
Co nie jest depresją, czyli jak nie rozpoznawać depresji?

Łukasz Świącicki

Wprowadzenie

Tytuł artykułu wymaga uzasadnienia. Dlaczego autor nie wyjaśni po prostu, co jest depresją, zamiast pisać o tym, co nią nie jest. Ostatecznie można z dużym prawdopodobieństwem przyjąć, że stanów, które można opisać jako „depresja”, jest jednak o wiele mniej niż stanów, które mogą być nazwane „niedepresją”. W pełni zdając sobie z tego sprawę, będę jednak bronił tytułu w jego obecnej formie. Jest to swego rodzaju prowokacja. Pisząc o tym, co nie jest depresją, chciałem dać do zrozumienia, że w ciągu ostatnich kilkunastu lat określenie to zrobiło tak wielką karierę (porównywalną do „szoku”, „stresu” czy nawet „masakry”), iż zaczęto nazywać w ten sposób bardzo wiele stanów z całą pewnością depresją niebędących. Tytułu tych rozważań nie należy jednak traktować zbyt dosłownie – proszę nie oczekiwać, że będę na wielu stronach pracowicie wymieniał wszystkie stany, które nie są depresją.

Czy w ogóle coś jest depresją?

Zastanawiając się nad tym, co nie jest depresją, doszedłem w pewnym momencie do wniosku, że należałoby przyjąć, że w ogóle nie ma takiego (pojedynczego!) stanu, który można by było w ten sposób jednoznacznie określić. A w każdym razie nie ma choroby, rozumianej jako jednostka nozologiczna, którą można by w sensowny sposób określić jako depresję. Należy raczej mówić, pisać, ale przede wszystkim myśleć o pewnym module depresyjnym występującym w przebiegu wielu różnych stanów chorobowych i okresowo nadającym tym stanom podstawowy koloryt. Dlaczego podkreślam konieczność takiego myślenia o depresji? Otóż mam wrażenie, że wiele osób potrafi precyzyjnie pisać, a równocześnie nieprecyzyjnie myśleć. Czyli dopóki o czymś piszemy wszystko jest jasne, ale kiedy przechodzimy do praktyki klinicznej, czyli do myślenia o pacjencie, to ta jasność gdzieś się gubi i na przykład każdy dyskomfort ujawniany przez pacjenta staje się jakąś „depresją”.

Wydaje się, że myślenie psychopatologiczne straciło na precyzji na skutek rezygnacji czy też częściowej rezygnacji z koncepcji „depresji endogennej”. Nieoceniony „Encyklopedyczny słownik psychiatrii”¹ uświadamia nam, że „depresja endogenna to zespół depresyjny występujący w chorobach afektywnych i psychozach schizoafektywnych”. Tak więc, przynajmniej w rozumieniu cytowanego słownika, depresja endogenna to stały moduł depresyjny występujący w przebiegu różnych stanów chorobowych, a nie oddzielna choroba jako taka. Obecnie coraz częściej się o tym zapomina i coraz częściej można się spotkać z opinią, według mnie całkowicie niesłuszną, że depresja endogenna to depresja występująca w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej.

Depresja endogenna a duża depresja

Wydaje się, że zakres tych dwóch pojęć nie jest jednakowy. Nie ma raczej wątpliwości, że każdy stan określony jako depresja endogenna będzie również dużą depresją (major depressive episode),² jednak ta relacja chyba nie jest zwrotna, to znaczy, nie każdy stan definiowany jako duża depresja będzie również depresją endogenną. Wprowadzając pojęcie dużej depresji, autorzy chcieli uniknąć, ich zdaniem zupełnie spekulatywnego, podziału stanów depresyjnych według ich domniemanej przyczyny. Zamiar ten był w zasadzie rozsądny, ponieważ rzeczywistość dość często trudno jest na podstawie symptomatologii orzekać o pochodzeniu zaburzenia (choć wcale nie jest to wykluczone!), ale został przeprowadzony w sposób zastosowany już w przeszłości przez Aleksandra Macedońskiego przy rozwiązywaniu węzła gordyjskiego. Autorzy DSM-IV uznali, że jeśli w ogóle pominą sprawę ewentualnego pochodzenia depresji, to przy okazji rozwiążą ten problem. W efekcie doszło do pomieszania dwóch dużych grup, których odróżnienie było dla większości psychiatrów oczywiste i wcale nie aż takie trudne – osób z depresją endogenną i osób z depresją nerwicową (de-

presja reaktywna jest nieco mimochodem ujęta w DSM-IV jako „bereavement”, czyli żałoba, lub „periods of sadness”, czyli okresy smutku).² Tymczasem depresja endogenna i depresja nerwicowa to zaburzenia o innym przebiegu, leczeniu i rokowaniu, a więc połączenie ich w jedną grupę jedynie na podstawie kryterium nasilenia jest co najmniej niepraktyczne, a przy okazji nielogiczne.

Warto zauważyć, że autorzy ICD-10 zachowali się jeszcze mniej konsekwentnie czy też jeszcze ostrożniej, nie używając w tekście zasadniczym ani określenia „endogenna”, ani „duża”, choć określenie „duża depresja” pojawia się dość nieoczekiwanie w przypisach do głównej definicji, z których dowiadujemy się, że epizod depresji to zarówno epizod dużej depresji, jak i epizod reakcji depresyjnej (dla czytelnika dopisek ten nie ma wielkiej wartości, ponieważ z tekstu nie wynika, co to jest duża depresja!).³

Depresja a smutek

Relacje między depresją a smutkiem są bardziej jednoznaczne niż między depresją dużą a endogenną. Nie ulega wątpliwości, że smutek nie jest synonimem depresji. Niemal jednoznacznie wypowiada się na ten temat klasyfikacja DSM-IV² (niemal, bo jednak w nawiasie wspomniano, że jeśli ten smutek jest bardzo długi i bardzo mocny, to wówczas może tak). Wiele osób, także zajmujących się psychiatrią, uważa jednak, że stwierdzenie smutku jest konieczne do rozpoznania depresji. W rzeczywistości wcale tak nie jest. Trudno odmówić racji autorom „Encyklopedycznego słownika psychiatrii”, którzy piszą „niekiedy zamiast smutku może pojawić się stan zubożenia”.¹ Nie jest to wcale zjawisko rzadkie. Być może jeszcze częściej niż o zubożeniu chorzy mówią o niemożności określenia swojego nastroju, jednak nie zgadzają się na nazywanie tego stanu smutkiem. Pacjenci mówią, że przeżywali już w swoim życiu smutek i był on uczuciem zupełnie odmiennym od tego, którego doznają obecnie. Warto wspomnieć, że taki szczególny, inny, nastrój obserwuje się szczególnie często u osób z urojeniami nihilistycznymi – zespołem Cotarda. Pacjenci z takimi urojeniami bardzo często ujawniają dziwny rodzaj poczucia humoru, który wypadaloby chyba nazwać humorem wisielczym. Bardzo często traktują samych siebie i lekarzy z sarkazmem i ironią. Sami śmieją się z dziwnych treści, które wypowiadają. Może to sprawiać zupełnie mylne wrażenie, że osoby takie nie cierpią, podczas gdy w rzeczywistości są to chorzy, których cierpienie często przerasta wszelkie granice. Dziwny humor jest prawdopodobnie jedną z ostatnich linii obrony przed całkowitym przerażeniem i paniką.

Podstawowe objawy depresji

Jak już wspomniano jednym z podstawowych objawów depresji jest obniżenie nastroju, którego jednak nie należy utożsamiać ze smutkiem (choć często jest ono właśnie tak opisywane).

Zdolność do precyzyjnego opisywania swoich stanów emocjonalnych (a być może w szczególnym stopniu dotyczy to obniżenia nastroju) jest rzeczą bardzo indywidualną. Osoby, które nie mają zwyczaju zagłębiać się w swoje życie wewnętrzne, skarżą się najczęściej na różnego rodzaju dolegliwości somatyczne (somatyzacyjne) i wydają się przekonane, że ewentualne obniżenie nastroju to tylko następstwo bólu – „trudno, żebym się nie martwił skoro mnie boli”. Z drugiej strony osoby bardzo wrażliwe i nastawione na introspekcję, mogą opisywać swoje stany wewnętrzne w sposób tak dziwny, niekiedy sprawiający nawet wrażenie przesadnego, że lekarzowi trudno jest pojąć o czym właściwie mowa.

Jako drugi podstawowy objaw depresji ICD-10³ podaje utratę zainteresowań i zdolności do radowania się, natomiast „Encyklopedyczny słownik psychiatrii” wymienia w tym punkcie obniżenie napędu psychoruchowego.¹ Wydaje się, że obniżenie napędu jest objawem bardziej swoistym, zwłaszcza dla depresji endogennej, jest jednak trudniejsze do stwierdzenia niż zmniejszenie zainteresowań. O ile o zmniejszenie zainteresowań można chorego po prostu spytać licząc na rzetelną odpowiedź, o tyle ewentualne pytanie o obniżenie napędu raczej nie zostanie dobrze zrozumiane, a nawet gdyby, to pacjent będzie miał poważną trudność w udzieleniu odpowiedzi. Zaburzenia napędu lepiej jest więc obserwować samemu, co w przypadku pierwszego w życiu kontaktu z daną osobą może być bardzo trudne (natomiast w przypadku, kiedy dobrze daną osobę znamy – wręcz uderzająco oczywiste!). Zmniejszenie zainteresowań będzie miało istotne znaczenie diagnostyczne, jeśli nastąpiło w stosunkowo krótkim okresie i stanowi wyraźny kontrast z tym, co miało miejsce do tej pory. W długich odcinkach czasowych zmniejszenie zainteresowań może być i bywa związane z fizjologicznym procesem starzenia się. Nie chodzi tu nawet o zamykanie się na świat, lecz o koncentrowanie się na rzeczach, które w miarę upływu lat stały się dla danej osoby najważniejsze i stopniowe odrzucanie tych, na które nie ma się już czasu i siły. Jeśli słyhać w tym zdaniu jakąś osobistą nutę, to szczerze mówiąc nie bez powodu.

Kontrowersyjny jest także punkt (podpunkt) dotyczący utraty zdolności radowania się, czyli – innymi słowy – anhedonii. Takie ujęcie sprawy zakłada, że mamy do czynienia ze zjawiskiem, które badacze zachowań nazywają „anhedonią konsumacyjną”. Oznaczałoby to, że osoba dotknięta taką formą anhedonii napotyka co prawda w swoim życiu bodźce przyjemne, ale nie odróżnia ich od przykrych lub obojętnych, a w związku z tym „nie raduje się” nimi. Tymczasem wyniki badań, prowadzonych np. w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie,⁴ wskazują, że osoby z chorobami afektywnymi jak najbardziej prawidłowo rozpoznają bodźce przyjemne (w przypadku naszego badania były to bodźce smakowe i zapachowe), odczuwają przyjemność z powodu bodźców przyjemnych i przykrość związaną z przykrymi, i to może nawet nieco silniej niż ludzie zdrowi, a jedynie nie poszukują aktywnie bodźców przyjemnych. Proponowaliśmy na określenie tego

zjawiska stosować termin „anhedonia motywacyjna”. Jak widać kwestia anhedonii jest bardziej skomplikowana, niż mogłoby się wydawać na pierwszy rzut oka, a możliwość wykorzystania tego zjawiska jako objawu o dużym znaczeniu diagnostycznym jest ograniczona, ponieważ znacznie łatwiej rozeznaczyć, że coś przyjemnego obiektywnie dla kogoś przyjemne nie jest, niż ocenić motywację do poszukiwania rzeczy przyjemnych.

Trzecim objawem podstawowym proponowanym przez ICD-10 jest „zmniejszenie energii prowadzące do wzmózonej męczliwości i zmniejszenia aktywności”. „Encyklopedyczny słownik psychiatrii”, definiując depresję endogenną przytacza jako trzeci objaw podstawowy „zaburzenia niektórych procesów fizjologicznych i metabolicznych pochodzenia podwzgórzowego”. Zestawianie ze sobą tych objawów jest trudne. Oczywiście różnica wynika z tego, że „Słownik” zajmuje się depresją „biologiczną”, a ICD-10 depresją „amorficzną”, czyli jakąś w praktyce nieistniejącą jednostką. Muszę przyznać, że dla mnie w praktyce klinicznej przydatniejszy jest objaw (zespół objawów) proponowanych przez „Słownik”, zwłaszcza że trzeci objaw ICD-10 jest w jakimś stopniu tożsamy z drugim objawem wymienianym w „Słowniku”. O zaburzenia procesów metabolicznych i fizjologicznych znacznie łatwiej pytać w ten sposób, aby nie sugerować odpowiedzi. Doświadczenie wskazuje, że pytanie o poziom energii wywołuje u większości (znaczej większości?) ludzi odpowiedź twierdzącą. Podobnie jest nawiasem mówiąc z pytaniem o jakość pamięci – z niejasnych dla mnie przyczyn niemal każda osoba, której zada się takie pytanie określa swoją pamięć jako fatalną – wyjątkiem są przede wszystkim chorzy na otępienie...

Kolejnym bardzo istotnym objawem depresji wymienianym przez „Encyklopedyczny słownik psychiatrii” jest lęk. Warto zwrócić uwagę, że w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV lęk nie jest w ogóle uwzględniany ani jako objaw podstawowy, ani dodatkowy depresji! Tak naprawdę trudno zrozumieć, dlaczego tak się stało. Ponieważ lęk występuje w depresji bardzo często efektem nieuznania go za objaw tej choroby jest konieczność rozpoznawania rzekomego „współwystępowania” depresji i lęku. Nie rozumiem tego rozróżnienia. Wydaje się, że z równym powodzeniem można by mówić o „współwystępowaniu depresji i obniżonego nastroju”. Tylko po co? Co właściwie zmienia taka dziwaczna nomenklatura? Mam wrażenie, że decyzja o niewymienianiu lęku jako jednego z objawów depresji nie była merytorycznie uzasadniona, jeśli jakieś uzasadnienie było, to ja go nie znam. Uważam, że należy traktować lęk jako jeden z istotnych objawów depresji.

Błędy, które można popełnić, rozpoznając depresję

Różni autorzy opisujący proces diagnostyczny w psychiatrii opisują różne zestawy „błędów i złudzeń”. Interesujące omówienie dotyczące tego zagadnienia przedstawił np. ostatnio Wciórka.⁵ Ja zdecydowałem się na swoją własną listę błędów, która stanowi odzwierciedlenie moich doświadczeń, ponieważ

mam poczucie, że mówiąc o błędach, najlepiej jest mówić o własnych.

BŁĄD ZANIEDBANIA

Błąd zaniedbania nie musi wcale wynikać ze zwykłego lenistwa (choć to też częsta przyczyna). Może być także spowodowany popadnięciem w rutynę, niesłusznym przekonaniem, że „wszystko już widziałem” i „nic mnie nie zdziwi”. Może być także związane z przekonaniem, że inni lekarze, zwłaszcza z mniejszych ośrodków, albo ci, którzy zajmowali się pacjentem już dawno temu, nie mogą niczego wniesić do procesu diagnostycznego. Bardzo często jest to zupełna nieprawda i właśnie te stare zapiski, których nie chciało mi się czytać albo po których nie spodziewałem się niczego ciekawego, mogłyby ruszyć sprawę do przodu, gdybym w porę zwrócił na nie uwagę.

BŁĄD NIECIERPLIWOŚCI

Szczególnie łatwo go popełnić w stosunku do osób, których napęd jest obniżony. Osoby takie mówią wolno, koncentrują się z trudem. Jeśli prowadzący je lekarz spieszy się, działa pod presją, ma poczucie, że czas go goni, to bardzo często będzie miał tendencje do udzielenia odpowiedzi w imieniu swojego pacjenta. Pacjent zaczyna o czymś mówić, a lekarz, nie mogąc się doczekać końca wypowiedzi, sam dopowiada sobie resztę. Czasem dobrze, czasem źle. Błąd niecierpliwości może się także przejawiać niechęcią do wertowania starych historii chorób – „zamiast tracić na to czas, lepiej sobie sam zbadam”. A przecież trzeba pamiętać o maksymie przypisywanej Hipokratesowi: *Vita brevis, ars longa, occasio praeceps, experimentum periculosum, iudicium difficile*, czyli: okoliczność jest w medycynie naprawdę przemijająca i tego, co ktoś kiedyś widział, być może nikt inny już nie zobaczy.

BŁĄD PARALAKSY

Znanym powszechnie przykładem błędu paralaksy jest odczytywanie wartości temperatury z termometru bez uwzględnienia wysokości, na jakiej został zawieszony przyrząd pomiarowy. W zależności od tego czy wyżej, czy niżej od obserwatora powstaje pewien stały błąd. Tak naprawdę źródłem tego błędu jest egocentryzm – to znaczy w tym przypadku uznanie, że ja sam (lekarz/terapeuta) jestem właściwym i obiektywnym punktem odniesienia. To prawda, że osoba badająca pacjenta dysponuje jedynie własnym ja i nie może wyjść z siebie. Rzecz więc nie w tym, aby tak robić, ale aby mieć świadomość takiej niedoskonałości naszego pomiaru i przynajmniej częściowo uwzględnić poprawkę na możliwy błąd. Może tu na przykład chodzić o różnice w wykształceniu, poziomie inteligencji czy ogólniej o różnice kulturowe między badającym a chorym.

BŁĄD MENTALIZACJI

W pewnym sensie można uznać, że błąd mentalizacji jest odwrotnością błędu paralaksy (oczywiście to stwierdzenie ironiczne). Popełniając błąd paralaksy lekarz (obserwator) nie

uwzględnić tego, że pacjent nie jest dokładnie taki sam jak on. Popołniający błąd mentalizacji ma poczucie, że potrafi się w pełni wcielić w sytuację chorego, wszystko o nim wie lub potrafi sobie wyobrazić. Nadmiernie mentalizujący obserwator nie musi więc uważnie słuchać ani obserwować – pacjent nie może go niczym zaskoczyć, a więc szczerze mówiąc nie jest zbyt ciekawy. Błąd paralaksy wynika ze sztywności poznawczej, błąd mentalizacji z wielkościowości i narcyzmu.

BŁĄD NIEUNIKNIONY

Wymienionych powyżej błędów można w znacznym stopniu uniknąć, choć nie zawsze jest to łatwe. Mam jednak przekonanie, że nie wszystkie błędy podlegają korekcji – wręcz przeciwnie, jest sporo błędów, które w pewien sposób wynikają z samej struktury rzeczywistości i w związku z tym mimo usilnych starań nie można ich uniknąć. Czy warto sobie więc tą kategorią zwracać głowę? Wydaje mi się, że tak. Nieuwzględnienie w swoich rachubach występowania błędów nieuniknionych może bowiem u niektórych osób prowadzić do poważnej frustracji – skoro mimo wielu starań popełniam jednak błędy, to widocznie nie nadaję się do tej pracy – tak czasem myślą młodzi psychiatry. Oczywiście zaakceptowanie istnienia błędów nieuniknionych nie może być rozgrzeszeniem dla wszelkich możliwych błędów.

KOMPLEKS CHRYSTUSA

Ten rodzaj błędnej postawy dotyczy głównie procesu terapeutycznego, ale sądzę, że warto zwrócić na niego uwagę także w okresie ustalania rozpoznania. Lekarz/terapeuta obciążony kompleksem Chrystusa chciałby dać swojemu pacjentowi „wszystko” – nieomylnie zdiagnozować i „całkowicie” wyleczyć. Czy jest w tym coś złego? Okazuje się, że tak, jeśli nie mamy świadomości własnych ograniczeń. Ponieważ w medycynie, a zwłaszcza w psychiatrii, nie ma ani nieomylnych diagnoz, ani cudownych terapii, osoba, która takich rzeczy wymaga, siłą rzeczy bardzo często jest z siebie niezadowolona, ma poczucie niesprostania oczekiwaniom (przede wszystkim własnym), a w rezultacie bardzo często poczucie winy. Taka postawa stosunkowo szybko prowadzi do zniechęcenia i wypalenia. W rezultacie pacjenci zamiast otrzymać „wszystko” dostają „nic”, a i to w gorzkim sosie. Swoje możliwości terapeutyczne i diagnostyczne trzeba oceniać realnie, a nie na poziomie Chrystusa.

Jak nie rozpoznawać depresji

W pierwszej części zastanawiałem się nad tym, co nie jest depresją i jakie błędy można popełnić podczas jej rozpoznawania. W drugiej części spróbuję odpowiedzieć na pytanie, jak nie rozpoznawać depresji.

Depresji nie należy rozpoznawać pochopnie, wbrew wyobrażeniom niektórych osób depresja jest chorobą (zaburzeniem? modulem?) trudną do rozpoznania. W celu ustalenia rzetelnego rozpoznania nie wystarczy nawet dokładne badanie psychiatryczne (nie mówiąc już o niedokładnym), potrzebne

są także wyniki obserwacji, badań dodatkowych (choćby morfologii krwi i hormonów tarczycy). Pierwsze spotkanie z pacjentem może co najwyżej nasunąć lekarzowi myśl o możliwości występowania depresji, ale ta myśl nie może się od razu przerodzić w pewność. Zbyt wczesna decyzja o zakończeniu procesu diagnostycznego może spowodować przeoczenie innej poważnej przyczyny występującego stanu złego samopoczucia.

Depresji nie należy rozpoznawać zastępczo. Prawdopodobnie ze względu na niezwykłą i nieadekwatną popularność określenia „depresja” wiele osób uznaje obecnie, że jest to choroba lepsza niż inne. W szczególności ma to być zaburzenie „lepsze” niż psychozy z kręgu schizofrenii. Zdarza się więc coraz częściej, że bliscy chorego wywierają naciski, aby „na razie” rozpoznać depresję zamiast innej choroby i „dać pacjentowi szansę”. Z różnych względów nie należy ulegać takim naciskom. Kolejni lekarze, którzy w przyszłości będą się zajmować tym chorym, mogą wziąć nasze „zastępcze” rozpoznanie za dobrą monetę i uzależnić od tego swoje postępowanie terapeutyczne, rehabilitacyjne czy orzecznicze z wyraźną stratą dla pacjenta.

Depresji nie należy rozpoznawać życzeniowo, czyli katatymicznie. Podobnie jak rodziny pacjentów, także wielu lekarzy ma poczucie, że rozpoznanie depresji jest lepsze rokowniczo niż rozpoznanie innej psychozy. Jest to przekonanie kontrowersyjne. Wydaje się, że w ogóle niewiele jest sensu w układaniu rankingu chorób według tego, jakie, zdaniem postronnego obserwatora, wywołują one cierpienie. Z pewnością jednak nie ma sensu kierować się takimi przesłankami przy ustalaniu rozpoznania. Rzeczywistość jest taka, jaka jest, i nie da się jej zaczarować określeniami.

Depresji nie należy rozpoznawać, kierując się poczuciem bezradności. W zakresie zainteresowań psychiatrii znajduje się wiele zaburzeń i dysfunkcji, które są trudne do zdefiniowania. Zrozumiała jest więc pokusa, żeby w sytuacjach, kiedy nie wiadomo co z pacjentem robić, uznawać, że dziwne zjawisko, z którym mamy do czynienia, jest „maskowaną depresją”, a następnie leczyć jak zwykłą depresję. Oczywiście nierzadko nietypowe zjawiska to prawdziwe depresje maskowane, ale często raczej zaburzenia osobowości czy inne problemy z funkcjonowaniem. Przyjęcie jako reguły zasady, że wszystko czego nie umiem nazwać to depresja, nie jest słuszne i nie prowadzi do dobrych efektów.

Depresji nie należy rozpoznawać przez ciągłość, czyli bez zastanowienia. To, że ktoś chorował na depresję w przeszłości (naprawdę), wcale nie oznacza automatycznie, że obecnie występujące zaburzenie również jest depresją. Tym razem może przecież chodzić o hipomanię z drażliwością, stan mieszany, łagodne zaburzenia poznawcze lub nawet zespół abstynencyjny. Każdy z tych stanów chorobowych wiąże się z przeżywanym subiektywnie dyskomfortem, jednak przeżywanie dyskomfortu w żadnym wypadku nie jest tożsame z depresją, a nieprawidłowe rozpoznanie może mieć w takiej sytuacji poważne i przykre następstwa.

Depresji nie należy rozpoznawać na życzenie. Ponieważ, jak już kilka razy wspominałem, depresja jest obecnie rozpoznaniem popularnym, w praktyce stosunkowo często można spotkać pacjentów, którzy od razu na początku badania sami sobie rozpoznają depresję i zamiast mówić o objawach, które stały się przyczyną zgłoszenia do lekarza, proponują od razu rozwiązanie w postaci propozycji diagnozy. Pacjenci mają prawo tak postępować, ale lekarz nie powinien im ulegać. Zgłoszenie tego rodzaju propozycji przez pacjenta nie może być uznane ani za dowód występowania choroby, ani nawet za jakąkolwiek poszlakę – to jest tylko propozycja osoby chorej.

Depresji nie należy rozpoznawać *ex juvantibus*, czyli na podstawie wyników leczenia. Leki przeciwdepresyjne są obecnie stosowane w terapii wielu różnych dolegliwości. Podaje się je jako wspomagające leki przeciwbólowe, w terapii natręctw, lęków i fobii, a czasem nawet bez wyraźnego powodu – ot tak, z bezradności. W wielu sytuacjach takie leczenie bywa skuteczne, czasem nawet bardzo. Można by na tej podstawie sądzić, że w takich sytuacjach mieliśmy w rzeczywistości do czynienia z jakąś formą (może maskowanej?) depresji. Nie jest to pogląd słuszny lub może raczej – jedynie niekiedy jest to pogląd słuszny. Przyczyną nieporozumienia jest zdecydowanie myląca tradycyjna nazwa „leki przeciwdepresyjne”. Preparaty należące do tak określanej grupy, zresztą mające bardzo wiele, zupełnie odmiennych od siebie mechanizmów działania, w rzeczywistości wcale nie są swoiste. Innymi słowy, wiele leków określanych jako przeciwdepresyjne mogłoby równie dobrze zostać zaliczonych choćby do „przeciwłękowych”. Stąd też na podstawie skuteczności działania leku przeciwdepresyjnego w żaden sposób nie można wnioskować, że leczona choroba była depresją (zwłaszcza jeśli nie stwierdzano żadnych objawów depresji!). Ponadto należy również pamiętać o tym, że nie zawsze to, co wydaje się efektem działania leku, jest nim w rzeczywistości. Spektakularne poprawy stanu psychicznego na samym początku terapii, często przez pacjentów wiązane z działaniem leku, mogą mieć charakter reakcji placebo.

ciąg dalszy piśmiennictwa ze str. 18

3. Basińska-Szafrańska A, Pigulka gwałtu w ujęciu medycznym. W: Nowakowski P (red.) Wokół pigulki gwałtu. Polskie Towarzystwo Socjologiczne. Warszawa 2011;79-93.
4. Wu CS, Ting TF, Wang SC et al.: Effect of benzodiazepine discontinuation on dementia risk. *Am J Geriatr Psychiatry* 2011;19:151-159.
5. Committee On Safety Of Medicines: Benzodiazepines, Dependence And Withdrawal Symptoms. *Current Problems*, 1988;21:1-2.
6. Cohen A, Ferrier N, Goldberg D, et al. Clinical Guideline 22 (amended). Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care”. National Institute for Health and Clinical Excellence:23–25. www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG022NICEguidelineamended.pdf, 2007.
7. Ashton H: Benzodiazepines: how they act and how to withdraw? *The Ashton Manual*, (2002) www.benzo.org.uk (revised 2007).
8. Rickels K, Schweizer E, Case WG, et al.: Long-term therapeutic use of benzodiazepines. I. Effects of abrupt discontinuation. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:899-907.
9. Basińska A, Jamróży A, Habrat B: Prolonged benzodiazepine elimination in addicted patients as a reason of early post-detoxification relapses. *Ann Gen Psychiatry*. 2010;9 (supl.1):156.

Poprawa może także być związana z umieszczeniem chorego w szpitalu i oderwaniem od problemów i zmartwień dnia codziennego.

Podsumowanie

Nie ma jednej choroby, którą można by określić mianem depresji. Jest to raczej swoisty zespół objawów występujących w przebiegu różnych zespołów chorobowych. Koncepcja depresji endogennej, biologicznej, obecnie oficjalnie nieużywana, była w codziennym myśleniu o depresji bardziej przydatna niż koncepcja dużej depresji. Kryteria rozpoznawania depresji endogennej, np. takie, jakie podaje „Encyklopedyczny słownik psychiatrii”, są jaśniejsze i bardziej jednoznaczne niż kryteria dużej depresji proponowane przez ICD-10 i DSM-IV.

Trzeba pamiętać o tym, że depresja (zarówno endogenna, jak i duża) wcale nie jest łatwa do rozpoznania. Z całą pewnością do ustalenia diagnozy nie wystarczy przeprowadzenie jednego, nawet wnikliwego, badania psychiatrycznego. Konieczna jest obserwacja chorego, a bardzo często również zebranie wywiadu od osób mu bliskich. Nietrafne rozpoznanie depresji może pociągać za sobą liczne, co najmniej nieprzyjemne dla pacjenta, konsekwencje.

Piśmiennictwo

1. Encyklopedyczny słownik psychiatrii. Korzeniowski L, Puzyński S (red.), wyd. 3. PZWL Warszawa 1986: 101.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV. American Psychiatric Association. Waszyngton 1994: 327.
3. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków – Warszawa 2000: 109.
4. Świącicki Ł, Zatorski P, Sienkiewicz-Jarosz H, et al. Gustatory and olfactory function in patients with unipolar and bipolar depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2009;33 (5):827-834.
5. Wciórka J. Psychopatologia: objawy i zespoły zaburzeń psychicznych. W: Psychiatria. Rybakowski J, Puzyński S, Wciórka J (red.), t. 1: 312-313. Elsevier, Urban i Partner. Wrocław 2010.
10. Basińska A: Zapobieganie uzależnieniom od benzodiazepin i niebenzodiazepinowych leków nasennych – regulacje prawne i zalecenia medyczne. *Terapia*. 2011;250:66-70.
11. McIntosh A, Semple D, Smyth R, Burns J, Darjee R. “Depressants”. *Oxford Handbook of Psychiatry* (1st ed.). Oxford University Press 2005: 540.
12. Fernandez L, Cassagne-Pinel C: Benzodiazepine addiction and symptoms of anxiety and depression in elderly subjects. *Encephale* 2001;27:459-474.
13. Assem-Hilger E, Jungwirth S, Weissgram S, et al.: Benzodiazepine use in the elderly: an indicator for inappropriately treated geriatric depression? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24:563-569.
14. McIntosh A, Cohen A, Turnbull N. Clinical guidelines and evidence review for panic disorder and generalised anxiety disorder. National Collaborating Centre for Primary Care 2004.
15. Basińska-Starzycka A, Jamróży A, Habrat B: Odstawianie benzodiazepin i leczenie zespołów abstynencyjnych u osób uzależnionych – indywidualizacja postępowania w oparciu o monitoring kliniczny i farmakokinetyczny. *Alkohol. i Narkom.* 2009;2:75-86.
16. Tsunoda K, Uchida H, Suzuki T, et al.: Effects of discontinuing benzodiazepine-derivative hypnotics on postural sway and cognitive functions in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;25:1259-1265.