



LECZENIE ZABURZEŃ NASTROJU

TAKTYKA I STRATEGIA

ŁUKASZ ŚWIĘCICKI

LECZENIE
ZABURZEŃ NASTROJU
TAKTYKA I STRATEGIA

SPIS TREŚCI

Przedmowa VII

1. Jakiego rodzaju zaburzeń afektywnych dotyczy ta książka? 1
2. Praktyczne zasady leczenia choroby afektywnej
jednobiegunowej (depresji nawracającej) 9
3. Choroba afektywna dwubiegunowa 45
4. Postępowanie terapeutyczne w zaburzeniach afektywnych
– sytuacje szczególne 83
5. Reguły lub zasady postępowania 107

Zakończenie 117

Zakończenie (2019) 119

Skorowidz 121



ROZDZIAŁ 1

JAKIEGO RODZAJU
ZABURZEŃ
AFEKTYWNYCH
DOTYCZY TA KSIĄŻKA?

Przypuszczam, że jeszcze kilkanaście lat temu pisanie takiego wstępnego rozdziału nie byłoby potrzebne, a nawet nie bardzo zrozumiałe. Dla moich nauczycieli zawodu określenie „depresja w przebiegu zaburzeń afektywnych” miało, jak sądzę, wyraźnie określone znaczenie. Zamiennie mówiło się o depresji endogennej, nieco rzadziej, o ile pamiętam, o depresji o cechach melancholii lub po prostu o melancholii, w każdym razie była to jedna i ta sama choroba o nazwie „depresja”.

Jeśli chodzi o zaburzenia maniakalne, to sprawa była (w drugiej połowie XX wieku, bo wcześniej oczywiście nie) i jest raczej prosta. Słowo „mania” nie zrobiło żadnej medialnej kariery, nawet niemądre z psychiatrycznego punktu widzenia określenie „mania prześladowcza”, nie jest już niemal używane i właściwie nikt prawie nie wie, co to znaczy. Z depresją sprawa ma się całkowicie odmiennie. Z nie do końca dla mnie zrozumiałych względów to właśnie określenie, bo oczywiście nie tylko samo słowo, lecz także jego zawartość, zrobiło medialną karierę, wytracając po drodze proporcjonalnie sens. Wydaje się, że można tu sformułować coś w rodzaju prawa – im większą popularność powszechną, wśród „nieprofesjonalistów”, zdobywa jakieś fachowe określenie, tym mniejsze jest jego znaczenie, w tym sensie, że coraz trudniej zrozumieć, co się naprawdę pod tym określeniem kryje. Prawdopodobnie nie przekroczyliśmy jeszcze granicy pełnej dewaluacji, a może hiperinflacji, określenia „depresja”, ale jesteśmy bardzo blisko krawędzi. Przekonał mnie o tym ostatecznie opublikowany kilka lat temu w piśmie „Medical Hypotheses” artykuł Charltona, redaktora naczelnego tego pisma [1]. Ponieważ artykuł wydał mi się dość niezwykły, pozwolę sobie omówić go bardziej obszernie, niż się to zazwyczaj robi.

Artykuł zaczyna się od mocnego uderzenia – w pierwszym zdaniu autor pisze: „określenie depresja stało się w ostatnich dziesięcioleciach farsą, odność występowania tej choroby wzrosła od ułamka procenta do czegoś nieokreślonego między 10 a 25%”. Trzeba przyznać, że Charlton jest i tak ła-

godny, ponieważ z doniesień medialnych można, choć najczęściej nie wprost, wnioskować, że depresję mają zasadniczo wszyscy, a kto nie ma, to powinien się wstydzić, bo nie wypada jej nie mieć. Jeśli nawet przesadzam, to niestety tylko trochę. Wracając do omawianego artykułu – w dalszej jego części autor dochodzi do wniosku, że określenie „depresja”, jako nadmiernie włączające (*over-inclusive*), przestało być „spójne i użyteczne”. „W obecnych czasach – pisze dalej Charlton – każdy człowiek doświadczający nieprzyjemnych stanów emocjonalnych, może zostać oficjalnie określony jako chory na depresję”. (Wydaje się, że taka ocena sytuacji jest całkowicie uzasadniona – moim zdaniem właśnie tak jest!) Według Charltona sytuacja ta wymaga wprowadzenia bardzo poważnych zmian w nazewnictwie, zasadach rozpoznawania i postępowania w przypadku stanów, które dotąd określaliśmy jako „depresyjne”. Autor proponuje podzielenie obowiązującego obecnie rozpoznania „depresja” na pięć oddzielnych podtypów – zob. tabela 1-1.

Tak więc, zdaniem Charltona, zachodzi potrzeba podziału pojęcia czy też rozpoznania „depresja” na mniejsze podjednostki.

Inny punkt widzenia przyjmują Nierenberg i wsp. [2]. W podręczniku dotyczącym zapobiegania nawrotom w dużej depresji autorzy piszą, że dotychczas stosowany podział na „depresję endogenną” i „depresję reaktywną” nie uwzględnia nowych danych dotyczących zaburzeń depresyjnych. Z danych tych wynika, zdaniem autorów, że chodzi tu właściwie o jeden rodzaj „depresji”, która jest w mniejszym albo większym (ale zawsze jakimś) stopniu wywołana stresującymi wydarzeniami zewnętrznymi i w mniejszym albo większym (ale zawsze jakimś) stopniu podłożem genetycznym. Ten punkt widzenia również znajduje spore potwierdzenie w codziennej praktyce klinicznej.

Z kolei Goodwin i Jamison [3] zwracają uwagę na podział depresji na tę, która występuje w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej, i tę, którą obserwuje się w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. Jakkolwiek autorzy nie mówią tego wprost, z ich rozważań dość jasno wynika, że są skłonni traktować te dwie „depresje” jako różne stany chorobowe. Autorzy odnoszą się przy tym z wyraźną sympatią do hipotezy Koukopoulosa, zgodnie z którą w chorobie afektywnej dwubiegunowej depresja miałaby być raczej stanem wtórnym do manii, reakcją na epizod maniakalny [3]. Nawiasem mówiąc, zwraca uwagę fakt, że autorzy wykorzystali w tytule swojej książki określenie, które formalnie nie występuje w obecnie obowiązujących podręcznikach kryteriów diagnostycznych – „choroba maniakalno-depresyjna”, a użyte podtytuły wskazują, że Goodwin i Jamison [3] mają tendencję raczej do jednolitego traktowania zaburzeń depresyjnych.

TABELA 1-1.

Podtypy depresji i metody ich leczenia według Charltona

Podtyp depresji	Charakterystyka	Metody leczenia
Melancholia	Klasyczna, ciężka postać depresji endogennej, możliwe występowanie objawów psychotycznych, takich jak omamy, urojenia, zaburzenia myślenia, katatonie i spowolnienie psychoruchowe.	Najbardziej skuteczne są elektrowstrząsy.
Neurotyzm	Rodzaj cechy wrodzonej utrzymującej się przez całe życie. Częste nieprzyjemne wahania nastroju, poczucie winy, niska samoocena, drażliwość, nieśmiałość, emocjonalność.	Leki hamujące wychwyty zwrotne serotoniny, także leki przeciwhistaminowe stosowane typowo jako przeciwuczuleniowe.
Złe samopoczucie (<i>malaise</i>)	Stan wyczerpania podobny do występującego w chorobach infekcyjnych, poczucie stałego zmęczenia (TAT – <i>tired all time</i>), obniżenie nastroju jest wtórne.	Leki przeciwbólowe, także trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, ale głównie z powodu ich działania przeciwbólowego (!). [Wydaje się, że autor powinien dodać inne leki przeciwdepresyjne o działaniu przeciwbólowym, takie jak wenlafaksyna i duloksetyna – przyp. Ł.Ś.].
Depresja z demotyacją	Zmniejszenie nasilenia pozytywnych emocji, niemożność lub upośledzenie doznawania przyjemności, z tego wynika brak zainteresowania życiem.	Leki psychostymulujące, bupropion, inhibitory monoaminooksydazy, dezypramina, reboksetyna, kofeina i nikotyna [to są propozycje Charltona, nie moje].
Choroba afektywna sezonowa	Obniżenie nastroju jest wyraźnie związane ze zmniejszeniem ilości światła słonecznego, charakterystyczna nadmierna senność, zwiększony apetyt, drażliwość, męczliwość.	Leczenie jaskrawym światłem – fototerapia.

Opracowano na podstawie Charlton [1].

Dość podobnie podchodzi do sprawy zaburzeń afektywnych autor najbardziej znanej polskiej monografii dotyczącej tego zagadnienia – Pużyński [4]. Autor również zwraca głównie uwagę na różnice występujące między depresją w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej, jednobiegunowej i psychozy

schizoafektywnej. Nie ma jednak wątpliwości, że używając terminu „depresja” (a właściwie depresje, na co wskazuje sam tytuł monografii), ma na myśli chorobę. „Endogenne zaburzenia afektywne bliższe są pojęciu choroby w ścisłym medycznym rozumieniu tego terminu niż niektóre inne zaburzenia psychiczne. Zakres pojęcia »choroba« jest właściwy zarówno dla postaci psychotycznych zaburzeń afektywnych, jak i znacznie częściej występujących niepsychotycznych obrazów klinicznych” [4].

Podobno Einstein powiedział kiedyś (powtarzam to za jakimś innym autorem), że koncepcja, której nie można wyjaśnić 11-letniemu dziecku jest co najmniej podejrzana. Nie jestem pewien, czy dziecko z tego powiedzenia miało rzeczywiście 11 lat, ale nie ma to większego znaczenia, ponieważ koncepcję depresji trudno byłoby objaśnić także człowiekowi dorosłemu, a o dzieciach nie ma chyba co mówić. Oczywiście, że wszelkie podziały (np. takie jak kontrowersyjny podział Charltona z tabeli 1-1) mają charakter wyłącznie akademicki i nigdy nie uniknie się zachodzenia jednego pojęcia na drugie.

W tym konkretnym wypadku pojęcie „neurotyzmu”, tak jak je definiuje Charlton, może częściowo zachodzić na pojęcie „depresji nerwicowej”, a oba te pojęcia mogą się częściowo pokrywać z pojęciem „depresji w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej”.

Jednocześnie autorzy podręczników psychiatrii muszą pamiętać, a wydaje się, że czasem o tym zapominają, że odbiorcami ich dzieł są nie tylko inni autorzy podobnych książek, lecz także, i w zamierzeniu **przede wszystkim**, psychiatrzy praktycy. Dla lekarza klinicysty jest rzeczą niezmiernie wagi dokładne zrozumienie zakresu omawianego zjawiska. Ujmowanie sprawy w ten sposób, że różne pojęcia na siebie zachodzą, są ze sobą częściowo tożsame lub ich stosowanie jest uzasadnione głównie ze względów historycznych, jest pewnie słuszne z teoretycznego punktu widzenia, jest jednak szalenie niepraktyczne. Podziały zero-jedynkowe z pewnością spłaszczają rzeczywistość i nie pozwalają na opracowanie dobrego modelu zjawiska, jednak w pewnych sytuacjach są nieuniknione: musimy przyjąć, że ktoś jest albo zdrowy, albo chory, musimy przyjąć, że jest to taka choroba albo całkiem inna, musimy wreszcie zgodzić się co do tego, że choroba to choroba, a nie jakieś „spektrum cech osobowości”. Oczywiście nie zawsze musimy się z tym zgadzać, jednak na potrzeby tej książki przyjąłem obowiązującą w całej dalszej części zasadę jednoznacznego

rozumienia zarówno depresji, jak i zaburzeń afektywnych w ogóle. Przyjmuję mianowicie, że:

1. Zaburzenia afektywne są chorobami („bliższe pojęciu choroby niż niektóre inne zaburzenia psychiczne” – że powrócę do mojego ulubionego cytatu z Puzyńskiego).
2. W praktyce jest sens rozróżniania między chorobą afektywną dwubiegunową (ChAD) a chorobą afektywną jednobiegunową (ChAJ) (dodatkowym zagadnieniem, nieporuszonym jednak w tej książce, jest psychoza schizoafektywna – PSA), a więc także jest sens osobnego omawiania depresji w przebiegu ChAD i ChAJ.
3. Dla lekarza praktyka nie ma szczególnego znaczenia kwestia, czy depresja w przebiegu ChAD i depresja w przebiegu ChAJ to dwa z gruntu odrębne stany, stany pokrewne czy też jeden stan chorobowy. Nie ma więc potrzeby dodatkowego rozpatrywania tego zagadnienia.
4. W celu praktycznego zdefiniowania fazy (epizodu) depresyjnego i manikalnego wystarczające są kryteria zawarte w obowiązujących systemach diagnostycznych (np. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 lub w nowo powstałym ICD-11, gdzie zresztą zmieniono nazwę „zaburzenia afektywne” na „zaburzenia nastroju” – wreszcie!) [5]. Nie ma więc konieczności ani zawężania, ani rozszerzania tych pojęć. Nie ma również (praktycznej) potrzeby wydzielenia innych podtypów – być może poza chorobą afektywną sezonową – tak też postąpili autorzy ICD-11. Warto także zwrócić uwagę, że w ICD-11 po raz pierwszy wydzielono chorobę afektywną dwubiegunową typu drugiego jako odrębny zespół choroby. Uznano więc, że wystąpienie manii polekowej pozwala na rozpoznanie choroby (afektywnej) dwubiegunowej [6].

Właśnie tak definiowanych zaburzeń afektywnych (zaburzeń nastroju) dotyczy dalsza część książki. Nie zajmowałem się natomiast wcale etiologią czy też przypuszczalną etiologią zaburzeń afektywnych. Jest to oczywiście zagadnienie o podstawowym znaczeniu z punktu widzenia dalszych badań i opracowywania nowych metod terapii (wdrożenie leczenia przyczynowego wymaga przecież poznania przyczyn), jednak dla lekarza praktyka tu i teraz znaczenie badań etiologicznych jest znacznie mniejsze. Wystarczy prawdopodobnie uświadomić sobie, że zgodnie z obecnym stanem wiedzy w powstawaniu zaburzeń afektywnych mają znaczenie zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe.

Piśmiennictwo

1. Charlton B.G.: A model for self-treatment of four sub-types of symptomatic „depression” using non-prescription agents: neuroticism (anxiety and emotional instability); malaise (fatigue and painful symptoms); demotivation (anhedonia) and seasonal affective disorder “SAD”. *Med Hypotheses*. 2009. 72. 1–7.
2. Nierenberg A.A., Sussman N., Trivedi M.H.: Managing relapse in depression. Science Press Ltd. Rozdział 1. London 2003.
3. Goodwin F.K., Jamison K.R.: Manic depressive illness. Bipolar disorders and recurrent depression. Oxford University Press. New York 2007.
4. Puzyński S.: Depresje. Wyd. II uzupełnione. PZWL. Warszawa 1988.
5. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków–Warszawa 1997.
6. Krawczyk P., Świącicki Ł.: ICD-11 vs ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO. Artykuł złożony do druku.

LECZENIE ZABURZEŃ NASTROJU

TAKTYKA I STRATEGIA

Książka nie zawiera żadnych szczegółowych rozważań patogene-
tycznych, nie zastanawiałem się także nad ewentualnymi powią-
zaniem pomiędzy różnymi rodzajami depresji. Nie dlatego, że nie
jest to ważne, ale nie taki cel sobie postawiłem. Chodziło mi przede
wszystkim o bardzo praktyczny aspekt planowania konkretnych
działań leczniczych. Byłbym szczęśliwy, gdyby moje rozważania
pomogły lekarzom, a zwłaszcza ich pacjentom.

Za sprawą ICD-11 wkrótce pożegnamy zaburzenia afektywne,
zamieniając je na bardziej swojsko brzmiące zaburzenia nastroju,
ale istota sprawy nie ulegnie zmianie i nadal kilka czy kilkanaście
procent społeczeństwa stanowić będą osoby pogrążone w mroku,
oczekujące na to, że ich przewodnicy będą umieli sensownie
oświecić im drogę.

Zakończenia

