

Depresja dziś

Łukasz Świącicki

Temat „depresja dziś” jest niezwykle rozległy, samo przeszukanie głównych internetowych baz danych da wiele tysięcy wyników tylko w ostatnim roku. Artykuły, w których użyto tych słów, dotyczą niezwykle wielu zagadnień z dziedziny biochemii, genetyki, patofizjologii, taksonomii, psychofarmakologii itd. Znalezienie jakiegoś potencjalnego wspólnego mianownika tych badań nie jest chyba w ogóle możliwe i nie jest celem mojego artykułu. Chciałbym skupić się przede wszystkim na kwestiach bardzo ogólnych, oglądanych z odległej perspektywy, co może ułatwić ujrzenie właściwych relacji między poszczególnymi zagadnieniami. Artykuł jest więc bardziej felietonem niż naukowym opracowaniem, w większości wypadków trudno mi było nawet powoływać się na jakieś piśmiennictwo, ponieważ poruszane przeze mnie problemy zasadniczo nie kwalifikują się, ze względu na swoją rozległość, jako przedmioty badań biologicznych, pozostając mimo to przedmiotem zainteresowania lekarzy.

Pojęcie depresji w kontekście cywilizacyjno-kulturowym

Dla lekarza depresja to po prostu choroba, jedna z wielu, mająca swoje odmienności, ale przecież nie w większym stopniu niż choćby zapalenie trzustki w porównaniu z próchnicą zębów. Musimy sobie jednak zdawać sprawę, że w odbiorze społecznym depresja jest pojęciem znacznie szerszym.

Na przełomie XX i XXI wieku słowo „depresja” zrobiło ogromną i nieco zaskakującą, przynajmniej na pierwszy rzut oka, karierę. Oczywiście nie chodzi o samo słowo, równie miłe i dźwięczne jak wszystkie inne słowa, ale o treści, które ze sobą niesie, czyli precyzyjnie rzecz biorąc o pojęcie (desygnat) depresji. Problem polega na tym, że wielka kariera pojęcia „depresja” sprawiło, że stało się tak pojemne, iż wiele osób zaczęło się zastanawiać, czy depresja oznacza coś konkretnego, czy też, jak napisał niedawno redaktor naczelnego pisma *Medical Hypotheses* Bruce G. Charlton, można obecnie w ten sposób określić „dowolny rodzaj dyskomfortu”.¹

Przez wiele lat z zapalem, jak teraz myślę godnym lepszej sprawy, zwalczałem stosowanie pojęcia depresja do różnego rodzaju egzystencjalnych chandr zgłaszanych przez różnych „celebrytów” (nie lubię tego słowa, ale też nie lubię pojęcia, które się za nim kryje – nie chodzi przecież o osoby naprawdę sławne, ale o takie, które bardzo chcą być sławne). Nie ma prawie numeru ilustrowanego pisma, przynajmniej sądząc po spisach treści, bo do środka zwykle nie zaglądam, w którym jakaś znana osoba nie zwierzała by się „intymnie i ekskluzywnie” z posiadania jakiejś de-

presji. Zawsze uważałem, że jest to nie fair w stosunku do osób, które naprawdę chorują i cierpią i że jest to nadużywanie dużego słowa do małych rzeczy. Po dłuższym zastanowieniu, problem ciągnie się przecież od lat, uznałem jednak, że skoro tyle osób z takim uporem powtarza „mam depresję, mam depresję, miałem depresję, wszyscy mamy depresję, kiedy dopada mnie depresja” itd., to musi być jakaś przyczyna tego stanu rzeczy. Przecież wspomniane gwiazdy we wspomnianych pismach nie twierdzą z uporem „mam hemoroidy, mam reumatyzm, mam trądzik”, czy też nie przyznają się entuzjastycznie do jakiejś innej choroby. Powstaje więc istotne pytanie, które powinno pomóc w umiejscowieniu pojęcia depresja, jakie są przyczyny tej popularności?

Pierwszą przyczyną jest prawdopodobnie opiekuńczy charakter naszej cywilizacji, mam oczywiście na myśli cywilizację Świata Zachodniego. Czegokolwiek byśmy nie mówili o stresie, hałasie, presji i wyścigu szczurów, nie można chyba na serio podważyć twierdzenia, że otaczający nas świat nigdy nie był tak miły, ciepły, opiekuńczy – oczywiście dla tych, którzy znajdują się w jego głównym nurcie, a nie dla outsiderów czy odrzuconych. Oczekujemy i wymagamy odśnieżonych bez względu na warunki zewnętrzne dróg, bezwzględnie punktualnych pociągów, ciepłych i ładnych ubrań, smacznych, pożywnych i zdrowych posiłków. Oczekujemy nie dlatego, że marzy nam się gwiazdka z nieba, tylko dlatego, że nauczyliśmy się, że możemy to naprawdę dostać. Przy okazji doszliśmy do nieświadomionego najczęściej wnio-

sku, że na to wszystko zasługujemy. Przy takiej postawie niezwykle spada poziom akceptowalnej frustracji. To, za co w niedawnych przecież czasach jedynie słusznego ustroju całowałibyśmy po rękach, teraz uważamy za obowiązek na przykład państwa wobec nas. Łaski nie robią, muszą dać. A jeśli jednak nie dadzą? Bo powiedzmy śniegu spadło tak dużo, że po prostu nie ma go jak szybko sprzątnąć? Jak się wtedy ratować, gdzie można się schronić przed bardzo przykrym uczuciem, że coś tu jest poważnie nie w porządku. Oczywiście można by przemyśleć własny stosunek do świata i zastanowić się nad tym, czy rzeczywiście muszą i mogą wszystko zaraz mieć, czy też nie powinienem czasem poczekać, a czasem sam sobie zrobić. Ale to jest droga trudniejsza, wymagająca wysiłku woli i intelektu. Natomiast droga krótsza i odruchowa, a więc z czysto medycznego punktu widzenia po prostu fizjologiczna to... depresja! Mam więc depresję, bo nie dostałem na czas, bo mnie nie docenili, bo nie klaskali wystarczająco głośno itd. A jeśli mam depresję, to nie można mnie za nic winić i niczego nie muszą ani, prawdę mówiąc, nie mogę z tym robić. Jestem przecież chory i w związku z tym powinienem się stać obiektem czyjejś pracy nade mną. To znaczy, że ja się położę, a wy mi zabierzecie depresję. Taka postawa to pierwsza przyczyna problemu, bo w żadnym wypadku nie choroby (!), którą nazwałbym nieładnie, ale zgodnie z prawdą „depresją celebrytów”, choć z pewnością ten problem dotyczy bardzo wielu ludzi powszechnie nieznanych. Coś zresztą jest w naszej cywilizacji takiego, że wszyscy jesteśmy

po trosze celebrytami, a przynajmniej, trawstując słowa Napoleona, nosimy jakiś rodzaj celebryckiej buławy w naszych tornistrach. Tak przynajmniej zapewniają nas reklamy, tak nas kształtuje udział w internetowej społeczności – ostatecznie każdy ma prawo mieć swoje zdanie, a stąd już krok do tego, że „wszyscy” się mają tym zdaniem przejmować. A jeśli to zdanie jest głupie albo szkodliwe? Zdaje się, że takiego pytania zadawać nie wolno, bo nie jest poprawne politycznie. Może i tak, ale jak to zrobić, żeby wszyscy mieli mądre zdanie? A jeśli nie będą mieli, to będą sfrustrowani no i znów pojawia się „depresja”.

Drugą przyczyną popularności określenia depresja, ten wariant problemu nazwałbym „depresją szarego człowieka”, mogą być nadmierne wymagania, jakie stawia przed nami cywilizacja. Jest tu pozorna sprzeczność, bo przecież dopiero co twierdziłem, że jest to cywilizacja bardzo opiekuńcza. Tak naprawdę jednak jedno drugiemu nie przeczy. Opiekuńczość wiąże się tu bowiem z wprowadzeniem miękkich reguł gry. Żeby człowiekowi było w jego świecie jak najmilej i jak najprzytulniej – niczego mu się nie nakazuje. A wręcz zakazuje się nakazywać. I tu tkwi pułapka, bo jeśli nikt nie nakazuje, to kto ma podjąć decyzję? A decyzje trzeba podejmować, bo

rzeczywistość nie da się w nieskończoność oszukiwać. No więc jeśli nikt nie decyduje za mnie, to decydować muszę sam. Miało być miło, a zrobiło się niezwykle wymagająco. Zarówno feudalny chłop, jak i przeciętny mieszkaniec komunistycznego państwa czy innego tworu totalitarnego jest co prawda zdany na łaskę jakichś decydentów, ale z drugiej strony jest odciążony z problemu podejmowania decyzji. Może zostać niemile zaskoczony przez kogoś niedobrego, ale sam ze sobą będzie w harmonijnej zgodzie, ponieważ nie może popełnić błędu. Nie może, bo nie decyduje. I zawsze winni będą „oni”. A co zrobić kiedy nie ma „onych”, to znaczy, jak usunąć wewnętrzny dyskomfort? Jedno z rozwiązań to... znów – depresja. Nie mogę brać odpowiedzialności za decyzje, które podjąłem, a które okazały się niesłuszne, zrobiły mi lub komuś innemu krzywdę, ponieważ jestem chory. Nie mogę więc być odpowiedzialny. Ktoś musi ze mną zrobić coś. Błąd osób, które myślą w ten sposób, polega na tym, że w rzeczywistości, niejako na wszelki wypadek, nie dają one sobie prawa do popełnienia błędu. A przecież nie ma możliwości podejmowania zawsze bezbłędnych decyzji, nawet gdyby znało się przyszłość.

Depresja celebrytów i depresja szarych ludzi to zjawiska, które można określić jako

„pseudopsychiatryczne stany cywilizacyjno-kulturowe”. Nie są to w żadnym wypadku choroby, a jedynie metody wykorzystania języka psychiatrycznego do błędnego opisu pewnego stanu wywołanego niewłaściwie rozumianymi wymaganiami cywilizacyjnymi.

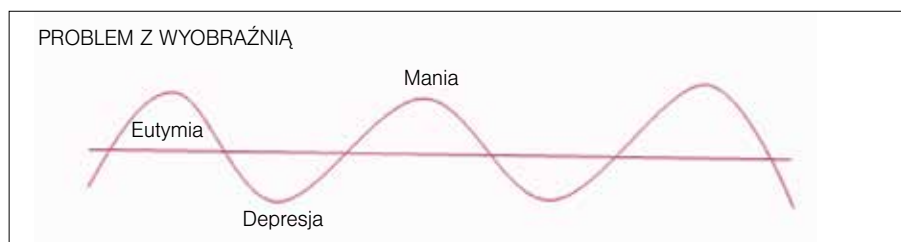
Depresja w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej – problem wyobraźni

Mam poczucie, niemożliwe do naukowej weryfikacji, że większość osób, myśląc o problemach związanych z chorobą afektywną dwubiegunową, przywołuje obraz sinusoidy (ryc. 1), w której depresjom odpowiada „dołki”, a „maniom” górki. Najczęściej nie zdajemy sobie sprawy, jakie implikacje niesie za sobą takie wyobrażenie, ani z tego, że wcale nie muszą to być implikacje prawdziwe.

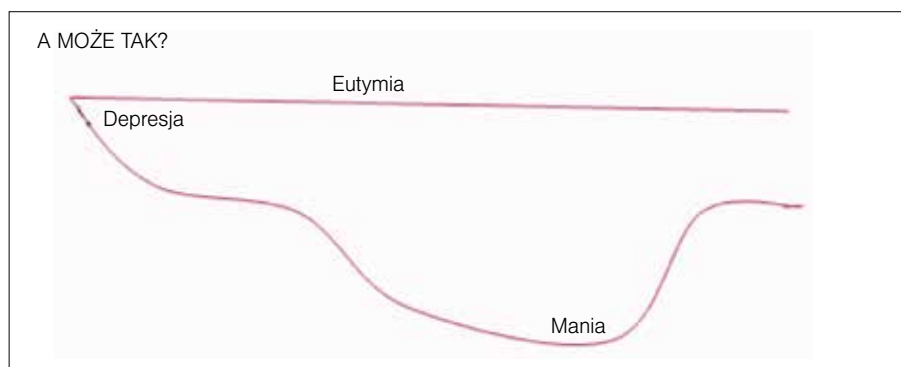
Po pierwsze przebieg sinusoidalny zakłada, że mania jest odwrotnością depresji, a więc, że każdy objaw depresji ze zmienionym znakiem staje się od razu objawem manii. Rzeczywiście może tak być i niekiedy jest – depresyjnemu spowolnieniu psychoruchowemu można zwykle przeciwstawić maniacką gonitwę myśli, jednak problem polega na tym, że wcale nie musi tak być – na przykład depresyjny smutek na ogół wcale nie znajduje odzwierciedlenia w maniackiej radości. Emil Kraepelin napisał „pacjenci maniackalni mogą okresowo sprawiać wrażenie nie tylko smutnych i zrozpaczonych, ale nawet spokojnych i zahamowanych; chorzy depresyjni mogą uśmiechać się i podśpiewywać”². Na znaczenie tego zagadnienia wskazują także Goodwin i Jamison,³ którzy w swoim fundamentalnym podręczniku wielokrotnie zwracają uwagę, że „biegunowość” (polarity) nie jest wcale najważniejszą cechą rozpoznawczą między chorobą afektywną dwubiegunową a depresją nawracającą, a rozłożenia akcentów w tej sprawie przez współczesne klasyfikacje diagnostyczne uważają za niewłaściwe. Autorzy cytują zresztą Kraepelina, który w jednej ze swych prac bardzo wyraźnie stwierdził „pogląd, wedle którego wszystkie nawracające zaburzenia nastroju (zgodnie z dzisiejszym rozumieniem tego terminu) należy określić wspólnym terminem „choroby maniackalno-depresyjnej”, nadal najlepiej odzwierciedla to, co wiemy na temat tych zaburzeń”. Wykres ilustrujący przebieg zaburzeń występujących u konkretnego pacjenta, przedstawiony przez Goodwina i Jamisona na str. 42 wspomnianego już podręcznika w znacznie lepszym niż sinusoida stopniu pozwala na zobrazowanie rzeczywistego następstwa wydarzeń.³ Wykres ten składa się z wielu jedynie częściowo nakładających się na siebie krzywych.

Po drugie, sinusoidalne wyobrażenie na temat przebiegu ChAD implikuje, nawet

RYCINA 1
Sinusoidalny model choroby afektywnej dwubiegunowej stał się modelem intuicyjnym, większość osób zakłada, że tak właśnie wygląda następstwo faz w tej chorobie.



RYCINA 2
Przyjęcie modelu niesinusoidalnego pozwala na rozwiązanie niektórych problemów, choć równocześnie stwarza nowe.



jeśli nie zdajemy sobie z tego sprawy, że w przebiegu choroby dochodzi do przejść przez punkt „0” – to znaczy, że podczas przechodzenia z fazy depresyjnej w fazę maniacką występuje początkowo okres spłykania się objawów depresyjnych, potem okres zbliżony do zdrowia, następnie okres objawów hipomaniackich, a dopiero na końcu objawy w pełni rozwiniętej manii. Rzeczywiście w praktyce klinicznej można się spotkać z takim przebiegiem wydarzeń, ale wcale nie musi tak być! Można się tu również posłużyć cytatem ze wspomianej już pracy Kraepelina „Pacjent kładzie się spać smutny i zahamowany, a potem nagle budzi się z poczuciem, jakby z jego umysłu zdjęto zasłonę, spędza pracowity dzień w stanie maniackiej ekscytacji, poczym następnego ranka ponownie budzi się wyczerpany” ... „w stanie hipomaniackim chorzy zupełnie nieoczekiwanie podejmują próby samobójcze.” [op.cit.].² O prawdziwości opisu przedstawionego przez Kraepelina może zresztą zaświadczyć każdy doświadczony klinicysta, który miał do czynienia z pacjentami z zaburzeniami afektywnymi. Takie następstwo wydarzeń wyraźnie nie pasuje do modelu sinusoidalnego, w szczególności wydaje się, że bardzo wielu pacjentów wcale nie przechodzi przez punkt „0” na wymyślanym wykresie, ale nawet wręcz przeciwnie ich stan z depresyjnego pogarsza się, aż do stanu maniackiego. Określenie manii jako „głębszej depresji” jest oczywiście jedynie rodzajem prowokacji intelektualnej, ma jednak za zadanie odwrócenie uwagi od modelu sinusoidalnego, który – choć tak mocno zakorzeniony – nie odpowiada rzeczywistości klinicznej (ryc. 2).

Po trzecie wyobrażanie sobie całości zaburzeń afektywnych jako sinusoidy bądź tylko jej elementów (same „dołki” lub same „górkę”) nie pozwala na wyjaśnienie faktu niewystępowania w praktyce zjawiska, które można by określić jako „manię jednobiegunową”. Skoro w praktyce klinicznej spotykamy przypadki jednobiegunowych zaburzeń depresyjnych oraz zaburzeń obejmujących oba bieguny, to czemu nie stykamy się, lub jest to niezwykle rzadkie, z jednobiegunowymi maniami? Odpowiedź na to pytanie jest dość prosta, a samo pytanie jest „niesłusznie postawione”, choć podobno głupich pytań nie ma. Moim zdaniem przyczyną złego postawienia problemu jest znów model sinusoidalny. Wyobrażając sobie chorobę afektywną

dwubiegunową jako sinusoidę, zaczynamy wyobrażać sobie nawracającą depresję jako sinusoidę przeciętą na pół. I to jest również mylne wyobrażenie. Znow odwołując się do Kraepelina, „należy raczej rozważyć grupowanie [zaburzeń afektywnych] wedle częstości ataków”, a nie według ich biegunowości (Kraepelin nie używał określenia „biegunowość”, ale wynika to jasno z kontekstu) [op.cit. s. 3].² Nie ma więc sensu klinicznego przeciwstawianie sobie sytuacji, w której obserwujemy jedynie fazy depresyjne (ale np. występujące z dużą częstością), i sytuacji, w której u jednego chorego występują zarówno fazy maniackie, jak i depresyjne. Nie ma sensu, ponieważ z punktu widzenia leczenia, przebiegu choroby, rokowania i przypuszczalnie patogenetyzmu dwie wspomniane sytuacje mają ze sobą znacznie więcej wspólnego niż sytuacje, w których stwierdzamy jedynie fazy depresyjne, ale u jednej osoby średnio raz do roku, a u drugiej raz na 20 lat. Teoretycznie byłyby to przypadki nawracającej depresji, w rzeczywistości to dwie zupełnie odrębne sytuacje kliniczne. Tego samego zdania wydają się być również Goodwin i Jamison. Brak zrozumienia tego problemu powoduje poważne zamieszanie, sprawiając, że część autorów⁴ uznaje, że ChAD jest rozpoznawana zbyt często (!), a inni, że zbyt rzadko (co wydaje się zdecydowanie bardziej zbliżone do prawdy).⁵

Przyjęcie prostego modelu niesinusoidalnego (ryc. 2) rozwiązuje pewne problemy, stwarzając niestety zamiast nich nowe. Czy na przykład, jeśli mania to „gorsza depresja”, należy chorym w manii podawać leki przeciwdepresyjne? Stąd też wcale nie upieram się przy tym, że model tak uproszczony, ponieważ to mój pomysł, więc mogą chyba nawet powiedzieć prostacki, jest słuszny i prawidłowy, a już z pewnością nie jedynie słuszny i prawidłowy. Chciałbym tylko bardzo mocno zwrócić uwagę na to, że zakorzeniony dotychczas model sinusoidalny, który można chyba nawet nazwać „modelem instynktownym”, z pewnością nie jest słuszny, a ponadto, jako nieświadomiony schemat myślowy, prowadzi do wyciągania odruchowych wniosków, co już z pewnością jest szkodliwe. Określenie manii jako „gorszej depresji” to z pewnością przesada, ale myślenie o niej jako odwrotności depresji jest jeszcze mniej uprawnione i na to przede wszystkim chcę zwrócić uwagę w tym tekście.

Implikacje terapeutyczne

Preskorn i Flockhart w opublikowanym niedawno przewodniku interakcji leków psychotropowych zwrócili uwagę na to, że warunkiem powstania nowych metod psychofarmakoterapii jest poczynienie postępów w zakresie patofizjologii zaburzeń psychicznych.⁶ Ta słuszna uwaga dotyczy z pewnością zaburzeń afektywnych. Jeśli w tekście pisanym pod koniec pierwszego dziesięciolecia XXI wieku można się z powodzeniem powoływać na tekst napisany około 100 lat wcześniej i to nie jako na zabytek piśmiennictwa, ale raczej na źródło inspiracji i „nowych” pomysłów, to znaczy, że wystarczających postępów w rozumieniu patofizjologii zaburzeń afektywnych chyba nie dokonaliśmy. W tej sytuacji zrozumiały i zgodny z diagnozą Preskorna i Flockharta wydaje się fakt, że od roku 2006 (od czasu publikacji poprzedniego wydania przewodnika po interakcjach) nie wprowadzono na rynek żadnego w pełni nowego leku przeciwdepresyjnego. Trudno się też spodziewać jakiegoś przełomu w najbliższym czasie. Należy zatem zastanowić się nad jak najlepszym wykorzystaniem środków, którymi już dysponujemy. Myślę, że należy także uwzględnić omawiany w tym artykule fakt małej adekwatności sinusoidalnego modelu choroby afektywnej dwubiegunowej. Jeśli tzw. biegunowość ma w rzeczywistości znaczenie mniejsze niż jej w ostatnich latach przypisywano, to może warto np. w większym zakresie wykorzystywać leki normotymiczne w terapii depresji z częstymi nawrotami (traktowanej jako swego rodzaju spektrum ChAD). Wydaje się, że zagadnienie to zasługuje na dalsze badania.

Piśmiennictwo

1. Charlton BG. A model of self-treatment of four sub-types of symptomatic depression. Using non-prescription agents: neuroticism (anxiety and emotional instability), malaise (fatigue and painful symptoms), demotivation (anhedonia) and seasonal affective disorder „SAD”. *Med Hypotheses*. 2009;72(1):1-7.
2. Kraepelin E. *Manic-depressive insanity and paranoia*. Arno Press. New York 1976:99. (tłum. Ł. Ś. na podstawie tłumaczenia angielskiego R. Mary Barclay).
3. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-depressive illness*. Oxford University Press. New York. 2007.
4. Zimmerman M, Ruggiero CJ, Chelminski I, Young D. Psychiatric diagnoses in patients previously overdiagnosed with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(1):26-31.
5. DJ, Ghaemi N. Is underdiagnosis the main pitfall when diagnosing bipolar disorder? Yes. *BMJ*. 2010; 340: C854.
6. Preskorn SH, Flockhart D. 2010 guide to psychiatric drug interaction. *Primary Psychiatry*. 2009; 16 (12): 45-74.
7. Świącicki Ł. *Depresja - zwykła choroba?* Elsevier Urban i partner, Wrocław, 2010.