



FUNDACJA
NIE WIDĄĆ PO MNIE



FUNDACJA NIE WIDĄĆ PO MNIE – DEPRESJA LEKOOPORNA EBOOK DLA PACJENTÓW

Autor: prof. Dominika Dudek

Depresja lekooporna: Poradnik dla osób chorujących

W BEZNADZIEI JEST ŚWIATEŁKO NADZIEI



Polskie Towarzystwo Psychiatryczne



Firma wspierająca



PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johnson & Johnson

Część I: Nie jesteś winny!

- Źródła i objawy depresji

Chociaż depresja jest jednym z najczęstszych zaburzeń psychicznych, a także jedną z głównych niepełnosprawności na świecie, nadal nie wiemy o niej wszystkiego. Zwłaszcza o jej źródłach. Często zdarza się, że jest ona **silnie związana z przykrymi wydarzeniami**, takimi jak śmierć osoby bliskiej, rozpad związku, utrata pracy i długotrwałe bezrobocie. Jednak zaburzenie dotyka także osób, które - patrząc na nie z boku - mają wszystko: sukces, pieniądze, wspaniałą rodzinę, bajkowe i ekscytujące życie.

Tymczasem to właśnie **za uśmiechem i towarzyskością często rozwija się depresja**. U osób cierpiących na początku może nie być widać smutku i przygnębienia, ale większe zaangażowanie w obowiązki (w tym pracoholizm), nadmierna pomoc innym czy szukanie kontaktów towarzyskich.

Gdzie możemy szukać jej przyczyn, jeśli z pozoru wszystko gra?

Depresja jest złożonym zaburzeniem, na które wpływają czynniki biologiczne, genetyczne, sytuacyjne i indywidualne każdego pacjenta.

Wśród czynników biologicznych wymienia się:

- niedobór neuroprzekaźników: głównie serotoniny, dopaminy i noradrenaliny, istotnych w regulacji nastroju,
- zmiany w funkcjonowaniu niektórych struktur mózgowych
 - głównie hipokampa, ciała migdałowatego i kory przedczołowej,
- zachwianie równowagi hormonalnej - np. depresja występuje u 50% osób z niedoczynnością i u ok. 20-30% pacjentów z nadczynnością tarczycy,
- choroby somatyczne - na przykład zaburzenie pojawia się u ponad 20% pacjentów cierpiących na choroby serca, 40% osób zmagających się z chorobami onkologicznymi i 20% diabetyków,
- dolegliwości bólowe o charakterze przewlekłym - u osób zmagających się bólem przewlekłym ryzyko depresji wzrasta 4-krotnie,
- niektóre leki,
- uruchomienie przewlekłych procesów zapalnych w organizmie.

Warto też zaznaczyć, że związek części czynników biologicznych i zaburzenia psychicznego ma charakter dwustronny. Choroby somatyczne zwiększają ryzyko depresji, a ona natomiast przyczynia się do dolegliwości fizycznych.

Czynniki genetyczne

Nadal nie znamy jednego genu, który zwiększa ryzyko pojawienia się zaburzenia. Specjaliści skłaniają się raczej ku tezie, że jest to kilka różnych elementów, które mogą na siebie współdziałać, sprzyjając depresji.

Jednak **zauważono jej dziedziczny charakter**. Na depresję narażone są osoby:

- w których w rodzinie były osoby cierpiące na depresję – w przypadku najbliższych członków (rodzice, dzieci, rodzeństwo) prawdopodobieństwo jej występowania wynosi 10-25%,
- z bliźniąt jednojajowych – jeśli jedno z rodzeństwa ma depresję, jej ryzyko pojawienia się u drugiego wynosi nawet 50%;
- z bliźniąt dwujajowych – ryzyko depresji u obojga rodzeństwa wynosi 25%.

Należy natomiast pamiętać, że nie ma czegoś takiego jak „**gen depresji**”. Na czynniki podatności np. genetycznej nakładają się różne czynniki środowiskowe, sytuacje traumatyczne, problemy itd. W rodzinach obciążonych depresją większość potomków jest zdrowa. Z drugiej strony wielu naszych pacjentów nie ma żadnych obciążeń rodzinnych zaburzeniami psychicznymi. Zatem nie ma powodu by osoby z wywiadem depresji rezygnowały z zakładania rodziny i posiadania dzieci.

Czynniki sytuacyjne (psychologiczne)

Bez wątpienia ryzyko depresji zwiększają **traumatyczne wydarzenia** zarówno w wieku dorosłym, występujące tuż przed epizodem depresyjnym, jak i te, które wystąpiły w dzieciństwie, a trauma nie została odpowiednio przepracowana. Lista ich jest długa. Jako przykłady możemy wymienić:

- choroba lub utrata bliskiej osoby,
- zakończenie związku lub rozwód,
- utrata pracy i stałe bezrobocie,
- przepracowanie i wypalenie zawodowe,
- nadmierny i przewlekły stres (tzw. dystres),
- gwałt,
- wykorzystywanie seksualne,
- toksyczne relacje i zależność w związku.

Pojawieniu się depresji sprzyja długotrwały stres, a także wypalenie zawodowe.

Uwaga: w wielu przypadkach depresja pojawia się bez uchwytnej przyczyny. Negatywne wydarzenia poprzedzające epizod depresyjny należy traktować raczej jako czynniki wyzwalające, a nie przyczynę.

Czynniki indywidualne/psychiczne jednostki

Niektórzy są bardziej podatni na negatywną ocenę własnych możliwości, dokonań, osiągnięć oraz na patrzenie na siebie jako jednostkę wartościową i godną akceptacji.

Ryzyko depresji jest większe u osób:

- perfekcyjnych, które nie akceptują swoich błędów,
- neurotycznych,
- mniej odpornych na stres,
- o mniejszych zdolnościach adaptacyjnych,
- introwertycznych,
- pesymistycznych.

Objawy depresji - niektóre mogą Cię zaskoczyć

Zdajemy sobie sprawę, że jako osoba, która zmaga się z depresją, poznałeś już niejedno jej oblicze. Wydawać Ci się może, że tę część ebooka mogliśmy pominąć, gdyż wiesz już wszystko. Tymczasem badania wskazują, że osoby w remisji często nie zauważają pierwszych symptomów nawrotów. Jedną z przyczyn jest ogromny strach przed wznowieniem procesu terapeutycznego, inną nieświadomość, że niektóre objawy są charakterystyczne dla tego zaburzenia. **Natomiast szybka diagnoza pozwala na szybkie wdrożenie terapii i uniknięcie ciężkiego przebiegu choroby.** Dlatego warto być czujnym.

W tej części chcemy uwrażliwić Cię na te symptomy, tak abyś w czasie remisji miał świadomość, na co zwracać uwagę.

Objawy, które z dużym prawdopodobieństwem już znasz:

Depresja charakteryzowana jest jako stan obniżonego nastroju utrzymujący się co najmniej 14 dni. Charakterystyczne dla niej są:

- smutek,
- przygnębienie,
- apatia,
- pustka emocjonalna,
- utrata umiejętności odczuwania przyjemności i zainteresowań (tzw. anhedonia),
- utrata energii,
- słaba koncentracja,
- trudności w podejmowaniu decyzji,
- zmiany apetytu (utrata lub wzrost łaknienia),
- poczucie niskiej wartości,
- utrata samoakceptacji,
- utrata poczucia kontroli,
- spadek libido lub całkowity brak pożądania,
- uczucie beznadziei,
- myśli samobójcze.

Czasami jednak zamiast smutku i przygnębienia może pojawiać rozdrażnienie, agresja, antyspołeczna postawa. Występują one częściej u mężczyzn.

Objawy, które mogą Cię zaskoczyć

Depresja często daje o sobie znać poprzez dolegliwości somatyczne – bóle, kolki, nudności. Jednak cierpi nie tylko układ trawienny.

Wśród objawów somatycznych wymienia się:

- suchość w ustach,
- świąd lub pieczenie skóry,
- płytki oddech,
- ucisk w klatce piersiowej,
- częstomocz,
- kolki nerkowe,
- bóle mięśni i/lub stawów,
- męczliwość,
- problemy trawienne: nudności, wymioty, bóle żołądka, zaparcia, niestrawność.

Bądź czujny i bacznie siebie obserwuj!

Czy depresja jest wyleczalna?

Tak. Obecnie udaje się ją **na stałe wyleczyć u ok. 25% przypadków**. U 75% obserwuje się jej nawrót w ciągu 5 lat od pierwszego wyleczenia. Jednak odpowiednie działanie - zarówno ze strony pacjenta, jak i lekarza oraz terapeuty mogą wydłużyć okresy remisji, czyli dobrego samopoczucia i właściwego funkcjonowania pacjenta.

Dlatego w terapii zakłada się kilka nadrzędnych celów:

- Uzyskanie jak najszybszej i pełnej odpowiedzi terapeutycznej, a następnie remisji objawowej, co oznacza w praktyce pełne cofnięcie objawów zaburzenia.
- Zapobieganie wczesnemu nawrotowi oraz nawrotom późnym - w tym celu terapia przedłużana jest o tzw. okres rehabilitacyjny, kiedy mimo ustąpienia objawów nadal pacjent przyjmuje leki. Trwa to ok. 6 miesięcy. Jeśli pacjent już doświadczył nawrotów, stosuje się długoterminowe leczenie profilaktyczne - zażywanie nowoczesnych leków nie pogarsza jakości życia, nie daje objawów niepożądanych i umożliwia zupełnie normalne funkcjonowanie w pracy i w rodzinie.
- Powrót pacjenta do przedchorobowego poziomu funkcjonowania psychospołecznego i zawodowego, czyli umożliwienie mu właściwej egzystencji w rodzinie i w pracy.

Długość okresu remisji zależy zarówno od czynników zewnętrznych, jak i od samego pacjenta. Zdrowy styl życia, czujność i troska o własne samopoczucie mogą mieć ogromny wpływ na czas pomiędzy nawrotami.

Dlatego tak **ważne jest Twoje zaangażowanie w proces terapeutyczny** na każdym jego etapie – od początku farmakoterapii, przez okres rehabilitacyjny, aż po przestrzeganie zaleceń w okresie remisji. Leczenie to również psychoterapia – liczne badania udowodniły, że wydłuża ona czas remisji i pomaga w lepszym radzeniu sobie z problemami życiowymi, zmniejszając ryzyko nawrotu.

Specjaliści za pełne wyzdrowienie uważają stan remisji depresji, który utrzymuje się powyżej 2 lat. Prawdą jest jednak, że jako osoba nią dotknięta, musisz być świadoma zwiększonego ryzyka jej ponownego wystąpienia. To zwiększa szansę na uniknięcie nawrotu.

Część II: Dlaczego leki na Ciebie nie działają? Wyzwania depresji lekoopornej

Jak pewnie już wiesz, depresja lekooporna (TRD) występuje wówczas, gdy pacjent nie reaguje na 2 leki antydepresyjne z dwóch różnych grup..

Depresja lekooporna brzmi pesymistycznie. Nastraja do braku nadziei na wyleczenie, potęguje poczucie niskiej wartości i brak widoków na przyszłość. Dlatego specjaliści starają się już odchodzić od tego określenia. Używają chętniej pojęcia: **“depresja trudniejsza do wyleczenia”**.

Wymaga bowiem niestandardowego podejście do pacjenta. Spojrzenia na niego holistycznie i z zupełnie innych perspektyw. Wymaga od lekarza lub całego zespołu terapeutycznego pogłębionej analizy sytuacji życiowej, przepisanych leków, czy doświadczeń z dzieciństwa.

To daje nadzieję.

Depresja OPORNA na leki nie jest bowiem depresją ODPORNĄ na wszelką terapię, a obecnie specjaliści osiągają satysfakcjonujące rezultaty w jej leczeniu. Jest to o tyle ważne, że dotyczy ona ok. 30% chorych.

Dlaczego nie reagujesz na leki?

To pierwsze pytanie, na które odpowiada zespół terapeutyczny – nie tylko lekarz psychiatra, ale także pracujący z Tobą psycholog czy psychoterapeuta.

Przyczyn może być kilka.

Nietrafiona terapia

Zdarza się, że leki są niewłaściwie dobrane. Ich działanie może być też zahamowane przez inne, przyjmowane przez Ciebie środki farmakologiczne. Istnieje również prawdopodobieństwo nieprawidłowej oceny dawkowania.

Błędna diagnoza

W przypadku depresji lekoopornej czasem okazuje się, że nie jest ona problemem samym w sobie, a diagnoza była błędna ze względu np. na niepełne informacje przekazane przez pacjenta. Często **towarzyszy ona innym zaburzeniom typu choroba afektywna dwubiegunowa czy schizofrenia**. Te natomiast wymagają innej formy terapii. Jeśli więc dodatkowo masz wrażenie, że np. Twoje ciało zmienia kształt, słyszysz głosy, koniecznie powiedz o tym lekarzowi prowadzącemu. Mogą one wskazywać na schizofrenię. Natomiast chwilowa euforia czy nagły przyptyw energii, wcale nie muszą być objawem powrotu do zdrowia, ale wskazywać na chorobę afektywną dwubiegunową.

Depresja towarzyszy również uzależnieniom, dolegliwościom bólowym, czy chorobom somatycznym. Często jest też efektem przyjmowania niektórych leków.

Co więcej, działanie leków antydepresyjnych zaburza również nikotyna.

Czynniki zewnętrzne

Depresja może wynikać też z kryzysów w związku czy być odpowiedzią na wypalenie zawodowe, przepracowanie czy nadmiar obowiązków. W tym wypadku "pigułka" nie jest lekiem na całe zło. Nie pomoże, jeśli nie usunięte zostanie źródło (katalizator) zaburzenia. To od Ciebie zależy, jak szybko diagnoza będzie prawidłowa. Niczego nie wolno Ci ukrywać przed lekarzem i terapeutą. To pozwoli dotrzeć do sedna problemu.

Twoja współpraca z lekarzem (lub raczej jej brak)

Powodzenie terapii zależy w dużej mierze od pacjenta. Często zdarza się, że chorzy nie przyjmują leków o odpowiednim czasie. Często wynika to nie tyle ze złej woli, czy niechęci do leczenia, ale ze stanu emocjonalnego, w którym trudność sprawia wstanie z łóżka. Samokontrola i pilnowanie zaleceń lekarskich w takiej sytuacji często jest poza możliwościami osoby chorej.

Jeśli Cię to dotyczy, rozwiązaniem są Twoi najbliżsi. To oni mogą stać na straży tego, byś przyjmował leki w odpowiednich dawkach i o wyznaczonej porze. Jednak wymaga to od Ciebie kilku rzeczy:

- **zgody na dostęp do danych medycznych** przyznany wybranemu członkowi rodziny (jeśli jesteś osobą dorosłą) – dzięki temu partner/współmałżonek będzie mógł porozmawiać z lekarzem o procesie terapeutycznym i stawianych wymaganiach,

•**włączenie członków rodziny w proces terapeutyczny** - jeśli to możliwe udziel zgody to, aby część spotkań z psychologiem była wspólną terapią, co pozwoli rodzinie lepiej zrozumieć to, co przeżywasz,

•**cierpliwości** - czasem bowiem możesz czuć się nadmiernie kontrolowany, pozbawiony szacunku czy prawa do decydowania o sobie; jest to jednak troska Twoich najbliższych, którzy chcą w tym trudnym okresie Ci pomóc.

Czasami pacjenci rezygnują także samodzielnie z leków - bez konsultacji z lekarzem prowadzącym, gdyż nie widzą poprawy. Tymczasem pamiętaj, że na odpowiedź ze strony organizmu należy czekać 2-4 tygodnie. Przy depresji lekoopornej okres ten może być dłuższy.

Niektórzy chorzy odstawiają również leki, gdy tylko widzą poprawę. To ogromny błąd, bo leki antydepresyjne muszą być przyjmowane przez dłuższy czas, by ustabilizować procesy neurologiczne w mózgu. **Nigdy nie wolno zmniejszać dawek lub odstawiać leków samodzielnie.** Jeśli to już nastąpiło, przyznaj się koniecznie lekarzowi. Niektórzy ze wstydu czy strachu przed oceną, ukrywają przed nim fakt nieprzestrzegania zaleceń. To kolejny błąd! W ten sposób łatwo odebrać sobie szansę na wyleczenie.

Kolejnym powodem odstawienia leków jest spadek libido i zaburzenia funkcji seksualnych jako skutek uboczny ich przyjmowania. **Jeśli taki problem wystąpi należy to zgłosić lekarzowi, który tak zmodyfikuje terapię, by wyeliminować to działanie niepożądane. Z drugiej strony spadek libido nie musi być efektem działania leków. Jest to jeden z objawów depresji. Ponadto trzeba zastanowić się nad relacjami w związku pacjenta.** Spadek pożądania dotyczy 80-90% chorych na depresję i pojawia się jeszcze przed przyjmowaniem leków.

Analiza zrobiona... I co teraz?

Jakie masz możliwości leczenia?

Na podstawie pogłębionej analizy 4 powyższych płaszczyzn i ewentualnych powodów braku reakcji na leki, lekarz opracowuje indywidualny proces terapeutyczny. Ma do dyspozycji kilka strategii, które obecnie dają już satysfakcjonujące wyniki.

Strategie leczenia depresji lekoopornej

- zmiana na inny lek przeciwdepresyjny,
- zwiększenie dawki leku,
- dołączenie drugiego leku przeciwdepresyjnego i przyjmowanie jednocześnie dwóch z różnych grup,
- wzmocnienie terapii o leki, które nie mają działania przeciwdepresyjnego, ale wspierają działanie przyjmowanego leku,
- wsparcie leczenia farmakologicznego psychoterapią,
- włączenie innowacyjnych form leczenia depresji lekoopornej
- stymulacja mózgu (np. elektrowstrząsy, powtarzalna przezczaszkowa stymulacja magnetyczna, stymulacja nerwu błędnego, głęboka stymulacja mózgu).

Ilość rozwiązań pozwala na dopasowanie leczenia indywidualnie do pacjenta. Daje też możliwość poszukiwania odpowiedniej terapii. Przy depresji lekoopornej znalezienie właściwej ścieżki jest trudniejsze, ale nie niemożliwe.

Dużą skuteczność wykazują m.in. elektrowstrząsy. Owiane są złą sławą przez mass media i filmy. W rzeczywistości jednak obecnie są to zabiegi przeprowadzane w kontrolowanych warunkach. Siła elektrowstrząsów jest niewielka, optymalnie dopasowana do pacjenta. Ten natomiast znajduje się w pełnym znieczuleniu.

Część III: Właściwa postawa pacjenta: Efekt terapii zależy też od Ciebie

Bez Twojego udziału i zaangażowania w proces terapii i rehabilitacji, ma on niewielką szansę na powodzenie. Zdajemy sobie sprawę, że w depresji trudno Ci wykonać pewne czynności, w tym także stosować się do zaleceń lekarza. Jednak wtedy pozwól na przejęcie większej opieki przez rodzinę. Natomiast w momencie gdy zauważysz u siebie poprawę, staraj się sam zwiększać aktywność, włączając najpierw w obowiązki domowe, później dołączając dalsze czynności.

Co możesz zrobić jako pacjent?

Przyjmuj leki w ustalonych dawkach i częstotliwości

Bez względu czy poczujesz się lepiej czy też nie widzisz poprawy, nie zmieniaj dawkowania przepisanych leków bez konsultacji. Może to doprowadzić do zniweczenia dotychczasowych efektów, a także zaburza obraz wpływu leków na Twój organizm. Zbyt wczesne przerwanie terapii zwiększa ryzyko nawrotu. Okres rehabilitacyjny trwa ok. 6 miesięcy od ustania objawów. W tym czasie powinieneś kontynuować przyjmowanie leków.

Bądź szczery z lekarzem

Jest to szczególnie ważne przy depresji odpornej na leki. Jak wspomnieliśmy, pigułka nie wyleczy stresu, wypalenia zawodowego, kryzysu w rodzinie czy przeżyć z wczesnego dzieciństwa, które mogły się przyczynić do powstania zaburzenia. W takim przypadku konieczne jest dotarcie do źródła, w czym pomaga m.in. psychoterapia.

Twoja szczerść dotyczy także przestrzegania (a raczej nieprzestrzegania) zaleceń lekarskich. Zmniejszenie dawek, zapomnienie o przyjęciu leku, czy całkowita rezygnacja z niego w istotny sposób wpływają na oporność na leki. Nieszczerość zaburzy obraz Twojej sytuacji i doprowadzi do błędu w diagnozie. Zupełnie niepotrzebnie wydłuży czas leczenia. Błędy zdarzają się każdemu, a zadaniem lekarza nie jest ocena Ciebie, ale dostarczenie realnej pomocy.

Pozwól najbliższym sobie pomóc

Okaż cierpliwość i zrozumienie, gdy na początku terapii wykazują oni większą troskę, którą Ty możesz traktować jak kontrolę. Przypominanie o lekach, próby rozmowy mają na celu zbliżenie się do Ciebie i tego, co aktualnie przeżywasz. Pozwól im na to.

Obserwuj siebie

To niezwykle ważne, abyś wykazał czujność i bacznie obserwował to, co aktualnie się z Tobą dzieje. Zmiany stanów emocjonalnych są dla lekarza jasnym sygnałem, że terapia idzie w dobrym kierunku lub też, że trzeba spróbować czegoś innego.

Zrezygnuj z używek

Alkohol, nikotyna mogą obniżać działanie leków antydepresyjnych. To wydłuża czas leczenia oraz utrudnia właściwą diagnozę w depresji opornej na leki.

Bądź aktywny - w miarę możliwości

Nie powiemy Ci: "idź, pobiegaj". Wiemy doskonale, że w depresji, z dużym prawdopodobieństwem jesteś w stanie spadku energii i nastroju, które uniemożliwiają Ci codzienne funkcjonowanie.

Chodzi bardziej o to, abyś wraz z poprawą stanu, która zazwyczaj następuje powoli i stopniowo, próbował/a włączać się w kolejne aktywności. Spróbuj wspólnie z partnerem zrobić obiad, z czasem odkurzyć, później wyjść na wspólny spacer - nawet krótki.

Z czasem włącz aktywność fizyczną, Może być coś lekkiego. Ruch na świeżym powietrzu dotlenia organizm, w tym także regeneruje układ nerwowy. Intensywniejsze ćwiczenia wpływają na poziom serotoniny i endorfin, czyli tzw. hormonów szczęścia. Niezwykle ciekawych wyników dostarcza Massachusetts General Hospital. Specjaliści przyglądali się wpływowi hot jogi, czyli „trenowanej” w warunkach podwyższonej temperatury i wilgotności powietrza, na redukcję symptomów zaburzenia. Okazało się, że u blisko 60% ćwiczących objawy depresji zmniejszyły się o ponad 50%. Tymczasem u grupy kontrolnej współczynnik ten wyniósł zaledwie 6,3%. U 44% badanych choroba weszła w fazę remisji!

Pamiętaj jednak, by nie wymagać od siebie więcej niż jesteś gotów się podjąć. Te zmiany - chociaż teraz może wydają Ci się niemożliwe - będziesz wprowadzać powoli, a one pozwolą Ci przyspieszyć proces leczenia.

Bibliografia

1.

Bauer M, Pfennig A, Severus E i wsp. World Federation of Societies of Biological Psychiatry. Task Force on Unipolar Depressive Disorders.: World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: Update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. World J. Biol. Psychiatry. 2013; 14: 334–385.
2. Diagnostyka i leczenie depresji u dorosłych – wytyczne dla lekarzy rodzinnych
<https://wytyczne.org/bazawiedzy/wytyczne-postepowania-w-depresji-u-doroslych-dla-lekarzy-rodzinnych/>
3. Dudek D, Cyranka K: Przeprocowanie, zmęczenie, brak humoru. W: J. Heitzman: Moja psychiatria – wiedza, którą wykorzystasz. Termedia, Poznań, 2021, str. 81-92
4. Dudek D, Cyranka K: Depresja i lęk – kiedy i jak leczyć. W: M. Jarema (red): Depresja i zaburzenia lękowe. Rozpoznawania i leczenie. PZWL, Warszawa, 2021, 108-129
5. Final Recommendation Statement: Depression in Adults: Screening, U.S. Preventive Services Task Force. 2016 [Online:]
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/depression-in-adults-screening1> [dostęp 07.01.2019].
6. Gałęcki P. Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dotyczące leczenia epizodu depresji i zaburzeń depresyjnych nawracających. Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii. 2018; 34(3): 157–199.
7. Kępiński A., Melancholia, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2001
8. NICE. Clinical guideline [CG90]. Depression in adults: recognition and management 2018. [Online:] <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90> [dostęp 7.01.2019].
9. Siwek M. Dekalog leczenia depresji. ITEM Publishing, Warszawa, 2018
10. Aaron Kandola, Garcia Ashdown-Franks, Joshua Hendrikse, Catherine M. Sabiston, Brendon Stubbs, Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity, Neuroscience & Biobehavioral Reviews, Volume 107, 2019, Pages 525–539, ISSN 0149-7634, <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.040>.
(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763419305640>)
11. Weiqing Jiang, Lili Sun, Yitong He, Weijia Liu, Yilin Hua, Xinyu Zheng, Cuihong Huang, Qianyu Liu, Lihua Xiong, Lan Guo, Association between physical activity and depressive symptoms in adolescents: A prospective cohort study, Psychiatry Research, Volume 329, 2023, 115544, ISSN 0165-1781, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115544>.
(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178123004948>)
12. Marcela Quintanilla-Dieck, Heated yoga may reduce depression symptoms, according to recent clinical trial, Massachusetts General Hospital, Notka prasowa, 2023,
<https://www.massgeneral.org/news/press-release/heated-yoga-may-reduce-depression-symptoms-according-to-recent-clinical-trial>
13. National Institute for Health and Clinical Excellence, Depression in adults: treatment and management, 2022, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>

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.

FUNDACJA NIE WIDAĆ PO MNIE - DEPRESJA LEKOOPORNA EBOOK DLA PACJENTÓW

Autor: prof. Dominika Dudek

Depresja lekooporna: Poradnik dla osób chorujących

W BEZNADZIEI JEST ŚWIATEŁKO NADZIEI



Firma wspierająca

