

Sławomir Murawiec

Harmonia, Poradnia Zdrowia Psychicznego, Grupa LUX MED, Warszawa

Omówienie wybranych elementów wytycznych dla lekarzy rodzinnych dotyczących diagnostyki i leczenia depresji u dorosłych opublikowanych przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne i Naczelną Izbę Lekarską

Recapitulation of selected elements of guidelines for general practitioners on the diagnosis and treatment of depression in adults published by the Polish Psychiatric Association and the Supreme Medical Chamber

Streszczenie

Praca stanowi autorskie opracowanie przygotowane na podstawie wytycznych dla lekarzy rodzinnych dotyczących diagnostyki i leczenia depresji u dorosłych opublikowanych przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne i Naczelną Izbę Lekarską: Samochowicz J., Dudek D., Kucharska-Mazur J., Murawiec S., Rymaszewska J., Cubala W.J., Heitzman J., Jankowska-Zduńczyk A., Chatizow J., Bala M., *Diagnostyka i leczenie depresji u dorosłych – wytyczne dla lekarzy rodzinnych*, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne i Naczelna Izba Lekarska (2019).

Omówiono częstość występowania depresji, konieczność przeprowadzania badań przesiewowych, zasady formułowania diagnozy depresji, różne postacie kliniczne tej choroby, a także zasady współpracy pomiędzy lekarzem a pacjentem oraz lekarzem POZ

Abstract

The paper is an author's recapitulation of guidelines for general practitioners (GP) on the diagnosis and treatment of depression in adults published by the Polish Psychiatric Association and the Supreme Medical Chamber: Samochowicz J., Dudek D., Kucharska-Mazur J., Murawiec S., Rymaszewska J., Cubala W.J., Heitzman J., Jankowska-Zduńczyk A., Chatizow J., Bala M., *Diagnosis and treatment of depression in adults – guidelines for family physicians*, Polish Psychiatric Association and Supreme Medical Chamber (2019).

It discusses the frequency of depression, the necessity of conducting screening tests, the principles of diagnosing depression, as well as its various clinical forms and the principles of collaboration between the doctor and the patient, GP and psychiatrist. The scope of patient education regarding depression,

a specjalistą psychiatrą. Przedstawiono zakres edukacji pacjentów z depresją, która powinna się odbywać na początku leczenia. Omówiono leczenie farmakologiczne epizodów depresji, w tym dobór leków, zasady oceny skuteczności terapii oraz zalecenia co do czasu trwania leczenia farmakologicznego. Uwzględniono specyfikę leczenia osób w wieku podeszłym.

Słowa kluczowe

depresja, farmakoterapia, badania przesiewowe, diagnoza, współpraca w leczeniu, edukacja, indywidualizacja leczenia

Informacje o wytycznych

Dokument *Diagnostyka i leczenie depresji u dorosłych – wytyczne dla lekarzy rodzinnych* [1] opublikowany w 2019 r. spełnia bardzo wysokie standardy naukowe. Został on opracowany przez grono wybitnych specjalistów z wielu przodujących ośrodków w Polsce pod przewodnictwem prof. Jerzego Samochowca z Katedry i Kliniki Psychiatrii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie i prof. Dominiki Dudek z Katedry Psychiatrii, Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Jagiellońskiego, *Collegium Medicum* w Krakowie. Pod względem metodologicznym prace nadzorowała Małgorzata Bała z Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej, Zakładu Higieny i Dietetyki Uniwersytetu Jagiellońskiego, *Collegium Medicum* w Krakowie. W tworzeniu wytycznych wzięły udział dr Agnieszka Jankowska-Zduńczyk reprezentująca lekarzy rodzinnych (konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej) i Joanna Chatizow reprezentująca pacjentów (Stowarzyszenie *Aktywnie Przeciwko Depresji*). Projekt ten zrealizowano w ramach aktywności *Podnoszenie kwalifikacji lekarzy poprzez przeprowadzenie ogólnopolskich standaryzowanych szkoleń w zakresie postępowania diagnostycznego, terapii oraz profilaktyki współfinansowanej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego WND POWR.05.04.00-000088/16*. Wytyczne zostały zarekomendowane do stosowania przez konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej, konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. Ich przygotowanie było efektem działań Naczelnej Izby Lekarskiej i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Wytyczne dotyczące postępowania w depresji u dorosłych dla lekarzy rodzinnych powstały zgodnie z metodologią adaptacji wytycznych, z użyciem narzędzia

which should be conducted at the beginning of treatment, is presented. Pharmacological treatment of depressive episodes is discussed, including the necessity of personalized drug choice, assessment of treatment efficacy, and recommendations regarding the duration of pharmacological treatment. The specifics of treating elderly individuals are also taken into account.

Key words

depression, pharmacotherapy, screening tests, diagnosis, treatment adherence, education, treatment individualization

ADAPTE. Adaptację przeprowadziła grupa robocza utworzona przez polskich ekspertów w dziedzinie profilaktyki i leczenia chorób psychicznych, specjalistów z zakresu psychiatrii oraz medycyny rodzinnej, przy współpracy z przedstawicielem środowiska pacjentów oraz ekspertem w dziedzinie metodologii i *evidence-based medicine*. W procesie systematycznego wyszukiwania wybrano 5 dokumentów źródłowych będących zaleceniami towarzystw i grup roboczych o międzynarodowym zasięgu [2–6].

Wstęp

Celem pracy jest przybliżenie omawianego dokumentu i przedstawienie jego najważniejszych treści w przystępnej formie. Przedstawiono wybrane, kluczowe elementy wytycznych, które mogą mieć znaczenie praktyczne dla lekarzy POZ. Oczywiście tekstem pierwotnym jest sam tekst wytycznych, do którego zawsze warto się odwołać, poszukując treści źródłowych. Informacje wynikające z wytycznych opatrzone komentarzami autora tego opracowania, wynikającymi zarówno z praktyki klinicznej, jak i z nowszego piśmiennictwa [7–9].

Jak często występuje depresja?

Badanie EZOP z 2012 r. wykazało, że w warunkach polskich w ciągu życia przynajmniej jeden epizod depresyjny wystąpił u 3% populacji, przed 18. rokiem życia objawy depresyjne stwierdzano u 20% osób, a po 65. roku życia u 15%.

Według raportu *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski* [10] częstość występowania depresji w zależności od nasilenia różni się w stosunkowo niewielkim stopniu i wynosi dla depresji łagodnej 1,06%, dla depresji umiarkowanej 1,53% i dla depresji ciężkiej 1,27%. W ciągu całego życia epizodów depresyjnych doświadcza 3,85% dorosłych

mieszkańców Polski. Rozpowszechnienie depresji w ciągu ostatnich 12 miesięcy oceniono na 0,77%, a w okresie ostatnich 30 dni 0,21%. Po przeliczeniu autorzy tego opracowania wskazują, że w ciągu życia depresja dotyka 1 213 tys. osób, a w ciągu roku doświadczyło jej 241,7 tys. osób. Ze specjalistycznego leczenia skorzystało według autorów raportu 16,41% osób cierpiących z powodu depresji w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Badanie PolSenior2 wykazało, że częstość występowania depresji w populacji osób starszych mierzona za pomocą 15-punktowej *Geriatrycznej skali oceny depresji (Geriatric Depression Scale – GDS)* z punktem odcięcia powyżej 5 punktów, wynosi 23% [11]. Autorzy zwracają uwagę na wyraźny gradient nasilenia się objawów depresyjnych i wzrostu częstości występowania depresji wraz z wiekiem – im starsza grupa wiekowa, tym większe rozpowszechnienie depresji. Odmienne wyniki odnotowano w populacji niemieckiej, gdzie w badaniu reprezentatywnym z udziałem osób w wieku 53–80 lat największy odsetek respondentów z depresją odnotowano w najmłodszych kohortach. Odwrotny gradient nasilenia depresji w zależności od wieku stwierdzony w badaniu PolSenior2 jest zdaniem autorów tego badania najważniejszą obserwacją dotyczącą depresji w polskiej populacji osób starszych. Najbardziej oczywistym wyjaśnieniem takiego wzorca jest według nich sytuacja, w której wraz ze starzeniem pogarsza się sytuacja socjalna i ekonomiczna ludzi.

Badania przesiewowe – tak

Zgodnie z *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)* wytyczne zalecają badanie skriningowe populacji ogólnej pacjentów dorosłych w kierunku depresji. Celem skriningu jest zaproponowanie pacjentowi dalszego postępowania adekwatnego do jego stanu zdrowia (zalecenie II.1).

Według autorów wytycznych konieczność przeprowadzania skriningu wynika z obserwacji, że depresja jest często niewłaściwie rozpoznawana, zwłaszcza u osób starszych. W 2010 r. tylko 2,3% wizyt uwzględniało badanie przesiewowe w kierunku depresji. Aż połowa osób cierpiących na depresję nie otrzymuje odpowiedniego leczenia, a w przypadku tych, którzy rozpoczynają terapię, zalecenia dotyczące leczenia pojawiają się średnio dopiero po 4 latach od wystąpienia objawów depresji. Badanie przesiewowe może pomóc w zapewnieniu właściwej opieki nie tylko pacjentom, którzy wcześniej nie byli leczeni psychiatrycznie, lecz także tym, u których depresja powróciła po okresie remisji. W skali

populacyjnej może się to również przyczynić do zmniejszenia liczby samobójstw. Dotychczasowe badania dotyczące osób starszych nie potwierdzają korzyści z badań przesiewowych, co może wynikać z faktu, że w późniejszym okresie życia częstsze występowanie chorób somatycznych ma wpływ zarówno na proces diagnostyczny, jak i na skuteczność leczenia przeciwdepresyjnego. Ważne jest również nastawienie samych pacjentów, ponieważ ich bierna postawa wobec terapii oraz obawa przed stygmatyzacją w związku z leczeniem zaburzeń psychicznych mogą mieć wpływ na skuteczność leczenia. Niemniej wprowadzenie badań przesiewowych w ogólnej populacji dorosłych z objawami depresji zwiększa szanse na remisję i odpowiedź na leczenie, szczególnie u osób, u których wcześniej nie została postawiona diagnoza depresji, przy równoczesnym zapewnieniu odpowiedniego wsparcia terapeutycznego po diagnozie. Duże zainteresowanie badaniami przesiewowymi ze strony pacjentów potwierdza większość badań, które były podstawą dla omawianych rekomendacji. Wynika z nich, że 80–90% osób zgłaszających się na badania przesiewowe wyraziło chęć ich wykonania.

Zgodnie z zaleceniem II.3.1 wykonanie skriningu jest rekomendowane u każdego pacjenta, który nie otrzymuje leczenia przeciwdepresyjnego. Badanie przesiewowe powinno być przeprowadzone z użyciem kwestionariusza *Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)*. Należy proponować pacjentowi wypełnianie kwestionariusza PHQ-2 najczęściej, jak to jest możliwe.

Odpowiedź twierdząca na dwa pytania kwestionariusza PHQ-2 pozwala wstępnie rozpoznać stan depresji (przy czułości testu 96% i swoistości 57%). Są to następujące pytania:

- 1) Czy w ciągu ostatniego miesiąca często byłeś zaniepokojony z powodu swojego przygnębienia, depresyjnego nastroju lub poczucia beznadziei?
- 2) Czy w ciągu ostatniego miesiąca przeszkadzało ci odczuwanie zmniejszonego zainteresowania lub przyjemności podczas wykonywania różnych czynności?

Ocena z zastosowaniem wystandaryzowanych narzędzi powinna być uzupełniona o zachowanie przez lekarzy POZ odpowiedniego poziomu uważności (czujności diagnostycznej) ukierunkowanej na wykrywanie objawów depresyjnych u swoich pacjentów. Jeśli dana osoba pozostaje długo pod opieką lekarza POZ, jest on w stanie rozpoznać zmiany w jej zachowaniu, sposobie komunikacji, treści i obszerności wypowiedzi, tonie głosu i mimi-

ce twarzy, które mogą wskazywać na pojawienie się depresji. Zdobycie dostatecznego doświadczenia w diagnozowaniu depresji może się przyczynić do doskonalenia tej umiejętności i budowania klinicznego uwrażliwienia i intuicji. Na podstawie wielu zdiagnozowanych przez siebie przypadków depresji lekarz uczy się spostrzegania sygnałów wskazujących na występowanie tego zaburzenia, co może ułatwiać rozpoznawanie zaburzeń depresyjnych u kolejnych zgłaszających się pacjentów [12].

Diagnoza depresji

Autorzy wytycznych zalecają przeprowadzenie u pacjentów z podejrzeniem depresji odpowiedniej diagnostyki obejmującej ocenę funkcjonalną, wywiad dotyczący chorób, poprzedniego leczenia i wywiad rodzinny (zalecenie II.4.1), a także ocenę ryzyka zagrożenia bezpieczeństwa (np. dokonania samobójstwa, objawów psychotycznych) podczas wstępnej oceny i w razie potrzeby okresowo później (zalecenie II.4.2).

Narzędziem do oceny nasilenia depresji u pacjentów diagnozowanych w tym kierunku jest kwestionariusz PHQ-9 (zalecenie II.5.1). Może on służyć do wstępnej oceny nasilenia depresji, planowania terapii i monitorowania postępu leczenia.

Należy podkreślić, że lekarz rodzinny może w pełni zdiagnozować i potwierdzić występowanie zaburzeń nastroju u pacjenta. Objawy depresji są oceniane indywidualnie i obejmują wiele symptomów, takich jak obniżony nastrój, poczucie braku szczęścia (przyjemności, satysfakcji z wykonywanych czynności), lęk, niskie poczucie własnej wartości, poczucie winy i braku sensu życia. Osoby dotknięte depresją często doświadczają utraty radości i przygnębienia. Mogą się również skarżyć na objawy fizyczne, takie jak utrata masy ciała, brak apetytu, zmniejszone zainteresowanie seksem, problemy ze snem lub doznawanie bólu. Warto pamiętać, że większość osób cierpiących na depresję nie jest skłonna otwarcie przyznać się do swojej choroby. Dlatego u pacjentów z podejrzeniem depresji rekomendacje zalecają odpowiednią diagnostykę, która obejmuje ocenę funkcjonalną, wywiad dotyczący wcześniejszych chorób i leczenia oraz wywiad rodzinny.

Autorzy rekomendacji wymieniają typowe objawy depresji:

- 1) znacznie obniżony nastrój,
- 2) wyraźne ograniczenie zainteresowań lub wyraźnie mniejsza satysfakcja z wykonywanych czynności,

- 3) wyraźna zmiana masy ciała (chudnięcie lub tycie),
- 4) bezsenność lub wzmożona senność,
- 5) pobudzenie lub zahamowanie ruchowe,
- 6) zmęczenie (poczucie utraty energii),
- 7) poczucie niskiej wartości, poczucie winy,
- 8) zaburzenia koncentracji, trudności z podejmowaniem decyzji,
- 9) nawracające myśli o śmierci, samobójstwie.

Rozpoznanie w przypadkach typowych wymaga współwystępowania w tym samym czasie co najmniej 5 spośród wymienionych objawów, w tym objawu numer 1 i/lub 2. Jeśli objawy depresji utrzymują się niemal przez cały dzień przez co najmniej 2 tygodnie, a 3 z nich występują w klinicznie znaczącym stopniu, to rozpoznanie depresji jest prawdopodobne. Jeśli natomiast obecnych jest 5 lub więcej objawów, należy skonsultować się z lekarzem specjalistą i rozpocząć leczenie.

Warto zwrócić uwagę na tzw. ostre objawy depresji, które obejmują zaburzenia normalnej aktywności, takie jak niezdolność do poradzenia sobie z codziennymi obowiązkami, trudności z pójściem do pracy czy nawet wstaniem z łóżka. Mogą występować także niejasne objawy somatyczne, takie jak zmęczenie, utrata apetytu i masy ciała, problemy ze snem. Osoby z depresją często mają trudności z radzeniem sobie z używkami (alkohol, narkotyki lub leki) oraz mogą doświadczać napadów agresji lub gwałtownych zachowań. Dodatkowo odczuwają frustrację, mają poczucie utraty przynależności do grupy i poczucie winy. Myśli, plany i próby samobójcze również są częstym zjawiskiem.

Na obecność depresji wskazują także inne objawy. Oprócz uczucia przygnębienia i objawów związanych bezpośrednio z depresją mogą występować objawy somatyczne bez wyraźnej przyczyny organicznej, nieadekwatne do stanu zdrowia, niezadowolone z opieki medycznej, brak poprawy w wyniku leczenia oraz długotrwała historia choroby.

Problemy ze snem, takie jak częste budzenie się w nocy i wczesne wstawanie, również są istotnym objawem depresji. Inne biologiczne objawy depresji obejmują utratę apetytu, utratę masy ciała o ponad 5% w ciągu miesiąca lub problemy z wypróżnianiem. Częste są uczucie zmęczenia, rozproszenie uwagi i ogólne spowolnienie psychomotoryczne. W niektórych przypadkach mogą się pojawić objawy paradoksalne i przeciwne, takie jak zwiększony apetyt, przybieranie na wadze lub całodobowa senność. Mogą wystąpić także wzmożone pobu-

dzenie psychoruchowe i brak odczuwania zmęczenia intensywnym trybem życia, natłok i chaos myśli, trudności z podejmowaniem decyzji lub działań. Kolejnymi objawami są spadek libido z impotencją i oziębłością oraz bóle mięśni.

Oprócz depresji o typowej charakterystyce klinicznej warto zwrócić uwagę na przypadki tzw. męskiej postaci depresji (może ona występować także u kobiet). Objawy depresji u mężczyzn częściej obejmują ataki złości, agresję, nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz podejmowanie ryzykownych zachowań. Kobiety natomiast częściej zgłaszają stres, drażliwość, problemy ze snem oraz utratę zainteresowania czynnościami, które wcześniej sprawiały przyjemność. W analizie *National Comorbidity Survey* [13] nie stwierdzono różnic w nasileniu depresji w zależności od płci – depresja o lekkim, umiarkowanym i ciężkim nasileniu występowała u obu płci w porównywalnym stopniu. Zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn najważniejszym objawem depresji był obniżony nastrój, czyli smutek. Napady złości, stres, drażliwość i lęk to kolejne często występujące objawy tego zaburzenia. Badanie przeprowadzone przez Martin i wsp. wskazuje, że opieranie diagnozy depresji na klasycznych objawach opisanych w klasyfikacji psychiatrycznej u mężczyzn może prowadzić do zbyt rzadkiego rozpoznawania tego zaburzenia. Niektóre symptomy, takie jak złość, irytacja czy podejmowanie ryzykownych zachowań, które mogą mieć tragiczne konsekwencje, zwykle nie są rozpatrywane jako objawy depresji [13].

W literaturze opisywane jest zjawisko tzw. depresji maskowanej. Najczęstszą „maską” depresji są zaburzenia snu [14].

Patient Health Questionnaire-9 – interpretacja

Kwestionariusz PHQ-9 składa się z 9 pytań zasadniczych i jednego pytania dodatkowego [15, 16]. Pytania zasadnicze dotyczą objawów depresji zawartych w kryteriach diagnostycznych DSM-IV. Badany zaznacza odpowiedzi na skali 0–3 w zależności od częstości występowania danego objawu w ciągu ostatnich 2 tygodni. Wyniki wersji angielskiej wskazują, że rezultat 10 punktów lub większy świadczy o dużym ryzyku występowania epizodu depresji z czułością 88% i swoistością 88%. Wynik ogólny mieści się w przedziale 0–27 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie depresji. Wynik poniżej 5 punktów oznacza brak depresji, 5–9 punktów łagodną depresję, 10–14 punktów

umiarkowaną depresję, 15–19 punktów umiarkowaną ciężką depresję, a powyżej 20 punktów ciężką depresję. Wyniki uzyskane w badaniach walidacyjnych potwierdzają, że polska wersja PHQ-9 jest narzędziem o dobrej rzetelności, czułości i swoistości u osób w wieku 18–60 lat, właściwym do wykonywania badania przesiewowego w kierunku depresji [15, 16].

Leczenie depresji – lekarz POZ czy psychiatra?

Na pytanie, czy pacjent z łagodną i umiarkowaną depresją może być skutecznie leczony w POZ, wytyczne odpowiadają jednoznacznie: tak, przy uwzględnieniu zaleceń dotyczących skierowania do lekarza psychiatry (zalecenie IV.1).

Kiedy skierować pacjenta do psychiatry? Według wytycznych chorzy na depresję o ciężkim, przewlekłym przebiegu lub lekooporną powinni być kierowani do lekarza psychiatry (zalecenie IV.2.1). Rozpoznanie depresji u kobiety w ciąży jest wskazaniem do zalecenia konsultacji i ewentualnego podjęcia leczenia u lekarza psychiatry (zalecenie IV.2.2). Pacjenci, u których stwierdzono czynniki ryzyka samobójstwa, powinni być pilnie poddani konsultacji psychiatrycznej (zalecenie IV.2.3).

Lekarz rodziny może skutecznie leczyć pacjentów z łagodnymi i umiarkowanymi epizodami depresji, jednak w przypadku ciężkiego nasilenia choroby zaleca się skierowanie pacjenta do psychiatry. Dotyczy to zarówno obiektywnej oceny objawów przez lekarza, jak i subiektywnej oceny, w której objawy pacjenta są bardziej nasilone niż u większości chorych na depresję, którymi lekarz się opiekuje. Również w przypadku depresji odpornej na leczenie, czyli w sytuacji, gdy podjęto odpowiednią terapię przeciwdepresyjną, ale nie przyniosła ona poprawy psychicznej w ciągu 4–6 tygodni, lub gdy objawy depresyjne utrzymują się przez długi czas z niezmiennym nasileniem i nie ustępują pod wpływem dotychczasowego leczenia stosowanego przez innych lekarzy (na podstawie informacji uzyskanych od pacjenta), wytyczne zalecają skierowanie pacjenta do psychiatry.

Innymi powodami skierowania pacjenta do psychiatry są występowanie nasilonych i uporczywych działań niepożądanych po rozpoczęciu leczenia przeciwdepresyjnego, pojawienie się nietypowych działań niepożądanych lub podejrzenie istotnej klinicznie interakcji między lekami przeciwdepresyjnymi a lekami stosowanymi w leczeniu chorób somatycznych.

W przypadku pacjentek w ciąży cierpiących na depresję leczenie powinno być prowadzone przez lekarza psychiatrę. Dotyczy to zarówno sytuacji, w której pacjentka wcześniej leczona z powodu depresji informuje lekarza o ciąży, jak i sytuacji, gdy u pacjentki w ciąży występuje epizod depresji. Bezpośrednie skierowanie pacjenta do szpitala psychiatrycznego jest konieczne w następujących sytuacjach:

- występują intensywne myśli samobójcze, których pacjent nie jest w stanie opanować,
- pacjent wyraża konkretne plany samobójcze dotyczące sposobu wykonania,
- pacjent niedawno podjął próbę samobójczą,
- za każdym razem, gdy lekarz ocenia, że treści samobójcze zgłaszane przez pacjenta stanowią wskazanie do takiego skierowania.

Skierowania do szpitala psychiatrycznego wymagają także objawy psychotyczne, które mogą poważnie zagrażać zdrowiu i/lub życiu pacjenta – na przykład urojenia winy, poczucie zasługiwania na karę i oczekiwanie na jej wykonanie lub urojenia prowadzące do zaprzestania albo znacznego ograniczenia spożywania pokarmów i płynów, co powoduje pogorszenie stanu somatycznego pacjenta. W populacji chorych na depresję często występują myśli samobójcze, plany samobójcze i próby samobójcze. Dlatego każdy lekarz podczas kontaktu z pacjentem cierpiącym na depresję powinien ocenić ryzyko samobójstwa, korzystając z odpowiednich skal i narzędzi klinicznych, choć nie zawsze jest to łatwe

Współpraca w miarę możliwości z lekarzem psychiatrą – tak

Rekomendacja IV.3.1 zaleca model opieki nad osobami z rozpoznaniem depresji oparty na współpracy między lekarzem rodzinnym i lekarzem psychiatrą. Sugerowana jest wymiana informacji między nimi dotyczących rodzaju depresji, diagnozy, postępowania terapeutycznego, w tym leczenia chorób współistniejących, oraz rokowania (zalecenie IV.3.2). Wymiana informacji między lekarzem psychiatrą a lekarzem rodzinnym powinna się odbywać za zgodą pacjenta. Zgoda ta powinna być uzyskana w trakcie pierwszej wizyty rozpoczynającej leczenie przez drugiego z lekarzy (np. w trakcie pierwszej wizyty u lekarza rodzinnego pacjenta leczonego przez psychiatrę z powodu depresji lub po poinformowaniu lekarza rodzinnego przez pacjenta, że odbył on konsultację u lekarza psychiatry). Zgodę pacjenta wraz z danymi kontaktowymi drugiego lekarza na-

leży odnotować w dokumentacji. Zgoda powinna wskazywać, że lekarz rodzinny może wymieniać informacje z lekarzem psychiatrą na temat stanu zdrowia i procesu leczenia w każdej sytuacji, która będzie tego wymagała ze względu na potrzeby zdrowotne pacjenta. W szczególności nie może ona zawierać zastrzeżenia o braku możliwości takiego kontaktu w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta i większego nasilenia objawów depresji.

Informować pacjenta – tak

Wytyczne zalecają, aby planowanie leczenia obejmowało edukację pacjenta na temat choroby i opcji terapeutycznych, z uwzględnieniem korzyści i ryzyka. Indywidualny plan terapii powinien funkcjonować na zasadzie współdecydowania i określenia ról osoby leczącej, pacjenta i sieci wsparcia (zalecenie V.1.1). Autorzy dokumentu wskazują na potrzebę edukowania osób w wieku podeszłym z depresją, a także ich rodzin i opiekunów na temat depresji, zasad higieny psychicznej, interwencji terapeutycznych i dalszej opieki (zalecenie V.1.2).

Dla uzyskania skutecznego leczenia depresji istotne jest odpowiednie edukowanie pacjenta (oraz ewentualnie osób z jego otoczenia) na temat tego zaburzenia i zasad jego leczenia, typowych cech przebiegu choroby (możliwość nawrotów) oraz zasad farmakoterapii. Bez wprowadzenia elementu edukacji przez lekarza, który rozpoczyna i prowadzi leczenie, niemożliwe jest osiągnięcie właściwego efektu terapeutycznego. Edukacja powinna obejmować indywidualną rozmowę z lekarzem oraz ewentualnie dostarczenie materiałów pisemnych dotyczących depresji i sposobów jej leczenia.

Wytyczne zalecają, aby edukacja była kompleksowym elementem opieki nad pacjentami z depresją i w miarę możliwości obejmowała również osoby z ich społecznego otoczenia. Edukacja osób starszych powinna uwzględniać następujące elementy:

- wyjaśnienie, że depresja to choroba, a nie defekt charakteru osoby, która ją przeżywa,
- zapewnienie, że depresję można skutecznie leczyć,
- wyjaśnienie, że celem leczenia jest całkowite ustąpienie objawów depresji,
- omówienie z pacjentem objawów, przebiegu i potencjalnych przyczyn depresji,
- przedyskutowanie dostępnych opcji leczenia,
- wskazanie zasad higieny psychicznej, których przestrzeganie może korzystnie wpływać na zdrowie psychiczne (regularny sen, unikanie posiłków, alkoholu i palenia przed snem, stwo-

zenie odpowiedniego środowiska sprzyjającego nocnemu odpoczynkowi, utrzymanie aktywności fizycznej w ciągu dnia i in.),

- podkreślenie korzyści wynikających z aktywności fizycznej.

W przypadku osób starszych konieczne jest właściwe zrozumienie obserwowanych zmian samopoczucia i zachowania w tej grupie wiekowej (ich rozumienie jako objawów depresji, a nie nieuchronnych następstw starszego wieku).

Edukacja powinna również zawierać informacje dotyczące zasad leczenia farmakologicznego, jeśli zostanie zastosowane, oraz objawów i sytuacji, w których pacjent powinien skonsultować się z lekarzem lub inną osobą, która może go wesprzeć w uzyskaniu pomocy medycznej. Trzeba podkreślić konieczność współpracy pacjenta w leczeniu farmakologicznym depresji. Aby zapewnić tę współpracę, niezbędne jest nawiązanie pewnego rodzaju kontraktu terapeutycznego zarówno z pacjentem, jak i z jego bliskimi. Ważne jest, aby edukacja, czyli przekazywanie informacji, była dostosowana do potrzeb pacjenta i uwzględniała jego zasoby, takie jak poziom wykształcenia, krąg kulturowy, pochodzenie etniczne, dotychczasową wiedzę na temat depresji i jej leczenia, a także ogólne przekonania dotyczące zdrowia i interwencji medycznych. Informacje, które nie są dostosowane do tych czynników i znacznie odbiegają od przekonań i wiedzy pacjenta, mogą być odrzucone, co może mieć negatywny wpływ na przebieg leczenia i prowadzić do nieprzestrzegania zaleceń lekarskich.

Edukacja powinna również uwzględniać osoby bliskie pacjentowi, o ile jest to konieczne i możliwe. Osoby te mogą mieć istotny wpływ na decyzje pacjenta dotyczące poszukiwania pomocy, akceptację postawionej diagnozy oraz współpracę z lekarzem w trakcie terapii. Negatywne nastawienie tych osób do któregośkolwiek z wymienionych elementów może skutkować tym, że pacjent nie będzie ujawniał objawów depresji podczas wizyty lekarskiej, nie zaakceptuje diagnozy i w konsekwencji nie będzie współpracował w realizacji planu leczenia.

W trakcie edukacji lekarz powinien opierać się na ocenie dotychczasowej wiedzy pacjenta i jego przekonań na temat depresji, jej leczenia oraz innych związanych z tym kwestii, takich jak diagnoza psychiatryczna, przyjmowanie leków psychotropowych i uczestnictwo w innych formach terapii stosowanych w zaburzeniach psychicznych. Jeśli pacjent posiada pewną wiedzę w tym zakresie, należy ją ujawnić i uwzględnić podczas edukacji. Jeśli

przekonania pacjenta wymagają korekty lub dodatkowych wyjaśnień ze strony lekarza, należy te informacje przekazać w sposób rzeczowy, niekonfrontacyjny i z szacunkiem dla opinii pacjenta, nawet jeśli wymaga ona modyfikacji lub zmiany.

Edukacja na temat zasad farmakoterapii – tak

Jeśli lekarz zdecyduje o zainicjowaniu leczenia farmakologicznego, konieczne jest przekazanie pacjentowi następujących informacji:

- leki przeciwdepresyjne nie uzależniają – ich przyjmowanie nawet przez długi czas nie wiąże się z ryzykiem uzależnienia,
- leki przeciwdepresyjne zaczynają swoje działanie po 2–4 tygodniach ich systematycznego przyjmowania, co oznacza, że pierwsze elementy poprawy samopoczucia lub zachowania, które mogą być dostrzeżone przez pacjenta, pojawiają się po tym czasie, a następnie poprawa ujawnia się w coraz pełniejszy sposób,
- leki przeciwdepresyjne należy zażywać codziennie zgodnie z zaleceniem lekarza, nie są one przeznaczone do przyjmowania doraźnego,
- bezpośrednio po uzyskaniu poprawy samopoczucia i funkcjonowania nie należy odstawić leków przeciwdepresyjnych,
- jeśli zachodzi potrzeba zmiany dawkowania zaleconych leków, powinno się jej dokonywać po konsultacji z lekarzem prowadzącym.

Leczenie powinno się kontynuować w okresie wskazanym w rekomendacjach, o czym należy poinformować pacjenta. Lekarz powinien przedstawić choremu najczęściej występujące objawy niepożądane (możliwe do przewidzenia i występujące z istotną częstością w określonych grupach chorych). Warto powiedzieć pacjentowi, że działania niepożądane leków przeciwdepresyjnych występują najczęściej wyłącznie na początku leczenia, a większość z nich ma charakter niegroźny i przemijający. W sytuacjach ich większego nasilenia lub wystąpienia nietypowych działań niepożądanych wskazany jest bezpośredni kontakt z lekarzem prowadzącym leczenie.

Wskazane jest poinformowanie pacjenta o potrzebie zachowania codziennej aktywności dostosowanej do zasad leczenia (np. regularna pora kładzenia się spać w sytuacji stosowania leków przeciwdepresyjnych promujących sen).

Po okresie leczenia (o różnej, opisanej niżej długości) możliwe jest odstawienie leku przeciwdepresyjnego, natomiast nie należy tego robić nagle,

ponieważ wówczas mogą wystąpić objawy odstawienne spowodowane nagłym spadkiem stężenia substancji czynnej w surowicy. Stopniowe odstawianie leków pozwala ich uniknąć lub znacznie je ograniczyć. Problem odstawienia leku przeciwdepresyjnego należy przedyskutować z lekarzem – nie wolno takiej decyzji podejmować samodzielnie.

W pierwszym okresie przyjmowania mogą wystąpić objawy będące skutkiem adaptacji organizmu do nowej substancji, np. nudności, bóle brzucha, biegunka, zawroty głowy, niepokój, zaburzenia snu, gorsza koncentracja, senność lub pobudzenie. W ciągu ok. 2 tygodni objawy stają się stopniowo coraz słabsze, ich nasilenie zazwyczaj nie jest duże i nie wymagają one odstawienia leku. Jeżeli jednak pacjent odczuwa z ich powodu znaczny dyskomfort, np. wymiotuje, należy zgłosić się na wizytę kontrolną i rozważyć zmianę leku. Fakt, że jeden lek był źle tolerowany, nie oznacza, że podobnie będzie w przypadku innych leków.

Bezpieczeństwo leczenia od strony somatycznej

Osoby, u których depresję rozpoznano po raz pierwszy, powinny przejść ocenę medyczną w celu stwierdzenia/wykluczenia podstawowych chorób współistniejących, takich jak nadciśnienie tętnicze, otyłość, cukrzyca, bezdech senny, zaburzenia funkcji tarczycy, nerek i wątroby (zalecenie V.2.3).

Jeśli już włączono leczenie, to badanie wpływu leków na ogólny stan zdrowia powinno być zindywidualizowane, prowadzone w sposób rutynowy i obejmować monitorowanie masy ciała, stężenia lipidów, glikemii, ciśnienia tętniczego, funkcji tarczycy, nerek i wątroby, liczby leukocytów, a u kobiet także regularności miesiączkowania (zalecenie V.2.5).

Należy zachować ostrożność przy przepisywaniu i podawaniu leków osobom w wieku podeszłym, skrupulatnie monitorować i dokumentować stosowanie leków oraz efekty ich działania. Lekarz powinien zwracać szczególną uwagę na polipragmazję oraz leki zwiększające ryzyko działań niepożądanych i chorób u osób w wieku podeszłym (zalecenie V.2.6).

Należy uzyskać od każdego pacjenta informacje na temat wszystkich aktualnie stosowanych leków i suplementów diety oraz innych przyjmowanych substancji (np. preparatów przyjmowanych w związku z aktywnością sportową, produktów ziołowych, w szczególności preparatów dziurawca).

Zasady doboru leków przeciwdepresyjnych

Leczenie farmakologiczne depresji powinno być oparte na następujących zasadach:

- adekwatna próba leczenia lekami przeciwdepresyjnymi rozumiana jest jako leczenie przez co najmniej 3 tygodnie w zalecanych dawkach z użyciem odpowiedniego leku (zalecenie V.3.1),
- przy wdrażaniu leczenia przeciwdepresyjnego powinno się systematycznie monitorować odpowiedź kliniczną i występowanie działań niepożądanych (zalecenie V.3.2),
- konieczne jest przeprowadzenie dokładnego badania psychiatrycznego, w tym oceny ryzyka samobójstwa, dwubiegunowości, współchorobowości, stosowanych leków, specyfiki objawów i zespołów objawów oraz możliwości terapeutycznych,
- konieczne jest uwzględnienie preferencji pacjenta co do sposobu leczenia farmakologicznego i nefarmakologicznego,
- należy przeanalizować poprzednie leczenie, w tym stosowane dawki, czas, odpowiedź na terapię oraz występowanie działań niepożądanych leków przeciwdepresyjnych i innych przyjmowanych leków,
- wskazane jest wykonanie w uzasadnionych klinicznie przypadkach badań laboratoryjnych, w tym lipidogramu i stężenia enzymów wątrobowych, a także elektrokardiogramu – ponowna ocena stanu pacjenta po 2 tygodniach od rozpoczęcia leczenia pod kątem tolerancji, bezpieczeństwa i początkowej poprawy, kolejne badania kontrolne co 2–4 tygodnie,
- wskazane jest wykorzystanie narzędzi psychometrycznych do oceny nasilenia objawów i monitorowania ich zmian w czasie, co ułatwia podejmowanie decyzji klinicznych.

Zalecenia ogólne

W przypadku zaburzeń depresyjnych o umiarkowanym i głębokim nasileniu preferowanym postępowaniem jest farmakoterapia za pomocą leków przeciwdepresyjnych. W przypadku depresji o łagodnym nasileniu można zastosować leki przeciwdepresyjne, ale interwencje psychoterapeutyczne i psychospołeczne mogą być wystarczające. W wyborze metody leczenia istotne są preferencje pacjenta oraz dostęp do psychoterapeuty, co często determinuje początkowy wybór terapii. Najczęściej stosowaną metodą psychoterapeutyczną w leczeniu depresji jest terapia poznawczo-behawioralna.

Warto zauważyć, że skuteczność leków przeciwdepresyjnych wzrasta wraz z nasileniem depresji, dlatego osoby z łagodnymi objawami mogą nie uzyskać takiej samej korzyści z farmakoterapii.

Działania niepożądane leków

Leki przeciwdepresyjne wykazują znaczną różnorodność w zakresie działań niepożądanych. Te działania mogą mieć istotny wpływ na tolerancję leczenia, współpracę pacjenta oraz odpowiedniość danego leku u osób z dodatkowymi chorobami somatycznymi. Na przykład u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca preferowane są leki, które nie mają wpływu na ciśnienie tętnicze i przewodzenie impulsów w sercu. W wyborze leku przeciwdepresyjnego ważne jest uwzględnienie informacji dotyczących skuteczności, ryzyka, tolerancji leczenia oraz możliwości współpracy z pacjentem.

Spośród leków przeciwdepresyjnych selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (*selective serotonin reuptake inhibitor* – SSRI) uważane są za ogólnie bezpieczne. Należy jednak pamiętać o potencjalnie niebezpiecznych powikłaniach, takich jak ryzyko krwawienia związane z ich wpływem na funkcję płytek krwi (zwłaszcza przy jednoczesnym stosowaniu innych leków przeciwkrzepliwych), ryzyko zespołu nieadekwatnego wydzielania wazopresyny (*syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion* – SIADH) oraz ryzyko wydłużenia odcinka QTc i zespołu serotoninowego (zwłaszcza przy interakcjach z innymi substancjami serotonergicznymi). Konieczne jest uwzględnienie tych czynników podczas leczenia depresji. Należy pamiętać, że stosowanie agomelatyny jest ograniczone u pacjentów z niewydolnością wątroby. Lek ten może powodować znaczne wzrosty stężenia transaminaz, a w niektórych przypadkach zgłaszano żółtaczkę, zapalenie wątroby i niewydolność wątroby. Zaleca się regularne monitorowanie stężenia enzymów wątrobowych, szczególnie podczas wprowadzania leku i zwiększania dawek. Agomelatyna przy prawidłowym stosowaniu jest dobrze tolerowana i ma pozytywny wpływ na regulację rytmów snu i czuwania oraz redukcję depresyjnej anhedonii (niezdolności do odczuwania przyjemności).

Przy wyborze leku przeciwdepresyjnego istotne jest uwzględnienie skuteczności, tolerancji, obecności innych zaburzeń psychicznych, profilu objawów niepożądanych (w tym przyrostu masy ciała, dysfunkcji seksualnych), bezpieczeństwa stosowania w zależności od ewentualnych chorób współistniejących, wieku pacjenta, innych przyjmowanych

leków (potencjalnych interakcji), charakterystyki klinicznej depresji (nasilenie, atypowe cechy, współwystępowanie lęku, bezsenność itp.), zaangażowania pacjenta w przestrzeganie zaleceń, skuteczności leku u bliskich krewnych, doświadczenia lekarza z danym lekiem, preferencji pacjenta, wygody stosowania, dostępności i ceny leku.

W przypadku depresji u osób starszych często występują trudności diagnostyczne i terapeutyczne ze względu na odmienną obrazu klinicznego w porównaniu z młodszymi pacjentami. Starsi chorzy częściej doświadczają nasilonych obaw, poczucia beznadziejności, lęku oraz myśli o śmierci. Objawy somatyczne depresji w tej grupie wiekowej to przede wszystkim dolegliwości bólowe. Obserwuje się również częstsze występowanie dysfunkcji poznawczych, takich jak zaburzenia uwagi, pamięci i funkcji wykonawczych, a także spowolnienie tempa procesów poznawczych.

W grupie chorych w podeszłym wieku z zaburzeniami somatycznymi istotnie większe jest ryzyko wystąpienia zaburzeń nastroju. Dotyczy to w szczególności współwystępowania depresji z chorobami układu krążenia, chorobami neurologicznymi, zaburzeniami hormonalnymi oraz chorobami układu oddechowego. W doborze farmakoterapii w tej grupie pacjentów kluczowe jest uwzględnienie obecności innych chorób somatycznych oraz prowadzonego leczenia. Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny wykazują łagodne działanie antyagregacyjne względem płytek krwi oraz poprawiają tolerancję glukozy, co częściowo może się przyczyniać do poprawy jakości leczenia. Wymaga to jednak szczególnej uważności leczonego ze względu na ryzyko krwawienia z przewodu pokarmowego przy równoczesnym stosowaniu niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Długotrwałe przyjmowanie SSRI u chorych w wieku podeszłym zwiększa ryzyko upadków i złamań, pozostających bez związku z hipotonią, obserwowanych głównie w pierwszych 6 tygodniach.

Wybór leku

Leczenie farmakologiczne osób z rozpoznaniem depresji powinno być zindywidualizowane (spersonalizowane). Nie dysponujemy obecnie lekiem, który byłby skuteczny w każdej postaci depresji i u wszystkich osób. Każdy lek przeciwdepresyjny ma swój indywidualny profil działania [17, 18]. W związku z tym nie można rekomendować wyboru przez lekarza POZ jednego leku i stosowania go u wszystkich zgłaszających się osób z depresją.

Właściwą strategią jest wybór kilku leków, z którymi lekarz ma największe doświadczenie, i dobieranie jednego spośród nich w indywidualnym przypadku osoby z depresją. Ten zakres stosowanych kilku leków spośród listy leków pierwszego wyboru może być ustalony przez lekarza na podstawie własnego doświadczenia klinicznego [9].

Często wykorzystywane leki, których zindywidualizowane stosowanie może pozwolić na uzyskanie poprawy u znacznej grupy pacjentów z rozpoznaniem depresji, to:

- SSRI – np. escitalopram, sertralina, ale także inne z tej grupy (citalopram, paroksetyna),
- inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (*serotonin and noradrenaline reuptake inhibitor* – SNRI) – np. duloksetyna ze względu na zrównoważone działanie na dwa neuroprzekazniki – serotoninę, noradrenalinę – w całym zakresie dawek, działanie przeciwbólowe [19],
- trazodon – działanie przeciwdepresyjne, promujące sen, przeciwłękowe, zachowujące pełen zakres przeżywania emocjonalnego, nie powoduje dysfunkcji seksualnych [20],
- mirtazapina – działanie przeciwdepresyjne, promujące sen, przeciwłękowe, uspokajające [21].

Wymienione wyżej leki są dostępne pod wieloma nazwami handlowymi. Powyższa lista nie wyczerpuje wszystkich skutecznych metod leczenia farmakologicznego depresji, została zaproponowana jedynie jako przykład. Pełną listę dostępnych leków zawiera tabela 1, zostały one także opisane w zaleceniach farmakoterapii depresji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [7].

Po rozpoczęciu farmakoterapii

W wyniku wdrożonego leczenia farmakologicznego następuje poprawa kliniczna u znaczącej grupy osób z depresją, jednak nie u wszystkich. Wytyczne wskazują, że pacjentów nieodpowiadających na leczenie farmakologiczne po minimum 4–6 tygodniach (odpowieź częściowa lub bez odpowiedzi na leczenie) należy skierować do psychiatrii (zalecenie V.4.1). Po rozpoczęciu leczenia depresji należy monitorować stan pacjenta przynajmniej raz w miesiącu aż do osiągnięcia remisji. Monitorowanie powinno obejmować co najmniej ocenę natężenia objawów, przestrzegania zaleceń terapeutycznych i występowania działań niepożądanych (zalecenie V.5.1).

W początkowym okresie leczenia (od momentu rozpoczęcia terapii do pierwszej wizyty kontrol-

nej) ważne jest, aby pacjent miał możliwość skontaktowania się z lekarzem w sytuacjach nagłych związanych z terapią. Istnieje różne formy takiego kontaktu w zależności od dostępnych możliwości. Jeśli celem jest rozwianie bieżących wątpliwości, łagodzenie niepokoju pacjenta związanego z leczeniem oraz udzielenie mu wsparcia emocjonalnego, można wykorzystać telemedycynę, na przykład kontakt telefoniczny.

Jak długo prowadzić farmakologiczne leczenie depresji?

U chorych na depresję, którzy osiągnęli remisję, wytyczne zalecają kontynuację stosowania leku przeciwdepresyjnego przez co najmniej 6 miesięcy w stałej, wcześniej skutecznej dawce w celu zmniejszenia ryzyka nawrotu (zalecenie V.6.1). U osób leczonych farmakologicznie, u których występuje duże ryzyko kolejnych epizodów depresji, rekomenduje się kontynuację terapii podtrzymującej przez co najmniej 12 miesięcy i do rozważenia bezterminowo (zalecenie V.6.2).

Do czynników przemawiających za wydłużeniem czasu leczenia podtrzymującego (2 lata lub dłużej) z użyciem leków przeciwdepresyjnych należą:

- częste, nawracające epizody depresji,
- epizody o dużym nasileniu (z objawami psychiatrycznymi, ze znacznym upośledzeniem funkcjonowania, z myślami lub zamiarami samobójczymi),
- epizody o przewlekłym przebiegu,
- obecność innych zaburzeń psychicznych lub zaburzeń somatycznych,
- obecność objawów rezydualnych depresji,
- epizody wykazujące oporność na leczenie.

Leczenie farmakologiczne pierwszego epizodu depresji zazwyczaj trwa 6–12 miesięcy. Jeśli pacjent stosuje farmakoterapię i istnieje wysokie ryzyko kolejnych epizodów depresji, zaleca się terapię podtrzymującą przez co najmniej 12 miesięcy. Na podstawie wyników badań uzasadnione jest utrzymanie profilaktycznego leczenia przez co najmniej 24 miesiące, a w niektórych przypadkach bezterminowo. Przyjmuje się, że profilaktyczne leczenie drugiego epizodu depresji powinno trwać 2–3 lata po osiągnięciu remisji objawowej. W przypadkach trudnego przebiegu leczenia, takich jak przewlekła depresja, brak pełnej remisji, współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych, szybki nawrót depresji, a także w przypadku leczenia trzeciego epizodu depresji uzasadniona jest bezterminowa farmakoterapia profilaktyczna.

Tabela 1. Zalecenia dotyczące stosowania leków przeciwdepresyjnych według wytycznych *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)*

Wskazanie (poziom wiarygodności danych)	Nazwa leku	Mechanizm działania	Dawka (mg)
leki pierwszego wyboru (1)	agomelatyna	agonista MT1 i MT2 antagonista 5-HT2	25–50
	bupropion XR	NDRI	150–300
	citalopram	SSRI	20–40
	duloksetyna	SNRI	60
	escitalopram	SSRI	10–20
	fluoksetyna	SSRI	20–60
	fluwoksamina	SSRI	100–300
	mianseryna	agonista receptorów α 2-adrenergicznych antagonista 5-HT2	60–120
	moklobemid	odwracalny inhibitor MAO-A	300–600
	mirtazapina	agonista receptorów α 2-adrenergicznych antagonista 5-HT2	15–45
	paroksetyna	SSRI	20–50
	reboksetyna	inhibitor wychwytu zwrotnego noradrenaliny	8–10
	sertralina	SSRI	50–200
	trazodon CR, XR	inhibitor wychwytu zwrotnego serotoniny antagonista 5-HT2	150–300
	wenlafaksyna	SNRI	75–225
wortioksetyna	inhibitor wychwytu zwrotnego serotoniny agonista 5-HT1A częściowy agonista 5-HT1B antagonista 5-HT1D, 5-HT3A, 5-HT7	10–20	
leki drugiego wyboru (1)	amitryptylina	TCA	różne
	doksepina	TCA	
	klomipramina	TCA	
	opipramol	TCA	

5-HT (5-hydroxytryptamine) – 5-hydroktryptamina, MAO (monoamine oxidase) – monoaminooksydaza, MT (melatonin) – melatonina, NDRI (noradrenaline and dopamine reuptake inhibitor) – inhibitory wychwytu zwrotnego noradrenaliny i dopaminy, SNRI (serotonin and noradrenaline reuptake inhibitor) – inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny, SSRI (selective serotonin reuptake inhibitor) – inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny, TCA (tricyclic antidepressant) – trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne

Źródło: Samochowiec J, Dudek D, Kucharska-Mazur J i wsp. Diagnostyka i leczenie depresji u dorosłych – wytyczne dla lekarzy rodzinnych. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne i Naczelna Izba Lekarska. Warszawa 2019 (Przedruk z: Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS i wsp.; CANMAT Depression Work Group: Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry* 2016; 61: 540-560).

Nutraceutyki i probiotyki

Zalecenia Światowej Federacji Towarzystw Psychiatrii Biologicznej (*The World Federation of Societies of Biological Psychiatry* – WFSBP) i Grupy Roboczej Kanadyjskiej Sieci Leczenia Zaburzeń Nastroju i Lękowych (*Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* – CANMAT) [8] wskazują, że niektóre substancje należące do grupy nutraceutyków i probiotyków mogą mieć działanie wspierające w terapii depresji. Wielonienasycone kwasy tłuszczowe omega-3 w dawkach standaryzowanych na 1 g do 2 g kwasu eikozapentaenowego (EPA) są zaleca-

ne jako uzupełnienie w leczeniu depresji, jednak obecnie nie są zalecane do prowadzenia monoterapii (choć nadal mogą być skuteczne u osób z podwyższonymi parametrami stanu zapalnego i/lub otyłością). Witamina D w dawkach 1500–4000 IU dziennie uzyskała rekomendacje o niskiej sile jako uzupełnienie lub monoterapia w depresji. Pewne szczepy bakterii probiotycznych (np. *Lactobacillus* i *Bifidobacterium* spp.) w dawkach 1–10 mld jednostek dziennie są warunkowo zalecane jako uzupełnienie leczenia oraz uzyskały rekomendację o niskiej sile w monoterapii depresji. Wyniki metaanaliz

wskazują na istnienie dowodów wspierających ich skuteczność w leczeniu depresji, choć większość badań nad wpływem probiotyków na nastrój skupiła się na objawach depresyjnych, a nie na zdiagnozowanym zaburzeniu depresyjnym. Cynk w dawce 25 mg dziennie uzyskał warunkowe zalecenie jako uzupełnienie terapii depresji. Metylofolian w dawce 15 mg dziennie jest warunkowo zalecany jako uzupełnienie leczenia depresji. Kwas foliowy natomiast nie jest zalecany.

Warunkowe zalecenie opiera się na tym, że dana substancja uzyskała pozytywne wyniki w metaanalizach (co najmniej dwóch) lub przeglądach piśmiennictwa o dobrej lub przeciętnej jakości, w których potwierdzono akceptowalne lub wystarczające dane dotyczące bezpieczeństwa i tolerancji.

Cytowane rekomendacje obejmują także zastosowanie niektórych produktów pochodzenia roślinnego (na przykład ziela dziurawca, szafranu i kurkuminy), co do których istnieją dane wskazujące na znaczenie w terapii depresji lub jako postępowania uzupełniającego [8].

Podsumowanie

Lekarz POZ może prowadzić skuteczne leczenie depresji, przestrzegając opisanych wyżej zasad kierowania pacjentów z depresją do specjalisty psychiatrii.

Współpraca lekarza z pacjentem, edukacja, wyjaśnianie wszelkich trudności w leczeniu, wątpliwości pacjenta, uwzględnianie i spokojne omawianie jego obaw i lęków w wielu wypadkach są warunkiem niezbędnym prowadzenia skutecznego leczenia.

Leczenie farmakologiczne powinno być dobierane indywidualnie do potrzeb każdej osoby, u której zdiagnozowano depresję.

Piśmiennictwo

1. Samochowiec J, Dudek D, Kucharska-Mazur J i wsp. Diagnostyka i leczenie depresji u dorosłych – wytyczne dla lekarzy rodzinnych. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne i Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 2019. <https://wytyczne.org/>.
2. Lam RW, Kennedy SH, Parikh SV i wsp. CANMAT Depression Work Group: Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: introduction and methods. *Can J Psychiatry* 2016; 61: 506-509.
3. Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care. 2nd ed. Registered Nurses' Association of Ontario, Toronto 2016. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-older-adults-delirium-dementiaand-depression>. Dostęp: 7.01.2019.
4. The Management of Major Depressive Disorder Working Group. Clinical Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder. Department of Veterans Affairs, Department of Defense 2016. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VA-DoDMDDCPFINAL82916.pdf>. Dostęp: 7.01.2019.
5. Malhi GS, Bassett D, Boyce P i wsp. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2015; 49: 1087-1206.
6. Final Recommendation Statement: Depression in Adults: Screening. U.S. Preventive Services Task Force 2016. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/depression-in-adults-screening1>. Dostęp: 07.01.2019.
7. Samochowiec J, Dudek D, Kucharska-Mazur J i wsp. Leczenie farmakologiczne epizodu depresji i zaburzeń depresyjnych nawracających – wytyczne Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Konsultanta krajowego ds. Psychiatrii Dorosłych. *Psychiatr Pol* 2021; 55: 235-259.
8. Sarris J, Ravindran A, Yatham LN i wsp. Clinician guidelines for the treatment of psychiatric disorders with nutraceuticals and phytochemicals: The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) and Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Taskforce. *World J Biol Psychiatry* 2022; 23: 424-455.
9. Murawiec S. Signposts in the treatment of depression and anxiety. Different effects of various medications in the treatment of depression, anxiety and insomnia – in the example of escitalopram, duloxetine, mianserin, pregabalin and quetiapine. *Psychiatria Spersonalizowana* 2022; 1: 16-23.
10. Wciórka J, Stefanowski B, Świtaj P, Stokwiszewski J. Zaburzenia nastroju. W: Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”. Moskalewicz J, Wciórka J (red.). Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2021.
11. Zagożdżon P, Broczek K, Kujawska-Danecka H i wsp. Występowanie objawów depresyjnych. W: PolSenior2 – Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem. Błędowski P, Grodzicki T, Mossakowska M, Zdrojewski T (red.). Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2021.
12. Grimalt R, Murawiec S, Tryjanowski P. Jizz in birdwatching activity and clinical practice: how it works and why? *Arch Psychiatr Psychother* 2023; 25: 59-63.
13. Martin LA, Neighbors HW, Griffith DM. The experience of symptoms of depression in men vs women: analysis of the national comorbidity survey replication. *JAMA Psychiatry* 2013; 70: 1100-1106.
14. Grobel I, Murawiec S. „Depresja maskowana” – zarysowanie problemu i opis przypadku. *Terapia* 2021; 11: 54-60.
15. Kokoszka A, Jastrzębski A, Obrębski M. Ocena psychometrycznych właściwości polskiej wersji Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta-9 dla osób dorosłych. *Psychiatria* 2016; 13: 187-193.
16. Tomaszewski K, Zarychta M, Bienkowska A i wsp.: [Validation of the Patient Health Questionnaire-9 Polish version in the hospitalised elderly population]. *Psychiatr Pol* 2011; 45: 223-233.

17. Murawiec S, Krzystanek M. Symptom cluster-matching antidepressant treatment: a case series pilot study. *Pharmaceuticals* 2021; 14: 526.
18. Murawiec S. Psychofarmakologia skoncentrowana na leku spotyka psychofarmakoterapię skoncentrowaną na osobie – leki przeciwdepresyjne. *Psychiatr Psychol Klin* 2022; 22: 204-213.
19. Bieńkowski P. Właściwości farmakologiczne inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny – przykład duloksetyny. *Psychiatry* 2017; 14: 75-77.
20. Cuomo A, Bianchetti A, Cagnin A i wsp. Trazodone: a multifunctional antidepressant. Evaluation of its properties and real-world use. *J Gerontol Geriatr* 2021; 69: 120-129.
21. Murawiec S. Farmakoterapia u chorych z depresją i zaburzeniami snu. *Medycyna Faktów* 2020; 13: 67-73.

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Sławomir Murawiec
Harmonia, Poradnia Zdrowia Psychicznego
Grupa LUX MED
Warszawa
e-mail: smurawiec@gmail.com