

Bazyli Panasiuk¹, Katarzyna Panasiuk², Anna Aleksandra Panasiuk³

¹Gdańska Szkoła Wyższa, ²Uniwersytet Morski w Gdyni, ³Uniwersytet Gdański

Zaburzenia depresyjne i afektywne (diagnoza, terapia i profilaktyka)

Streszczenie

W artykule podjęto problematykę zaburzeń depresyjnych i afektywnych. Sformułowano definicję pojęcia depresji i zaburzeń afektywnych. Przedstawiono obraz kliniczny zespołu maniakalnego i dwubiegunowych zaburzeń afektywnych. Opisano etiologię zaburzeń depresyjnych i afektywnych. Podjęto też próbę opracowania projektu działań interwencyjnych wobec osób dotkniętych zaburzeniami depresyjnymi i afektywnymi.

Słowa kluczowe: depresja, zaburzenia nastroju, epizod depresyjny i maniakalny, choroba afektywna, dwubiegunowe zaburzenie afektywne, psychoza maniakalno-depresyjna.

Wstęp

Nie ma wątpliwości, że prawie każdy człowiek doznaje uczucia przygnębienia, smutku, żalu i rozpaczy wtedy, gdy straci rodzinę, osobę bliską, wiernego przyjaciela, zdrowie, urodę, autorytet, dobre imię, majątek, intratną posadę, władzę, pewność siebie, nadzieję, złudzenia, wolną wolę, chęć do pracy umysłowej i fizycznej oraz do normalnego trybu życia publicznego i osobistego. Odczuwa natomiast satysfakcję, radość, uszczęśliwienie, pobudzenie, podniecenie, przypływ energii i zapału twórczego wtenczas, kiedy spotyka go coś miłego i przyjemnego (np. nagroda, awans, zdany egzamin, szczerza życzliwość, dobre słowo, wyraźna poprawa zdrowia, rekompensata, niezwykła przygoda, dobroczynny wypoczynek itp.). Jeśli „zły” bądź „dobry” nastrój ma duże natężenie i długotrwały przebieg, a ponadto dają znać o sobie zaburzenia czynności organizmu (m.in. serca, płuc, mózgu, gruczołów dokrewnych, żołądka, wątroby, trzustki i nerek), anomalie psychiczne, zachowania dewiacyjne i destrukcyjne lub autodestrukcyjne to „zły nastrój” może być rozpoznany jako stan depresyjny, zaś „dobry nastrój” — jako stan maniakalny lub hipomaniakalny („łagodny stan maniakalny”). Bywa, że stany depresyjne łączą się ze stanami maniakalnymi, tworząc harmonijną całość, określaną mianem psychozy maniakalno-depresyjnej, choroby afektywnej bądź dwubiegunowego zaburzenia afektywnego.

O rozmiarach zaburzeń depresyjnych i afektywnych, zwanych też zaburzeniami nastroju, mówią dane empiryczne i statystyczne. Na podstawie tych danych, można powiedzieć, że typowe objawy rzeczonych zaburzeń ujawnia 10–20% dzieci, młodych ludzi i osób dorosłych. Należy przypuszczać, że dotyczą one blisko 2% niemowląt i przedszkolaków (przeważnie jest to tzw. depresja anaklityczna), około 4–8% uczniów

szkół podstawowych, niemal 20% licealistów, prawie 30% osób w wieku średnim (20–30 lat) i niedającą się oszacować liczbę ludzi liczących sobie 40 oraz więcej lat. Różnorodne stany depresyjne, melancholijne, apatyczne i hipomaniakalne (niekiedy psychotyczne, maniakalne i maniakalno-depresyjne), występują 2–3 razy częściej u dziewcząt i kobiet niż u chłopców i mężczyzn. U około 10–15% adolescentów obojga płci, którzy są dotknięci tzw. nawrotową ciężką depresją, może rozwinąć się psychoza maniakalno-depresyjna. Od 50 do 60% młodych ludzi cierpiących na tę „chorobę”, ma epizody depresyjne poprzedzające stany maniakalne albo następujące po nich. Mania, w której wcześniej nie wystąpiły oznaki depresji, jest wyjątkowym zdarzeniem. Głębokie stany depresyjne są powodem blisko 50% prób odebrania sobie życia, a ponad 15% osób owładniętych nimi umiera samobójczą śmiercią. U ludzi z rozpoznaną chorobą afektywną, wskaźnik umieralności jest 2–3 razy wyższy niż w ogólnej liczbie osób tracących życie każdego roku. Nasuwa się przypuszczenie, że prawie 30% śmiertelnych wypadków z nieustalonych przyczyn, ma związek z tą chorobą i współistniejącymi zaburzeniami czynnościowymi organizmu, tudzież z deficytami intelektualnymi, poznawczymi, emocjonalnymi, „duchowymi” i behawioralnymi.

Duża częstotliwość występowania zaburzeń depresyjnych i afektywnych, niejednokrotnie porównywalna z chorobami epidemicznymi, skłania ludzi nauki do konstruowania nowych modeli diagnozy i leczenia tych psychoz. Przyczynkiem do dyskursu na ten temat jest niniejszy artykuł.

Pojęcie oraz istota zaburzeń depresyjnych i afektywnych

Etymologicznie słowo **depresja** oznacza chorobliwe przygnębienie i zahamowanie czynności psychicznych występujące w psychozach. W nowym „Słowniku psychologii” ów termin definiuje się jako „stan usposobienia charakteryzujący się poczuciem nieodpowiedniości, uczuciem przygnębienia, obniżeniem aktywności i reaktywności, pesymizmem, smutkiem i podobnymi objawami” (Reber, 2005, s. 145).

Zdaniem Stanisława Pużyńskiego, depresja to chorobliwe zaburzenie „życia uczuciowego i emocjonalnego, którego podstawowym objawem jest dominujące uczucie smutku, przygnębienia, zniechęcenia, ujemny ton uczuciowy towarzyszący ogółowi przeżyć, obniżenie lub niezdolność przeżywania uczuć radości, satysfakcji, przyjemności. Zamiast uczucia smutku może się pojawiać stan zobojętnienia i niezdolności do przeżywania wszelkich stanów emocjonalnych (zarówno smutku, jak i szczęścia). W zależności od rodzaju d. (głównie z punktu widzenia nozologicznego), osobowości chorego oraz wpływu czynników środowiskowych w jej obrazie klinicznym może występować wiele in. objawów i cech, które wnoszą do obrazu chorobowego swoje składowe, będące podstawą diagnostyki różnicowej i wyboru metody leczenia. Do tych objawów należą m.in. oceny pesymistyczne oraz urojenia depresyjne lub nihilistyczne, poczucie winy lub krzywdy, spowolnienie procesów myślowych i poczucie niewydolności intelektualnej, różnorodne postacie lęku (przewlekły lub napadowy), zaburzenia rytmów biologicznych, zahamowanie ruchowe. [...] Myśli i tendencje samobójcze mogą występować w każdej postaci klinicznej d.” (Pużyński, 1993, s. 87–88).

Według Adama Szymusika, depresja — w odróżnieniu od innych zaburzeń psychicznych — przeważnie „rozwija się wolno, niepostrzeżenie. Stopniowo obniża

się nastrój, człowiek staje się coraz mniej aktywny, niechętnie nawiązuje kontakt z otoczeniem, najczęściej unika innych, zamyka się w sobie, szuka samotności. Taki chory stopniowo staje się spowolniały, nawet drobne sprawy sprawiają mu trudności, myśli i mówi wolniej, na twarzy pojawia się wyraz smutku i przygnębienia. Ma gorszy apetyt, skarży się na dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, duszności, bóle w okolicy serca. Źle sypia, ma makabryczne, przygnębiające sny, budzi się w nocy, chociaż prawie cały czas jest senny i zmęczony. Przyszłość widzi w czarnych barwach, nie wierzy, aby jemu lub rodzinie mogło się wydarzyć coś pozytywnego, również swoją przyszłość spostrzega jako pasmo nieszczęść i niepowodzeń. Z innych objawów wymienić należy osłabienie pamięci, płaczliwość, stałe uczucie zmęczenia i przede wszystkim lęk ogarniający wszystkie dziedziny życia, ale najsilniej wyrażony w obawach o los swój i najbliższych. W głębokiej depresji człowiek nie widzi przed sobą żadnej przyszłości, jest przekonany o nieodwracalności obecnej sytuacji, występują urojenia prześladowcze, urojenia winy, samoobwinianie. W takim stanie chory jest przekonany, że ponosi odpowiedzialność za zło całego świata, że dokonał zbrodni, obciąża się za drobne nawet kłopoty, jakie mają krewni i znajomi, oraz wyolbrzymia je do niesłychanych rozmiarów. Stosunkowo często w tym stanie nie widzi innego wyjścia jak samobójstwo, czasem o charakterze poszerzonym, to jest zabija również najbliższych członków rodziny, aby uwolnić ich od rzekomo zagrażających chorób czy nieszczęść. Należy dodać, że próby samobójcze w depresji są najczęściej skuteczne, w odróżnieniu od samobójstw osób histerycznych. Czasem chory umiejętnie wprowadza w błąd rodzinę, dysymulując objawy choroby, czy też udając poprawę. Chodzi mu w tych przypadkach o zmniejszenie czujności, by móc w ten sposób dopełnić skuteczne samobójstwo. [...] Depresja może wystąpić w każdym okresie życia człowieka, ale u dzieci należy do zupełnie wyjątkowych. W okresie młodzieńczym stany depresyjne są zazwyczaj krótkotrwałe i występują jako objaw pokwitania; czy też jako reakcja na trudności dojrzewania. Zazwyczaj depresja okresu młodzieńczego mija w późniejszych latach, rzadziej jest objawem schizofrenii. Wyjątkowo rzadko występuje w tym okresie życia pierwszy rzut choroby afektywnej. Choroba ta jest zmienna dla wieku dojrzałego, występuje zwykle po 30 roku życia, częściej u kobiet niż u mężczyzn” (Szymusik, 1992, s. 650–651).

Swoiste cechy ma zaburzenie depresyjne dotyczące dzieci i młodych ludzi, zwane depresją młodzieńczą. W opinii Jacka Bomby depresja młodzieńcza znajduje wyraz w „zespołe zaburzeń nastroju, emocji, czynności poznawczych oraz zachowań. Zaburzenia nastroju najczęściej mają charakter obniżenia nastroju, o różnym stopniu nasilenia i różnym kolorycie emocjonalnym. Mogą, zwłaszcza u osób młodszych lub wolniej dojrzewających, wyrażać się zmiennością nastroju z odcieniem dysforii. Drugi, istotny obszar objawowej depresji młodzieńczej to podwyższony poziom lęku. Charakterystyczne jest występowanie lęku przed przyszłością, wyrażającego się poczuciem niezdolności osiągnięcia zadowalającego statusu w dorosłości. Dotyczy to perspektyw zdobycia wykształcenia, pozycji społecznej, statusu materialnego, a bardzo często znalezienia partnera życiowego i spełnienia roli rodzica. Trzecim obszarem objawowym depresji młodzieńczej są zaburzenia w sferze poznawczej. Na pierwszy plan wysuwają się zazwyczaj trudności funkcjonowania w podstawowym dla tego okresu życia

obszarze nauki szkolnej. Trudności w uczeniu się, niepowodzenia szkolne, trudności w skupieniu się, wytrwałości w nauce, poczucie nieoryginalności myślenia są często pierwszymi i na ogół niezauważalnymi objawami depresji młodzieńczej. Charakterystyczne jest poczucie małej wartości, przekonanie o nieskuteczności własnych działań i nieuchronności niepowodzenia, przypominające opisywane przez psychopatologów ze szkoły poznawczej w depresji dorosłych błędne stereotypy poznawcze. Jest kwestią dyskusyjną, czy w depresji młodzieńczej mają one charakter utrwalony czy też pozostają w związku z dokonującymi się w tej fazie rozwoju procesami. Jeszcze jednym charakterystycznym objawem jest uczucie nudy i niemożność znalezienia przyjemności. Nuda i anhedonia zaliczane są jednak przez większość autorów do objawów zaburzeń nastroju. Kolejny istotny obszar objawowy stanowią zaburzenia aktywności.

Podobny pogląd na ten temat prezentuje Jolanta Rabe-Jabłońska, która pisze: „Obraz kliniczny [...] depresji dziecięcej i młodzieńczej nie różni się istotnie od depresji dorosłych i zawsze można odnaleźć podstawowe objawy: specyficzne obniżenie nastroju (niezdolność przeżywania zadowolenia, przyjemności, radości, szczęścia), spadek zainteresowań, aktywności, znaczącą zmianę apetytu lub masy ciała, zaburzenia snu lub nadmierna senność, fizyczne spowolnienie lub pobudzenie, utratę energii, poczucie bezwartościowości lub nieadekwatne poczucie winy, trudności w koncentracji uwagi, nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie, choć czasem ekspresja ich jest zmieniona w związku z młodym wiekiem pacjenta. [...] U wielu dzieci dominującym nastrojem jest jednak nastrój drażliwy, a nie depresyjny. Specyficzne zaburzenia snu (bezsenność, wyraźne skrócenie godzin snu czy też przedwczesne budzenie się przed czasem bez możliwości powtórnego zaśnięcia) i apetytu (utrata łaknienia, jadłowstręt) wydają się mniej powszechne u dzieci niż u osób dorosłych. [...] Prawie zawsze u młodych pacjentów można odnaleźć wyraźne depresyjne zaburzenia myślenia: zmniejszoną samoocenę, negatywną ocenę przeszłości, teraźniejszości i przyszłości, utratę sensu podjętej aktywności, a nawet życia. Poczucie winy i beznadziejności pojawia się najprawdopodobniej rzadziej u dzieci niż u młodzieży i dorosłych. Znacznie rzadziej niż u dorosłych pojawia się anhedonia, wyraźne spowolnienie psychomotoryczne oraz inne objawy składające się na postać melancholiczną depresji. Jeszcze rzadziej opisuje się u dzieci i młodzieży przypadki depresji katatonicznej. Plany samobójcze dzieci z depresją rzadziej prowadzą do śmierci niż w pozostałych grupach wiekowych, ale myśli o śmierci, chęć, aby zasnąć i już się nie obudzić bądź myśli o konkretnych sposobach odebrania sobie życia, tendencje samobójcze wcale nie są rzadkie. W przypadku depresji młodzieńczej ryzyko podjęcia próby samobójczej jest bardzo wysokie, szczególnie, gdy pojawia się u młodych pacjentów mających trudności lub zaburzenia kontroli zachowań impulsywnych. Wielu autorów podkreśla obecność licznych skarg somatycznych (szczególnie bólów brzucha i głowy) u dzieci z depresją. Wydaje się, że nie są one częściej spotykane niż u dorosłych, lecz są mniej skomplikowane. Rzadkością są objawy depresji psychotycznej (urojenia depresyjne, halucynacje słuchowe związane i niezwiązane z nastrojem) u starszych dzieci, pojawiają się one u adolescentów i często są nieprawidłowo rozpoznawane jako objawy schizofrenii. Uważa się, że wysoki odsetek młodocianych ma atypowy obraz zaburzeń depresyjnych. Występują wówczas takie objawy, jak: hipersomnia, uczucie ciężkości w kończynach, znaczący

przybytek masy ciała, wrażliwość na odrzucenie w kontaktach interpersonalnych. Niewiele wiadomo na temat sezonowo pojawiającej się depresji w okresie rozwojowym. Niektórzy autorzy uważają, że rzadko jest ona rozpoznawana, lecz dość często (w łagodnej postaci) występuje zarówno u dzieci, jak i młodzieży w okresie zimy” (Rabe-Jabłońska, 2007, s. 326–327).

Na temat zaburzeń depresyjnych i afektywnych, które w systemie klasyfikacyjnym Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV i DSM-V) są określane terminem zaburzeń nastroju, ciekawie wypowiadają się autorzy współczesnej „Psychopatologii”. Ich zdaniem, przeważnie mamy do czynienia z czterema grupami objawów depresji. Oprócz zaburzeń nastroju są jeszcze zaburzenia myślenia lub poznawcze, motywacyjne i fizyczne. Nie wszystkie muszą być bezbłędnie zdiagnozowane jako „depresyjne”, lecz im ich więcej i im bardziej dynamiczna któraś z tych grup, tym większa pewność, że jednostka cierpi na depresję. Pacjent w depresji zapytany, jak się czuje, w odpowiedzi najczęściej użyje następujących przymiotników: smutny, zgaszony, załamany, bezradny, beznadziejny, samotny, nieszczęśliwy, przygnębiony, bezwartościowy, upokorzony, zawstydzony, zaniepokojony, bezużyteczny, winny. Smutek i wina są oczywistymi emocjonalnymi symptomami depresji i cierpiący na nią rzeczywiście nie są w stanie podczas rozmowy powstrzymać się od płaczu. Jednak nastrój ten zależy również od pory dnia. Zwykle ludzie ci najgorzej czują się rano, a w ciągu dnia ich nastrój nieco się poprawia. Oprócz smutku i winy często pojawia się niepokój, tak często, że zaburzenie depresyjne czasami uznawane jest za tożsame z zaburzeniem lękowym. [...] Prawie każdy cierpiący na depresję zdradza jednocześnie niepokój, niemniej jednak może on również wystąpić mimo braku depresji. [...] Niemal tak samo jako poczucie smutku i winy w depresji powszechny jest brak gratyfikacji i czerpania radości z życia. Czynności, które niegdyś dawały satysfakcję, stają się nudne. Utrata zainteresowania początkowo dotyczy kilku zajęć, takich jak praca lub wychowywanie dzieci. Lecz wraz z nasileniem się depresji zaczyna ona obejmować prawie wszystkie działania człowieka. Przyjemność czerpana z hobby, rekreacji lub życia codziennego słabnie. Osoby, które wcześniej były duszą towarzystwa, zaprzestają jakichkolwiek spotkań. W końcu nawet dające przyjemność funkcje biologiczne, takie jak jedzenie lub seks, tracą swój urok; 92 procent cierpiących na depresję przestaje czerpać radość z czynności będących celem ich życia, a 64 przestaje się cieszyć z obecności innych ludzi” (Seligman i in., 2003, s. 272–274).

Nowoczesne poglądy na temat depresji i zaburzeń afektywnych prezentuje Peter T. Loosen i Richard C. Shelton: „Główną cechą epizodu ciężkiej depresji jest obniżony nastrój lub utrata zainteresowania albo zdolności do odczuwania przyjemności [...], które utrzymują się przynajmniej przez dwa tygodnie i są przyczyną znacznego dyskomfortu lub upośledzenia w kontekście społecznym, zawodowym lub w innych ważnych dziedzinach życia. [...] Obniżony nastrój jest najbardziej charakterystycznym objawem występującym u ponad 90% pacjentów. Pacjent najczęściej skarży się na przygnębienie, smutek, poczucie pustki, beznadziejności i rezygnacji. Taki nastrój różni się od normalnego smutku czy przygnębienia. Lekarz często obserwuje zmiany u pacjenta w postawie, mowie i wyrazie twarzy (np. melancholijny wyraz twarzy znany jako *facies melancholica*), sposobie ubierania się i w wyglądzie zgodnie z opisem pa-

cjenta. Wielu pacjentów cierpiących na depresję twierdzi, że nie potrafi płakać, podczas gdy inni zgłaszają częste napady płaczu, które występują bez poważnej przyczyny. Niewielki procent pacjentów nie uskarża się na obniżenie nastroju, co niekiedy określa się mianem maskowanej depresji. Tacy pacjenci często trafiają do lekarza za pośrednictwem rodziny lub znajomych, którzy zaobserwowali u nich wycofanie społeczne lub obniżoną aktywność. Pacjenci mogą kojarzyć depresję z poczuciem smutku. Jednak depresja często łączy się z odrętwieniem emocjonalnym lub brakiem pozytywnego reagowania. Podobnie ma się sytuacja u niektórych dzieci i adolescentów, którzy nie są smutni, ale raczej drażliwi” (Loosen i in., 2011, s. 476).

Obraz kliniczny zespołu maniakalnego i dwubiegunowych zaburzeń afektywnych

Zdaniem S. Pużyńskiego, cechą charakterystyczną zespołu maniakalnego jest „aktywność chorych w środowisku. Ujawniają oni liczne, powierzchowne zainteresowania, podejmują wiele inicjatyw i pochopnych działań, których z reguły do końca nie realizują, wysuwają projekty usprawnień, niekiedy radykalnych zmian otaczającego świata i, pomijając przy tym istniejące realia, dążą do natychmiastowej realizacji pomysłów. Gdy napotykają przeszkody ze strony otoczenia, wtedy reagują gniewem, rozdrażnieniem, agresją słowną, niekiedy agresją fizyczną. Nawiązują liczne przypadkowe i powierzchowne znajomości. Działanie jest zwykle mało przemyślane i planowane, lecz realizowane ad hoc. Są to np. zupełnie zbędne zakupy, przypadkowe podróże, niekiedy również życiowo ważne decyzje, np. decyzja o rozwodzie lub zawarciu związku małżeńskiego, zmianie miejsca pracy. Pospolitym zjawiskiem jest nasilenie popędu płciowego, przypadkowe kontakty seksualne, nadużywanie alkoholu (niekiedy w postaci ciągów picia). Chorzy w manii odżywiają się nieregularnie (brak czasu), chudną, nie dbają o higienę osobistą, ich strój i wygląd zewnętrzny wskazuje często na wzmożone samopoczucie, a jednocześnie na bezkrytycyzm” (Pużyński, 1992, s. 210).

Zwięzły opis cech charakteryzujących „epizody maniakalne” zawiera praca L. Cierpiałkowskiej. Autorka twierdzi, że epizody „przejawiają się w różnych sferach funkcjonowania psychicznego i fizycznego jednostki. Zmiany nastroju mogą mieć różne nasilenie: od wzmożonego samopoczucia, zadowolenia i dobroduszości do znacznego pobudzenia, rozdrażnienia i przewrażliwienia. Chorzy często są podekscytowani i zbyt optymistycznie postrzegają swoją aktualną sytuację i przyszłość, przejawiając niczym nieograniczoną wiarę we własne siły, możliwości i zdolności. Skrajnie zawyżona samoocena może współwystępować z urojeniami wielkościowymi. Podwyższonemu nastrojowi współwystępującemu z rozdrażnieniem towarzyszą nieokreślone uczucia podniecenia i napięcia, które są pomieszane z niepokojem i lękiem. Ze zmianami nastroju współwystępują zaburzenia w sferze motywacyjnej, przejawiające się na dwa sposoby. Po pierwsze, osoby te odkrywają w sobie różne uzdolnienia artystyczne, na przykład pisarskie, malarskie czy muzyczne i podejmują próby ich realizacji albo rozpoznają powołanie do różnych przedsięwzięć biznesowych, dobroczynnych czy religijnych. Po drugie, przejawiają one znaczny poziom utraty kontroli nad różnymi popędami i działaniami niebezpiecznymi dla nich i innych ludzi, na przykład: podejmują aktywność seksualną z przypadkowymi osobami, uprawiają hazard czy eksperymentują

z różnymi środkami psychoaktywnymi. Postępowanie tych osób często jest chaotyczne i słabo ukierunkowane oraz niestabilne i mało konsekwentne. Choć przygotowania do tych przedsięwzięć czynią z rozmachem, to jednak bardzo szybko je porzucają, bo doznają kolejnego olśnienia, odkrywając jeszcze inne możliwości i zadania do wypełnienia. W kontaktach społecznych zachowują się często nieadekwatnie, skracają dystans, brakuje im wyczucia i umiaru. Innych ludzi, bez względu na ich wiek czy stanowisko, traktują z pewną dozą nonszalancji i lekceważenia. Gdy napotykają opór lub zakazy, które uniemożliwiają im swobodne działania, są napastliwe i agresywne. Osoby, u których występuje mania w połączeniu z objawami psychotycznymi, mogą wpadać w szal, wzmacniany często podejrzeniami i urojeniami prześladowczymi. Z zaburzeniami nastroju i motywacji współwystępują zaburzenia procesów poznawczych, szczególnie uwagi, pamięci i myślenia. Przyspieszony tok myślenia w hipomanii przyjmuje postać gonitwy myślenia w manii, co w wypowiedziach chorego przejawia się w formie albo wielomówności, albo słowotoku. Zmienia się nie tylko dynamika (szybkość) przechodzenia od jednej do drugiej przesłanki lub sądu, lecz także z powodu zaburzeń koncentracji uwagi, tok myślenia (przyczyną są często przypadkowe bodźce). Dlatego obserwuje się albo ogromną powierzchowność, albo wielopoziomowość i wielopłaszczyznowość myślenia, co przypomina występujące w schizofrenii rozkojarzenie. Przyspieszenie dynamiki myślenia i zaburzenia przerzutności są widoczne w procesie komunikowania się. Wypowiedzi chorego są często chaotyczne, pozbawione konkretnego kierunku i logiki. Pojawiać się mogą zaburzenia percepcji, na przykład kolory wydają się choremu nader żywe, dźwięki bardzo donośne, a kształty i detale nadzwyczaj wyraziste. W hipomanii, a jeszcze wyraźniej w manii, występują zaburzenia rytmu biologicznego, polegające głównie na zaburzeniach snu i łaknienia. Chorzy mają trudności z wyciszeniem się i zaśnięciem, śpią zazwyczaj bardzo krótko. W ciężkich stanach mogą zaniedbywać odżywianie się, picie i higienę osobistą, doprowadzając się do skrajnego wyczerpania. Przejawiają też obniżoną wrażliwość na ból oraz dolegliwości fizyczne i somatyczne” (Cierpiałkowska, 2007, s. 243–244).

Interesujący obraz kliniczny dwubiegunowych zaburzeń afektywnych skonstruowali autorzy „Psychopatologii”. Ich zdaniem, osoba dotknięta tym zaburzeniem, aktualnie „przeżywa stan depresji, a wcześniej miewała stany maniakalne, lub też obecnie przeżywa stan maniakalny, a wcześniej cierpiała na depresję. Jednostki cierpiące na zaburzenie dwubiegunowe różnią się od siebie pod względem tego, czy przeżywają tylko epizody maniakalne lub depresyjne czy obydwa naprzemiennie. Jednak rzadko się zdarza cierpieć na stany manii, nie przeżywając wcześniej epizodów depresyjnych. Depresyjny element zaburzenia dwubiegunowego jest na pozór podobny do depresji jednobiegunowej, istnieją jednak między tymi dwoma stanami pewne różnice. Z jednej strony, depresja dwubiegunowa jest bardzo dotkliwa [...] i zwykle nie towarzyszy jej bezsenność lub spadek apetytu, lecz nadmierne objadanie się (zwłaszcza przyjmowanie węglowodanów) i nadmierna senność (stałe poczucie senności mimo dostatecznej ilości snu). Depresje jedno- i dwubiegunowe mogą również się różnić na poziomie reakcji neurochemicznych: pacjenci z zaburzeniem dwubiegunowym poddani leczeniu za pomocą leków przeciwdepresyjnych, takich jak prozac, które są skuteczne w przypadku depresji jednobiegunowej popadają w stan manii” (Seligman i in., 2003, s. 306–307).

Podobny pogląd na ten temat prezentują autorzy „Psychologii zaburzeń”, którzy piszą: „Symptomy fazy depresyjnej zaburzenia dwubiegunowego zazwyczaj nie różnią się klinicznie od cech wielkiej depresji. [...] Jednakże podstawową cechą wyróżniającą afektywne zaburzenie dwubiegunowe jest przeplatanie się epizodów depresyjnych i maniakalnych. W około dwóch trzecich przypadków epizody manii bezpośrednio poprzedzały lub następowały bezpośrednio po epizodach depresji; w jednej trzeciej przypadków epizody manii i epizody depresji oddzielone są okresami stosunkowo normalnego funkcjonowania. [...] Nastrój jednostki w czasie trwania epizodu manii jest euforyczny i ekspansywny, często przerywany wybuchami niepohamowanego gniewu, a nawet przemocy, spowodowanymi odmową podporządkowania się jej planom i oczekiwaniom. Do rozpoznania manii upoważnia utrzymywanie się takiego stanu przynajmniej przez tydzień. W tym czasie muszą się ujawnić nie mniej niż trzy z następujących objawów: wzmożona aktywność zadaniowa powiązana z brakiem zmęczenia oraz gonitwa myśli lub subiektywne poczucie przyspieszenia, odczuwane jako „gejzer pomysłów, które przelatują przez głowę”; roztargnienie (trudności z koncentracją); wzmożona potrzeba mówienia lub pisanie; znacznie zmniejszone zapotrzebowanie na sen; zawyżona samoocena; poczucie wyższości; nieuzasadnione poczucie mocy, wielkości i siły; zachowania bezceremonialne, lekkomyślne, niedoceniające ryzyka; odrzucenie wszelkich hamulców kulturowych i społecznych; rozrzutność, nierozważne inwestycje finansowe; ryzykowne zachowania seksualne. Szczegółowe badanie fazy manii u dwustu trzydziestu siedmiu pacjentów ujawniło, że niektórzy w czasie epizodów maniakalnych niekiedy odczuwają także pogorszenie nastroju, lęk, poczucie winy, myśli samobójcze. [...] Ludzie cierpiący na dwubiegunowe zaburzenia afektywne w pewnym sensie są bardziej nieszczęśliwi niż ci, u których powtarzają się epizody wielkiej depresji. Przeciętnie występuje u nich więcej epizodów choroby niż u osób z zaburzeniem jednobiegunowym (choć epizody te bywają na ogół nieco krótsze). Faktem jest, że ponad 90% chorych, którzy przeszli jeden epizod maniakalny, będzie miało również dalsze epizody. [...] Przynajmniej u 5–10% pacjentów z dwubiegunowymi zaburzeniami afektywnymi w ciągu jednego roku występują co najmniej cztery epizody maniakalne lub depresyjne — taki wzorzec przebiegu choroby nazywamy szybkimi zmianami cyklu. W rzeczywistości pacjenci, u których choroba przebiega zgodnie z tym wzorcem najczęściej mają dużo więcej niż cztery epizody. [...] Przebieg choroby z wzorcem szybkich zmian cyklu, jest częstszy u kobiet niż u mężczyzn, a jego pojawienie się bywa z czasem wywołane zażywaniem niektórych leków przeciwdepresyjnych. [...] Na szczęście dla wielu chorych wzorzec ten występuje okresowo i po pewnym czasie stopniowo zanika. [...] Ogólnie rzecz biorąc, rokowania całkowitego wyleczenia z zaburzenia dwubiegunowego (brak objawów przez cztery do siedmiu lat) są zniechęcające” (Carson i in., 2006, s. 337–340).

Nowy obraz kliniczny dwubiegunowych zaburzeń afektywnych skonstruowali P.T. Loosen i R.C. Shelton. Autorzy twierdzą (2011, s. 499), że można podzielić rzeczne zaburzenie na „dwubiegunowe typu I składające się z epizodów maniakalnych na zmianę z epizodami depresyjnymi; [...] dwubiegunowe typu II, składające się z epizodów hipomaniakalnych na zmianę z epizodami depresyjnymi i zaburzenie cyklotymiczne, składające się z hipomanii i łagodnych epizodów depresji.

Etiologia zaburzeń depresyjnych i afektywnych

S. Pużyński (1992, s. 204) twierdzi, że objawy choroby afektywnej występują „rodzinnie, kilkanaście razy częściej u osób blisko spokrewnionych, co sugeruje uwarunkowania dziedziczne. U krewnych pierwszego stopnia osób z chorobą afektywną dwubiegunową pojawia się ten sam rodzaj choroby, u krewnych probantów z chorobą jednobiegunową stwierdza się oba typy zaburzeń afektywnych. [...] U dużego odsetka chorych (30–60%) początek chorób afektywnych oraz kolejne nawroty depresji i manii są poprzedzane różnorodnymi sytuacjami stresowymi. Można tu wyodrębnić stresy typu somatycznego (nazywane też czynnikami egzogennymi) oraz stresy psychiczne (różnorodne wydarzenia życiowe). Czynnikiem tym przypisuje się znaczenie wyzwalające (precypitujące) w depresji i manii. Do stresów somatycznych należy przede wszystkim poród, który jest najczęstszym czynnikiem egzogennym wyzwalającym pierwszą fazę afektywną u kobiet. Inne sytuacje stresowe to: zaburzenia hormonalne, zakażenia, urazy czaszki oraz niektóre leki, m.in. rezerpina, leki β -adrenolityczne, α -metyldopa, preparaty hormonalne zawierające steroidy nadnerczowe, doustne środki antykoncepcyjne. Do stresów psychicznych należą głównie straty i zawody emocjonalne (m.in. zgon osoby bliskiej, rozwód), zmiana środowiska (migracja, emigracja, zmiana pracy), niepowodzenia materialne, niekiedy sukces (np. awans)”.

Zdaniem J. Rabe-Jabłońskiej (2007, s. 325–326) są dowody na „rodzinne występowanie zaburzeń depresyjnych. Rodzice cierpiący na depresję mają częściej dzieci z tym zaburzeniem niż osoby bez tych zaburzeń. Bardziej prawdopodobne jest, że rodzice i rodzeństwo dzieci z depresją ma również te zaburzenia niż to, że zaburzenia te są obecne u krewnych dzieci z innymi niż depresyjne zaburzeniami psychicznymi. Ryzyko pojawienia się depresji w ciągu życia u dzieci rodziców z tym zaburzeniem szacuje się na 15–45%. Istnieją pewne dowody na obecność zaburzeń osi podwzgórze — przysadka — nadnercza u dzieci i młodzieży z depresją. Pozytywny wynik testu hamowania deksametazonem (DST) w najnowszych badaniach korelował z depresją u 60–85% adolescentów z tym rozpoznaniem, istotnie rzadziej stwierdzano to zjawisko u dzieci, szczególnie młodszych (<40%). [...] W nielicznych badaniach potwierdzono [...] udział układu serotoninergicznego w rozwoju depresji dzieci i młodzieży. Brak jest wystarczających danych, stwierdzanych za pomocą badań obrazowych, na temat zmian w o.u.n. u młodych pacjentów z depresją. Czas trwania zaburzeń depresyjnych u osób w okresie rozwojowym nie różni się istotnie od czasu trwania tych zaburzeń u dorosłych”.

Autorzy „Psychologii zaburzeń”, formułują tezę, że jednobiegunowe zaburzenia afektywne mają „podłoże biologiczne i psychiczne. Do czynników biologicznych, których istnienie dowiedziono, zaliczamy uwarunkowania genetyczne, które mogą zwiększać podatność na wielką depresję, ale prawdopodobnie nie na dystymię. Chociaż nie wiemy jeszcze, jakie są mechanizmy działania biologicznych czynników w przypadku wielkiej depresji, mamy wiele powodów, by sądzić, że istotnie odgrywają one ważną rolę w etiologii tego zaburzenia. Wielka depresja na przykład wyraźnie łączy się z licznymi zaburzeniami regulacji współdziałających procesów neurobiologicznych, w tym układów neurochemicznych, neuroendokrynnych i neurofizjologicznych. Występowanie przy depresji zaburzenia rytmów okołodobowych i sezonowych również

wskazuje na rolę czynników biologicznych. [...] Istnieje również wiele ważnych teorii dotyczących psychospołecznych przyczyn depresji jednobiegunowej. Teoria poznawcza Becka i ponownie sformułowane teorie bezradności i braku nadziei zostały ujęte w modele podatność — stres, przy czym podatność rozumiana jest jako zaburzenie poznawcze (odpowiednio: dysfunkcjonalne przeświadczenie czy pesymistyczny styl atrybucji). Cechy osobowości, takie jak neurotyczność, socjotropizm (zależność od otoczenia) czy autonomia również mogą być przyczyną podatności na depresję. Teorie psychodynamiczne i interpersonalne podkreślają wartość doznań we wczesnym dzieciństwie (szczególnie jakość stosunków dziecka z rodzicami oraz znaczenie utraty jednego z rodziców) jako jednego z czynników stanowiących o podatności na depresję. Jednakże żadna z teorii nie wyjaśnia wszystkich przyczyn depresji i nie jest prawdopodobne, aby kiedykolwiek jakaś pojedyncza teoria mogła objaśnić wszystkie łańcuchy przyczynowe depresji jednobiegunowej, która bez wątpienia uwarunkowana jest wieloma różnorodnymi czynnikami. W zaburzeniach dwubiegunowych biologiczne czynniki przyczynowe odgrywają jeszcze większą rolę niż w zaburzeniach jednobiegunowych. Wpływ czynników genetycznych na zaburzenie dwubiegunowe jest przypuszczalnie większy niż jakiegokolwiek poważny uraz psychiczny. Wyrażną rolę odgrywają również zaburzenia równowagi biochemicznej oraz zaburzenia osi podwzgórze — przysadka — nadnercza, chociaż ich mechanizm nie został jeszcze dokładnie zbadany. W przypadku depresji dwubiegunowej istnieją również dowody na rolę zaburzenia rytmów biologicznych. Jednym z ambitnych celów badawczych jest wyjaśnienie, dlaczego lit przeciwdziała zarówno objawom depresji, jak i manii. Stresujące wydarzenia mogą przyspieszać występowanie epizodów manii lub depresji, ale jest mało prawdopodobne, aby to one były prawdziwą przyczyną zaburzenia, chociaż wpływają na moment nadejścia i częstość epizodów choroby” (Carson i in., 2006, s. 400–401).

Rozważania na temat przyczyn zaburzeń depresyjnych i afektywnych, warto zakończyć następującymi słowami Davida A. Brenta i Lisy Pan (2011, s. 266): „Na wczesny początek depresji wpływa wiele czynników, włączając w to, choć nie tylko, czynniki rodzinne, wczesne doświadczenia życiowe, zaburzenia neuroendokrynne oraz genetyczne. Badania prowadzone wśród bliźniąt pokazują istotność czynników genetycznych i środowiskowych, szczególnie wówczas, jeśli się na siebie nakładają. Rodzinne czynniki ryzyka dla nawracającego zaburzenia depresyjnego u młodzieży obejmują wczesne występowanie depresji u rodziców. Czynnikiem ryzyka depresji nie-rodzinnej są zaburzenia związane z nadużywaniem substancji występujące u rodziców, przestępczość w rodzinie, niezgoda w rodzinie i brak spójności rodziny. Nadużywanie substancji psychoaktywnych może także wywoływać wcześniejszy początek objawów depresyjnych, podobnie jak wiele innych stanów współistniejących. Udział wczesnych niepomysłnych wydarzeń życiowych jest znacznie większy niż udział rodzinnych genetycznych czynników ryzyka”.

Dokonany przegląd literatury dotyczący etiologii zaburzeń depresyjnych i afektywnych, daje asumpt do dyskursu na temat działań interwencyjnych (psychofarmakologicznych i psychoterapeutycznych) wobec osób dotkniętych tymi zaburzeniami.

Projekt działań interwencyjnych wobec osób dotkniętych zaburzeniami depresyjnymi i afektywnymi

S. Pużyński (1992, s. 214) twierdzi, że stosując leki antydepresyjne „można uzyskać ustąpienie depresji lub istotną poprawę mniej więcej u 70% leczonych. W przypadku depresji przebiegającej z dużym lękiem i podnieceniem ruchowym oraz depresji z urojeniami przydatne są neuroleptyki, wykazujące wpływ przeciwdepresyjny (lewopromazyna), lub leczenie skojarzone (leki przeciwdepresyjne i neuroleptyki). Elektrowstrząsy są również skutecznym sposobem leczenia depresji endogennej. Ich stosowanie przynosi poprawę u podobnego odsetka chorych, jak podczas leczenia podstawowymi lekami przeciwdepresyjnymi. Przydatność ukierunkowanej psychoterapii w leczeniu ciężkich depresji endogennych jest mała, przy czym u licznych chorych istnieją przeciwwskazania do jej stosowania. Psychoterapia (głównie indywidualna) jest stosowana w okresie narastającej poprawy stanu klinicznego. W tym okresie mają również znaczenie ćwiczenia ruchowe i inne formy aktywizacji chorych. Wybór metody terapeutycznej oraz miejsce leczenia (poradnia, szpital) jest decyzją nader odpowiedzialną, głównie w związku z dużym ryzykiem samobójstwa. Decyzję taką (jeśli to możliwe) powinien podejmować lekarz psychiatra”.

W opinii J. Rabe-Jabłońskiej (2007, s. 328) leczenie zaburzeń depresyjnych powinno być kompleksowe, to znaczy „obejmować działania psychoterapeutyczne, farmakologiczne, psychoedukację rodzin i starszych pacjentów, trening umiejętności społecznych, a także zabezpieczenie potrzeb rozwojowych młodych pacjentów. Ważne jest jednocześnie leczenie zaburzeń współistniejących (psychicznych i somatycznych). Jeśli nasilenie objawów depresyjnych nie jest znaczne, a funkcjonowanie młodych pacjentów nie jest zaburzone, to pierwszym wyborem terapeutycznym, szczególnie w przypadku dzieci, powinny być działania psychoterapeutyczne: psychoterapia indywidualna, psychoterapia rodziny, trening umiejętności społecznych, reedukacja. Wydaje się, że najbardziej skuteczna jest krótkoterminowa terapia behawioralna lub w przypadku starszych dzieci i adolescentów — terapia behawioralno-poznawcza, która jak wynika z badań, przynosi efekty podobnie jak u dorosłych.

Zdaniem L. Cierpiałkowskiej, osoby cierpiące z powodu zaburzeń afektywnych „wymagają kompleksowych działań terapeutycznych, obejmujących zarówno farmakoterapię, psychoterapię, jak i terapię środowiskową. Wyniki badań nad skutecznością wspomnianych oddziaływań leczniczych (w różnych konfiguracjach co do następstwa i czasu stosowania) wskazują, że najlepsze rezultaty przynosi nie tyle procedura polegająca na ich łączeniu, ile strategia oddziaływań sekwencyjnych. [...] Okazało się, że efektywność leczenia jest wypadkową jego dostosowania, z jednej strony, do stanu osoby chorującej na zaburzenia afektywne, czyli stopnia nasilenia depresji, jej przebiegu, zwłaszcza tendencji do nawrotów, z drugiej zaś do przewidywanego poziomu zaangażowania pacjenta w cały proces leczenia i pracę nad zmianą samego siebie. W ostrej fazie choroby leczenie powinno być skoncentrowane na usunięciu objawów: zaburzeń endogennych — lekami [...] (lekami przeciwdepresyjnymi, inhibitorami MAO i SSRI — przyp. K.A., A.A.P., B.P.), natomiast psychogennych — oddziaływaniami psychoterapeutycznymi. W umiarkowanej i ciężkiej depresji mniej więcej po 6–8 tygodniach objawy z wolna ustępują, ale zaleca się kontynuowanie farmakoterapii

jeszcze przez kolejne 4–6 miesięcy. Wraz z ustępowaniem ostrych objawów depresji powinno się zachęcać pacjenta do udziału w krótkoterminowych terapiach o charakterze psychodynamicznym lub poznawczo-behawioralnym. Podczas psychoterapii należy powoli zmniejszać dawki leków, aż do ich odstawienia. Wobec pacjentów, u których stwierdza się wysokie ryzyko nawrotów choroby, należy stosować dalsze leczenie zwane farmakoterapią podtrzymującą. Psychoterapia znajduje zastosowanie w leczeniu wszystkich zaburzeń afektywnych jako samodzielna lub uzupełniająca (zapobiegająca nawrotom) forma leczenia” (Cierpiałkowska, 2007, s. 264–265).

Autorzy „Psychopatologii” formułują tezę, że „każdy pojedynczy lek, jakim dysponujemy w walce z chorobą umysłową, ma raczej działanie paliatywne niż lecznicze. Tłumi on objawy depresji (z umiarkowanym skutkiem), lecz ryzyko ich powrotu po odstawieniu leku jest takie samo jak w przypadku, gdyby pacjent nie przyjmował go w ogóle. Jednak pacjenci, którzy dobrze reagują na leki, mogą zdecydować się na ich zażywanie przez czas nieokreślony w celach profilaktycznych [...], istnieją dowody świadczące, że elektrowstrząsy w sytuacji depresji jednobiegunowej mogą stanowić skuteczną formę terapii. [...] Nowoczesne techniki znacznie ograniczyły powszechność i dotkliwość skutków ubocznych stosowania elektrowstrząsów; obecnie 80 procent pacjentów reaguje pozytywnie na ten sposób leczenia. [...] Leczenie psychologiczne obejmuje zarówno terapie poznawcze, jak i psychodynamiczne. Celem pierwszych jest złagodzenie objawów depresji w sposób bezpośredni i w krótkim czasie. Natomiast klasyczne terapie psychodynamiczne stawiają raczej na zmiany długoterminowe niż na szybkie wyeliminowanie symptomów depresji. Zakładają uświadomienie pacjentowi istnienia w nim błędnie kierowanego gniewu i konfliktów, które doprowadziły do jego powstania, oraz ich rozwiązanie. Terapia interpersonalna jest formą terapii psychodynamicznej, jednak skupia się bardziej na obecnych niż na dawnych kontaktach społecznych. [...] Zajmuje się czterema obszarami problemów: reakcjami żalu, sporami, okresami przejściowymi w pełnieniu ról i deficytem umiejętności społecznych. W przypadku irracjonalnego żalu IPT zajmuje się nienormalnymi reakcjami. Terapeuta wzbudza proces żałoby i pomaga pacjentowi stworzyć nowy związek społeczny, który zastąpiłby stratę poprzednich relacji. W przypadku sporu pomaga określić kierunek, w którym zmierza zaburzony związek: Czy wymaga on renegotiacji? Czy nastąpi impas? Czy został on bezpowrotnie utracony? Pacjent przyswaja sobie umiejętności komunikacji, negocjacji i postawę asertywną. W przypadku trudności związanych ze zmianą roli — jak w sytuacji przejścia na emeryturę, rozwodu lub wyprowadzki z domu rodzinnego — terapeuta nakłania pacjenta do dokonania ponownej oceny utraconej roli, wyrażenia uczuć związanych ze stratą i stworzenia nowych struktur wsparcia społecznego. W przypadku deficytu interpersonalnego terapeuta poszukuje powtarzających się wzorców zachowań w poprzednich związkach. Zachęca do wyrażenia emocji. W celu przezwyciężenia permanentnych niedoskonałości widocznych w relacjach społecznych trenuje się odgrywanie konkretnych ról i wzmacnia umiejętność komunikowania. Podejście interpersonalne pomaga bez wątpienia zapobiec nawrotom i ponownemu wystąpieniu stanów depresyjnych” (Seligman i in., 2003, s. 295–306).

Nowy model terapii zaburzeń depresyjnych i afektywnych skonstruował P.T. Loosen i R.C. Shelton. Autorzy twierdzą (2011, s. 482), że ważnym „aspektem le-

czenia depresji jest rozmowa lekarza z pacjentem i jego rodziną na temat choroby, jej objawów i przebiegu, a w szczególności jej nawracającego charakteru. Pacjenci muszą być świadomi tego, że może nastąpić nawrót choroby, dlatego wraz z rodziną powinni być wyczuleni na pierwsze oznaki i objawy poprzedzające wystąpienie epizodu (tj. bezsenność, w szczególności budzenie się wcześniej rano, utrata energii, utrata apetytu i popędu płciowego, zmienność nastroju w ciągu dnia) oraz powinni zostać poinformowani o konieczności zwrócenia się o pomoc do lekarza specjalisty, kiedy zauważą, że objawy utrzymują się przez okres dłuższy niż tydzień. Udaje się to osiągnąć, jeśli pacjenci odbywają wizyty kontrolne w czasie występowania i po epizodach, jeśli istnieje stałe porozumienie pomiędzy pacjentem lub rodziną pacjenta a lekarzem i jeśli pacjenci są w pełni świadomi faktu, że charakter choroby stwarza konieczność bliskiej i ciągłej obserwacji jej przebiegu oraz wczesnej, zdecydowanej interwencji, aby zapobiec ponownemu wystąpieniu objawów. Ważne jest również zrozumienie, że cechy kliniczne są często bardzo ważne dla sposobu leczenia”.

Warte uwagi są też następujące spostrzeżenia kliniczne D.A. Brenta i Raymonda J. Pana (2011, s. 275–276): „Zaburzenia dwubiegunowe to często choroba przewlekła, okaleczająca pacjentów. Początek zaburzeń we wczesnym dzieciństwie, w porównaniu z początkiem zaburzeń w późniejszym okresie życia, wiąże się z niższym wskaźnikiem powrotu do zdrowia, z dłuższymi epizodami mieszanymi, występowaniem epizodów szybkich zmian faz, bogatszą symptomatologią objawów oraz częstszymi zmianami biegunowości. W porównaniu z osobami dorosłymi u młodzieży z zaburzeniami dwubiegunowymi obserwuje się przedłużenie pierwszych epizodów choroby oraz gorszą reakcję na stosowane metody leczenia. U młodzieży z zaburzeniami dwubiegunowymi obserwuje się wyższe wskaźniki występowania zaburzeń psychiatrycznych w ciągu życia, co wiąże się z gorszym rokowaniem. Młodzież z zaburzeniami dwubiegunowymi należy do grupy zwiększonego ryzyka podjęcia próby samobójczej w porównaniu do dzieci z innymi zaburzeniami psychiatrycznymi. Współchorobowe uzależnienie od substancji psychoaktywnych dodatkowo zwiększa ryzyko popełnienia samobójstwa. Niemniej jednak wyniki otwartych badań sposobów leczenia i małych, randomizowanych badań klinicznych dotyczących zarówno metod farmakologicznych, jak i interwencji psychospołecznych pozwalają na ostrożny optymizm”.

Zakończenie

Doświadczenie uczy, nauka zaś to potwierdza, że zaburzenia depresyjne i afektywne są trudnym problemem, tak samo społecznym, jak i medycznym, psychologicznym, pedagogicznym, socjologicznym, kryminologicznym, suicydologicznym. Mają one złożoną patogenezę i symptomatologię. Zwykle dają znać o sobie w formie depresji, manii i psychozy maniako-depresyjnej. Ogólnie rzecz ujmując, depresja oznacza chorobliwy stan przygnębienia, smutku, żalu, rozpacz, beznadziei, pesymizmu, apatii, utraty energii i chęci do życia. Mania jest to przewlekły stan nadmiernego pobudzenia, podniecenia, egzaltacji i euforii, któremu przeważnie towarzyszy niespożyta energia, ekspansywność, arogancja, kłótniowość, wielomówność, „gonitwa myśli”, wybujała ambicja, ekstrawagancja, nieroztropność, rozrzutność, naiwny optymizm, ryzykanctwo i tendencja do zachowań dewiacyjnych (ekstrawaganckich, perwersyjnych, amoral-

nych, antyspołecznych), destrukcyjnych czy autodestrukcyjnych (depresja samego siebie, samookaleczanie, zamachy samobójcze). Psychoza maniakalno-depresyjna, zwana dwubiegunowym zaburzeniem afektywnym bądź chorobą afektywną, zwykle występuje w formie epizodu, zarówno depresyjnego, jak i hipomaniakalnego lub maniakalnego. Niejednokrotnie, epizody depresyjne następują bezpośrednio po epizodach maniakalnych albo tak zwana ciężka depresja poprzedza krańcowe postaci manii.

Nie ma wątpliwości, że osoby dotknięte „ciężką depresją” i/lub chroniczną psychozą maniakalno-depresyjną potrzebują bezzwłocznej pomocy zarówno psychiatrycznej, jak i pomocy psychologicznej, pedagogicznej, społecznej. Potrzebują też troskliwej opieki rodzicielskiej, małżeńskiej, przyjacielskiej i koleżeńskej, tudzież dobrego słowa, uprzejmych gestów, zasłużonych nagród, przychylnej opinii, karcącej uwagi, krytyki obiektywnej i sprawiedliwej kary wtedy, gdy jest to konieczne. Mówiąc wprost, nie można lekceważyć osób cierpiących z powodu tych zaburzeń psychicznych i — dość często — skłonnych do zachowań dewiacyjnych, destrukcyjnych, autoagresywnych czy suicydalnych.

Bibliografia

- Brent, A.D., Pan, L. (2011). Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży. W: M.H. Ebert, B. Nurcombe, P.T. Loosen, J.F. Leckman (red.), (A. Grzywa red. wyd. pol.), *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu* (t. I). Lublin: Wyd. Czelej.
- Brent, D.A., Pan, R.J. (2011). Zaburzenia dwubiegunowe. W: M.H. Ebert, B. Nurcombe, P.T. Loosen, J.F. Leckman (red.), (A. Grzywa red. wyd. pol.), *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu* (t. I). Lublin: Wyd. Czelej.
- Carson, R.C., Butcher, J.N., Mineka, S. (2006). *Psychologia zaburzeń. Człowiek we współczesnym świecie* (vol. 1 i 2). Gdańsk: GWP.
- Cierpiałkowska, L. (2007). *Psychopatologia*. Warszawa: Wyd. Scholar.
- Loosen, P.T., Shelton, R.C. (2011). Zaburzenia afektywne. W: M.H. Ebert, B. Nurcombe, P.T. Loosen, J.F. Leckman (red.), (A. Grzywa red. wyd. pol.), *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu* (t. II). Lublin: Wyd. Czelej.
- Panasiuk-Chodnicka, A.A., Panasiuk, B. (2015). Strategia działań interwencyjnych i prewencyjnych wobec osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. W: M. Borkowski, A. Wesołowska (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne kobiet w XXI wieku. Wybrane problemy społeczno-prawne*. Gdańsk: Wyd. Gdańskiej Szkoły Wyższej.
- Panasiuk, K., Panasiuk, B. (2015). Koncepcja diagnozy, terapii i profilaktyki PTSD (próba generalizacji i rekonstrukcji). W: M. Borkowski, A. Wesołowska (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne kobiet w XXI wieku. Wybrane problemy społeczno-prawne*. Gdańsk: Wyd. Gdańskiej Szkoły Wyższej.
- Panasiuk-Chodnicka, A.A., Panasiuk, B. (2013). Paradigmat patologii życia rodzinnego i strategii radzenia sobie z nią (dyskurs na temat bezpieczeństwa zdrowotnego współczesnej rodziny). W: M. Borkowski, A. Wesołowska (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne człowieka. Wybrane problemy*. Gdańsk: Wyd. Gdańskiej Szkoły Wyższej.
- Panasiuk-Chodnicka, A.A., Panasiuk, B. (2007). Strategie radzenia sobie ze stresem życia i pracy zawodowej. Osobowościowe, sytuacyjne i społeczne uwarunkowania. *Zeszyty Naukowe Gdańskiej Wyższej Szkoły Administracji*, 5.
- Panasiuk, B. (2003). *Problemy pracy edukacyjnej i psychoprofilaktycznej w Marynarce Wojennej*. Gdynia: Wyd. Akademii Marynarki Wojennej.
- Panasiuk, B. (1999). *Wprowadzenie do psychologii*. Gdynia: Wyd. Akademii Marynarki Wojennej.

- Pużyński, S. (2002). *Depresje i zaburzenia afektywne*. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL.
- Pużyński, S. (1992). Choroby afektywne. W: A. Bilikiewicz, W. Strzyżewski (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: PZWL.
- Pużyński, S. (red.). (1993). *Leksykon psychiatrii*. Warszawa: PZWL.
- Pużyński, S. (1993). Depresja. W: S. Pużyński (red.), *Leksykon psychiatrii*. Warszawa: PZWL.
- Rabe-Jabłońska, J. (2007). Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. W: I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL.
- Reber, A.S., Reber, E.S. (2005). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wyd. Naukowe Scholar.
- Seligman, M.E.P., Walker, E.F., Rosenhan, D.L. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka.
- Szymusik, A. (1992). Zdrowie psychiczne. W: K. Janicki (red.), *Domowy poradnik medyczny*. Warszawa: PZWL.
- Zimbardo, P.G. (1999). *Psychologia i życie*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.

Depressive and affective disorders (diagnosis, therapy, and prevention)

Abstract

The article addresses the issue of depressive and affective disorders. It formulated the definition of depression and affective disorders. This presents a clinical picture of maniacal syndrome and bipolar affective disorders. An attempt was made to develop a project of intervention measures for people affected by depressive and affective disorders.

Keywords: depression, mood disorders, depressive and manic episodes, disease affective, bipolar affective disorders, manic-depressive psychosis.

