

DEPRESJA

Dominika Dudek

SŁOWA KLUCZOWE:

zaburzenia depresyjne, anhedonia, depresja w wieku podeszłym, depresja u kobiet w okresie okołoporodowym, Test Dziewięciu Pytań (PHQ-9), leki przeciwdepresyjne (LPD)

Depresja należy do najczęstszych zaburzeń psychicznych, a liczba zachorowań wskazuje stałą tendencję do wzrostu. Obecnie szacuje się, że różne formy depresji i objawów depresyjnych występują u ponad 10% populacji, około dwukrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Depresja jest chorobą o wieloczynnikowej etiologii i u każdego pacjenta można odnaleźć zarówno uwarunkowania psychologiczno-społeczne, jak i czysto biologiczne [1].

W przebiegu **nawracających zaburzeń depresyjnych** (choroby afektywnej jednobiegunowej) u pacjenta w przeciągu życia występują epizody depresyjne bez faz maniakalnych czy hipomaniakalnych. W naturalnym przebiegu nieleczony epizod depresyjny trwa przeciętnie powyżej 6 miesięcy, a choroba charakteryzuje się znaczną nawrotowością. W licznych naturalistycznych badaniach obejmujących duże grupy pacjentów ryzyko nawrotu waha się w granicach 19–30% w ciągu pierwszych 6 miesięcy, 37–41% w ciągu roku i 25–59% po 2 latach od momentu osiągnięcia remisji. Skumulowane ryzyko nawrotu po 5 i 15 latach sięga natomiast odpowiednio 74% i 85% [2]. Ryzyko wystąpienia kolejnego epizodu depresyjnego

wzrasta wraz z liczbą dotychczas przebytych faz depresyjnych. U około 10–15% pacjentów choroba ma przebieg przewlekły, co oznacza, że objawy depresji utrzymują się przez lata lub dłużej. Niekiedy na tle przewlekłego zespołu depresyjnego lub dystymii pojawiają się okresowe zaostrzenia objawów (tzw. podwójna depresja) [3].

Smutek a depresja

Słowo „depresja” jest jednym z pojęć nadużywanych we współczesnym języku, a przez to zdewaluowanych. Potocznie oznacza stan chwilowego przygnębienia, chandry, obniżenia nastroju. Stwierdzenie: „jestem w depresji” bywa używane zamiast bardziej adekwatnego: „jest mi smutno”. Granica pomiędzy smutkiem a zaburzeniem psychicznym, za jakie należy uznać zespół depresyjny, jest płynna, co bywa przyczyną trudności i pomyłek diagnostycznych. Przygnębienie czy lęk mogą być wynikiem przeżywanego traum, z drugiej strony stany te pojawiają się niekiedy bez uchwytnych przyczyn. Występowanie smutku czy nawet rozpacz w tzw. reakcji żałoby po utracie kogoś bliskiego wydaje się jak najbardziej adekwatne i zgodne z naturą rzeczy. Powstawanie takich samych przeżyć bez zewnętrznego powodu nie jest już równie oczywiste. Podobnie nie jest oczywisty smutek, który nie reaguje na żadne próby pocieszenia ani na korzystną zmianę sytuacji zewnętrznej. Określenie „zespół depresyjny” nie daje jednoznacznego wyobrażenia o pacjencie. Osoba cierpiąca z powodu depresji może prezentować całą gamę zaburzeń – od skrajnie ciężkich doznań psychofizycznych do umiarkowanego zniechęcenia z niejasnymi skargami na „złe samopoczucie”.

W normalnych warunkach smutek ustępuje, gdy zmienia się sytuacja. U osoby z depresją jest inaczej, negatywne emocje utrzymują się przez długi czas i nie są zależne od okoliczności. Jednym z osiowych objawów depresji jest **anhedonia** – niemożność odczuwania radości, przyjemności, pozytywnych emocji. Człowiek w depresji nie może zmniejszyć smutku za pomocą czegoś, co mu sprawia przyjemność, ponieważ nic mu nie sprawia przyjemności.

W depresji smutek niekoniecznie wysuwa się na plan pierwszy. To cały szereg objawów: behawioralnych, somatycznych, emocjonalnych,

a objawy te muszą trwać co najmniej 2 tygodnie. Osoba smutna zwykle jest w stanie powiedzieć, co ją gryzie, natomiast człowiek depresyjny powie raczej: „*Nie wiem, dlaczego tak się czuję*”. Smutek najczęściej ma swoją przyczynę, co więcej, jeśli uda się ją odwrócić – powinien on minąć. Pacjent w depresji też wprawdzie czasem jest w stanie podać jakieś zdarzenie, od którego się zaczęło, mówi na przykład: „*Nie mogę się pozbierać, odkąd dowiedziałem się, że zdradza mnie żona*”. W smutku to wydarzenie rozumiemy jako przyczynę, a w depresji – jako czynnik wyzwalający [4].

WAŻNE

Kluczową różnicą między smutkiem a depresją jest wyraźne upośledzenie funkcjonowania, niezbędne do rozpoznania zaburzeń depresyjnych.

Diagnostyka epizodu depresyjnego

Diagnoza depresji opiera się na badaniu pacjenta i ocenie jego stanu psychicznego zgodnie z obowiązującymi kryteriami diagnostycznymi.

W ICD-10 opisano **trzy podstawowe objawy depresji**: obniżenie nastroju, utratę zainteresowań i zadowolenia, zmniejszoną energię lub zwiększoną męczliwość, oraz **objawy dodatkowe**: poczucie winy i wyrzuty sumienia, spadek zaufania lub szacunku do siebie, zmniejszoną zdolność myślenia lub koncentracji uwagi, pobudzenie lub zahamowanie ruchowe, myśli lub zachowania samobójcze, zaburzenia snu, spadek lub wzrost łaknienia. Rozpoznanie depresji opiera się na stwierdzeniu odpowiedniej liczby opisanych objawów, występujących przez okres co najmniej 2 tygodni.

Aktualnie obowiązują **nowe kryteria ICD-11** [5]. Znajdują się tam następujące kategorie:

- Pojedynczy epizod – 6A70.
- Depresja nawracająca – 6A71.
- Dystymia – 6A72.
- Zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane – 6A73.
- Inne określone zaburzenia depresyjne – 6A7Y.
- Zaburzenia depresyjne nieokreślone – 6A7Z.

Objawy depresji obejmują:

- **Klaster afektywny:** nastrój depresyjny raportowany przez pacjenta lub obserwowany przez otoczenie (u dzieci i młodzieży może być drażliwość); zmniejszone zainteresowania lub odczuwanie przyjemności (w tym pożądania).
- **Klaster poznawczo-behawioralny:** niemożność skoncentrowania się lub brak decyzyjności; niska samoocena lub poczucie winy; poczucie beznadziejności; myśli o śmierci, myśli samobójcze lub próby samobójcze.
- **Klaster neurowegetatywny:** zaburzenia snu (bezsenność lub nadmierna senność); zmiany apetytu lub masy ciała; pobudzenie lub spowolnienie psychomotoryczne; utrata energii, męczliwość.

Rozpoznanie depresji według ICD-11 wymaga stwierdzenia 5 z 10 objawów (zamiast 4 z 9 według ICD-10), w tym jeden z klastera afektywnego (może dominować drażliwość lub uczucie pustki emocjonalnej). Utrata energii i męczliwość nie są objawami podstawowymi, koniecznymi – umieszczone zostały w klastrze neurowegetatywnym. Objawy muszą trwać co najmniej 2 tygodnie. Ocena uwzględnia typowe funkcjonowanie pacjenta – objawy powodują istotne zaburzenia funkcjonowania (lub pacjent funkcjonuje z dużym wysiłkiem).

Dużą zmianą jest przeniesienie kategorii zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane z rozdziału o zaburzeniach lękowych do zaburzeń nastroju, co wydaje się w pełni odpowiadać realiom klinicznym. Natomiast dystymia została włączona do sekcji „zaburzenia depresyjne”, a nie stanowi osobnej kategorii, jak w poprzedniej wersji ICD.

Epizod depresyjny może być kodowany jako lekki, umiarkowany z cechami psychotycznymi lub bez tych cech, ciężki z cechami psychotycznymi lub bez tych cech, w częściowej remisji, w pełnej remisji. Nowością jest możliwość opisanie depresji psychotycznej o umiarkowanym nasileniu – w ICD-10 objawy psychotyczne wskazywały na ciężkie zaburzenia.

Dodatkowe specyfikatory obejmują: obecność lub brak objawów lękowych, napadów paniki, przetrwałego epizodu depresyjnego, cech melanholii, cech sezonowych czy zaburzeń depresyjnych związanych z okresem okołoporodowym.

W większości projektów naukowo-badawczych stosowane są kryteria amerykańskie DSM.

Kryteria DSM-5:

- A. W okresie 2 tygodni lub dłuższym występowało **5 lub więcej spośród poniżej wymienionych objawów** (co stanowi istotną zmianę w stosunku do wcześniejszego funkcjonowania), przy czym co najmniej jednym z nich było obniżenie nastroju lub anhedonia:
- Obniżony nastrój przez większą część dnia i niemal codziennie (u dzieci lub młodzieży zamiast nastroju obniżonego może występować nastrój drażliwy).
 - Wyraźnie mniejsze zainteresowanie i satysfakcja z niemal wszystkich aktywności (anhedonia).
 - Zmniejszenie masy ciała pomimo braku stosowania diet albo zwiększenie masy ciała (zmiany wyniosły więcej niż 5% masy ciała w ciągu miesiąca) lub zmniejszenie się bądź zwiększenie apetytu obecne niemal codziennie.
 - Bezsenność lub wzmożona senność niemal codziennie.
 - Pobudzenie psychoruchowe lub spowolnienie występujące niemal codziennie (które jest zauważalne dla otoczenia, a nie stanowi jedynie subiektywnego poczucia pacjenta).
 - Męczliwość lub utrata energii obecne niemal codziennie.
 - Poczucie własnej niskiej wartości lub nadmierne, nieadekwatne poczucie winy (może mieć charakter urojeniowy) obecne niemal codziennie (lecz niesprowadzające się tylko do wyrzucania sobie faktu bycia chorym).
 - Zmniejszona zdolność koncentracji lub brak decyzywności obecne niemal codziennie.
 - Nawracające myśli o śmierci (lecz niesprowadzające się tylko do lęku przed umieraniem), nawracające myśli samobójcze bez sprecyzowanego planu samobójczego lub z planem samobójczym bądź próby samobójcze.

- B. Objawy są przyczyną **klinicznie istotnego cierpienia lub upośledzenia w funkcjonowaniu** społecznym, zawodowym lub w innych ważnych obszarach.

Systemy klasyfikacyjne nie różnicują depresji w zależności od wieku, płci pacjenta czy współwystępowania schorzeń somatycznych. Rozpoznawanie zatem depresji w szczególnych populacjach klinicznych opiera się na tych samych kryteriach diagnostycznych. Jednak w praktyce warto jest zwrócić uwagę na pewne specyficzne cechy.

I tak na przykład **obraz epizodu depresyjnego u mężczyzn** może być w znacznym stopniu odmienny od typowej depresji prezentowanej przez kobiety. Walinder i Rutz zaproponowali koncepcję tzw. **męskiej depresji**, charakteryzującej się zachowaniami o typie *acting-out*, zmniejszeniem kontroli nad swoją impulsywnością, zachowaniami antyspołecznymi, nadużywaniem substancji, obniżeniem tolerancji stresu, niepokojem, brakiem zadowolenia, depresyjnym stylem myślenia [6]. Depresja u mężczyzn często przybiera maskę ataków agresji, wrogości, drażliwości. Często pojawia się **aleksytymia**, czyli niezdolność do rozumienia, wyrażania i nazywania emocji. Mężczyźni, podejmując próby zmierzenia się z depresją, starają się ignorować problemy, uciekając w nadmierną aktywność (również aktywność fizyczną) czy nadużywanie alkoholu [7].

Wolfgang Rutz, autor koncepcji męskiej depresji, zaproponował skринingowe narzędzie służące do rozpoznawania depresji u mężczyzn, tzw. **Gotlandzką Skalę Męskiej Depresji** (*The Gotland Male Depression Scale*). Zawiera ona następujące objawy [8]:

1. Obniżony próg stresu.
2. Agresywność, obniżona kontrola impulsów.
3. Uczucie bycia wypalonym i pustym.
4. Stałe, niewytłumaczalne zmęczenie.
5. Drażliwość, brak satysfakcji, nerwowość.
6. Trudności w podejmowaniu zwykłych codziennych decyzji.
7. Problemy ze snem.
8. Uczucie niepokoju, lęku, dyskomfortu, zwłaszcza rano.

9. Zachowania obraźliwe, nadaktywność, niejedzenie lub objadanie się.
10. Zachowania antyspółeczne.
11. Depresyjne treści myślenia.
12. Skarżenie się.
13. Obciążenia dziedziczne depresją, alkoholizmem, samobójstwem.

Okazuje się, że Skala Gotlandzka pozwala zidentyfikować znacznie większą liczbę przypadków depresji u mężczyzn niż standardowe kryteria diagnostyczne lub inne narzędzia badawcze. I tak na przykład wśród leczonych ambulatoryjnie mężczyzn uzależnionych od alkoholu depresję zgodnie z kryteriami diagnostycznymi DSM lub ICD rozpoznano u 17%, posługując się zaś Skalą Gotlandzką – u 39% [9].

Również swoją specyfikę ma obraz kliniczny depresji u osób w **wieku podeszłym**. Uczucie smutku ujawniane jest rzadziej niż w depresji wieku średniego. Za częsty uznaje się natomiast przebieg z dużym lękiem i niepokojem. Wyraźnie mogą zaznaczać się: pobudzenie, drażliwość, nietypowe dla danej osoby sposoby wyrażania emocji, zakłócenia funkcji poznawczych, dolegliwości somatyczne, spadek libido, bezsenność i poczucie zmęczenia. Lęk oraz uczucie niepokoju, któremu towarzyszyć może pobudzenie psychomotoryczne, dają obraz tzw. **depresji agitowanej**. Ze względu na współistnienie głębokiego smutku, poczucia beznadziejności i pobudzenia motorycznego stan ten wiąże się z dużym ryzykiem samobójstwa i najczęściej wymaga leczenia w warunkach szpitalnych. U osób starszych w przebiegu depresji, częściej niż w młodszych grupach wiekowych, pojawiają się objawy psychiatryczne (urojenia oraz omamy) o charakterze katastroficznym i nihilistycznym. W skrajnych przypadkach mogą one przybierać postać zespołu Cotarda, w przebiegu którego pacjent ma urojeniowe przekonanie o dokonującej się destrukcji jego ciała lub też końca świata. Często mogą pojawiać się poczucie zanikania narządów i towarzyszące mu omamy węchowe, związane z dramatycznymi przeżyciami (na przykład zapach zgnilizny).

U pacjentów w podeszłym wieku pojawia się także dość często tzw. **somatyzacja objawów depresji**. W takiej sytuacji bardziej niż obniżenie nastroju zauważalne są różnego rodzaju niecharakterystyczne objawy

somatyczne, np. bóle głowy, neuralgia nerwu trójdzielnego, brak apetytu, bezsenność, bóle anginoidalne, stany spastyczne dróg żółciowych, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, uporczywy świąd skóry. Mimo takiego różnorodnego obrazu wnikliwa rozmowa z pacjentem pozwala stwierdzić kryjące się za innymi objawami obniżenie nastroju i specyficzne depresyjne zaburzenia myślenia: poczucie winy, niską samoocenę, negatywną ocenę otaczającego świata, poczucie beznadziejności, brak rzutowania w przyszłość. Charakterystycznym objawem depresji osób w wieku podeszłym może być obniżenie napędu psychoruchowego. Występuje wówczas spowolnienie wszystkich funkcji motorycznych i psychicznych, uczucie wszechogarniającego znużenia i utraty energii, niemoc wobec nawet najprostszych aktywności dnia codziennego (skrajna postać przybiera formę tzw. **osłupienia melancholicznego**).

Depresja może się wiązać z obecnością deficytów poznawczych. Charakterystyki poznawczego funkcjonowania w depresji wieku podeszłego obejmują: zaburzenia uwagi, pamięci, zwłaszcza epizodycznej, funkcji wzrokowo-przestrzennych; zmniejszoną szybkość przetwarzania informacji; osłabienie kontroli i elastyczności poznawczej. W depresji o późnym początku szczególnie intensywnie zaznaczają się deficyty funkcji wykonawczych i uwagi, które opatruje się określeniem **depresyjnego zespołu dysfunkcji wykonawczych wieku podeszłego** (*depression executive dysfunction syndrome of late life* – DED). Obraz zakłóceń cechuje: osłabienie inicjowania działania i jego kontroli w postaci trudności w rozpoczynaniu, kontynuowaniu działania, przełączaniu między zadaniami, planowaniu oraz hamowaniu, spowolnienie psychoruchowe, słabsza elastyczność poznawcza, gorsza fluencja semantyczna, mniej efektywne wygaszanie automatycznych reakcji motorycznych. Deficyty wykonawcze mogą dodatkowo zakłócać sposób funkcjonowania emocjonalnego pacjenta. Spowolnienie funkcji psychicznych z jednoczesnym nasileniem zaburzeń poznawczych u pacjentów geriatrycznych może mylnie wskazywać na obecność otępienia, będąc w rzeczywistości przejawem zaburzeń depresyjnych pod postacią tzw. **pseudodemencji** [10].

Trudności może również sprawiać rozpoznawanie depresji u **pacjentów ze współwystępującymi poważnymi chorobami somatycznymi**. Często są to zaburzenia nastroju o lekkim i umiarkowanym nasileniu,

z dominacją objawów somatycznych w stosunku do psychologicznych. Typowe skargi obejmują: zmęczenie, bezsenność, brak apetytu, ogólny dyskomfort i złe samopoczucie, obawy o swoje zdrowie – takie problemy łatwo przypisać po prostu chorobie somatycznej [11]. Rozpoznanie depresji powinno się opierać na badaniu chorego, kontakcie z nim i wnikliwej ocenie jego stanu psychicznego oraz problemów psychologicznych. Warto również zwrócić uwagę na dodatkowe cechy, jak np. depresyjny styl myślenia (pesymistyczne treści pojawiające się w ocenie siebie, otoczenia, sytuacji życiowej) czy subiektywna ocena jakości życia. Podejrzenie w kierunku występowania depresji mogą wzbudzać częste, powtarzające się, nieuzasadnione stanem somatycznym wizyty u lekarza, niespecyficzne, zmienne skargi somatyczne, brak poprawy po zastosowaniu rutynowego leczenia [11].

Kolejną szczególną populacją kliniczną, w której depresja może przybierać nieco inny obraz, są **kobiety w okresie okołoporodowym**. Obojętne klasyfikacje diagnostyczne nie proponują odmiennych kryteriów dla rozpoznania epizodu depresji w okresie okołoporodowym, uznając, że zasadniczo ich symptomatologia jest tożsama z tą występującą w innych epizodach depresji. Pomimo tego obserwowane są pewne różnice w obrazie klinicznym polegające m.in. na częstszym występowaniu w okresie poporodowym [12, 13]:

- obniżonej samooceny;
- napięcia;
- lęku hipochondrycznego;
- płaczliwości;
- poczucia braku nadziei i poczucia winy;
- przytłoczenia opieką nad dzieckiem i poczucia niekompetencji w tym zakresie;
- znacznego lęku;
- natrętnych myśli dotyczących możliwości skrzywdzenia dziecka, siebie lub niezapewnienia dziecku właściwej opieki;
- pobudzenia lub zahamowania psychoruchowego;
- nadmierowej, teatralnej ekspresji skarg;
- zaburzenia koncentracji uwagi i pamięci;
- zaburzeń snu (bezsenność lub hipersomnia);
- unikania kontaktów społecznych;

- trudności w okazywaniu pozytywnych emocji osobom bliskim, w tym dziecku;
- poczucia znieczulenia emocjonalnego z wtórnym poczuciem winy w tym zakresie.

W celu ułatwienia diagnostyki depresji w okresie okołoporodowym opracowano test przesiewowy – **Edynburską Skalę Depresji Poporodowej**. Test składa się z 10 pytań, w których maksymalnie można uzyskać 30 punktów. Wynik równy lub wyższy niż 10 punktów lub twierdząca odpowiedź na ostatnie pytanie dotyczące myśli autoagresywnych świadczą o ryzyku występowania depresji okołoporodowej i wymagają konsultacji psychiatrycznej. Warto podkreślić, że powyższy wynik nie jest równoznaczny z diagnozą i musi być potwierdzony badaniem lekarskim. Standardy opieki okołoporodowej z 2019 r. nakładają obowiązek oceny stanu psychicznego każdej kobiety trzykrotnie – między 11. a 14. tygodniem ciąży, 33. a 37. tygodniem ciąży oraz w połogu [14].

Edynburska Skala Depresji Poporodowej

W ciągu ostatnich 7 dni:

1. Byłam zdolna do radości i dostrzegania radosnych stron życia:
 - tak często jak zazwyczaj (0 pkt);
 - trochę rzadziej niż zwykle (1 pkt);
 - zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 pkt);
 - zupełnie nie byłam zdolna do radości (3 pkt).
2. Patrzyłam w przyszłość z nadzieją:
 - tak jak zawsze (0 pkt);
 - rzadziej niż zawsze (1 pkt);
 - zdecydowanie rzadziej niż zwykle (2 pkt);
 - nie potrafiłam patrzeć w przyszłość z nadzieją (3 pkt).
3. Obwiniałam się niepotrzebnie, gdy coś mi się nie udawało:
 - tak, w większości przypadków (3 pkt);
 - tak, czasami (2 pkt);
 - rzadko (1 pkt);
 - wcale (0 pkt).
4. Bez istotnej przyczyny odczuwałam lęk i niepokoiłam się:
 - zupełnie nie (0 pkt);

- raczej nie (1 pkt);
 - czasami (2 pkt);
 - tak, bardzo często (3 pkt).
5. Czułam się przestraszona i wpadałam w panikę bez większych powodów:
 - tak, często (3 pkt);
 - czasami (2 pkt);
 - nie, raczej nie (1 pkt);
 - nie, nigdy (0 pkt).
 6. Wydarzenia przerastały mnie:
 - tak, prawie wcale nie dawałam sobie rady (3 pkt);
 - czasami nie radziłam sobie tak dobrze jak zwykle (2 pkt);
 - przez większość czasu radziłam sobie dobrze (1 pkt);
 - radziłam sobie tak dobrze jak zwykle (0 pkt).
 7. Czułam się tak nieszczęśliwa, że nie mogłam spać w nocy:
 - tak, przez większość czasu (3 pkt);
 - tak, czasami (2 pkt);
 - rzadko (1 pkt);
 - nie, wcale nie (0 pkt).
 8. Czułam się samotna i nieszczęśliwa:
 - tak, przez większość czasu (3 pkt);
 - tak, dość często (2 pkt);
 - niezbyt często (1 pkt);
 - nie, wcale nie (0 pkt).
 9. Czułam się tak nieszczęśliwa, że płakałam:
 - tak, przez większość czasu (3 pkt);
 - tak, dość często (2 pkt);
 - tylko sporadycznie (1 pkt);
 - nie, wcale nie (0 pkt).
 10. Zdarzało się, że myślałam o zrobieniu sobie krzywdy:
 - tak, dość często (3 pkt);
 - czasami (2 pkt);
 - bardzo rzadko (1 pkt);
 - nigdy (0 pkt).

Powyższe przykłady wskazują, że depresja spełniająca ogólne kryteria diagnostyczne może mieć bardzo różny obraz, a jej rozpoznanie może sprawiać duże trudności. W szybszym i pewniejszym rozpoznaniu choroby pomagają testy, skale i kwestionariusze. Najbardziej znanymi testami na

depresję są: Inwentarz Depresji Becka (BDI), Krótki Inwentarz Samooceny Objawów Depresji (QIDS), Skala Depresji Hamiltona (HDRS), Skala Depresji Montgomery–Asberg (MADRS), Geriatryczna Skala Oceny Depresji (GDS), Szpitalna Skala Depresji i Lęku (HADS) [15].

Najprostszym narzędziem przesiewowym jest tzw. **Test PHQ-2** (*Patient Health Questionnaire* – Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta), polegający na zadaniu pacjentowi dwóch pytań:

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?

Uzyskanie dwóch odpowiedzi twierdzących skłania ku silnemu podejrzeniu stanu depresji [16]. W takim wypadku, zwłaszcza w praktyce lekarza POZ, warto jest posłużyć się tzw. **Testem Dziewięciu Pytań**, czyli **PHQ-9**, który jest skutecznym narzędziem do przesiewowego wykrywania depresji wśród osób dorosłych (ryc. 7.1). Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-9 składa się z 9 pytań zasadniczych i jednego pytania dodatkowego. Badany zaznacza odpowiedzi na skali od 0 do 3, w zależności od częstości występowania danego objawu w przeciągu ostatnich 2 tygodni. Wynik ogólny mieści się w przedziale od 0 do 27. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie depresji. Wynik poniżej 5 punktów oznacza brak depresji, od 5 do 9 punktów – łagodną depresję, od 10 do 14 – umiarkowaną depresję, od 15 do 19 – umiarkowanie ciężką depresję, a powyżej 20 punktów – ciężką depresję. Jeżeli badany w którymkolwiek z pytań zaznaczy występowanie objawów, odpowiada na pytanie dodatkowe, gdzie na czterostopniowej skali zaznacza, w jakim stopniu te problemy utrudniały wykonywanie pracy, zajmowanie się domem lub relacje z innymi ludźmi [17].

Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta – 9 (PHQ-9)

Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni dokuczały Panu/Pani następujące problemy? (proszę zaznaczyć odpowiedź znakiem: ✓)	Wcale nie dokuczały	Kilka dni	Więcej niż połowę dni	Niemal codziennie
1. Niewielkie zainteresowanie lub odczuwanie przyjemności z wykonywania czynności.	0	1	2	3
2. Uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności.	0	1	2	3
3. Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany sen albo zbyt długi sen.	0	1	2	3
4. Uczucie zmęczenia lub brak energii.	0	1	2	3
5. Brak apetytu lub przejadanie się.	0	1	2	3
6. Poczucie niezadowolenia z siebie lub uczucie, że jest się do niczego, albo że zawiódł/zawiodła Pan/Pani siebie lub rodzinę.	0	1	2	3
7. Problemy ze skupieniem się np. przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji.	0	1	2	3
8. Poruszanie się lub mówienie tak wolno, że inni mogliby to zauważyć, albo wręcz przeciwnie – niemożność usiedzenia w miejscu lub podenerwowanie powodujące ruchliwość znacznie większą niż zwykle.	0	1	2	3
9. Myśli, że lepiej byłoby umrzeć, albo chęć zrobienia sobie jakiegś krzywdy.	0	1	2	3
For office coding 0 + + + +				
= Total score _____				

Jeżeli zaznaczył/zaznaczyła Pan/Pani którekolwiek z problemów, jak bardzo utrudniły one Panu/Pani wykonywanie pracy, zajmowanie się domem lub relacje z innymi ludźmi?

W ogóle nie utrudniły
☐

Trochę utrudniły
☐

Bardzo utrudniły
☐

Niezmierznie utrudniły
☐

Opracowanie: Dr Robert L. Spitzer, Dr Janet B.W. Williams, Dr Kurt Kroenke oraz współpracownicy z wykorzystaniem grantu oświatowego od firmy Pfizer Inc. Zgoda na powielanie, tłumaczenie, przedstawianie lub rozprowadzanie niniejszego dokumentu nie jest wymagana.

Rycina 7.1. Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta – PHQ-9.

Leczenie depresji

WAŻNE

Głównym celem leczenia epizodu depresyjnego jest uzyskanie jak najszybszej i pełnej odpowiedzi terapeutycznej oraz remisji objawowej, a następnie zapobieganie wczesnemu nawrotowi objawów (*relapse*) oraz późnym nawrotom (*recurrence*), usunięcie rezydualnych objawów depresji i powrót pacjenta do przedchorobowego poziomu funkcjonowania psychospołecznego i zawodowego [18].

Osiągnięcie jedynie poprawy objawowej (redukcja nasilenia depresji o 20%) lub odpowiedzi terapeutycznej (redukcja nasilenia depresji o 50%) i utrzymywanie się symptomów rezydualnych wiąże się – w porównaniu z uzyskaniem pełnej remisji – z trzykrotnie większym ryzykiem wczesnego nawrotu, kilkukrotnym skróceniem czasu do nawrotu choroby, zwiększeniem liczby i częstości epizodów depresyjnych, ryzykiem chronicznego przebiegu choroby, brakiem powrotu do przedchorobowego funkcjonowania społecznego oraz częstszym występowaniem myśli i zachowań samobójczych [19].

Jako leczenie pierwszego rzutu niepowikłanego epizodu depresji łagodnej do umiarkowanej zalecana jest **farmakoterapia i/lub psychoterapia** oparte na danych naukowych. Dane naukowe nie wskazują na przewagę jednej z metod leczenia nad drugą w przypadku depresji o łagodnym nasileniu [20]. W zaburzeniach depresyjnych o umiarkowanym i głębokim nasileniu leczeniem z wyboru jest farmakoterapia za pomocą **leków przeciwdepresyjnych**. Dodatkowo mogą być stosowane leki z innych grup terapeutycznych (np. atypowe leki przeciwpsychotyczne, leki normotymiczne czy krótkoterminowo leki anksjolityczne i nasenne). Efekty leczenia mogą być wzmocnione przez dołączenie psychoterapii. Psychoterapia powinna być prowadzona przez odpowiednio wyszkolonych terapeutów w oparciu o programy terapeutyczne, co do których skuteczności istnieją dowody naukowe, np. terapię poznawczo-behawioralną (*cognitive behavioral therapy* – CBT), aktywację behawioralną, terapię interpersonalną. W wyjątkowych sytuacjach (depresja lekooporna, depresja psychotyczna, depresja z cechami katatonii, depresja z silnymi tendencjami samobójczymi) metodą z wyboru stają się zabiegi elektrowstrząsowe. W szczególnych

sytuacjach klinicznych stosuje się nowe, biologiczne, nefarmakologiczne metody leczenia, jak: przezczaszkowa stymulacja magnetyczna (*transcranial magnetic stimulation* – TMS), stymulacja nerwu błędnego (*vagus nerve stimulation* – VNS) czy głęboka stymulacja mózgu (*deep brain stimulation* – DBS) [21].

Jak wynika z bardzo dużej liczby badań kontrolowanych i sporządzonych na ich podstawie metaanaliz, leki przeciwdepresyjne bez względu na mechanizm działania charakteryzują się generowaniem porównywalnych odsetków odpowiedzi na leczenie, wahających się w granicach 50–75% i znacząco większych od placebo, oraz z reguły brakiem istotnej przewagi nad aktywnym lekiem użytym w roli komparatora [22]. Kolejne metaanalizy, w zależności od przyjętej metodologii statystycznej, kryteriów skuteczności czy liczby włączonych badań kontrolowanych, ukazują pewne różnice pomiędzy lekami przeciwdepresyjnymi (LPD) w zakresie skuteczności (odsetek odpowiedzi terapeutycznej i remisji, stopień redukcji objawów depresyjnych), jednak często dane te nie ulegają replikacji w kolejnych metaanalizach [13]. W przypadku ciężkich, wymagających hospitalizacji epizodów depresyjnych niektóre dane wskazują na większą skuteczność trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych (TLPD: amitryptylina, klomipramina) i wenlafaksyny w porównaniu z selektywnymi inhibitorami zwrotnego wychwytu serotoniny (*selective serotonin reuptake inhibitor* – SSRI) oraz porównywalną skuteczność TLPD, wenlafaksyny, mirtazapiny i trazodonu.

Leki przeciwdepresyjne różnią się istotnie między sobą pod względem działań niepożądanych. Może to determinować tolerancję leczenia i współpracę oraz przydatność danego leku u pacjentów ze współistniejącymi chorobami somatycznymi. Na przykład u chorych z chorobą niedokrwienną serca lekami z wyboru będą te, które nie wpływają na ciśnienie tętnicze krwi ani na przewodnictwo serca. Wybierając LPD, należy kierować się danymi na temat jego efektywności, ale i ryzyka leczenia, tolerancji, jak również możliwością współpracy z pacjentem [15, 23, 24].

Jako leczenie pierwszego wyboru mogą być stosowane leki o różnych mechanizmach działania: SSRI, selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (*serotonin norepinephrine reuptake inhibitor* – SNRI), leki blokujące receptory serotoninowe i hamujące

wychwyty zwrotne serotoniny (*serotonin antagonist and reuptake inhibitor* – SARI) – trazodon, inhibitory wychwyty zwrotnego noradrenaliny i dopaminy (*norepinephrine-dopamine reuptake inhibitor* – NDRI) – bupropion, noradrenergiczne i specyficzne serotonergiczne leki przeciwdepresyjne – mirtazapina i mianseryna, odwracalne inhibitory monoaminooksydazy A (*reversible inhibitor of monoamine oxidase A* – RIMA) – moklobemid, leki działające wieloreceptorowo (wortiooksetyna, agomelatyna). Jako leki drugiego wyboru stosuje się TLPD oraz reboksetynę (inhibitor wychwyty zwrotnego noradrenaliny) [24, 25].

Wybór leku przeciwdepresyjnego opiera się na wielu przesłankach [24]:

- Leczenie w poprzednich epizodach (skuteczność, tolerancja, objawy uboczne).
- Współchorobowość z innymi zaburzeniami psychicznymi (np. zaburzenia lękowe).
- Profil objawów niepożądanych (w tym tycie, dysfunkcje seksualne).
- Bezpieczeństwo stosowania danego leku w ewentualnych współwystępujących chorobach somatycznych, wiek chorego.
- Inne stosowane leki (możliwość interakcji).
- Cechy kliniczne depresji (nasilenie, cechy atypowe, depresja z bezsennością, depresja z przewagą apatii, depresja z objawami bólowymi, depresja z lękiem itp.).
- Stosowanie się pacjenta do zaleceń.
- Skuteczność leku u krewnych I stopnia.
- Doświadczenie lekarza z danym lekiem.
- Preferencje pacjenta, wygoda stosowania.
- Dostępność i cena leku.

Przed rozpoczęciem terapii konieczne jest przeprowadzenie podstawowej **psychoedukacji**. Niezbędne jest poinformowanie pacjenta o [15, 20, 24, 25]:

- istocie choroby i możliwości leczenia/wyleczenia;
- opóźnionym działaniu leków przeciwdepresyjnych – konieczna cierpliwość(!);
- czasie trwania leczenia – będzie ono długotrwałe (co najmniej 6–12 miesięcy) i będzie kontynuowane jeszcze w okresie bardzo dobrego samopoczucia;
- ryzyku wynikającym z nadużywania leków uspokajających;
- tym, że LPD nie są uzależniające i nie mają działania doraźnego(!);
- działaniach niepożądanych, możliwych najważniejszych interakcjach;
- absolutnej konieczności stosowania się do zaleceń – regularne stosowanie LPD, bez przerw;
- możliwych objawach odstawiennych po przerwaniu leczenia.

Profil kliniczny pacjenta a dobór LPD

Wskazany jest taki dobór leku, aby nie pogarszał przebiegu zaburzeń, a jego spektrum działania klinicznego mogło wpłynąć na możliwie największą liczbę objawów lub zespołów objawowych. Konieczna jest wnikliwa ocena kliniczna profilu objawów u danego pacjenta.

W **depresji z towarzyszącym lękiem** zaleca się używanie leków, które są jednocześnie skuteczne w zaburzeniach lękowych (SSRI, wenlafaksyna, duloksetyna, trazodon).

Depresja z bezsennością jest wskazaniem do zastosowania antydepresantów o działaniu poprawiającym sen. Należą do nich: trazodon, mirtazapina, mianseryna, agomelatyna. Należy zwrócić uwagę, że efekt przeciwdepresyjny trazodonu wymaga stosowania wyższych dawek niż efekt nasenny. W związku z tym trazodon XR może być stosowany w monoterapii, w zależności od potrzeb, a co ważne – raz dziennie.

Depresja z tendencjami samobójczymi – rozpoczynając leczenie pacjenta z depresją, należy zawsze oszacować ryzyko samobójstwa. Nie istnieją leki o szybkim działaniu przeciwsamobójczym. Dodanie do leków przeciwdepresyjnych benzodiazepin może zwiększać krótkoterminową kontrolę nad zachowaniami samobójczymi. Wykazano przeciwsamobójcze działanie litu w leczeniu długoterminowym, nie ma jednak danych o takim

jego efekcie w ostrej fazie. U osób z wysokim ryzykiem suicydalnym należy brać pod uwagę zastosowanie zabiegów elektrowstrząsami (EW; *electroconvulsive therapy* – ECT) jako leczenia pierwszego rzutu. Przy wyborze LPD konieczne jest uwzględnienie potencjalnej toksyczności preparatu przy przedawkowaniu (TLPD > wenlafaksyna, mirtazapina > citalopram > pozostałe SSRI) i ograniczenie ilości leku przepisywanego jednorazowo. Rekomenduje się dołączenie psychoterapii oraz – u chorych leczonych ambulatoryjnie – zwiększenie częstości wizyt.

Depresja z dysfunkcjami poznawczymi – istnieją dane o poprawie zarówno w zakresie depresji, jak i niektórych aspektów poznawczych pod wpływem SSRI, duloksetyny czy bupropionu, natomiast najbardziej wyraźny korzystny efekt na ten aspekt chorowania ma wortioksetyna.

W **depresji atypowej** jako leki pierwszego rzutu rekomendowane są SSRI, moklobemid oraz bupropion. Bupropion jest również lekiem rekomendowanym w **depresji sezonowej** (przebiegającej często z cechami atypowymi). W tym podtypie depresji leczeniem pierwszego rzutu jest fototerapia.

W **depresji ze wzrostem apetytu i masy ciała** rekomendowane są leki, które nie powodują tycia i/lub wspomagają utratę masy ciała: bupropion, fluoksetyna (ostrożnie u pacjentów z cukrzycą ze względu na ryzyko hipoglikemii), moklobemid, trazodon, wortioksetyna.

Depresji często towarzyszą **dolegliwości bólowe**: bóle neuropatyczne, fibromialgia, migreny, napięciowe bóle głowy. Dobór LPD powinien uwzględniać ewentualne dodatkowe korzystne działanie przeciwbólowe. Do LPD o takim profilu należą: amitryptylina, duloksetyna, mirtazapina (głównie w napięciowych bólach głowy) i wenlafaksyna.

W **depresji psychotycznej** postępowaniem z wyboru jest połączenie LPD z klasycznym lub atypowym lekiem przeciwpsychotycznym (LPP). Zazwyczaj wskazane są niższe dawki LPP niż w przypadku psychozy schizofrenicznej. Monoterapia zarówno LPD, jak i LPP jest mniej skuteczna niż terapia kombinowana. Obiecującym kierunkiem jest zastosowanie atypowych LPP mających działanie przeciwdepresyjne (np. kwetiapina, lurasydona). Leczeniem pierwszego rzutu mogą też być zabiegi elektrowstrząsowe [20, 25].

Leczenie pacjentów w chorobach somatycznych

W wielu przypadkach depresja ma łagodne nasilenie. W takiej sytuacji psychoterapia i interwencje psychospołeczne mogą stanowić postępowanie pierwszego rzutu. Włączenie leczenia farmakologicznego powinno być wynikiem przemyślanej decyzji i należy je rozważać tylko w uzasadnionych przypadkach. Wciąż brakuje dużych, poprawnych metodologicznie badań nad skutecznością i bezpieczeństwem poszczególnych LPD u chorych somatycznie. W większości randomizowanych badań klinicznych (*randomized controlled trial* – RCT) współistniejące poważne schorzenia somatyczne stanowią kryterium wykluczenia. Utrudnia to tworzenie standardów leczenia i podejmowanie decyzji terapeutycznych w codziennej praktyce klinicznej.

W pierwszej kolejności należy leczyć chorobę podstawową – to niejednokrotnie ma szansę skutkować poprawą objawów depresyjnych. Należy również przeanalizować leczenie choroby somatycznej pod kątem możliwych jatrogennych objawów depresyjnych.

W większości leki przeciwdepresyjne są skuteczne w leczeniu depresji przy współistnieniu różnych chorób somatycznych i zasadniczo są dobrze tolerowane. Należy brać pod uwagę profil bezpieczeństwa oraz względne lub bezwzględne przeciwwskazania dla poszczególnych LPD w danej chorobie somatycznej oraz możliwość dodatkowego korzystnego ich działania na objawy choroby somatycznej (np. efekt przeciwbólowy). Konieczne jest uwzględnienie ewentualnych interakcji lekowych. Najmniejsze ryzyko interakcji w przypadku polifarmakoterapii związanej z chorobami somatycznymi wiąże się ze stosowaniem: wertioksetyny, mirtazapiny, agomelatyny, citalopramu, sertraliny, trazodonu.

Dawkowanie leku musi być dostosowane do stanu ogólnego pacjenta, należy zaczynać od niskich dawek i powoli, lecz konsekwentnie je podnosić do dawek terapeutycznych („*start low, go slow, but go*”).

Ważnym elementem leczenia jest psychoterapia i wsparcie psychologiczne, odgrywające istotną rolę nie tylko w leczeniu depresji, lecz także w jej profilaktyce u pacjentów z przewlekłymi chorobami somatycznymi [11].

Leczenie pacjentów w wieku podeszłym

Planując leczenie depresji u osoby w podeszłym wieku, należy wziąć pod uwagę wynikającą ze zmian farmakodynamicznych i farmakokinetycznych wyraźnie zwiększoną oraz zindywidualizowaną podatność osób starszych na wystąpienie objawów ubocznych. Przykładowo takie zjawiska niepożądane, jak: hipotonia ortostatyczna, nadmierna sedacja lub nasilone objawy cholinolityczne, zdarzają się co najmniej dwa razy częściej u osób powyżej 70. rż., niż u tych, które nie przekroczyły 50. rż. Z tego względu konieczna jest duża ostrożność i rozważa przy doborze leków. Biorąc pod uwagę dostępność nowoczesnych preparatów, w zasadzie obecnie unika się stosowania u starszych osób trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych (np. amitryptyliny, doksepiny, klomipraminy), które mają wysoki potencjał wywoływania ww. objawów niepożądanych, ze względu na działanie antycholinergiczne pogarszają funkcje poznawcze, mogą mieć działanie kardiotoksyczne. Należy unikać leków mało selektywnych, powodujących liczne objawy uboczne, szczególnie substancji wywołujących nadmierne uspokojenie oraz ortostatyczne spadki ciśnienia. Zwiększają one bowiem w sposób znaczący ryzyko upadków, a co za tym idzie – stwarzają zagrożenie urazami (np. złamania szyjki kości udowej).

Dawkując lek przeciwdepresyjny, należy wziąć pod uwagę jego metabolizm w organizmie i w razie konieczności zredukować dawki – ze względu na występujące u starszych pacjentów osłabienie funkcji wątroby oraz spadek klirensu nerkowego. Złotą zasadą psychofarmakoterapii u osób starszych jest (podobnie jak w chorobach somatycznych): „*start low, go slow*”. Biorąc pod uwagę, że osoby w wieku podeszłym cierpią na liczne choroby somatyczne, należy unikać polipragmazji – ze względu na ryzyko interakcji oraz słabej współpracy pacjenta, który może mieć trudności z rozróżnianiem leków i ich systematycznym przyjmowaniem.

Efektywność terapii oraz profil objawów ubocznych powinny być monitorowane znacznie częściej i bardziej wnikliwie niż u osób młodych. Wybór leku przeciwdepresyjnego u pacjentów starszych powinien wynikać z rozważenia potencjalnych korzyści oraz ryzyka wynikającego z terapii. Podstawowymi zasadami, jakimi należy się kierować, są: efektywność danego leku, jego tolerancja, bezpieczeństwo stosowania oraz możliwość po-

tencjalnych interakcji. Kwestią niebagatelną, którą należy brać pod uwagę w trakcie ustalania farmakoterapii, jest sposób dawkowania leku, przejrzystość i prostota schematu jego podawania, a także dostępność określonego preparatu dla pacjenta, z uwzględnieniem niejednokrotnie ciężkiej sytuacji ekonomicznej osób starszych.

Uwzględniając fakt, że pacjenci z depresją w wieku podeszłym są leczeni przez różnych specjalistów, optymalnym rozwiązaniem byłoby wspólne podejmowanie decyzji terapeutycznych. Najważniejsza wydaje się ścisła współpraca psychiatry z geriatrą oraz lekarzem pierwszego kontaktu. Dzięki niej możliwa jest eliminacja leków mogących wywoływać lub nasilać stany depresyjne. Szczególnie ważne jest unikanie u osób w wieku podeszłym leków uspokajających i nasennych. Zdarza się, że są one przepisywane zamiast antydepresantów w celu poprawienia samopoczucia, poprawy snu, redukcji lęku. Należy pamiętać, że przewlekłe przyjmowanie benzodiazepin może nasilać stany depresyjne, pogarszać funkcje poznawcze bądź wywoływać reakcje paradoksalne.

Biorąc pod uwagę liczne problemy psychospołeczne związane ze starością, które wpływają na stan psychiczny pacjenta, należy zapewnić mu pomoc psychologiczną i psychoterapeutyczną [10].

Zasady leczenia depresji wieku podeszłego:

- Dobór leku w zależności od obrazu psychopatologicznego.
- Rozpoznanie depresji i chorób współistniejących.
- Optymalizacja leczenia internistycznego.
- Ocena stopnia deficytu poznawczego.
- Ocena interakcji lekowych.
- Ustalenie dawki („*start low, go slow*”).
- Zmiana farmakokinetyki i farmakodynamiki leków.
- Wzrost wrażliwości na działania niepożądane.
- Możliwość interakcji lekowych.
- Leczenie schorzeń somatycznych, stabilizacja stanu somatycznego.
- Unikanie polipragmazji.

- Unikanie benzodiazepin, w razie konieczności stosowanie ich w obniżonych dawkach.
- Przezroczystość i prostota schematu podawania leku.
- Uwzględnienie dostępności określonego preparatu dla pacjenta.
- Psychoedukacja i wsparcie psychologiczne.
- Współpraca z innymi specjalistami, lekarzem rodzinnym, geriatrią.

Leczenie kobiet w ciąży i w okresie okołoporodowym

Problem leczenia zaburzeń depresyjnych w kontekście ciąży może być dwojakiego rodzaju: decyzja terapeutyczna u kobiety, która choruje na nawracającą depresję, przyjmuje w celach profilaktycznych lub podtrzymujących LPD i zachodzi bądź planuje zajście w ciążę oraz postępowanie w przypadku wystąpienia epizodu depresyjnego u kobiety będącej już w ciąży. Kobieta musi mieć świadomość, że współczesny stan wiedzy jest niekompletny. Dostępne dane pochodzą z opisów przypadków, obserwacji naturalistycznych czy badań z udziałem zwierząt, a nie z dużych badań z randomizacją [24].

Długoterminowe leczenie kobiety w okresie rozrodczym, cierpiącej na zaburzenia depresyjne, powinno uwzględniać edukację pacjentki na temat planowania ewentualnej ciąży i możliwości stosowania antykoncepcji.

Postępowanie w przypadku pacjentek ciężarnych i planujących ciążę zależy od:

- ciężkości choroby (ryzyka nawrotu);
- danych o bezpieczeństwie leków;
- zdolności pacjentki do znoszenia objawów;
- trymestru ciąży.

Należy pamiętać o zmienionej farmakokinetyce w okresie ciąży (zwiększona objętość dystrybucji leków lipofilnych ze względu na zmiany objętości łożyska naczyniowego i proporcji tkanki tłuszczowej, zmniejszenie stężenia albumin, osłabienie/opóźnienie opróżniania żołądka i motoryki jelitowej, zwiększenie przepływu krwi przez nerki i zwiększenie filtracji

kłębuszkowej, zmiana aktywności izoenzymów wątrobowych postępująca w miarę przebiegu ciąży), co wiąże się z koniecznością dostosowania dawki i – jeśli to możliwe – monitorowaniem stężenia leku we krwi.

Zasady stosowania LPD w okresie ciąży:

- W lekkich depresjach stosowanie psychoterapii i innych metod niebiologicznych.
- Zalecanie leków tylko w nasilonych depresjach.
- Unikanie – jeśli to możliwe – leczenia w I trymestrze.
- Stosowanie najmniejszych skutecznych dawek leku.
- Suplementacja kwasem foliowym.
- Stosowanie TLPD jest bezpieczne.
- SSRI: istnieją dane o ryzyku wad serca po paroksetynie, doniesienia o ubytku przegrody międzykomorowej po citalopramie, escitalopramie, pojedyncze doniesienia o wadach po fluoksetynie – ale z wyjątkiem paroksetyny SSRI są stosunkowo bezpieczne i w razie konieczności mogą być stosowane (brak danych o ryzyku podawania sertraliny).
- Za leki bezpieczne uchodzą duloksetyna i trazodon.
- Działanie innych nowych leków jest niedostatecznie poznane.
- Niestosowanie maprotyliny i bupropionu z powodu ryzyka wystąpienia napadów drgawkowych.
- Unikanie leków w ostatnich 2–3 tygodniach przed porodem, aby zapobiec wystąpieniu objawów toksycznych i abstynencyjnych u noworodka.
- W przypadku nasilonych objawów choroby i konieczności podawania wysokich dawek leków hospitalizowanie chorej i rozważenie terapii EW.
- Niestosowanie benzodiazepin, zwłaszcza w I (ryzyko wad wrodzonych) i III (ryzyko objawów abstynencyjnych u noworodka) trymestrze.

- Na temat stosowania RIMA nie ma zbyt wielu danych, doniesienie o bezpiecznym stosowaniu moklobemidu.
- Niestosowanie preparatów dziurawca z powodu ryzyka działania mutagennego.
- U ciężarnych leczonych dużymi dawkami leków przeciwdepresyjnych rozważenie hospitalizacji.
- W przypadku rezygnacji z farmakoterapii u kobiet dotychczas leczonych stopniowe zmniejszanie dawki leku.
- Współpraca pacjentki, partnera, psychiatry i ginekologa.

Leczenie depresji lekoopornej (TRD)

Depresja lekooporna (*treatment-resistant depression* – TRD) najczęściej jest definiowana jako zaburzenie depresyjne u osób dorosłych, u których nie wystąpiła odpowiedź na co najmniej dwa różne leki przeciwdepresyjne (stosowane w odpowiedniej dawce przez odpowiedni czas) w obecnym epizodzie depresji o stopniu nasilenia od umiarkowanego do ciężkiego. **Odpowiedź terapeutyczna** definiowana jest jako redukcja objawów depresji mierzona w odpowiednich skalach (np. MADRS czy HDRS) o przynajmniej 50%, adekwatny czas to 4–6 tygodni, a następnie 2–4 tygodnie po zwiększeniu dawki do maksymalnej [26]. Należy jednak pamiętać, że tak długi czas oczekiwania na odpowiedź terapeutyczną niesie za sobą poważne konsekwencje dla chorego, łącznie z ryzykiem zachowań samobójczych. Dlatego w wielu wypadkach konieczna jest wcześniejsza optymalizacja leczenia, zwłaszcza że brak jakiegokolwiek poprawy w pierwszych 2 tygodniach leczenia jest predyktorem braku odpowiedzi i remisji po dłuższym okresie terapii.

Strategie leczenia są następujące:

- Zmiana LPD na inny LPD.
- Dołączenie drugiego LPD do dotychczasowej kuracji.

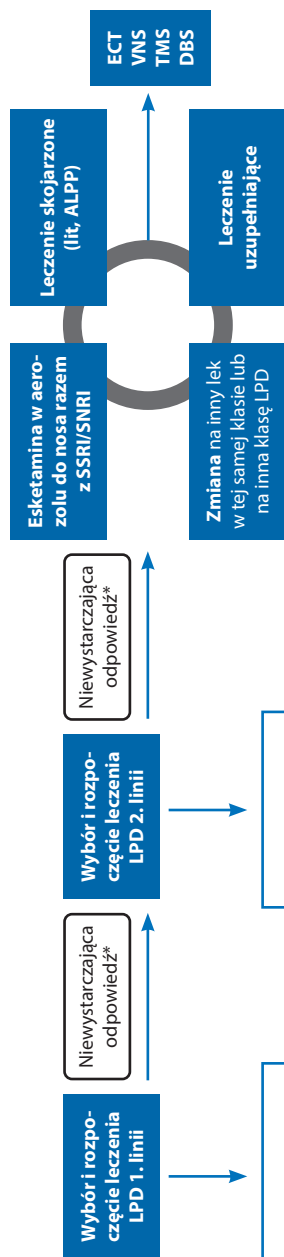
- Augmentacja leczenia LPD za pomocą innej substancji (najlepiej udokumentowane: esketamina, węglan litu, atypowy lek przeciwpsychotyczny, trójjodotyronina).
- Zastosowanie EW lub innych biologicznych, nefarmakologicznych metod leczenia (TMS, VNS, DBS).

Tabela 7.1. Dawkowanie esketaminy w depresji lekoopornej (TRD)

Tygodnie 1.–4.	Tygodnie 4.–8.	Od 9. tygodnia
< 65 lat Pierwsza dawka: 56 mg Kolejne dawki: 56 lub 84 mg 2 ×/tydz.	< 65 lat 56 lub 84 mg 1 ×/tydz.	< 65 lat 56 lub 84 mg 1 ×/tydz. lub 1 ×/2 tyg. w zależności od stanu klinicznego
≥ 65 lat Pierwsza dawka: 28 mg Kolejne dawki: 28, 56 lub 84 mg 2 ×/tydz.; zwiększenie dawki stopniowo o 28 mg	≥ 65 lat 28, 56 lub 84 mg 1 ×/tydz.; zwiększenie dawki stopniowo o 28 mg	≥ 65 lat 28, 56 lub 84 mg 1 ×/tydz. lub 1 ×/2 tyg. w zależności od stanu klinicznego

Wybierając jedną z powyższych strategii postępowania, należy brać pod uwagę [24]:

- Dotychczasowy efekt leczenia (częściowa odpowiedź terapeutyczna będzie skłaniać do pozostawienia pierwszego LPD i dodania innego leku).
- Tolerancję (zła tolerancja będzie wskazaniem do zmiany LPD).
- Wiek i stan somatyczny pacjenta (starszy wiek i współistniejące choroby somatyczne będą skłaniać do zmiany LPD na inny LPD, aby w miarę możliwości stosować monoterapię i minimalizować ryzyko interakcji).
- Koszty leczenia.
- Preferencje pacjenta, poziom współpracy.



W planie terapii należy uwzględnić nefarmakologiczne metody leczenia (np. psychoterapię, terapię interpersonalną, terapię psychodynamiczną)

*Nieadekwatną odpowiedź powszechnie definiuje się jako brak odpowiedzi po 4–6 tygodniach leczenia lub > 50% spadek wyniku MADRS.

Rycina 7.2. Wybór strategii postępowania.

AD – antydepresanty; ALPP – atypowy lek przeciwpsychotyczny; DBS – głęboka stymulacja mózgu; ECT – terapia elektrowstrząsami; LPD – lek przeciwdepresyjny; MADRS – skala oceny depresji; Montgomeri–Asberg; SNRI – inhibitor wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny; SSRI – selektywny inhibitor wychwyty zwrotnego serotoniny; TMS – prądoczaszkowa stymulacja magnetyczna; VNS – stymulacja nerwu błędnego

Miejsce leczenia depresji

Leczenie w POZ

Większość pacjentów stanowią osoby z depresją łagodną i umiarkowaną, które mogą być z powodzeniem leczone w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Około 20% pacjentów rejestrujących się po poradę do lekarzy rodzinnych to osoby z depresją. Często zgłaszają się one z powodu dolegliwości somatycznych, problemów ze snem, gorszego samopoczucia, złego funkcjonowania. W POZ mogą być skutecznie i bezpiecznie leczeni pacjenci z łagodnymi i umiarkowanymi epizodami depresji, bez tendencji samobójczych, bez objawów psychiatrycznych. Oczywiście, należy uwzględnić życzenie pacjenta [21].

Do psychiatrycznej poradni specjalistycznej należy kierować:

- Chorych z depresją o ciężkim przebiegu.
- Chorych z depresją lekooporną lub o przewlekłym przebiegu.
- Pacjentów z ryzykiem samobójstwa.
- Kobiety w ciąży (dotyczy to zarówno sytuacji, w której pacjentka uprzednio leczona z powodu depresji informuje lekarza o zajściu w ciążę, jak i sytuacji, w której u pacjentki będącej w ciąży występuje epizod depresji).
- Chorych, których sytuacja kliniczna jest na tyle złożona, że ich potrzeby wykraczają poza możliwości prowadzenia leczenia przez lekarza POZ.
- Pacjentów, u których występują nasilone i uporczywe działania niepożądane po włączeniu leczenia przeciwdepresyjnego, pojawiają się nietypowe działania niepożądane lub istnieje podejrzenie istotnej klinicznie interakcji leków przeciwdepresyjnych z lekami stosowanymi w leczeniu schorzeń somatycznych [20, 21, 25].

Większość pacjentów nie wymaga hospitalizacji i uzyskuje efekt terapeutyczny w leczeniu ambulatoryjnym. Do takiego leczenia kwalifikują się:

- Pacjenci z niewielkim lub umiarkowanym nasileniem dolegliwości depresyjnych, bez tendencji samobójczych, dobrze współpracujący i posiadający oparcie w grupie (rodzina, przyjaciele). Myśli samobójcze nie stanowią bezwzględnie wskazania do hospitalizacji i wielu chorych może być leczonych ambulatoryjnie. Wymaga to jednak uważnego oszacowania ryzyka przerodzenia się myśli w zachowania suicydalne, dobrej współpracy z pacjentem i jego rodziną, częstych wizyt kontrolnych i większego zaangażowania zarówno personelu medycznego, jak i osób z otoczenia pacjenta.
- Pacjenci uprzednio hospitalizowani, aktualnie bez dolegliwości lub w stanie poprawy, wymagający jedynie okresowej kontroli, z leczeniem podtrzymującym lub bez takiego leczenia.

Częstość wizyt ustalana jest w zależności od potrzeby: u pacjentów z aktualnym epizodem depresji – początkowo co 1–2 tygodnie, następnie co 4 tygodnie, a w leczeniu podtrzymującym – co 1–3 miesiące.

Leczenie na oddziale dziennym

Do leczenia na oddziale dziennym kwalifikują się:

- Pacjenci z depresją o umiarkowanym nasileniu bez tendencji samobójczych.
- Pacjenci, u których nastąpiła poprawa po leczeniu stacjonarnym – kontynuujący leczenie.

Zajęcia na oddziale dziennym odbywają się codziennie, bez sobót i niedziel, i trwają od rana do popołudnia. Pacjenci oddziałów dziennych mają możliwość korzystania z wszelkich form terapii prowadzonych na oddziale, podobnie jak pacjenci stacjonarni. Po zakończeniu programu terapeutycznego – który trwa zwykle do godzin popołudniowych – pacjent udaje się do domu. Dużą korzyścią tego typu hospitalizacji jest połączenie oddziaływań leczniczych ośrodka z własną aktywnością pacjenta. Wiele przekazanych w trakcie programu terapeutycznego wskazówek może zostać na bieżąco „przetestowane” przez pacjenta w życiu codziennym. I odwrotnie, pacjent może wносить do kontaktu terapeutycznego sprawy

aktualne, które pojawiają się w trakcie leczenia. Pobyt w ośrodku dziennym trwa zwykle kilka tygodni, po którym to okresie pacjent, podobnie jak po wypisie z trybu stacjonarnego, kierowany jest do leczenia w poradni zdrowia psychicznego [21].

Leczenie na oddziale stacjonarnym

Wskazaniem do leczenia na oddziale stacjonarnym jest:

- Ciężki przebieg depresji.
- Depresja z objawami psychotycznymi (np. urojenia, omamy).
- Wystąpienie tendencji samobójczych, stan po próbie samobójczej.
- Współwystępowanie depresji z poważnymi schorzeniami somatycznymi, kiedy to istnieją trudności z wdrożeniem bezpiecznego leczenia przeciwdepresyjnego oraz wymagana jest dodatkowa diagnostyka.
- Lekooporność depresji.

PIŚMIENNICTWO

1. Dudek D.: *Diagnostyka i leczenie depresji u dorosłych*. Lekarz Rodzinny 2021; 1(243): 87–92.
2. Solomon D.A., Keller M.B., Leon A.C.: *Multiple recurrences of major depressive disorder*. Am J Psychiatry 2000; 157(2): 229–233.
3. Rybakowski J.: *Leki psychotropowe w profilaktyce chorób afektywnych i schizofrenii*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1995.
4. Dudek D., Cyranka K.: *Przepracowanie, zmęczenie, brak humoru*. W: Heitzman J.: *Moja psychiatria – wiedza, którą wykorzystasz*. Termedia, Poznań 2021: 81–92.
5. Galecki P., Szulc A.: *Psychiatria. Rozpoznanie według ICD-11. Tom 1*. Edra Urban & Partner, Wrocław 2023: 257–298.
6. Walinder J., Rutz W.: *Male depression and suicide*. Int Clin Psychopharmacol 2001; 16(suppl 2): S21–24.
7. Dudek D.: *Prawdziwi mężczyźni też płaczą, czyli czy depresja naprawdę jest kobietą*. W: Dudek D., Rymaszewska J. (red.): *Psychiatria pod krawatem*. Medical Education, Warszawa 2016: 179–202.

8. Moller-Leimkuhler A.M., Bottlender R., Straus A., Rutz W.: *Is there evidence for a male depressive syndrome in inpatients with major depression?* J Affect Disord 2004; 80: 87–93.
9. Branney P., White A.: *Big boys don't cry: depression and men.* Advances in Psychiatric Treatment 2008; 14: 256–262.
10. Dudek D., Rachel W., Cyranka K.: *Depression in Older People.* Encyclopedia of Biomedical Gerontology 2020: 500–505.
11. Dudek D.: *Farmakoterapia depresji u pacjentów ze współistniejącymi chorobami somatycznymi.* W: Heitzman J., Vetulani J.: *Farmakoterapia depresji – współczesne podstawy teoretyczne i doświadczenia kliniczne.* Termedia, Poznań 2012: 115–138.
12. Jaeschke R., Siwek M., Dudek D.: *Poporodowe zaburzenia nastroju – update 2012.* Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2012; 3(76).
13. Siwek M., Wojtasik-Bakalarz K.: *Zaburzenia w okresie ciąży i połogu.* W: Jarema M. (red.): *Zaburzenia psychiczne w schorzeniach somatycznych. Diagnozowanie i leczenie.* PZWL, Warszawa 2021: 216–241.
14. Samochowiec J., Rybakowski J., Galecki P. i wsp.: *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dotyczące leczenia zaburzeń afektywnych u kobiet w wieku rozrodczym. Część I: Leczenie depresji.* Psychiatr Pol 2019; 53(2): 245–262.
15. Siwek M.: *Dekalog leczenia depresji. Poradnik lekarza praktyka.* ITEM Publishing, Warszawa 2021.
16. Whooley M.A., Avins A.L., Miranda J., Browner W.S.: *Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many.* J Gen Intern Med 1997; 12(7): 439–445.
17. 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(2): 223–233.
18. Bauer M., Whybrow P.C., Angst J. i wsp.; WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Unipolar Depressive Disorders: *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 1: Acute and Continuation Treatment of Major Depressive Disorder.* World J Biol Psychiatry 2002; 3: 5–43.
19. Thase M.E.: *Achieving remission and managing relapse in depression.* J Clin Psychiatry 2003; 64(suppl 18): 3–7.
20. *Diagnostyka i leczenie depresji u dorosłych – wytyczne dla lekarzy rodzinnych.* <https://wytyczne.org/bazawiedzy/wytyczne-postepowania-w-depresji-u-doroslych-dla-lekarzy-rodzinnych/> (dostęp: 7.01.2019).
21. Dudek D., Cyranka K.: *Depresja i lęk – kiedy i jak leczyć?* W: Jarema M. (red.): *Depresja i zaburzenia lękowe. Rozpoznawanie i leczenie.* PZWL, Warszawa 2021: 108–129.
22. Bauer M., Pfenning A., Severus E. i wsp.; WFSBP Task Force on Unipolar Depressive Disorders: *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for*

- Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 1: Update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders.* World J Biol Psychiatry 2013; 14: 334–385.
23. Mahli G.S., Hitching R., Berk M. i wsp.: *Pharmacological management of unipolar depression.* Acta Psychiatr Scand 2013; 127(suppl 443): 6–23.
 24. Dudek D.: *Depresja.* W: Jarema M. (red.): *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych.* Wyd. 3, Via Medica, Gdańsk 2022: 55–92.
 25. 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(2): 235–259.
 26. Galecki P., Bliźniewska-Kowalska K.: *Treatment-resistant depression – Recommendations of the National Consultant in the field of psychiatry.* Psychiatr Pol 2021; 55: 7–21.

