



Psycholog dla medyka



DEPRESJA



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Tytuł: Depresja
Autor: prof. Dominika Dudek

Zdjęcia: iStock
ISBN: 978-83-67802-23-9

COPYRIGHT © 2023 Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Przygotowanie merytoryczne i graficzne materiałów w ramach projektu POWR.07.01.00-00-0006/22 pn. „*Program wsparcia psychologicznego kadry medycznej*” finansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój w ramach Działania 7.1 Osi priorytetowej VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia.

Wszelkie prawa zastrzeżone zgodnie z Ustawą o Prawie Autorskim i Prawach Pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 roku (Dz.U.94 Nr 24 poz. 83, sprost.: Dz.U.94 Nr 43 poz.170).

Warszawa 2023



Słowo „depresja” jest jednym z pojęć nadużywanych we współczesnym języku, a przez to zdewaluowanych. Potocznie oznacza stan chwilowego przygnębienia, chandry, obniżenia nastroju. Stwierdzenie „jestem w depresji” bywa używane zamiast bardziej adekwatnego „jest mi smutno”. W psychiatrii natomiast odnosi się do całego zespołu objawów, wśród których obniżenie nastroju stanowi kluczowy, lecz nie jedyny element. Dolegliwości powodują **cierpienie i poważne upośledzenie normalnego funkcjonowania**. Są zjawiskiem chorobowym i zazwyczaj **wymagają fachowej pomocy**.

Zdarza się jednak, że osoba pogrążona w depresji, zwleka z udaniem się po pomoc. Można by tu przytaczać wiele przyczyn jak choćby obawa przed stygmatyzacją związaną z leczeniem psychiatrycznym. Powodem niepodejmowania leczenia odpowiednio szybko może być także ta powszechność określenia i niesłuszna opinia, że „w dzisiejszych czasach każdy ma depresję”. Dochodzą do tego życzliwe rady otoczenia „weź się w garść” czy dość popularne mity, że „poddawanie się depresji jest wyrazem słabości”.

Z drugiej strony można współcześnie zaobserwować zjawisko wręcz odwrotne – **nadmierną i niepotrzebną medykalizację** przykrych stanów emocjonalnych związanych z trudnościami życiowymi.

W praktyce psychiatrów nierzadko pojawiają się osoby, które od progu gabinetu podają lekarzowi gotową diagnozę i domagają się leków przeciwdepresyjnych. Trudno ich przekonać, że nieprzyjemne emocje jak smutek, niepokój, obawa, wyrzuty sumienia itp. stanowią – jak pisał wybitny, krakowski psychiatra Antoni Kępiński – „*dolę człowieka*” i mogą być jak najbardziej zdrową i adekwatną reakcją na wydarzenia zewnętrzne. **Nie należy przez to rozumieć, że człowiek zmagający się z nimi nie wymaga pomocy.** Wręcz przeciwnie, często stanowi spore wyzwanie terapeutyczne.

Nieumiejętność radzenia sobie z trudnościami życiowymi, nadmierna podatność na stres, tendencja do ucieczki od codziennej odpowiedzialności powodują cierpienie i stanowią duży problem dla współczesnego człowieka.

Najczęściej adekwatną pomoc można uzyskać od psychoterapeuty, jednak skierowanie na psychoterapię bywa odbierane nieufnie. Jako argument „przeciw” podawana jest nieumiejętność mówienia o sobie, niewiara w „leczenie rozmową”, a przede wszystkim BRAK CZASU.

Psychoterapia wymaga zaangażowania, pracy nad sobą i właśnie czasu, stąd oczekiwanie, że jakaś magiczna pigułka przeciwdepresyjna zrobi to samo, ale bez wysiłku i szybko.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Granica pomiędzy smutkiem a zaburzeniem psychicznym, za jakie należy uznać zespół depresyjny, jest płynna. Bywa to przyczyną trudności i pomyłek diagnostycznych. Jak już wspomniano, przygnębienie czy lęk mogą być wynikiem przeżywanych traum. Z drugiej jednak strony stany te pojawiają się niekiedy bez uchwytnej przyczyny. Występowanie smutku czy nawet rozpacz w tzw. reakcji żałoby po utracie kogoś bliskiego wydaje się jak najbardziej adekwatne i zgodne z naturą rzeczy. **Powstawanie takich samych przeżyć bez zewnętrznego powodu nie jest już równie oczywiste. Podobnie nie jest oczywisty smutek, który nie reaguje na żadne próby pocieszenia ani na korzystną zmianę sytuacji zewnętrznej.**

To może wskazywać na depresję:

- przewlekłe zmęczenie,
- drażliwość, gniew,
- poczucie przeciążenia,
- spadek masy ciała,
- redukcja kontaktów społecznych,
- redukcja zainteresowań, zaangażowania w przyjemne czynności,
- trudności w radzeniu sobie ze stresem,
- utrata pewności siebie, zaufania do siebie,
- pesymizm, lęk.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



PYTANIA PRZESIEWOWE

Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni występowały i niepokoiły Pana:

1. Brak zainteresowania lub przyjemności
2. Uczucie przygnębienia, smutku, beznadziejności



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

KWESTIONARIUSZ ZDROWIA PACJENTA-9 (PHQ-9)

Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni dokuczały Panu/Pani następujące problemy? (Proszę zaznaczyć odpowiedź znakiem "✓")	Wcale nie dokuczały	Kilka dni	Więcej niż połowę dni	Niemal codziennie
1. Niewielkie zainteresowanie lub odczuwanie przyjemności z wykonywania czynności	0	1	2	3
2. Uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności	0	1	2	3
3. Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany sen, albo zbyt długi sen	0	1	2	3
4. Uczucie zmęczenia lub brak energii	0	1	2	3
5. Brak apetytu lub przejadanie się	0	1	2	3
6. Poczucie niezadowolenia z siebie — lub uczucie, że jest się do niczego, albo że zawiódł/zawiodła Pan/Pani siebie lub rodzinę	0	1	2	3
7. Problemy ze skupieniem się na przykład przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji	0	1	2	3
8. Poruszanie się lub mówienie tak wolno, że inni mogliby to zauważyć? Albo wręcz przeciwnie — niemożność usiedzenia w miejscu lub podenerwowanie powodujące ruchliwość znacznie większą niż zwykle	0	1	2	3
9. Myśli, że lepiej byłoby umrzeć, albo chęć zrobienia sobie jakiegś krzywdy	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Jeżeli zaznaczył/-a Pan/Pani którekolwiek z problemów, jak bardzo utrudniły one Panu/Pani wykonywanie pracy, zajmowanie się domem lub relacje z innymi ludźmi?

W ogóle nie utrudniły ☐	Trochę utrudniły ☐	Bardzo utrudniły ☐	Niezmiernie utrudniły ☐
---	--	--	---

Opracowanie: Dr Robert L. Spitzer, Dr Janet B.W. Williams, Dr Kurt Kroenke oraz współpracownicy z wykorzystaniem grantu oświatowego od firmy Pfizer Inc. Zgoda na powielanie, tłumaczenie, przedstawianie lub rozprowadzanie niniejszego dokumentu nie jest wymagana.

Określenie „zespół depresyjny” nie daje jednoznacznego wyobrażenia o pacjencie. **Osoba cierpiąca może prezentować całą gamę zaburzeń** – od skrajnie ciężkich doznań psychiatrycznych do umiarkowanego zniechęcenia z niejasnymi skargami na „złe samopoczucie”. Do zrozumienia choroby konkretnego człowieka przybliżyć może uważne wsłuchanie się w jego historię, poznanie okoliczności choroby, otoczenia pacjenta, jego planów i marzeń. Czasami próba nazwania i sklasyfikowania cierpienia wymaga sporo czasu i tzw. diagnoza jest wynikiem długotrwałego procesu poznawania chorego.

Proces diagnozy umożliwia znajomość kryteriów diagnostycznych – obecnie zaczyna obowiązywać klasyfikacja ICD-11. Objawy depresyjne umieszczone są w trzech klastrach:

- **Klaster afektywny:** nastrój depresyjny raportowany przez pacjenta lub obserwowany przez otoczenie, zmniejszone zainteresowania lub odczuwanie przyjemności (w tym pożądania);
- **Klaster poznawczo-behawioralny:** niemożność koncentracji lub brak decyzyjności, niska samoocena lub poczucie winy, beznadziejności, myśli o śmierci, myśli samobójcze lub próba samobójcza;
- **Klaster neurowegetatywny:** zaburzenia snu (bezsenność lub nadmierna senność), zmiany apetytu lub masy ciała, pobudzenie lub spowolnienie psychomotoryczne, utrata energii, męczliwość.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Rozpoznanie epizodu depresyjnego wymaga **obecności 5 z 10 objawów, w tym jednego z klastra afektywnego, trwających co najmniej 2 tygodnie**. Ocena musi uwzględniać typowe funkcjonowanie pacjenta, a symptomy muszą je w istotny sposób zaburzać.

OBJAWY WEGETATYWNE W DEPRESJI

Skóra i śluzówki: pieczenie lub swędzienie skóry i błon śluzowych, wysychanie w ustach

Układ oddechowy: płytki oddech, brak powietrza, ucisk w klatce piersiowej

Układ moczowo-płciowy: spadek libido, częstomocz, bóle spastyczne lub kolki nerkowe

Układ krążenia: kołatanie serca, lęk w okolicy serca, bóle przedsercowe

Układ mięśniowo-szkieletowy: męczliwość, osłabienie lub bóle mięśni, bóle stawów

Przewód pokarmowy: zaparcia, niestrawność, nudności, odbijanie, bóle wrzodopodobne, bóle spastyczne i kolkowe

Inne: napięciowe bóle i zawroty głowy, neuralgie.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



MĘSKA DEPRESJA

- zmniejszenie kontroli nad swoją impulsywnością,
- zachowania o typie acting-out,
- zachowania antyspołeczne,
- nadużywanie substancji,
- obniżenie tolerancji stresu,
- niepokój,
- brak zadowolenia,
- depresyjny styl myślenia,
- większe ryzyko samobójstwa (paradoks płci).



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19



Depresja spośród wszystkich zaburzeń psychicznych wiąże się z **największym ryzykiem samobójstwa** zarówno u osób dorastających, jak i w wieku podeszłym. Wśród cierpiących na depresję znaczne rozpowszechnienie myśli i tendencji samobójczych jest wciąż najpoważniejszym problemem klinicznym. Najlepiej udokumentowanym czynnikiem ryzyka samobójstwa w depresji jest duże nasilenie poczucia beznadziejności. Może ono utrzymywać się u leczonych pacjentów pomimo poprawy nastroju i napędu psychomotorycznego. Inne cechy zaburzenia wymagające szczególnej uwagi tak personelu medycznego, jak i osób z otoczenia chorego to:

- uporczywa bezsenność,
- przewlekłe dolegliwości bólowe,
- zaniedbywanie wyglądu i higieny osobistej w znacznym stopniu,
- duże nasilenie objawów,
- objawy psychotyczne (np. urojenia nihilistyczne, katastroficzne, hipochondryczne, grzeszności i potępienia)
- pobudzenie ruchowe,
- napady lęku,
- znaczne deficyty poznawcze,
- nadużywanie alkoholu.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Inne, niespecyficzne elementy ryzyka obejmują:

- **czynniki socjoekonomiczne:** żałoba, osierocenie, problemy małżeńskie (brak stabilności, poczucie bezpieczeństwa w związku, separacja czy rozwód), frustracje związane z pracą lub szkołą, bezrobocie, zadłużenie, konflikt z rodzicami lub dziećmi, problemy mieszkaniowe, długi, problemy prawne, izolacja społeczna, osamotnienie;
- **choroby somatyczne** (zwłaszcza wczesny okres ciężkiej choroby, choroby przewlekłe oraz te przebiegające z bólem, nowotwory, choroby upośledzające sprawność fizyczną, okaleczające, wiążące się z zażywaniem dużej ilości leków);
- **organiczne choroby mózgu** (np. majaczenie, otępienie, padaczka skroniowa, choroba Huntingtona);
- **traumatyczne wydarzenia** – np. stanie się ofiarą wypadku, przemocy, zbrodni, utraty;
- **płeć:** kobiety częściej podejmują próby odebrania sobie życia, ale to mężczyźni częściej giną śmiercią samobójczą;
- **wiek:** osoby młode oraz okres między 65 a 80 rż.;
- **próby i zapowiedzi samobójcze w wywiadzie;**
- **samobójstwa wśród rodziców i krewnych lub innych osób znaczących dla pacjenta.**



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



DEPRESJA WŚRÓD LEKARZY

- Objawy depresji występują średnio u 15% populacji lekarzy
- Depresja jest przyczyną 20-65% hospitalizacji psychiatrycznych lekarzy
- Duża częstość u młodych lekarzy (szczyt – 3-6 miesięcy od rozpoczęcia pracy)
- I rok pracy – 38%, II rok – 22%, III rok – 10%
- U 30% lekarzy objawy depresji występowały na I roku studiów



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

SAMOBÓJSTWA WŚRÓD LEKARZY

- W USA co roku odbiera sobie życie liczba lekarzy zbliżona do średniego co do liczebności ostatniego roku wydziału lekarskiego (Ross, 1971).
- Wśród lekarzy POZ – 13% potwierdza MS.
- Zagrożenie „S” u kobiet-lekarek jest 2 razy większe niż w populacji ogólnej i 4 razy większe niż w populacji kobiet w tym samym wieku.
- Ryzyko: 1,1 – 3,4 większe u mężczyzn i 2,5 – 5,7 u kobiet w porównaniu do populacji ogólnej
- Zwiększone ryzyko dokonania „S” związane z wyborem skuteczniejszej metody (np. przy przedawkowaniu leków umiera więcej lekarzy niż innych osób stosujących tę metodę)
- Stosowane leki: opiaty, barbiturany, leki anestezjologiczne, rzadziej niż w populacji ogólnej leki psychotropowe

Hawton K i wsp, 2000



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Depresja jest choroba ciężką, potencjalnie zagrażającą życiu. Jest jednak uleczalna.

Głównym celem leczenia epizodu depresyjnego jest uzyskanie jak najszybszej i pełnej odpowiedzi terapeutycznej oraz remisji objawowej, a następnie zapobieganie nawrotowi objawów, usunięcie rezydualnych objawów depresji i powrót pacjenta do przedchorobowego poziomu funkcjonowania psychospołecznego i zawodowego.

Ogólne zasady postępowania obejmują:

- prawidłowe rozpoznanie, zgodne z kryteriami diagnostycznymi,
- rozpoznanie i leczenie współistniejących schorzeń somatycznych i zaburzeń psychicznych,
- ocenę ryzyka samobójstwa,
- budowanie relacji terapeutycznej opartej na współpracy z pacjentem,
- wybór metody leczenia,
- monitorowanie wyników terapii, tolerancji i objawów ubocznych,
- odpowiedni czas prowadzenia leczenia ostrej fazy i leczenia podtrzymującego.

Ostra faza leczenia obejmuje czas od rozpoczęcia terapii do osiągnięcia remisji objawowej. Aby ocenić skuteczność leku, należy go stosować w odpowiedniej dawce przez odpowiednio długi czas (**pierwszych oznak poprawy można spodziewać się po ok 2-3 tygodniach**).



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Postępowaniem pierwszego rzutu w epizodzie depresyjnym o umiarkowanym lub głębokim nasileniu jest stosowanie dowolnego leku przeciwdepresyjnego w monoterapii. **W przypadku łagodnego epizodu depresyjnego alternatywnie można brać pod uwagę psychoterapię bez towarzyszącej farmakoterapii.**

PODSTAWOWE INFORMACJE PRZED ROZPOCZĘCIEM LECZENIA LPD

- Leki przeciwdepresyjne nie uzależniają.
- Należy lek zażywać codziennie i zgodnie z zaleceniem.
- Działanie terapeutyczne może być widoczne dopiero po 2-4 tygodniach – nie należy bez konsultacji z lekarzem odstawiać leku mimo braku zauważalnej poprawy.
- Nie należy odstawiać samodzielnie leku nawet przy dobrym samopoczuciu, gdyż grozi pogorszeniem stanu psychicznego. Zakończenie leczenia musi być uzgodnione z lekarzem.
- Niewielkie objawy niepożądane mogą się pojawić na początku leczenia, zazwyczaj są przemijające. Nie należy odstawiać samodzielnie leku, tylko powiadomić lekarza.
- Przerwanie zażywania niektórych LPD może powodować wystąpienie objawów odstawiennych.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Jak wynika z bardzo dużej liczby badań kontrolowanych i sporządzonych na ich podstawie metaanaliz, leki przeciwdepresyjne – bez względu na mechanizm działania – charakteryzują się generowaniem porównywalnych odsetków odpowiedzi na leczenie, wahających się w granicach 50-75% i znacząco większym od placebo oraz z reguły brakiem istotnej przewagi nad innym lekiem, z którym są porównywane.



Biorąc pod uwagę podobną skuteczność i czas potrzebny do początku działania różnych leków przeciwdepresyjnych, wybierając farmaceutyk, należy uwzględnić następujące czynniki:

- leczenie w poprzednich epizodach (skuteczność, tolerancja, objawy uboczne),
- obecność innych zaburzeń psychicznych,
- bezpieczeństwo stosowania danego leku w ewentualnych współwystępujących chorobach somatycznych,
- stosowane leki (możliwość interakcji),
- cechy kliniczne depresji,
- stosowanie się pacjenta do zaleceń,
- skuteczność leku u krewnych I stopnia,
- doświadczenie lekarza z danym lekiem,
- preferencje pacjenta,
- dostępność i cena leku.

Brak odpowiedzi terapeutycznej lub niepełna odpowiedź po 4-6 tygodniach leczenia jest wskazaniem do podjęcia w kolejnej kuracji działań mających na celu optymalizację leczenia. W pierwszej kolejności należy rozpatrzyć szereg farmakologicznych i nefarmakologicznych aspektów terapii: rewizja diagnozy (podtyp depresji, cechy dwubiegunowości, choroby somatyczne, inne zaburzenia psychiczne, uzależnienia), adekwatność leczenia (właściwy wybór leku, odpowiednia dawka, interakcje), zewnętrzne i behawioralne czynniki podtrzymujące objawy choroby (utrata, stresujące wydarzenia życiowe, problemy w relacjach interpersonalnych, problemy ekonomiczne i zawodowe, wtórne korzyści z choroby), współpraca pacjent-lekarz.

Następnym etapem jest zastosowanie jednej z trzech strategii farmakoterapeutycznych: zamiana leku przeciwdepresyjnego na inny z tej samej lub innej grupy (stosowana głównie w przypadku nietolerancji lub całkowitej nieskuteczności terapii pierwszego rzutu), połączenie dwóch leków przeciwdepresyjnych różniących się profilem działania, potencjalizacja dotychczas stosowanego leku przeciwdepresyjnego innym lekiem. Na każdym etapie należy rozważyć dołączenie psychoterapii. Pojawiają się nowe, bardzo obiecujące metody leczenia depresji lekoopornej jak np. zastosowanie esketaminy.

- Duża ilość leków nowej generacji – wysoka skuteczność i bezpieczeństwo przy małej toksyczności
- Doskonalenie pozafarmakologicznych metod terapeutycznych
- Połowa chorych powraca do zdrowia w ciągu 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia
- U 90% chorych uzyskuje się poprawę po zastosowaniu jednej lub kilku skojarzonych metod leczenia
- Systematyczne leczenie zmniejsza częstość nawrotów



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



LITERATURA

1. Bauer M., Pfennig A., Severus E., Whybrow P. C., Angst J., Moller H-J., *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, nr 14(5), s. 334–385, doi: 10.3109/15622975.2013.804195.
2. Samochowiec J., Dudek D., Kucharska-Mazur J., Murawiec S., Rymaszewska J., Cabała W. J., Heizman J., Jankowska-Zduńczyk A., Chtizow J. Bała M., *Diagnostyka i leczenie depresji u dorosłych – wytyczne dla lekarzy rodzinnych* [online], 2019-02-05, aktualizowany 2022-12-31, <https://wytyczne.org/bazawiedzy/wytyczne-postepowania-w-depresji-u-doroslych-dla-lekarzy-rodzinnych/>
3. Dudek D., *Depresja białych kołnierzyków* [W:] A. Araszkiewicz (red), *Lęki białych kołnierzyków*, Wyd. 1, Milanówek, ER Investment, 2010, str. 67-78
4. Dudek D., *Diagnostyka i leczenie depresji u dorosłych* „Lekarz Rodzinny”, 2021, nr 1 (243), s. 87-92
5. Dudek D., Cyranka K., *Przepracowanie, zmęczenie, brak humoru*, [W:] J. Heitzman, *Moja psychiatria – wiedza, którą wykorzystasz*, Wyd. 1, Poznań, Termedia, 2021, s. 81-92
6. Dudek D., Cyranka K., *Depresja i lęk – kiedy i jak leczyć* [W:] M. Jarema (red), *Depresja i zaburzenia lękowe. Rozpoznawania i leczenie*, Wyd. 1, Warszawa, PZWL, 2021, s. 108-129
7. *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].
8. Gałęcki P., *Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dotyczące leczenia epizodu depresji i zaburzeń depresyjnych nawracających* „Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii”, 2018, nr 34(3), s. 157–199.
9. Kępiński A., *Melancholia*, Kraków, Wydawnictwo Literackie, 2001
10. NICE, *Clinical guideline [CG90]. Depression in adults: recognition and management 2018*. [online:] <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90> [dostęp 7.01.2019].
11. Rybakowski J., Dudek D., Jaracz J., *Choroby afektywne* [W:] M. Jarema (red), *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych* Wyd. 2., Gdańsk, ViaMedica, 2015, s. 55-133
12. Siwek M., *Dekalog leczenia depresji*, Wyd. 1, Warszawa, ITEM Publishing, 2018



O autorce



prof. 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.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

