



FUNDACJA
NIE WIDĄĆ PO MNIE



FUNDACJA NIE WIDĄĆ PO MNIE - DEPRESJA LEKOOPORNA
EBOOK DLA PACJENTÓW

Autor: prof. Dominika Dudek

Depresja lekooporna: Leczenie farmakologiczne depresji



Polskie Towarzystwo Psychiatryczne

Firma wspierająca:

Johnson&Johnson

Depresja to ciężka choroba powodująca ogromne cierpienie pacjenta i obarczona ryzykiem śmierci. Nie jest to „słabość”. Nie wystarczy „wziąć się z garść” czy „znaleźć sobie zajęcie”. Nie jest też niczyją winą; jest chorobą wieloczynnikową, w której najczęściej nie da się określić jednej, konkretnej przyczyny. W psychiatrii wskazuje się na pewną podatność człowieka, która może wynikać, np. z genetyki, mankamentów rozwojowych czy problemów we wczesnym dzieciństwie. Zazwyczaj na tę podatność nakładają się później pewne czynniki zewnętrzne (np. ostre lub przewlekłe sytuacje stresowe), które wywołują epizod depresyjny. Zatem rady, dawane często w dobrej wierze, typu „zmień coś w swoim życiu”, „ogarnij się”, „wyjdź do ludzi” itp. nie są pomocne, chociaż oczywiście wprowadzenie zdrowszego stylu życia (np. ruch fizyczny, zrezygnowanie z używek, zdrowa dieta) może mieć znaczenie w procesie zdrowienia. To trochę tak jak w innych chorobach: samą dietą nie wyleczymy zaawansowanej cukrzycy, a zaprzestanie palenia papierosów nie jest wystarczającą terapią dla pacjenta z ostrym zawałem serca. **Depresja to choroba i wymaga odpowiedniego leczenia.** Terapię należy rozpoczynać jak najwcześniej, bo im dłużej człowiek tkwi w chorobie, tym gorsze są wyniki leczenia. Nieleczona depresja będzie negatywnie wpływać na zdrowie całego organizmu, a czas pozostawania w niej koreluje ze stopniem redukcji objętości hipokampa – części mózgu odpowiadającej, między innymi za funkcje poznawcze (np. pamięć).

Leczenie depresji jest w obecnych czasach skuteczne i bezpieczne. Leki działają: jeśli podamy odpowiednio dobrany lek przeciwdepresyjny (LPD), w odpowiedniej dawce i przez odpowiednio długi czas, to poprawę uzyskamy u około 60% pacjentów. To jest istotnie większa liczba od efektu placebo, który w tym przypadku wynosi około 30%. Jeśli depresja nie ustępuje po pierwszym leczeniu, lekarz ma w zanadru wiele różnych strategii postępowania.

Celem leczenia depresji jest uzyskanie jak najszybszej i pełnej odpowiedzi terapeutycznej oraz ustąpienie wszystkich objawów choroby i powrót pacjenta do przedchorobowego poziomu funkcjonowania psychospołecznego i zawodowego, a następnie zapobieganie nawrotom choroby. Ale, rozpoczynając leczenie, pewnie masz swoje własne oczekiwania i priorytety. Może to być nie tylko poprawa objawowa, ale na przykład:

- obecność pozytywnych aspektów zdrowia psychicznego (np. optymizm, wigor, pewność siebie),
- czucie się takim jak zwykle,
- czucie się sobą,
- odzyskanie kontroli nad emocjami,
- uczestnictwo w codziennym życiu i radość czerpana z relacji z rodziną czy przyjaciółmi.

Nie chcesz również odczuwać nieprzyjemnych objawów niepożądanych leczenia, nie chcesz być „otumaniony”, „przymulony”, senny. Może ważne jest dla ciebie prowadzenie samochodu albo wypicie od czasu do czasu lampki wina. Może chorujesz na inne choroby i stosujesz inne leki. Powiedz o tym lekarzowi, aby miał szansę dobrać lek w sposób optymalny, bezpieczny, zgodny z twoimi oczekiwaniami i potrzebami.

Epizod depresyjny może być leczony przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Warunkiem jest łagodne lub umiarkowane nasilenie choroby, brak objawów psychotycznych (np. urojenia, omamy), brak tendencji samobójczych, dobra odpowiedź na leczenie w przeszłości i, oczywiście, życzenie pacjenta. Bardziej nasilone epizody depresyjne, zwłaszcza z objawami psychotycznymi, depresje u kobiet w ciąży, depresje lekooporne, ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi lub somatycznymi, z myślami samobójczymi są wskazaniem do leczenia przez lekarza psychiatrę.

Jeśli rozpoczynasz leczenie, lekarz powinien przekazać ci kilka niezbędnych informacji

Leki przeciwdepresyjne nie uzależniają – ich przyjmowanie nawet przez długi czas nie wiąże się z ryzykiem uzależnienia. Natomiast uzależniają leki uspokajające i nasenne.

Leki przeciwdepresyjne zaczynają działać po 2-4 tygodniach ich systematycznego przyjmowania. Nie należy bez konsultacji z lekarzem odstawić leku mimo braku zauważalnej poprawy.

Leki przeciwdepresyjne należy zażywać codziennie zgodnie z zaleceniem lekarza. Leki te nie są przeznaczone do przyjmowania doraźnego. Nie należy również doraźnie zwiększać dawki leku, np. w dniu gorszego samopoczucia. To nie pomoże, a może wywołać działania niepożądane.

Bezpośrednio po uzyskaniu poprawy samopoczucia i funkcjonowania nie należy odstawić leków przeciwdepresyjnych. Zakończenie leczenia musi być uzgodnione w lekarzem. Celem leczenia jest nie tylko redukcja objawów choroby, ale i zapobieganie nawrotom. Zatem po uzyskaniu poprawy należy kontynuować stosowanie LPD przez co najmniej pół roku, a w przypadku depresji nawracającej – znacznie dłużej.

Lekarz powinien informować o najczęściej występujących objawach niepożądanych. Warto poinformować chorego, że działania niepożądane leków przeciwdepresyjnych występują najczęściej wyłącznie na początku leczenia, a większość z nich ma charakter niegroźny i przemijający. W sytuacjach ich większego nasilenia lub wystąpienia nietypowych działań niepożądanych wskazany jest bezpośredni kontakt z lekarzem prowadzącym.

Wskazane jest poinformowanie pacjenta o potrzebie zachowania zasad codziennej aktywności dostosowanej do zasad leczenia oraz o korzyściach wynikających z aktywności fizycznej.

Nagłe przerwanie zażywania niektórych LPD może powodować wystąpienie objawów odstawiennych.

Jak wynika z bardzo dużej liczby badań, leki przeciwdepresyjne, bez względu na mechanizm działania, generują porównywalne odciski odpowiedzi na leczenie, to znaczy charakteryzują się podobną skutecznością. Natomiast 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. Również leki różnią się od siebie działaniem na niektóre aspekty choroby (np. jedne leki bardziej aktywizują, inne bardziej uspokajają, jedne bardziej poprawiają sen, inne zmniejszają nadmierną senność, niektóre leki dodatkowo zmniejszają objawy lękowe, niektóre bardziej niż inne poprawiają pamięć i koncentrację, czy redukują objawy bólowe). Dzięki temu, że mamy do dyspozycji wiele różnych LPD, możemy dostosować terapię w sposób spersonalizowany, niejako „szytą na miarę”.

Czym kieruje się lekarz, wybierając dla Ciebie LPD?

Przed przepisaniem Ci leku przeciwdepresyjnego lekarz przeanalizuje szereg czynników, które wpływają na leczenie:

- Jeśli już kiedyś chorowałeś na depresję, to zapyta o leczenie w poprzednich epizodach: jak było skuteczne, czy dobrze tolerowałeś lek, czy i jakie wystąpiły objawy uboczne.
- Współchorobowość z innymi zaburzeniami psychicznymi (np. czy cierpisz dodatkowo na zaburzenia lękowe albo czy masz problem z uzależnieniem).
- Jakie ewentualne objawy niepożądane są dla Ciebie najbardziej uciążliwe (w tym tydzie, dysfunkcje seksualne)?
- Bezpieczeństwo stosowania danego leku w ewentualnych współwystępujących chorobach somatycznych.
- Ile masz lat? – jeśli jesteś osobą w wieku podeszłym kwestia bezpieczeństwa leczenia będzie szczególnie ważna.
- Jakie inne leki stosujesz (możliwość interakcji)?
- Cechy kliniczne depresji (nasilenie, cechy atypowe, depresja psychotyczna, depresja z lękiem, z bezsennością, z bólem, z zaburzeniami funkcji poznawczych, ze spadkiem lub wzrostem napędu itp.).

- le Czy masz problemy ze stosowaniem się do zaleceń? Jeśli tak, to z czego one wynikają?
- le Jakie są twoje preferencje? Jakie dawkowanie będzie dla ciebie najwygodniejsze (np. jeden raz dziennie)? Czy jesteś w stanie wykupić lek?
- le Skuteczność leku u krewnych I stopnia.
- le Doświadczenie lekarza z danym lekiem.



Kiedy leczenie nie pomaga



Pamiętaj, że leczenie wymaga cierpliwości i nie należy się zbyt szybko spieszyć z oceną skuteczności terapii. Pierwsze efekty mogą być widoczne dopiero po kilku tygodniach, nie zniechęcaj się więc, gdy nie widzisz szybkiej poprawy. Niestety część pacjentów nie reaguje na pierwszą próbę zastosowania LPD. Jest to wskazanie do podjęcia przez lekarza działań w celu optymalizacji wyniku leczenia.

Brak poprawy po zastosowaniu dwóch kolejnych kuracji za pomocą LPD z różnych klas terapeutycznych jest określany jako **depresja lekooporna** (TRD – treatment resistant depression). Sama nazwa budzi szereg kontrowersji, gdyż dla wielu chorych kojarzy się z odbieraniem nadziei na wyleczenie. Alternatywnym, ale zbliżonym do TRD pojęciem, jest **Depresja Trudna do Leczenia**. Definiowana jest jako zaburzenie depresyjne, które pomimo standardowego leczenia powoduje istotne obciążenie dla pacjenta. Taka zmiana nazewnictwa ma służyć zmianie myślenia, tj. sugerować możliwość jej skutecznego leczenia mimo trudności, zmniejszać stygmatyzację pacjentów, a także skupiać się na indywidualnych trudnościach doświadczanych przez pacjentów. Brak reakcji na dwie, a nawet więcej kuracji nie oznacza, że depresji u danej osoby nie da się wyleczyć! Oznacza natomiast konieczność dokładnego przeanalizowania dotychczasowego postępowania oraz różnych okoliczności towarzyszących depresji.

Tab. Co należy brać pod uwagę, jeśli leki nie działają (schemat ABCD)

<p>A - adekwatność terapii</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adekwatny wybór LPD (profil objawów, typ depresji, tolerancja, akceptacja przez pacjenta, interakcje z innymi lekami) • Adekwatne dawkowanie • Adekwatny czas terapii • Poziom leku we krwi (szybki vs wolny metabolizm, interakcje lekowe)
<p>B - behawioralne i zewnętrzne czynniki podtrzymujące chorobę</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utraty • Wydarzenia życiowe wymagające adaptacji • Bilans życia • Problemy w relacjach rodzinnych i partnerskich • Problemy ekonomiczne i zawodowe • Wtórne korzyści z choroby • Objawy jako element kontroli nad otoczeniem
<p>C - współpraca z pacjentem (compliance)</p>	<p>Ponad 40% pacjentów przerywa terapię w ciągu pierwszych 30 dni, dalsze 30% w ciągu następnych 60 dni. Należy zadbać o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • edukację pacjenta, • budowanie przymierza terapeutycznego, • redukcję dysfunkcyjnych przekonań i lęków związanych z leczeniem, • niwelowanie stygmatyzacji.

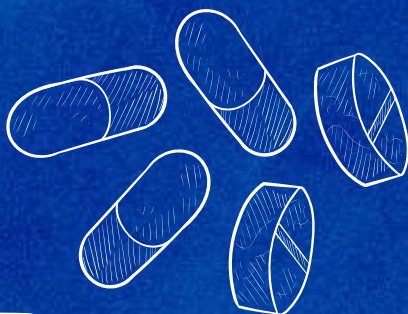
D -
Diagnoza

- Współistniejące choroby somatyczne (np. niedoczynność tarczycy)
- Niedobór witaminy B12 i kwasu foliowego
- Depresje organiczne
- Depresje w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej
- Współistnienie innych zaburzeń (zaburzenia osobowości, uzależnienia i nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia lękowe)

W przypadku braku reakcji na leczenie za pomocą LPD lekarz może zastosować różne strategie farmakologiczne:

- zmiana LPD na inny LPD,
- dołączenie drugiego LPD do dotychczasowej kuracji,
- dodanie do LPD innego leku, niebędącego antydepresantem, który zwiększa i poprawia działanie LPD (np. lit czy leki przeciwpsychotyczne nowej generacji).

W uzasadnionych sytuacjach może również zaproponować dołączenie psychoterapii bądź metod biologicznych, nefarmakologicznych. Bezpiecznym i skutecznym sposobem leczenia są zabiegi elektrowstrząsowe wykonywane w warunkach hospitalizacji. Obecnie niektóre ośrodki dysponują innymi, nowoczesnymi metodami leczenia, jak przezczaszkowa stymulacja magnetyczna czy stymulacja nerwu błędnego.



W ostatnim czasie pojawiła się nowa możliwość leczenia – dołączenie do leku przeciwdepresyjnego donosowej **esketaminy**. Leczenie stosuje się w placówkach medycznych, pod kontrolą lekarza. Przez pierwsze 4 tygodnie pacjent ma podawany lek 2 razy w tygodniu, następnie przez kolejne 4 tygodnie 1 raz w tygodniu, a po uzyskaniu efektu leczenia może kontynuować terapię raz na 2 tygodnie. Obecnie w Polsce pacjenci spełniający kryteria włączenia mogą skorzystać z tej formy leczenia w ramach refundowanego przez NFZ programu lekowego (ograniczeniem komercyjnego stosowania esketaminy jest wysoka cena terapii). **UWAGA:** esketamina wykazuje dużą skuteczność u pacjentów z tzw. depresją lekooporną i charakteryzuje się szybkim początkiem działania. Jej zastosowanie dla wielu osób stanowi prawdziwy przełom. **Ale nie jest to leczenie ostatniej szansy!!!!** Niektórzy pacjenci mogą nie zauważać poprawy po tej kuracji, a wracając do zdrowia przy zastosowaniu innych możliwości terapeutycznych, zatem absolutnie nie należy myśleć, że „skoro esketamina nie pomogła, to już nic mi nie pomoże”.

Depresja jest uleczalna, chociaż u niektórych osób droga ku zdrowieniu może być dłuższa i trudniejsza niż u innych.

Bibliografia

1. Bauer M, Whybrow PC, 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
2. Dudek D: Depresja. W: M. Jarema (red): Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych. Wyd.3, Via Medica, Gdańsk 2022, str. 55-92
3. Freemantle N, Anderson IM, Young P: Predictive value of pharmacological activity for the relative efficacy of antidepressant drugs. Meta-regression analysis. *Br J Psychiatry*, 2000, 177, 292-302, Bauer M, Pfenning A, Severus E, Whybrow PC, Angst J, Moller H-J: 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.
4. Gałęcki P, Bliźniewska-Kowalska K: Treatment-resistant depression – Recommendations of the National Consultant in the field of psychiatry, *Psychiatria Polska*, 2021, 55, 7-21
5. Kennedy SH, Lam RW, Nutt DJ, Thase ME: Treating Depression Effectively. Applying Clinical Guideline. Martin Dunitz Informa UK, 2007, Samochowiec J, Dudek D, Kucharska-Mazur J, Murawiec S, Rymaszewska J, Cubała WJ, Heitzman J, Szulc A, Bała M, Gałęcki P: Leczenie farmakologiczne epizodu depresji i zaburzeń depresyjnych nawracających – wytyczne Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Konsultanta krajowego ds. Psychiatrii Dorosłych. *Psychiatr. Pol Psychiatry. Pol.* 2021; 55(2): 235-259

6. 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)
7. World Journal of Biological Psychiatry, 2013, 14, 334-385, Siwek M: Dekalog leczenia depresji. ITEM Publishing, Warszawa, 2021

O autorze

– prof. dr hab. Dominika Dudek

Specjalista psychiatra. Kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych w Krakowie. Ukończyła studia z wyróżnieniem na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Aktualnie prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (PTP). Jest Redaktorem Naczelnym czasopisma Psychiatria Polska oraz członkiem Rady Naukowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Jej dorobek obejmuje kilkaset publikacji naukowych i szereg książek i rozdziałów w podręcznikach poświęconych psychiatrii. Zajmuje się nauczaniem psychiatrii zarówno lekarzy, jak i studentów. Jest kierownikiem Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum UJ. Prowadzi liczne wykłady szkoleniowe, organizuje ogólnopolskie konferencje, na które przyjeżdżają setki słuchaczy. Jest współautorem obowiązujących w Polsce standardów leczenia zaburzeń psychicznych.

O Fundacji Nie Widać Po Mnie

Fundacja Nie Widać Po Mnie zrodziła się z potrzeby przełamywania tabu i głośnego mówienia o zdrowiu psychicznym Polaków i problemach, takich jak depresja, uzależnienia, lęki i fobie. Wierzymy, że odpowiednia psychoedukacja i zwiększanie świadomości jest istotnym elementem profilaktyki zdrowotnej, która pozwoli w przyszłości zmniejszyć ryzyko zaburzeń psychicznych i zahamuje tendencję wzrostową zapadalności na tego typu choroby, których konsekwencje odczuwają pacjenci, rodzina i cały system opieki zdrowotnej.

Swoje działania dydaktyczne kierujemy do różnych grup wiekowych oraz zawodowych. Odkrywamy czynniki zwiększające prawdopodobieństwo zaburzeń, a także uczymy, jak to zagrożenie zmniejszać.

Realizując programy psychoedukacyjne, troską otaczamy dzieci i młodzież oraz seniorów, których w sposób szczególny dotyczą takie zaburzenia, jak depresja, lęki i fobie. Jesteśmy autorami, realizatorami lub współrealizatorami przedsięwzięć skierowanych do medyków, którzy ze względu na charakter pracy zagrożeni są zaburzeniami czy wypaleniem zawodowym. Wierzymy, że odczarowanie heroizmu w zawodach ochrony zdrowia pozwoli wielu jego przedstawicielom przełamać strach przed właściwą terapią, a to wpłynie na jakość usług i poprawi funkcjonowanie całego systemu.

Nie boimy się trudnych tematów, dlatego wraz z Polskim Towarzystwem Psychiatrycznym przy wsparciu firmy Janssen Polska rozpoczęliśmy kampanię edukacyjną dotyczącą **depresji lekoopornej**. Współpracujemy z najlepszymi specjalistami w swojej dziedzinie – lekarzami psychiatrii, którzy dzielą się wiedzą praktyczną i długoletnim doświadczeniem, aby pokazać, że depresja lekooporna nie jest wyrokiem. Wymusza jedynie konieczność innego, bardziej holistycznego spojrzenia na pacjenta.

Wierzymy, że w każdym ciemnym tunelu jest światło, które trzeba znaleźć i się go chwycić.

FUNDACJA NIE WIDAĆ PO MNIE - DEPRESJA LEKOOOPORNA
EBOOK DLA PACJENTÓW

Autor: prof. Dominika Dudek

Depresja lekoooporna -
Leczenie farmakologiczne depresji

Ebook powstał przy współpracy z Partnerami:



Polskie Towarzystwo Psychiatryczne

Firma wspierająca:

Johnson&Johnson