tylko” subiektywne spostrzeganie sygnałów i relacji z innymi ludźmi [1], a następnie indukować powstawanie zmian somatycznych (np. poprzez uruchomienie procesów zapalnych, wzrost przepuszczalności nabłonka jelitowego i w innych mechanizmach);
- zaburzenia depresyjne mogą być indukowane przez procesy zapoczątkowane w ciele, które następnie przenoszą swój wpływ na mózg i psy-

chikę. Klasyczną taką sytuacją, dobrze znaną, jest występowanie depresji u osób przyjmujących interferon  $\alpha$ , spośród których nawet do 45% ma objawy depresyjne. W tym przypadku ścieżka biegnie od substancji zaangażowanej w procesy zapalne do powstawania depresji [2, 3];

- istnieje ewolucyjnie uwarunkowane powiązanie pomiędzy stresem psychologicznym, depresją, aktywacją układu immunologicznego i powstawaniem insulinooporności, co z kolei ma wpływ na wystąpienie zaburzeń w wielu narządach i całości systemu biologicznego, jakim jest człowiek [4].

W związku z tym staje się jasne i oczywiste, że prawidłowe leczenie, a niekiedy nawet jakiegokolwiek leczenie zaburzeń somatycznych, gdy jednocześnie u tego samego pacjenta występuje depresja (i/lub zaburzenia lękowe), nie będzie mogło być w pełni skuteczne i będzie powikłane większą liczbą negatywnych zdarzeń, jeśli nie uwzględni się odpowiedniej terapii w sferze psychicznej.

W związku z tym niepodjęcie leczenia depresji w sytuacji, gdy u pacjenta jednocześnie występują objawy depresji i chorób somatycznych, prowadzi do [5–9]:

- przewlekłości lub nawrotów chorób somatycznych,
- większego zużycia środków (ponawiane wizyty, badania diagnostyczne, większe zużycie leków),
- większej liczby powikłań chorób somatycznych,
- zwiększonej śmiertelności.

Aktualna praca powstała na podstawie przewodnika opublikowanego w 2014 r. [10], dostępnego zarówno w oryginalnej publikacji, jak i w formie reprintsu.

## Zagadnienia

Rozmowa z osobą cierpiącą na depresję (i inne zaburzenia z kręgu depresyjno-lękowego) powinna przebiegać według pewnych zasad – z jednej strony musi być jasna i wiarygodna (oraz zgodna z wiedzą medyczną), a z drugiej musi uwzględniać pewien specyficzny typ wrażliwości i typowe, prawdopodobne odpowiedzi emocjonalne tych osób.

Prowadzenie skutecznego leczenia jest zatem pochodną zarówno wiedzy na temat chorób, jak i różnorodnych umiejętności i kompetencji lekarza – tych związanych z praktycznym zastosowaniem posiadanej wiedzy (wdrażaniem ich w konkretnej sytuacji klinicznej) i tych, których istotą jest nawiązanie przymerza terapeutycznego z pacjentem, zindywidualizowane potraktowanie, okazanie zainteresowania,

zrozumienia, czasami empatii, a czasami stanowczości co do dalszego postępowania.

W związku z tym podczas rozmowy z pacjentem warto myśleć o tym, co się mówi i jak będzie to odebrane, próbować przewidywać możliwe warianty odpowiedzi oraz skutki takiej interakcji. Po uzyskaniu pewnego doświadczenia zawodowego lekarz, zadając pytanie diagnostyczne lub proponując leczenie, jest w stanie przewidywać pewną pulę możliwych odpowiedzi i reakcji pacjenta. To przewidywanie, wynikające z doświadczenia (uczenia się), pozwala z kolei na to, aby próbować uzyskać pożądane z punktu widzenia skuteczności leczenia postawy, nastawienie i zachowania pacjenta poprzez odpowiednie prowadzenie rozmowy przez lekarza. Jeśli lekarz osiąga pewne dostrojenie w kontakcie z pacjentem, zyskuje szansę na dobrą współpracę w leczeniu i przestrzeganie przez pacjenta zaproponowanych mu zaleceń. W efekcie rośnie efektywność lekarza zarówno subiektywnie – w ocenie pacjenta, jak i obiektywnie – w znaczeniu skuteczności prowadzonego przez niego leczenia.

Te możliwości przewidywania sytuacji oraz dostrajania się w kontakcie z pacjentem nie są czymś równomiernie rozłożonym w całym przekroju wiedzy medycznej. W jednej sytuacji klinicznej mogą być większe, w innej mniejsze. Są pola, na których lekarz czuje się pewniej, są takie, gdzie subiektywne poczucie posiadanych kompetencji jest niższe. Są takie obszary wiedzy medycznej, w których myślenie lekarza jest bardzo klarowne i racjonalne, są takie, w których czynniki emocjonalne, takie jak niepewność, obawa, czasami złość, a czasami poczucie bezradności, wpływają zakłócająco na jasność myślenia, osądu i podejmowanie decyzji. Takimi problemowymi dla każdego lekarza polami mogą być te obszary medycyny, które wykraczają poza podstawowy kierunek jego specjalizacji oraz w których nasycenie trudnymi emocjami jest większe, a sfera „czysto medyczna” jest spychana na bok przez stany emocjonalne i afekty, z którymi sam lekarz może mieć trudność tak w swoim własnym życiu, jak i u pacjentów. Taką sferą potencjalnych zakłóceń dla lekarzy POZ może być leczenie osób przejawiających problemy z kręgu psychiatrycznego, mających trudność w regulacji własnych emocji, osób z depresją, lękiem lub innymi zaburzeniami psychicznymi.

### **Problemy w rozpoznawaniu i leczeniu depresji**

Co najmniej jeden na trzech pacjentów zgłaszających się do lekarzy POZ to osoba cierpiąca z po-

wodu zaburzeń dotyczących sfery psychicznej [11]. Ta grupa pacjentów stanowi poważny problem ze względu na uporczywość i niespecyficzność objawów oraz ich nawrotowość, zwiększoną częstość wizyt, badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych. Działania te często przynoszą ograniczone w swojej skuteczności i czasie trwania rezultaty, ponieważ nie są skierowane na podstawowy problem pacjenta. Prowadzi to do poważnego zużycia finansowych i organizacyjnych zasobów systemu ochrony zdrowia. Może wywoływać poczucie bezradności lekarza prowadzącego leczenie. Wielu pacjentów z problemami natury psychiatrycznej nie zgłosi się do psychiatry – bądź to z obawy przed stygmatyzacją („nie dam z siebie zrobić wariata”), bądź ze względu na brak dostępności, ewentualnie długie terminy oczekiwania na konsultację. Jeśli tak, pozostaną oni pozbawieni pomocy pomimo poważnego cierpienia i dysfunkcji.

Dane z Wielkiej Brytanii przytaczane przez Barleya i wsp. [12] mówią, że w tym kraju 90–95% pacjentów z depresją jest leczonych wyłącznie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Badanie Roca i wsp. [11] wykonane w Hiszpanii wskazuje, że 53,6% osób zgłaszających się do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej ujawniało zaburzenia psychiczne, takie jak depresja (35,8%), lęk (25,6%) i zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (28,8%). W innych badaniach wykonanych tą samą metodą (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders – PRIME-MD*) wykazano, że w Belgii dotyczyło to 42,5% pacjentów (w tym 31% depresja, 19% zaburzenia lękowe, 18% zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, 10,1% problemy związane z nadużywaniem alkoholu).

Pomimo tak dużego rozpowszechnienia depresji w praktyce lekarzy POZ, jej leczenie może nastroić poważnych trudności [13]. Mogą one leżeć po obu stronach – zarówno pacjentów, jak i lekarzy.

Po stronie pacjenta może być obecne oczekiwanie szybkiej i skutecznej pomocy w leczeniu konkretnego problemu somatycznego. W wielu wypadkach pacjent może bać się przyznać do problemów emocjonalnych lub może ich u siebie po prostu nie rozpoznawać, uważając, że wszystkie jego objawy wynikają z choroby somatycznej. Może nie chcieć etykiety „psychicznego”. Jeśli objawy występujące u pacjenta wynikają z dającego się zdiagnozować zaburzenia stanu fizycznego (choroby, dysfunkcji), taką pomoc najczęściej on uzyskuje. Jeśli jednak ich podłoże jej bardziej natury psychicznej, emocjonalnej, wynika z problemów życiowych, a nie zostanie

to adekwatnie nazwane i nie będą podjęte odpowiednie działania, może dojść do rozszczępienia się sytuacji na dwa nurty. Z jednej strony pacjent cierpi, z drugiej badania nie przynoszą adekwatnej diagnozy, a leczenie odpowiedniej pomocy. Lekarz dostrzega, że problemy zgłaszane przez osobę leczoną wynikają z innego zakresu przyczyn niż te ściśle somatyczne, jednak może się obawiać, nie umieć lub mieć innego rodzaju trudności w zakomunikowaniu tego pacjentowi. W takiej sytuacji może próbować kontynuować dotychczasowe postępowanie, nawet będąc świadomym jego ograniczonej skuteczności.

W innych sytuacjach pacjent boi się przyjmowania leków psychotropowych, tego że dokumentacja medyczna dotycząca zaburzeń psychicznych może zostać ujawniona i zaszkodzić mu np. w pracy, nie chce być skierowany do psychologa lub psychiatry. Może także uważać za niewłaściwe przekazywanie lekarzowi informacji o charakterze osobistym i prywatnym (a wtedy lekarz nie wie, co tak naprawdę jest przyczyną problemów pacjenta) lub mieć obawy przed odsłonięciem się emocjonalnym w trakcie wizyty, np. przed rozplakaniem się, utratą kontroli emocjonalnej. Może też nie umieć wprowadzić treści dotyczących samopoczucia psychicznego do rozmowy w trakcie wizyty („nie umiem o tym mówić”). Niekiedy przyczyną może być obawa, że lekarz zajmie się sprawami psychicznymi i przez to mniejszą uwagę poświęci chorobie fizycznej, oraz obawa przed byciem gorszym w oczach lekarza, jeśli oceni on, że dolegliwości mają charakter psychiczny. W przypadku osób w wieku podeszłym ważną kwestią jest spostrzeganie wszystkich dolegliwości, także psychicznych, w kontekście chorób somatycznych i wyjaśnianie każdej skargi wyłącznie na poziomie istniejących chorób i działania leków [14]. Lekarz może sugerować skierowanie do psychologa lub psychiatry, ale otrzymywać negatywną odpo-

wieź pacjenta na te sugestie. Może się też zdarzyć, że kontynuuje leczenie somatyczne, zdając sobie sprawę, że nie jest ono w pełni adekwatne, ale czuje się bezradny lub zastraszone.

Depresja może być spostrzegana przez lekarzy rodzinnych w dwóch kontekstach [13]:

- po pierwsze jako normalna odpowiedź na wydarzenia życiowe, takie jak: doznanie poważnych utrat w różnych sferach, izolacja społeczna, samotność, utrata rodziny, stres w pracy lub jej strata, bezrobocie i problemy finansowe, choroba somatyczna. Ten sposób widzenia depresji odnoszony jest często do osób w wieku podeszłym. Wiąże się on w wielu wypadkach z trudnościami w rozróżnieniu pomiędzy stresowymi wydarzeniami a depresją, a poprzez to z trudnościami w postawieniu diagnozy i zainicjowaniu leczenia;
- po drugie, w kontekście biomedycznym, jako stan chorobowy odmienny od prawidłowych reakcji na wydarzenia życiowe i wiążący się z nierównowagą na poziomie mózgowym. Taki sposób konceptualizowania depresji może być łatwiej powiązany z inicjowaniem leczenia, także w grupie osób w wieku podeszłym.

Lekarze rodzinni mogą wykazywać trudności w rozpoznawaniu depresji (często nie w pełni świadome), zwłaszcza gdy towarzyszy im poczucie, że nie mają nic do zaoferowania pacjentowi, gdyby postawili taką diagnozę. Osobiste nastawienie lekarzy także może mieć znaczenie, zwłaszcza gdy sami mają tendencje do oddzielania się od swoich problemów emocjonalnych lub czują się wobec nich bezradni. Celem tej pracy jest wskazanie, że depresja jest ważnym problemem dla lekarzy POZ, oraz dostarczenie narzędzia, które może pozwolić na efektywne podejście do jej leczenia. Artykuł ten jest zatem próbą stworzenia praktycznego przewodnika postępowania z pacjentem z depresją.

# Przewodnik

## Pierwsza wizyta

Leczenie zaczyna się, zanim jeszcze pacjent wejdzie do gabinetu – od nastawienia lekarza do określonych pacjentów i określonej problematyki [15]. Z pewną grupą pacjentów lekarz może czuć się pewnie i może ona wywoływać pozytywne emocje, z inną mniej pewnie i mogą się pojawiać emocje negatywne. Obie sytuacje mogą być problematyczne. Ważne jest, aby zdawać sobie sprawę z własnych nastawień, emocji, reakcji, zwłaszcza typu odrzucenie, lęk, złość. Samo zdawanie sobie sprawy ze stanu własnego umysłu i emocji już ma wartość terapeutyczną wobec pacjenta. Pozwala wziąć te nastawienia i emocje pod uwagę i nie rozgrywać ich w relacji z pacjentem.

### Wskazówki wstępne

- Jeśli nie czujesz się zbyt pewnie, myśląc o rozpoczęciu leczenia osoby z depresją, po prostu uświadom to sobie. Samo zdawanie sobie sprawy z faktu, że podejmowane działanie jest związane z poczuciem niepewności lub innymi emocjami, może przywrócić kontrolę nad tymi

emocjami. Wtedy będziesz miał większą kontrolę nad swoimi słowami i zachowaniami.

- Diagnozuj depresję tak, jak diagnozujesz inne choroby przewlekłe: nadciśnienie, cukrzycę, chorobę niedokrwienną serca – uważnie, ale zdecydowanie. Ogólne zasady diagnozowania są takie same jak w innych dziedzinach medycyny. Istnieją określone i jasne kryteria depresji, które sprawdzają się w praktyce klinicznej.
- Nie ma powszechnie stosowanych badań laboratoryjnych potwierdzających rozpoznanie depresji, mimo to postawienie takiej diagnozy jest możliwe na podstawie jej objawów klinicznych.
- Możesz posłużyć się w trakcie wizyty listą objawów depresji, widoczną dla Ciebie.
- Zarówno pacjent, jak i lekarz w trakcie wizyty u specjalisty, który nie jest psychiatrą, wiedzą, że leczenie depresji jest pewną cenną dodatkową umiejętnością lekarza POZ. Pozwala to uznać istnienie potencjalnych problemów i złożoność sytuacji, które są nieodłącznym składnikiem leczenia osoby z depresją i ewentualnie innymi problemami zdrowotnymi.

**Tabela 1.** Sytuacje, w których lekarz powinien zwrócić uwagę na możliwość wystąpienia depresji

W trakcie wizyty pacjent mówi o poczuciu smutku, przygnębienia, rozpacz, byciu „w dołku” i stan ten trwa powyżej 2 tygodni	TAK
W trakcie wizyty pacjent mówi o poczuciu braku sił, zmęczenia, obniżenia/braku motywacji do aktywności, że nie ma siły na codzienne obowiązki, że najchętniej nic by nie robił, że „już się nie wyrabia, bo nie ma siły”, i stan ten trwa powyżej 2 tygodni	TAK
W trakcie wizyty pacjent mówi: „nic mnie nie cieszy, nic nie interesuje” „przestałem się spotykać ze znajomymi, a kiedyś tyle wychodziłem” „przestałem się nawet zajmować (jakaś aktywność), a dawniej dawało mi to dużo radości”	TAK
W trakcie wizyty pacjent mówi, że od pewnego czasu łatwo się denerwuje błahymi sprawami, popada w rozdrażnienie, jest nerwowy, łatwo się złości i wybuchy, ma z tego powodu konflikty w domu i w pracy	TAK
W trakcie wizyty pacjent mówi, że był wcześniej leczony z powodu depresji, nerwicy (zaburzeń lękowych)	TAK
W trakcie wizyty pacjent mówi, że od pewnego czasu ma zaburzenia snu, np. wybudza się w nocy, a sen jest płytki i przerywany, nie daje uczucia wypoczynku	TAK
Pacjent wraca ciągle do lekarza z różnymi objawami somatycznymi, które były prawidłowo diagnozowane i leczone, ale nie przyniosło to ulgi	TAK
Pacjent sprawia wrażenie smutnego, przygnębionego, apatycznego, niereagującego na otoczenie, bez radości i witalności	TAK
Pacjent ma w wywiadzie okres długotrwałego stresu (np. presja w pracy i/lub zagrożenie jej utratą) albo poważną utratę (osoby, stanowiska, finansową, pozycji, innych wartości)	TAK

**Wskazówki**

- Pacjent, który przychodzi do lekarza rodzinnego, będzie raczej mówił o objawach cielesnych (somatycznych), ponieważ może uważać, że u lekarza takiej specjalności tak należy postępować. Dopiero zapytany może mówić o swoim samopoczuciu psychicznym. Nie zawsze będzie umiał nazwać treść swoich przeżyć psychicznych.
- Lekarz może się obawiać pytać o samopoczucie psychyczne, np. z obawy, że taka wizyta zajmie więcej czasu. Jeśli jednak tego nie robi, to i tak pacjent zajmie mu więcej czasu – w trakcie kolejnych wizyt i ponownych konsultacji.
- Nie można rozpoznawać depresji, zaburzeń lękowych i zaburzeń przebiegających pod postacią somatyczną („somatyzacji”), jeśli skargi somatyczne pacjenta nie były najpierw prawidłowo zdiagnozowane. Jest to warunek bezpieczeństwa pacjenta.
- Jeśli pacjent jest apatyczny z powodu niedoczynności tarczycy, to najpierw trzeba zbadać i wyróżnić czynność tarczycy, a potem dokonać ponownej oceny, czy jeszcze zostały jakieś niepokojące objawy dotyczące jego aktywności. Analogicznie nie można uważać skarg na „kłucie serca” za wynikające z nerwicy, jeśli nie przeprowadzono diagnostyki układu krążenia.
- Niekiedy pogorszenie samopoczucia psychicznego następuje po infekcji, innych problemach zdrowotnych, przyjmowaniu niektórych leków,

sytuacjach, które naruszają równowagę immunologiczną pacjenta i indukują stan zapalny.

- Na zwiększenie ryzyka depresji wpływają stany ogólnoustrojowe i związane z trybem życia. Może to być obniżenie poziomu witaminy D [16, 17], niska dostępność czynników antyoksydacyjnych i wielonienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3 w diecie, stany zapalne i inne problemy dotyczące przewodu pokarmowego [18], nieprawidłowa dieta, brak aktywności fizycznej. Te czynniki mogą wskazywać na większe ryzyko depresji i wymagać interwencji lekarza.

Jeśli pacjent mówi o którymś ze zjawisk opisanych w tabeli 1, to zadaj pytania wymienione w tabeli 2. Po uzyskaniu tych informacji możemy zapytać o objawy zespołu depresyjnego (tab. 3).

Podsumowując odpowiedzi pacjenta na pytania zawarte w tabelach 2–4, uzyskujemy bardzo wiele informacji:

- Czy pacjent spontanicznie zgłasza jakieś problemy?  
TAK NIE
- Czy spełnia kryteria rozpoznania depresji?  
TAK NIE
- Czy występują czynniki stresowe w życiu pacjenta?  
TAK NIE
- Czy są obecne myśli samobójcze?  
TAK NIE
- Czy pogarsza swój stan spożywaniem alkoholu?  
TAK NIE

**Tabela 2.** Dodatkowe czynniki istotne dla postawienia diagnozy depresji

Czy zdaniem pacjenta jest to zmiana, czy nie zawsze tak było?	Depresja ma charakter epizodu, może trwać długo, ale osoba z depresją nie zawsze czuła się tak jak obecnie. Przykład: Jeśli ktoś zawsze był nerwowy i wybuchowy, to jest to inna sytuacja kliniczna niż wtedy, gdy ta nerwowość i wybuchowość pojawiła się od pewnego czasu, jest nowym zjawiskiem, zwłaszcza towarzyszącym pojawieniu się sytuacji stresowej. TAK – wskazuje na depresję NIE – wskazuje na możliwość innych zaburzeń
Czy był okres długotrwałego nasilonego stresu?	Często kilka miesięcy przed wystąpieniem depresji można stwierdzić nasilenie wydarzeń i sytuacji stresowych u pacjenta. Brak takiego wywiadu nie wyklucza depresji. TAK – wskazuje na depresję NIE – nie potwierdza, ale i nie wyklucza depresji
Czy pacjent czuje się tak, jak mówi, przez większość czasu w okresie ostatnich 2 tygodni?	Pacjenci dość często odpowiadają na to pytanie, że przez chwilę czuli się dobrze. Ważne jest ustalenie, jak czuli się nie przez chwilę, tylko przez większość czasu i czy reagowali na wydarzenia życiowe – czy jeśli spotkało ich coś dobrego, to się cieszyli, a jeśli coś przykrego, to się smucili. Jeśli nie ma tej reaktywności i przez większość czasu samopoczucie pacjenta było złe, może to wskazywać na depresję. TAK – wskazuje na depresję NIE – wskazuje na możliwość innych zaburzeń



**Tabela 3.** Objawy zespołu depresyjnego. Odpowiedzi „tak” potwierdzają rozpoznanie depresji

Objaw	Możliwe pytanie	Częsta odpowiedź osób z depresją	TAK	NIE
obniżenie nastroju	Jak przez większą część czasu ostatnio oceniliby pan swój nastrój – mam na myśli humor w kategoriach „smutno”, „wesoło”?	Raczej smutno. Cały czas smutno. Nie mam zupełnie humoru.		
anhedonia	A jak jest z zainteresowaniami czy sprawami, które cieszyły pana, dawały przyjemność i satysfakcję?	Nic mnie nie cieszy, nic nie interesuje. Przestałem się cieszyć tym, co poprzednio dawało radość, interesowało mnie.		
obniżenie napędu	Czy ma pan taki wewnętrzny motor do działania, taki żeby coś zrobić, gdzieś pójść?	Nie mam na nic ochoty, najchętniej nic bym nie robił.		
zaburzenia snu i rytmów dobowych, objawy somatyczne	Jak jest ze snem? Czy zauważył pan, że są jakieś różnice w samopoczuciu w ciągu dnia, na przykład rano i pod wieczór? Czy coś panu dolega?	Najczęściej: Nawet zasypiam, ale wybudzam się w nocy raz lub kilka razy, sen jest płytki, potem wybudzam się nad ranem wcześniej niż kiedyś. Czasami: Śpię dużo więcej niż poprzednio, ciągle bym spał. Gorzej czuję się rano, wieczorem nawet nieco lepiej. Występują np. bóle głowy.		
lęk, napięcie, drażliwość	Czy zauważył pan, że łatwo się pan denerwuje drobnymi sprawami, czy odczuwa pan lęk, napięcie?	Dawniej tak nie było, a teraz wszystko mnie drażni, jestem nerwowy. Jestem stale napięty, denerwuję się na bliskich z byle powodu. Dawniej mnie nie denerwowali, a teraz wybucham złością bardzo często. Czuję lęki, nieokreślony lęk, jestem napięty, cały czas podenerwowany.		

**Tabela 4.** Ocena funkcji poznawczych, spożywania alkoholu, występowania myśli samobójczych, apetytu i masy ciała

Jak pan ocenia swoją pamięć i koncentrację? (jeśli pacjent nie powiedział o tym wcześniej spontanicznie)	Depresja prowadzi do zaburzeń funkcji poznawczych [19, 20]. Pamięć i koncentracja są najczęściej bardzo osłabione u osób z depresją. Jeśli zaproponujesz pacjentowi leczenie farmakologiczne, może się on obawiać o wpływ leków na funkcje poznawcze, ale funkcje te są osłabione przez samą depresję
Jak wygląda sprawa spożywania alkoholu?	Część pacjentów uśmierza lęk za pomocą alkoholu. Należy taktownie i spokojnie wyjaśnić, że alkohol nie leczy depresji, a tak naprawdę pogarsza jej przebieg i nasila objawy
Czy są obecne myśli samobójcze?	Jeśli tak, wskazana jest konsultacja lekarza psychiatry
Czy zauważył pan, że pana masa ciała zmieniła się w ostatnim okresie, przytył pan albo schudł?	Wiele osób chudnie w trakcie epizodu depresji. Niektóre osoby przybierają na wadze. Pytanie pozwala stwierdzić: • jak zmieniła się masa ciała pacjenta, • czy jest to dla niego ważna kwestia. Jest to ważne w kontekście ewentualnej propozycji farmakoterapii – jeśli pacjent boi się przytyć

**Dokumentacja medyczna**

Zagadnienia wymagające uwzględnienia w dokumentacji:

- Czy pacjent był leczony psychiatrycznie?

Możliwe odpowiedzi:

*Pacjent dotychczas nieleczony psychiatrycznie.*

*Pacjent był leczony przed 2 laty przez psychiatrę z rozpoznaniem epizodu depresyjnego, przyjmował lek przeciwdepresyjny z dobrym skutkiem.*

- Wywiad – skargi zgłaszane spontanicznie przez pacjenta

*Zgłasza smutek, przygnębienie, utratę zainteresowań i odczuwania satysfakcji, brak siły do działania,*

**Tabela 5.** Przejawy pogorszenia funkcji poznawczych w depresji [20]

trudności decyzyjne
trudności w śledzeniu treści oglądanego programu TV
trudności w śledzeniu treści czytanej książki, gazety
trudności w organizacji dnia, planowaniu czynności
trudności w wykonywaniu kilku czynności naraz
pogorszenie sprawności liczenia
trudności z zapamiętywaniem listy zakupów, imion, dat
częste gubienie rzeczy
trudności z orientacją przestrzenną
uczucie pustki w głowie

*poczucie zmęczenia, zaburzenia snu, kilkakrotnie wybudza się w nocy, gorsze samopoczucie poranne, nerwowość, drażliwość, schudł 5 kg w ciągu miesiąca.*

• Stan psychiczny – wynik badania  
*Nastrój obniżony. Napęd obniżony. Anhedonia. Sen płytki, przerywany, wybudza się wcześniej niż poprzednio, gorsze samopoczucie poranne. Lęk, napięcie, drażliwość. Zaburzenia apetytu, utrata wagi. Bez myśli i tendencji samobójczych.*

• Diagnostyka  
» Jeśli jest to pierwsze rozpoznanie depresji w życiu pacjenta:

*Epizod depresji łagodny – F32.0, umiarkowany – F32.1, ciężki bez objawów psychotycznych – F32.2.*

» Jeśli pacjent przeżył już wcześniej depresję:  
*Zaburzenia depresyjne nawracające, epizod depresji łagodny – F33.0, umiarkowany – F33.1, ciężki bez objawów psychotycznych – F33.2.*

• Cała przykładowa notatka  
*Pacjent był leczony przed 2 laty przez psychiatrę z rozpoznaniem epizodu depresyjnego, przyjmował lek przeciwdepresyjny z dobrym skutkiem. Zgłasza smutek, przygnębienie, utratę zainteresowań i odczuwania satysfakcji, brak siły do działania, poczucie zmęczenia, zaburzenia snu, kilkakrotnie wybudza się w nocy, gorsze samopoczucie poranne, nerwowość, drażliwość, schudł 5 kg w ciągu miesiąca.*

*W badaniu nastrój obniżony, napęd obniżony, anhedonia. Sen płytki przerywany, wybudza się wcześniej niż poprzednio, gorsze samopoczucie poranne. Lęk, napięcie, drażliwość. Zaburzenia apetytu, utrata wagi. Bez myśli i tendencji samobójczych.*

*Zaburzenie depresyjne nawracające, epizod depresji umiarkowany F33.1.*

Sytuacje, w których wskazane jest zaproponowanie pacjentowi konsultacji psychiatry i należy stanowczo na nią nalegać:

• Objawy są bardzo nasilone, trwają bardzo długo, pacjent jest w bardzo trudnej sytuacji ży-

ciowej – a więc kiedy depresja ma charakter ciężki lub jest wiele czynników pogarszających stan psychiczny i sytuację chorego. Depresja o nasileniu ciężkim powinna być leczona przez psychiatrę. Jeśli natomiast jest dużo aktualnych czynników stresowych, samo leczenie farmakologiczne może nie być wystarczające i pacjent może wymagać różnorodnych oddziaływań terapeutycznych wielu specjalistów.

- Pacjent mówi o myślach samobójczych, spontanicznie albo zapytany o nie. Występowanie myśli i tendencji samobójczych stwarza zagrożenie dla pacjenta i powinno być ocenione przez specjalistę psychiatrę.
- Pacjent pije dużo alkoholu i podejrzewasz, że oprócz depresji może być uzależniony od alkoholu. Pacjent powinien być leczony w ramach terapii odwykowej lub przez specjalny zespół specjalistów dla osób z „podwójną diagnozą” (depresja + alkohol = podwójna diagnoza).
- Pacjent mówi, że były w jego życiu okresy, kiedy czuł się świetnie, był nadmiernie aktywny, łatwo kontaktował się z ludźmi, miał tysiące pomysłów i nadmiar energii. Można w takiej sytuacji podejrzewać, że cierpi on na chorobę afektywną dwubiegunową (psychozę maniakalno-depresyjną).

Po postawieniu diagnozy druga część rozmowy poświęcona jest zaproponowaniu leczenia. Ta część wizyty także ma swoje etapy.

**UWAGA**

Jeśli chodzi o proponowanie i wdrożenie terapii lekami przeciwdepresyjnymi, nie należy prowadzić rozmowy pośpiesznie i pod presją. Pacjent musi mieć czas, aby oswoić się z myślą o takim leczeniu i porozmawiać o tym z lekarzem.

- Najczęściej nie sprawdza się postępowanie polegające na natychmiastowym zaproponowaniu pacjentowi leczenia farmakologicznego: „to ja panu dam lek na depresję”. Dzieje się tak, ponieważ pacjent musi przemyśleć i ewentualnie zaakceptować decyzję o przyjmowaniu leku. Musi mieć na to czas i przestrzeń psychiczną.
- Jeśli lekarz dysponuje czasem w trakcie wizyty, to w niektórych sytuacjach, kiedy widzi, że pacjent ma wątpliwości, może powtórzyć listę objawów depresji, mówiąc:  
„Typowe książkowe objawy depresji to: smutek, przygnębienie, brak odczuwania przyjemności i satysfakcji, brak motoru, napędu do działania, zaburzenia snu, najczęściej sen przerywany,



wybudzanie się w ciągu nocy i wczesne budzenie, złe samopoczucie poranne, lęk, napięcie i drażliwość. Które z tych objawów występują u pana? Czy to się zgadza z pana własnym doświadczeniem?”

- Jeśli pacjent potwierdza większość objawów i sam skonfrontuje się z tą listą, to jego pewność co do postawionej diagnozy będzie większa, co może korzystnie wpłynąć na dalszą współpracę w leczeniu.
- Celem tej części rozmowy jest uzyskanie wewnętrznego przekonania pacjenta o prawidłowości postawionej diagnozy i konieczności podjęcia leczenia.

Pacjenta należy poinformować o postawionej diagnozie w sposób jednoznaczny, ale umiejętny, przykładowo:

„Większość objawów wskazuje na to, że ma pan depresję”.

„Tak jak o tym rozmawiamy, wygląda na to, że ma pan wiele objawów depresji, że to jest depresja”.

Przed zaproponowaniem postępowania terapeutycznego należy zapytać pacjenta o preferowane przez niego sposoby leczenia.

Pytanie o leczenie:

„Są dwa sposoby leczenia depresji, leki i psychoterapia. Sposoby te nie wykluczają się nawzajem, a najczęściej wspomagają swoje działanie. Czy ma pan jakieś preferencje co do sposobu leczenia?”

Jeśli pacjent poinformuje, że nie zgadza się na przyjmowanie leków i może myśleć tylko o psychoterapii, wizycie u psychologa, że „nie wierzy w leki”, że „leki to szkodliwa chemia” – skieruj go do poradni zdrowia psychicznego, gabinetu psychologicznego. Jeśli nie znasz konkretnego miejsca, poproś, aby poszukał pomocy, używając wyszukiwarki internetowej. Można polecić następujące hasła:

- psychoterapia poznawczo-behawioralna (CBT),
- psychoterapia psychodynamiczna,
- psychoterapia integracyjna (integratywna),
- psychoterapia depresji,
- psychoterapia.

Warto polecić stronę Stowarzyszenia Aktywnie Przeciwko Depresji: <http://www.depresja.org/>

W wielu przypadkach pacjent, który boi się leków lub nie akceptuje ich przyjmowania, odrzuci je, nie wykupi recepty, będzie miał nasilone „działania niepożądane” lub nie będzie współpracował w leczeniu. Dlatego jest wskazane, aby poszukał w Internecie i sam wypełnił w domu skalę depresji Becka (wystarczy, że użyje wyszukiwarki internetowej – hasło „skala depresji Becka”).

Jeśli pacjent akceptuje możliwość leczenia farmakologicznego, to kolejnym pytaniem, które powinno być zadane, jest: „Czy zetknął się pan z lekami stosowanymi w depresji, coś o nich słyszał, brał je ktoś ze znajomych?”

Takie pytanie pozwala uniknąć sytuacji, w której proponujemy pacjentowi jakiś lek przeciwdepresyjny, a następnie okazuje się, że już go kiedyś przyjmował, ale nie był on skuteczny, lub ma negatywne skojarzenia z nim związane. Jeśli pacjent odpowie, że zetknął się z tymi lekami i np. znajomy „bardzo utył” albo „leki mu nie pomogły”, albo „ktoś z rodziny to brał i popełnił samobójstwo” – to jest problem, który trzeba z pacjentem omówić (np. że nie po wszystkich lekach przeciwdepresyjnych występuje przyrost masy ciała lub że jeśli jednej osobie leki nie pomogły, to nie znaczy, że nie będą skuteczne u innej osoby). Jeśli u pacjenta występują skojarzenia danego leku z samobójstwem kogoś znajomego lub członka rodziny, raczej nie należy mu go zalecać.

Pacjentki w wieku rozrodczym należy zapytać, czy istnieje możliwość, że są aktualnie w ciąży. Jeśli pacjentka jest w ciąży, a wymaga leczenia depresji – powinna być skonsultowana przez psychiatrę.

Należy wziąć pod uwagę schorzenia somatyczne pacjenta i aktualnie przyjmowane leki – w tym kontekście wiedza lekarza rodzinnego jest pełniejsza od wiedzy psychiatry.

Należy zwrócić uwagę na wymienione już wyżej czynniki: ewentualny niedobór witaminy D, pierwiastków (magnez), czynników antyoksydacyjnych i wielonienasyconych kwasów tłuszczowych w diecie oraz znaczenie aktywności fizycznej.

#### Zaproponowanie pacjentowi leku

Przykładowe sformułowanie:

„Chciałbym panu zaproponować leczenie przeciwdepresyjne, proponuję lek... Jest on stosowany w leczeniu depresji”.

W niektórych sytuacjach klinicznych można zaproponować na pewien okres także drugi lek, np. nasenny, jeśli lek przeciwdepresyjny nie ma takiego działania. Pozwoli to pacjentowi szybko odnieść korzyść z leczenia, zanim lek przeciwdepresyjny rozpocznie swoje działanie. Tym dodatkowym lekiem wcale nie musi być benzodiazepina, może to być np. niska dawka leku przeciwdepresyjnego o działaniu nasennym. Należy poinformować pacjenta, że dodatkowy lek powinien być przyjmowany tylko w pierwszym okresie leczenia, a następnie odstawiony.

Jeśli pacjent przyjmował już poprzednio lek przeciwdepresyjny i lek ten był skuteczny, zadanie jest znacznie ułatwione. Jeśli lek wcześniej okazał się skuteczny, jest duża szansa, że także obecnie przyniesie pacjentowi korzyść. W takiej sytuacji można zaproponować leczenie tym samym lekiem. Jeśli natomiast pacjent przyjmował już lek przeciwdepresyjny, który okazał się nieskuteczny, zadanie jest utrudnione – wskazana może być konsultacja psychiatry. Zaproponowanie leku w taki sposób, aby pacjent chciał go przyjmować, jest częścią pewnego procesu. To żadna sztuka powiedzieć: „niech pan bierze ten lek”. Trzeba również:

- wzbudzić w pacjencie pozytywną motywację do leczenia i przekonanie co do jego słuszności,
- zadbać o współpracę w leczeniu, aby pacjent stosował się do zaleceń – niewykupiona recepta i niepołknięte leki nie pomogą.

Należy zapytać, czy osoba, której proponujemy lek, ma obawy związane z proponowanym leczeniem. Takie postępowanie może być właściwe, ponieważ jeśli pacjent wyjdzie z wizyty z przekonaniem, że zaproponowano mu jakąś szkodliwą substancję, zmniejszają się szanse na powodzenie leczenia. Należy zaproponować wizytę kontrolną w okresie 2–3 tygodni oraz – jeśli to możliwe – poinformować,

że jeżeli pacjent źle poczuje się po lekach, może przerwać leczenie i zgłosić się ponownie. Sama świadomość takiej możliwości może mieć znaczenie terapeutyczne.

Koniecznym jest napisać na kartce nazwę leku, dawkę zawartą w tabletkach oraz szczegółowe dawkowanie. Należy wręczyć tę kartkę pacjentowi – recepta plus kartka, nigdy sama recepta przy włączeniu nowego leczenia.

Jeśli lekarz dysponuje materiałami edukacyjnymi, może przekazać pacjentowi informator na temat depresji.

**Wybór leku przeciwdepresyjnego**

Zasady leczenia depresji precyzują „Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych” [21]. W odniesieniu do epizodu depresji i depresji nawracającej zawierają one następujące zalecenia:

- „W zaburzeniach depresyjnych o umiarkowanym i głębokim nasileniu leczeniem z wyboru jest farmakoterapia za pomocą leków przeciwdepresyjnych. W łagodnej depresji [...] leki przeciwdepresyjne są powszechnie stosowane, jednak niekiedy interwencje psychoterapeutyczne i psychospołeczne mogą być wystarczające

**Tabela 6.** Informacje niezbędne do przekazania pacjentowi przy inicjowaniu leczenia przeciwdepresyjnego

Leki przeciwdepresyjne należy przyjmować codziennie, zgodnie z zaleceniem lekarza	Leki przeciwdepresyjne nie będą skuteczne przy przyjmowaniu doraźnym, nieregularnym, w razie złego samopoczucia
Wszystkie leki przeciwdepresyjne nie działają od razu, potrzebny jest okres ok. 2 tygodni do początku ich działania	Wpływ leków przeciwdepresyjnych na nastrój jest dostrzegalny po ok. 2 tygodniach i w ciągu kolejnych tygodni leki rozwijają swoje działanie
Na początku leczenia, w ciągu pierwszych dni, mogą występować nudności, dyskomfort w brzuchu, zaburzenia apetytu	Wiele leków przeciwdepresyjnych na początku podawania powoduje nudności. Jeśli pacjent wymiotuje na początku leczenia, raczej należy lek odstawić i zmienić na inny
Na początku leczenia może się pojawiać przemijający niepokój, który potem powinien ustąpić	Stosowanie niektórych leków przeciwdepresyjnych wiąże się z nasileniem niepokojów w pierwszym tygodniu, ale w dalszym leczeniu działają one przeciwnie
Każdy lek jest skuteczny u mniej więcej 70% osób, taka jest więc szansa, że lek pomoże danemu pacjentowi. Gdyby nie pomógł, trzeba szukać innych rozwiązań	Pacjent nie powinien się zrazić do leczenia, nawet jeśli pierwszy lek mu nie pomoże
Nie należy spożywać alkoholu co najmniej w pierwszym okresie leczenia	Jeśli pacjent będzie spożywał alkohol, szansa na pozytywne zmiany samopoczucia pod wpływem leczenia maleje
W przypadku spożywania dodatkowo leków uspokajających zakaz prowadzenia samochodu należy traktować jak najbardziej serio, trzeba go bezwzględnie przestrzegać	Leki uspokajające (benzodiazepiny) nie mogą być stosowane, jeśli pacjent prowadzi samochód lub obsługuje urządzenia mechaniczne – pacjent jest zagrożony wypadkiem
Nagle przerwanie przyjmowania leków przeciwdepresyjnych może prowadzić do wystąpienia objawów odstawiennych	Objawy odstawiennych nie są przejawem uzależnienia, m.in. nie pojawia się „głód substancji” – pragnienie przyjmowania substancji, której podaż została przerwana

**Tabela 7.** Najczęstsze obawy i informacje, które mogą być przekazane w odpowiedzi na „nie”

Obawa	Proponowane wyjaśnienie
leki psychotropowe uzależniają	leki przeciwdepresyjne nie powodują uzależnienia
leki zmieniają osobowość	depresja zmienia osobowość, człowiek widzi wszystko w czarnych barwach, zarówno siebie, jak i otoczenie; leki mogą sprawić, że będzie widział świat i siebie inaczej, w sposób bardziej zrównoważony
będę oteębiały, nie będę mógł myśleć	depresja powoduje osłabienie pamięci i koncentracji, jeśli leczenie pomoże, to także pamięć i koncentracja się poprawią
leki to chemia	prawdopodobnie leki oddziałują m.in. na naturalnie obecne w mózgu czynniki odżywcze dla komórek nerwowych (tzw. czynniki troficzne mózgu); ich działanie nie jest czysto chemiczne, ale oparte na naturalnych czynnikach organizmu
przyjmowanie leków oznacza, że jestem chory psychicznie; będę je brał całe życie	przyjmowanie leków przeciwdepresyjnych nie jest równoznaczne z byciem chorym psychicznie, tylko z rozpoznaniem depresji, o którym mówiliśmy poprzednio; leki przeciwdepresyjne powinny być przyjmowane przez kilka miesięcy, ale nie przez całe życie
nie chcę się uzależniać od leków, przywykłem liczyć na siebie	są osoby „dzielne życiowo”, które z trudem przyjmują pomoc z zewnątrz; trzeba z taką osobą porozmawiać o kosztach bycia nieustannie aktywnym i nieustannie liczącym tylko na siebie

jące. [...] Warto zwrócić uwagę, że skuteczność leków przeciwdepresyjnych wzrasta wraz z nasileniem depresji, a u osób z łagodnymi objawami depresji farmakoterapia może być bardzo skuteczna”. [s. 57–58]

- „Jak wynika z bardzo dużej liczby badań kontrolowanych i sporządzonych na ich podstawie metaanaliz, leki przeciwdepresyjne bez względu na mechanizm działania charakteryzują się podobnymi odsetkami poprawy, wahającymi się w granicach 50–75%, które są znacząco większe od placebo, oraz z reguły brakiem istotnej przewagi nad innymi lekami użytymi w roli komparatora. W 2009 roku ukazała się metaanaliza badań 12 leków przeciwdepresyjnych wskazująca, że najbardziej skuteczne leki przeciwdepresyjne to: sertralina, escitalopram, wenlafaksyna i mirtazapina – pierwsze dwa charakteryzują się najlepszą tolerancją”. [s. 58]

- „Leki przeciwdepresyjne różnią się istotnie pomiędzy sobą pod względem działań niepożądanych. Może to determinować tolerancję leczenia i współpracę oraz przydatność danego leku u pacjentów ze współistniejącymi chorobami somatycznymi”. [s. 58]

**Wskazówka praktyczna**

Dysponujemy obecnie wieloma lekami przeciwdepresyjnymi należącymi do kilku grup wyodrębnionych na podstawie mechanizmów działania farmakologicznego. Taka sytuacja pozwala na pewną swobodę wyboru leku i dostosowania jego profilu działania do konkretnego pacjenta, jego objawów, kontekstu życiowego, oczekiwań wobec leczenia. Nie musimy się kierować wyłącznie podstawowym założeniem: zespół depresyjny – leczenie lekiem przeciwdepresyjnym. Mając wybór, możemy uwzględnić kilka zagadnień: jak wygląda klinicznie

**Tabela 8.** Zasady leczenia depresji jednobiegunowej lekami przeciwdepresyjnymi, na podstawie [21]

Zagadnienie	Odpowiedź
ocena pierwszych sygnałów, że lek może okazać się skuteczny	pierwsze dyskretne sygnały działania leków przeciwdepresyjnych pojawiają się w okresie 10–14 dni leczenia, pozwalają one na pozytywne przewidywania co do dalszej poprawy
ocena skuteczności działania leku	po 4–6 tygodniach systematycznego leczenia (niekiedy po 8–10 tygodniach)
brak jakiegokolwiek poprawy po 4 tygodniach	prawdopodobieństwo, że pojawi się remisja objawów, jest znikome
czas leczenia farmakologicznego epizodu depresji	co najmniej 6 miesięcy (niektórzy rekomendują 9 miesięcy)
czas leczenia depresji o ciężkim i długotrwałym przebiegu	powyżej 9 miesięcy

dany zespół depresyjny, jakie są główne dolegliwości subiektywne zgłaszane przez chorego, jakie zadania pacjent realizuje w życiu i w związku z tym – jakie jego funkcje psychiczne powinniśmy wspomóc, aby mógł te zajęcia nadal wykonywać lub do nich powrócić. Należy też wziąć pod uwagę, jakie cele i oczekiwania wobec leczenia formułuje konkretna osoba, ponieważ jeśli działanie leku będzie z nimi zgodne, mamy większą szansę na akceptację przyjmowanego leku i poprzez to na powodzenie terapii. Jedną z przesłanek, na podstawie których można dokonywać wyboru leczenia przeciwdepresyjnego, jest jego wpływ na subiektywne odczucia osób leczonych dotyczące:

- drażliwości, denerwowania się z błahych powodów, nadwrażliwości na bodźce środowiskowe,
- utraty energii, motywacji, przeżywania pozytywnych emocji.

Nowe leki przeciwdepresyjne (nie mają preparatów generycznych – wyższe ceny):

- agomelatyna – nie powoduje zblednięcia emocjonalnego, spłaszczenia emocji, przywraca także możliwość przeżywania emocji pozytywnych, radości, przyjemności (hedonię) [23]; wymaga kontroli transaminaz przed rozpoczęciem i w trakcie leczenia;
- wortioksetyna – ma udowodniony korzystny wpływ w przypadku pogorszenia funkcji poznawczych w depresji [19].

Leki przeciwdepresyjne o korzystnym działaniu w przypadku problemów ze snem: trazodon, mirtazapina, mianseryna, agomelatyna. W niskich dawkach są one stosowane w medycynie snu jako skuteczne leki promujące sen, w pełnych dawkach są lekami przeciwdepresyjnymi o korzystnym wpływie na procesy snu.

#### Inne zalecenia

Lista czynników, które mogą mieć wpływ na samopoczucie psychiczne, w tym na nastrój i objawy lęku,

jest długa i stale się wydłuża. Na podstawie wiedzy i doświadczenia klinicznego lekarza oraz piśmiennictwa [24] zalecenia mogą obejmować kwestie dotyczące następujących zagadnień (przykładowo):

- witamina D<sub>3</sub> – możliwe jest zobiektywizowanie poprzez badanie jej poziomu i suplementacja na podstawie uzyskanych wyników;
- wielonienasycone kwasy tłuszczowe omega-3;
- czynniki antyoksydacyjne: flawonoidy, witamina E, witamina C;
- pierwiastki: magnez, cynk, selen;
- kwestie dietetyczne: spożywanie większej ilości produktów naturalnie fermentowanych (jogurty, kefiry), prebiotyków i probiotyków;
- aktywność fizyczna.

W kontekście depresji jako stanu aktywacji odpowiedzi zapalnej ważne jest, że leki przeciwdepresyjne mają działanie immunomodulujące [1, 3].

#### Uwagi końcowe

Zapewne masz mało czasu dla pacjenta, ale:

- w miarę możliwości nie spiesz się, pacjent może potrzebować czasu na zaakceptowanie tego, że ma depresję i powinien przyjmować leki przeciwdepresyjne;
- jeśli nie jesteś pewny diagnozy, istnieje wiele czynników dodatkowo obciążających pacjenta, wobec których nie wiesz, jak postępować, nie jesteś pewny, jakie zalecenia powinieneś zaproponować – postaraj się, aby pacjent udał się do psychiatry;
- zachowaj zdrowy rozsądek i własną ocenę sytuacji;
- jeśli już masz doświadczenie z leczeniem depresji, opieraj się na nim, możesz wybierać spośród leków, które już znasz, kierując się podobieństwem obrazu klinicznego pacjentów, którym dany lek pomógł;
- jeśli wybierasz lek, którego dotychczas nie stosowałeś, powinieneś wiedzieć, dlaczego to ro-

**Tabela 9.** Dominujące skargi osoby z depresją i możliwe opcje leczenia farmakologicznego (na podstawie doświadczenia klinicznego)

Dominujące skargi	Możliwa farmakoterapia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• drażliwość, niepokój, przejmowanie się drobnymi sprawami, długotrwałe ich przeżywanie, łatwe denerwowanie się z błahych powodów</li> <li>• niekiedy pacjent preferuje wytrwanie w trudnej sytuacji</li> </ul>	escitalopram 10 mg (5–20 mg), inne leki z grupy SSRI, citalopram, paroksetyna lub niższe dawki SNRI, np. wenlafaksyny; sertralina ma działanie pośrednie w stosunku do obu wyodrębnionych grup
<ul style="list-style-type: none"> <li>• brak energii do działania, brak motywacji, brak odczuwania przyjemności, radości</li> <li>• niekiedy pacjent preferuje zmianę, przywrócenie pozytywnego przeżywania emocjonalnego</li> </ul>	agomelatyna, trazodon, bupropion, sertralina, wyższe dawki wenlafaksyny

SSRI (selective serotonin reuptake inhibitor) – selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny, SNRI (serotonin norepinephrine reuptake inhibitor) – inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny

bisz (jaka jest dodatkowa spodziewana korzyść dla pacjenta);

- zawsze weź pod uwagę kontekst sytuacji życiowej, osobistej, rodzinnej pacjenta, jego celów życiowych w powiązaniu z celami leczenia – depresję często można zrozumieć dopiero w tym kontekście; jeśli pacjent jest w trudnej sytuacji życiowej, to leczenie może mu pomóc nie tylko w usunięciu objawów depresji, lecz także w poradzeniu sobie z tą sytuacją;
- jeśli jest taka możliwość, zaproponuj podjęcie psychoterapii w odpowiednim ośrodku; to może być bardzo ważna decyzja w życiu pacjenta;
- bądź uważny, ale się nie bój; pomyśl przede wszystkim, co może być dobre dla twojego pacjenta i działaj w tym kierunku.

Podczas rozmowy zadawaj pytania i informuj pacjenta z zachowaniem pewnego dystansu w wypowiedziach. Raczej TAK:

- Czy zauważył pan, że jest pan bardziej smutny niż kiedyś?
- Czy odczuwa pan, że ma pan mniej energii do działania?
- Chciałbym zaproponować panu lek, który jest stosowany w leczeniu depresji.
- Czy przychodzą panu do głowy jakieś obawy co do leku, o którym mówimy?

### Druga wizyta

Możliwych jest wiele sytuacji:

- pacjent informuje o poprawie samopoczucia,
- pacjent informuje, że czuje się bez zmian w stosunku do okresu poprzedniej wizyty,
- pacjent informuje, że czuje się gorzej niż w okresie poprzedniej wizyty,
- pacjent informuje, że nie podjął leczenia,
- pacjent informuje, że podjął leczenie, ale je przerwał z jakichś względów (np. z powodu objawów niepożądanych).

Zdarza się też, że pacjent nie informuje, że odczuwa „poprawę w zakresie ustępowania zespołu depresyjnego”, może natomiast powiedzieć:

- „mniej płaczę”,
- „nie jest mi już tak smutno”,
- „mam więcej energii do działania”,
- „więcej się kontaktuję z ludźmi”,
- „lepiej śpię”,
- „częściej wychodzę z domu”,
- „nie mam już tych lęków”,
- „mniej się denerwuję, jestem spokojniejszy”.

Ważny jest czas leczenia. Jak już wspomniano, jeśli pacjent nie odczuwa żadnych przejawów poprawy samopoczucia i/lub funkcjonowania po 3–4 tygodniach regularnego przyjmowania leku, szansa, że lek pomoże, jest znikoma.

Można to ocenić, jeśli spełnione są następujące warunki:

- pacjent stale przyjmował leki,
- pacjent nie pił w tym czasie alkoholu,
- w życiu pacjenta nie wydarzyło się w tym czasie nic o dużym nasileniu stresu,
- nastawienie pacjenta do leczenia nie jest skrajnie negatywne.

Poprawa w tym okresie nie jest pełna, chodzi o odpowiedź na pytanie, czy w samopoczuciu pacjenta zaszły jakiegokolwiek pozytywne zmiany.

Ważna jest ocena działań niepożądanych leczenia – jeśli są one nasilone lub uciążliwe dla pacjenta, lek prawdopodobnie trzeba zmienić ze względu na możliwy brak współpracy w długoterminowym leczeniu.

Jeśli czas leczenia jest odpowiedni, ale:

- pacjent informuje, że czuje się bez zmian w stosunku do okresu poprzedniej wizyty,
- pacjent informuje, że czuje się gorzej niż w okresie poprzedniej wizyty,

lub jeśli:

- pacjent informuje, że nie podjął leczenia,
- pacjent informuje, że podjął leczenie, ale je przerwał z jakichś względów (np. z powodu objawów niepożądanych),

Tabela 10. Sformułowania, których należy unikać w rozmowie z pacjentem

Sformułowania lekarza	Interpretacja pacjenta
Weź się pan w garść, musi się pan ogarnąć	Chciałby, ale nie może, więc jest słaby, nic niewarty, „do niczego”
Świat jest piękny	„Dla innych jest piękny, dla mnie nie”
Nie jest tak źle	„A dla mnie jest, to znaczy, że jestem do niczego”
To nie jest tak, jak pan mówi	Obiektywnie pewnie nie, ale dla pacjenta jest tak, jak mówi, i nie może się on z tego stanu wydostać, może się czuć uwięziony w takim sposobie przeżywania



Tabela 11. Jak zaproponować wizytę u psychiatry

Raczej NIE	Raczej TAK
„Pan to powinien iść do psychiatry i się leczyć na głowę!”	„Jak rozmawiamy, to widzę, że panu ciężko z tymi objawami, że pan się męczy i wpływają one poważnie na pana życie. Czy w ogóle myślał pan o konsultacji u lekarza psychiatry lub u psychologa?” Po uzyskaniu odpowiedzi pacjenta: „Może warto pomyśleć o poszukaniu pomocy u psychiatry albo psychologa. Może gdyby coś udało się z tym zrobić, byłoby panu lżej”.

wskazane jest zaproponowanie pacjentowi konsultacji psychiatry.

Jeśli pacjent zgłasza poprawę samopoczucia, należy:

- omówić z nim, na czym polega poprawa – ugruntuje to polepszone samopoczucie pacjenta, zwiększy nadzieję co do dalszej poprawy;
- ustalić, jak duża jest ta poprawa i czy potrzebne jest zwiększenie dawki leku (jeśli lek jest stosowany w różnych dawkach); można zapytać: „A jak w procentach mógłby pan ocenić swoją zmianę samopoczucia?”;
- omówić ewentualnie występujące działania niepożądane i ocenić, czy mogą się one przyczynić do samowolnego odstawienia leku;
- przekazać pacjentowi informację o konieczności leczenia przez dłuższy okres (kilku miesięcy). Odstawienie leku, kiedy tylko pacjent poczuje się lepiej, wiąże się z dużym ryzykiem, że objawy depresyjne powrócą.

Jeśli leczenie jest kontynuowane, należy:

- zapytać, czy pacjent ma jakieś dodatkowe pytania lub obawy co do dalszego leczenia,
- poinformować pacjenta, czy ma przyjmować lek w tej samej dawce czy ma ją zwiększyć,
- w razie zwiększenia dawki napisać pacjentowi zalecenia na kartce,
- wypisać ilość leku konieczną do kolejnej wizyty.

Na koniec, jak na różnych etapach, można zaproponować konsultację psychiatry.

### Podsumowanie

Przedstawiony powyżej przewodnik prowadzenia rozmowy jest z całą pewnością daleki od doskonałości i nie obejmuje wszystkich możliwych sytuacji klinicznych oraz całego spektrum możliwych zaleceń i sposobów postępowania. Nie jest on także wynikiem pracy grupy ekspertów, która mogłaby być powołana do opracowania takiego narzędzia, lecz stanowi odzwierciedlenie osobistych doświadczeń i stylu pracy autora. Może on być pomocny w wielu przypadkach u pacjentów z łagodnym

i umiarkowanym nasileniem epizodu depresyjnego, będzie natomiast mniej użyteczny w przypadkach depresji o nasileniu ciężkim, u pacjentów z nasilonymi myślami samobójczymi i/lub tendencjami samobójczymi, w depresji w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej i zapewne w wielu innych, mniej typowych od opisanych w nim sytuacjach klinicznych. Przy wszystkich tych zastrzeżeniach może jednak być użytecznym narzędziem w jednym podstawowym kontekście – pokazuje, na co zwracać uwagę, diagnozując depresję i inicjując jej leczenie. Może stanowić nie tyle schemat rozmowy, ile przewodnik po tematach, które mają znaczenie w takiej sytuacji klinicznej. Natomiast sama treść konkretnych wypowiedzi pacjentów, którymi te zasygnalizowane tematy będą wypełnione, może się bardzo różnić. Jak w każdej sytuacji klinicznej, żaden przewodnik nie zastąpi własnego myślenia lekarza, jego doświadczenia życiowego i klinicznego oraz osądu konkretnej sytuacji w kontekście spotkania z indywidualną osobą – pacjentem.

### Piśmiennictwo

1. Slavich GM, Irwin MR. From stress to inflammation and major depressive disorder; a social signal transduction theory of depression. *Psychol Bull* 2014; 140: 774-815.
2. Udina M, Castellví P, Moreno-España J i wsp. Interferon-induced depression in chronic hepatitis C: a systematic review and metaanalysis. *J Clin Psychiatry* 2012; 73: 1128-1138.
3. Kiecolt-Glaser JK, Derry HM, Fagundes CP. Inflammation: Depression fans the flames and feasts on the heat. *Am J Psychiatr* 2015; 172: 1075-1091.
4. Straub RH. Insulin resistance, selfish brain, and selfish immune system: an evolutionarily positively selected program used in chronic inflammatory diseases. *Arthritis Res Ther* 2014; 16 (suppl. 2): 54.
5. Rymaszewska J, Dudek D. Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych. Praktyczne wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne. *Via Medica*, Gdańsk 2009.
6. Dudek D, Siwek M. Współistnienie chorób somatycznych i depresji. *Psychiatria* 2007; 4: 17-24.
7. Murawiec S, Grochowski M. Choroby układu krążenia a leczenie przeciwdepresyjne. *Fam Med Prim Care Rev* 2006; 8: 429-434.
8. Murawiec S. Depresja u osób z chorobą nowotworową. Rozpoznawanie i leczenie – aspekty praktyczne. *Onco-Review* 2012; 2: 201-208.



9. Murawiec S. Depresja u pacjentów zakażonych HIV. W: Zaburzenia neuropsychiczne u pacjentów zakażonych HIV. Praktyczny przewodnik dla lekarzy. Materiały edukacyjne. AbbVie, Wydawnictwo Medical Education, Warszawa 2013.
10. Murawiec S. Praktyczny przewodnik diagnozy i leczenia zespołu depresyjnego dla lekarzy rodzinnych. *Terapia* 2014; 2: 17-25.
11. Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M i wsp. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Dis* 2009; 119: 52-58.
12. Barley EA, Murray J, Walters P, Tylee A. Managing depression in primary care: a meta-synthesis of qualitative and quantitative research from UK to identify barriers and facilitators. *BMC Fam Pract* 2011; 12: 47-57.
13. Bell R, Franks P, Duberstein PR i wsp. Suffering in silence: reasons for not disclosing depression in primary care. *Ann Fam Med* 2011; 9: 439-446.
14. Davidson RJ, Begley S. Życie emocjonalne mózgu. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013; 103-105.
15. Crumlish N, Kelly BD. Jak myślą psychiatrzy. *Psychiatria po Dyplomie* 2011; 3: 8-20.
16. Spedding S. Vitamin D and depression: a systematic review and meta-analysis comparing studies with and without biological flaws. *Nutrients* 2014; 6: 1501-1518.
17. Anglin RE, Samaan Z, Walter SD, McDonald SD. Vitamin D deficiency and depression in adults: systematic review and meta-analysis. *Brit J Psychiatry* 2013; 202: 100-107.
18. Rudzki L, Frank M, Szulc A i wsp. Od jelit do depresji – rola zaburzeń ciągłości bariery jelitowej i następcza aktywacja układu immunologicznego w zapalnej hipotezie depresji. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 2012; 7: 76-84.
19. Jarema M, Dudek D, Czernikiewicz A. Dysfunkcje poznawcze w depresji – niedoszacowany objaw czy nowy wymiar? *Psychiatr Pol* 2014; 48: 1105-1116.
20. Murawiec S, Dudek D, Datka W. Depresja i zaburzenia funkcji poznawczych w opinii psychiatrów. *Psychiatria* 2015; 12: 142-149.
21. Rybakowski J, Dudek D, Jaracz J. Choroby afektywne. W: Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych. Jarema M (red.). Via Medica, Gdańsk 2015; 55-133.
22. Krysta K. Bezpieczne i skuteczne stosowanie benzodiazepin w zaburzeniach psychiatrycznych i towarzyszących im innych schorzeniach. *Psychiatria* 2014; 11: 9-14.
23. Harmer CJ, Bodinat de C, Dawson GR i wsp. Agomelatine facilitates positive versus negative processing in healthy volunteer models. *J Psychopharmacol* 2011; 25: 1159-1167.
24. Berk M, Williams LJ, Jacka FN i wsp. So depression is an inflammatory disease, but where does the inflammation come from? *BMC Med* 2013; 11: 200.

**Adres do korespondencji:**

dr n. med. Sławomir Murawiec  
Centrum Terapii Dialog  
ul. Słomińskiego 19/523  
00-195 Warszawa



# I ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA PNEUMONOLOGII DZIECIĘCEJ 2016

POZNAŃ, 22–23 kwietnia 2016 r.

**MIEJSCE**  
POZNAŃ

IBB Andersia Hotel  
plac Andersa 3

**KIEROWNIK NAUKOWY**  
dr hab. Zbigniew DONIEC,  
prof. nadzw.

**NADZÓR MERYTORYCZNY  
I KONSULTACJA NAUKOWA**  
Polskie Towarzystwo  
Pneumologii Dziecięcej

**ORGANIZATOR**  
Wydawnictwo Termedia



UCZESTNICY KONFERENCJI OTRZYMAJĄ PUNKTY EDUKACYJNE

WIĘCEJ INFORMACJI NA [WWW.TERMEDIA.PL](http://WWW.TERMEDIA.PL)

