

*Stanisław Pużyński, Maria Beręsewicz, Iwona Koszewska, Antoni Kalinowski,
Łukasz Święcicki, Ewa Habrat*

POGLĄDY ORDYNATORÓW ODDZIAŁÓW PSYCHIA- TRYCZNYCH NA TEMAT TERAPII I PROFILAKTYKI ZABURZEŃ AFEKTYWNYCH

II Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Streszczenie

Z analizy odpowiedzi zawartych w 234 ankietach wypełnionych przez ordynatorów oddziałów psychiatrycznych klinik i szpitali w Polsce wynika, że ich poglądy dotyczące sposobów postępowania terapeutycznego w zaburzeniach afektywnych nie odbiegają w sposób znaczący od preferowanych w aktualnych opracowaniach podręcznikowych oraz publikacjach zamieszczonych w czasopismach krajowych i zagranicznych. Są zbliżone do schematów postępowania terapeutycznego (algorytmów) proponowanych przez różne zespoły autorów. Chociaż uzyskane wyniki nie są w pełni porównywalne z rezultatami podobnych badań przeprowadzonych w innych krajach, co wynika m.in. z różnic w asortymencie leków dostępnych na rynku (w Polsce nie jest zarejestrowana amoksapina, bupropion, wenlafaksyna, w Stanach Zjednoczonych – dibenzepina), można z dużym prawdopodobieństwem przyjąć, że w leczeniu zaburzeń depresyjnych polscy psychiatry kierują się podobnymi zasadami, jak ich koledzy w innych krajach, napotykając przy tym na podobne trudności i wątpliwości. W terapii ciężkich zespołów depresyjnych preferują leki przeciwdepresyjne (trójpierścieniowe) oraz o pokrewnych mechanizmach działania, w depresjach z urojeniami (psychotycznych), z dużym niepokojem, lękiem (tzw. depresja agitowana) – leczenie skojarzone (klasyczny lek przeciwdepresyjny + neuroleptyk) lub też neuroleptyki wykazujące działanie przeciwdepresyjne. Łączenie farmakoterapii i psychoterapii uznają za metodę I rzutu u chorych z depresją, u których czynniki psychologiczne „podtrzymują” aktualną depresję, u chorych z zaburzeniami osobowości, w depresji przewlekłej. W innych zaburzeniach depresyjnych (w tym dystymicznych) respondenci traktują psychoterapię jako sposób pomocy chorym, u których zawiodły leki przeciwdepresyjne.

1. Cel badań

Celem badań przedstawionych w tej pracy było poznanie aktualnych poglądów ordynatorów oddziałów psychiatrycznych (a więc grupy lekarzy, którzy wywierają istotny wpływ na praktykę kliniczną) oraz zakres wiedzy specjalizujących się w psychiatrii w sprawie postępowania leczniczego w zaburzeniach afektywnych, w tym terapii stanów depresyjnych, maniakalnych oraz profilaktyki

nawracających zaburzeń afektywnych. Badania te są fragmentem prac nad standardami postępowania leczniczego w zaburzeniach afektywnych, będą też przydatne w opracowaniu programów szkolenia podyplomowego.

2. Materiał i metoda

Zespół Oddziału Chorób Afektywnych II Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie przygotował ankietę składającą się z 60 pytań dotyczących różnych aspektów leczenia depresji i manii. Konstrukcja ankiety wzorowana była na amerykańskim kwestionariuszu dotyczącym leczenia choroby afektywnej dwubiegunowej, adresowanym do ekspertów w tej dziedzinie (The Expert Consensus Guideline Series – Treatment of Bipolar Disorder – 2).

Ankiety wysłano w sierpniu br. do 23 klinik psychiatrycznych i 32 szpitali psychiatrycznych, łącznie do 498 lekarzy psychiatrów pełniących funkcje kierownicze (ordynatorzy). Ankietowani byli proszeni o ocenę metody postępowania terapeutycznego pod kątem przydatności w leczeniu określonego stanu chorobowego w skali od 1–9. Punkty 7–9 dotyczyły postępowania właściwego, 4–6 – metod rzadko stosowanych, chociaż poprawnych, 1–3 – postępowania niewłaściwego. Ankieta była anonimowa, respondentów proszono jedynie o podanie kilku danych dotyczących ich doświadczenia zawodowego.

Do 15 listopada 1997 r. uzyskano 240 ankiet, z czego 6 niewypełnionych. Analiza dotyczy 234 ankiet. Uzyskane dane dotyczące respondentów zawarte są w tabeli 1.

Analiza i prezentacja wyników jest wzorowana na wspomnianych badaniach amerykańskich. Dla każdego pytania obliczono średnią arytmetyczną, odchylenie standardowe i 95-procentowy przedział ufności, określając w ten sposób ocenę postępowania (właściwe – całkowity przedział ufności ponad 6,5 pkt, rzadko stosowane: 3,5–6,49 pkt, niewłaściwe – poniżej 3,5 pkt). W każdym przypadku badano częstość poszczególnych odpowiedzi (odsetek) oraz czy rozkład odpowiedzi nie jest przypadkowy (test χ^2). W przypadku nieistotnego rozkładu uznawano, że nie ma zgodności, konsensusu i te wyniki w dalszej części nie były analizowane. Za „metodę z wyboru” uznawano sytuację, w której odpowiedź nr 9 wybrała co najmniej połowa respondentów. Wyniki są przedstawione w formie graficznej (Załącznik – ryciny 1–57). Gwiazdką oznaczono metodę z wyboru, kołem czarnym odpowiedzi zgodne, kołem pustym – brak konsensusu. W dalszej części omawiamy preferowane przez respondentów metody postępowania w różnych sytuacjach klinicznych (z wyboru, właściwe – pierwszego rzutu, rzadko stosowane – drugiego rzutu).

3. Wyniki

Na rozesłaną ankietę odpowiedziało 181 ordynatorów oddziałów psychiatrycznych, tj. 43% respondentów i 77 ordynatorów klinik psychiatrycznych,

Tabela 1. Uzyskane dane na temat ankietowanych lekarzy

Pytanie	Odpowiedź N=234
1. Od ilu lat wykonuje Pan/i zawód lekarza?	N=221 23,6 lat ($\pm 10,5$) 4–14 lat
	poniżej 10 lat 26 osób
	10–20 lat 63 osoby
	ponad 20 lat 132 osoby
2. Ile lat temu uzyskał/a Pan/i II st. specjalizacji z psychiatrii?	N=183 15,9 lat ($\pm 10,1$) 0,5–67
	poniżej 10 lat 59 osób
	10–20 lat 61 osób
	ponad 20 lat 63 osoby
3. Oddział, którego jest Pan/i ordynatorem wchodzi w skład: klinik szpitala psychiatrycznego oddział psychiatryczny przy szpitalu ogólnym	N=220 38 osób 181 osób 1 osoba
4. Czy w oddziale, którym Pan/i kieruje jest możliwość oznaczenia poziomu wymienionych leków w surowicy krwi: węglan litu karbamazepina kwas walproinowy leki przeciwdepresyjne	N=208 201 55 29 17
5. Z iloma chorymi na choroby afektywne styka się Pan/i w ciągu roku?	N=209 107,7 chorych ($\pm 166,1$) 5–2000
	do 50 chorych 97 osób
	50–100 chorych 52 osoby
	ponad 100 chorych 60 osób

tj. 49%, średnio 47% respondentów. Jak wynika z tabeli 1 respondentów charakteryzuje długi staż pracy (średnia 24 lata), są średnio 16 lat po uzyskaniu II stopnia specjalizacji z zakresu psychiatrii. W oddziałach, którymi kierują zazwyczaj jest możliwość oznaczenia węglanu litu w surowicy krwi (97% oddziałów), rzadziej karbamazepiny (26% oddziałów), w 14% oddziałów jest możliwość oznaczenia poziomu kwasu walproinowego, w 8% – leku przeciwdepresyjnego

w surowicy krwi. Ankietowani w okresie roku mają kontakt średnio ze 100 pacjentami z chorobą afektywną dwubiegunową.

Dostępność leków przeciwdepresyjnych oceniana w skali od 1 (tj. „lek całkowicie niedostępny, z tego powodu nigdy go nie zlecam”) do 9 („lek praktycznie zawsze dostępny, nie zdarzają się problemy z realizacją recepty”) została oceniona w następującej kolejności (w nawiasie podano odsetek respondentów, którzy uznali dany lek za dostępny):

Amitryptylina	8,9 ± 0,6 (99%)	Fluwoksamina	6,9 ± 2,2 (67%)
Imipramina	8,9 ± 0,6 (99%)	Tianeptyna	6,4 ± 2,5 (60%)
Mianseryna	8,5 ± 1,0 (94%)	Moklobemid	6,3 ± 2,3 (55%)
Fluoksetyna	8,0 ± 1,7 (88%)	Maprotylina	5,9 ± 2,3 (47%)
Klomipramina	8,0 ± 1,8 (86%)	Dibenzepina	5,6 ± 2,2 (39%)
Opipramol	7,6 ± 2,2 (79%)	Paroksetyna	3,5 ± 2,4 (16%)

Odpowiedzi na poszczególne problemy zawarte w pytaniach ankiety ilustrują ryciny od 1 do 57 (patrz: Załącznik). Cieniowane pola określają 3 przedziały wyborów: metoda właściwa – I rzutu, metoda czasami stosowana – II rzutu oraz postępowanie nieodpowiednie. Gwiazdką określono wybór najwłaściwszej wg ankietowanych metody postępowania (kuracja z wyboru). W części tabelarycznej obok ryciny podano wartość średnią wraz z odchyleniem standardowym, następnie dane o częstości (odsetek) poszczególnych odpowiedzi w powyższych przedziałach oraz liczbę uzyskanych odpowiedzi na dane pytanie (n).

Z całościowej analizy wynika, że częstość odpowiedzi na poszczególne pytania była zróżnicowana: na pytania dotyczące wskazań do hospitalizacji (pyt. 44), leczenia elektrowstrząsami (pyt. 43) odpowiedziało ponad 95% respondentów, natomiast na pytania dotyczące leczenia podtrzymującego (pyt. 29, 30), stosowania leków normotymicznych (pyt. 48, 49), leczenia stanów maniakalnych, postępowania w czasie depresji w ciąży (pyt. 53, 54) – frekwencja była mniejsza (85–90%). Na niektóre pytania, jak np. kryteria nieskuteczności (pyt. 32), postępowanie w ciąży (pyt. 52, 53) respondenci nie udzielili odpowiedzi wg kryterium „postępowanie właściwe”, stosunkowo też rzadko (tylko w 1/3 problemów klinicznych i terapeutycznych) udało się określić postępowanie z wyboru. Zwraca też uwagę fakt, że w kilku pytaniach stosunkowo często zdarza się brak zgodności, zwłaszcza w pytaniach dotyczących postępowania w dystymii (pyt. 16), leczenia depresji w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej z częstą zmianą faz (pyt. 12), braku reakcji na pierwszą kurację (pyt. 25), leczenia manii (pyt. 34, 36, 37), leczenia profilaktycznego (pyt. 46, 47), postępowania w depresji w czasie ciąży (52, 53) oraz w depresji u osób z napadami drgawkowymi w wywiadzie (pyt. 55).

Na podstawie uzyskanych odpowiedzi opracowano tabele (2–27), w których podano najczęściej stosowane sposoby postępowania w leczeniu chorób

afektywnych (leczenie z wyboru, I i II rzutu), a mianowicie: terapia stanów depresyjnych, maniakalnych, postępowanie w wybranych sytuacjach klinicznych oraz stosowanie różnych metod leczniczych.

Postępowanie w stanach depresyjnych

Tabela 2 zawiera metody postępowania w leczeniu epizodu depresyjnego lub zespołu depresyjnego w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej, tabela 3 – w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej, tabela 4 – choroby afektywnej dwubiegunowej z częstą zmianą faz, tabela 5 – postępowanie w zależności od obrazu klinicznego depresji.

Tabela 2. Leczenie depresji w CHAJ lub epizodu depresyjnego (pyt. 1, 4, 7, 10)

	LECZENIE I RZUTU (z wyboru)	LECZENIE II RZUTU
Ciężka depresja psychotyczna	<u>LPD+NEUR</u>	<ul style="list-style-type: none"> • LPD • EW • NEUR p/DEPR • LNORM+LPD
Ciężka depresja bez objawów psychotycznych	<u>LPD</u>	<ul style="list-style-type: none"> • LNORM+LPD • NEUR p/DEPR
Umiarkowana depresja	<u>LPD</u>	<ul style="list-style-type: none"> • LPD+NEUR • NEUR p/DEPR
Łagodna depresja	<u>LPD</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoterapia • NEUR p/DEPR

Leczeniem z wyboru depresji (zarówno epizodu depresyjnego, jak i depresji w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej), niezależnie od jej nasilenia (depresja łagodna, umiarkowana, głęboka), respondenci uznali leki przeciwdepresyjne, w depresji z objawami psychotycznymi – lek przeciwdepresyjny wraz z neuroleptykiem. W tym ostatnim przypadku jako leczenie II rzutu proponowano: sam lek przeciwdepresyjny, elektrowstrząsy, neuroleptyk o działaniu przeciwdepresyjnym, lek normotymiczny wraz z lekiem przeciwdepresyjnym. W przypadku depresji głębokiej bez objawów psychotycznych – także lek normotymiczny wraz z lekiem przeciwdepresyjnym bądź neuroleptyk o działaniu przeciwdepresyjnym. W depresji o nasileniu umiarkowanym za leczenie II rzutu uznano lek przeciwdepresyjny z neuroleptykiem bądź sam neuroleptyk o działaniu przeciwdepresyjnym, w przypadku depresji łagodnej – psychoterapię lub neuroleptyk o działaniu przeciwdepresyjnym.

Tabela 3. Leczenie depresji w CHAD (pyt. 2, 5, 8, 11)

	LECZENIE I RZUTU (z wyboru)	LECZENIE II RZUTU
Ciężka depresja psychotyczna	<ul style="list-style-type: none"> • LPD+NEUR 	<ul style="list-style-type: none"> • NEUR p/DEPR • LNORM+LPD • LPD • EW
Ciężka depresja bez objawów psychotycznych	<ul style="list-style-type: none"> • LPD • LNORM+LPD 	<ul style="list-style-type: none"> • LPD+NEUR • NEUR p/DEPR
Umiarkowana depresja	<ul style="list-style-type: none"> • LPD • LNORM+LPD 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoterapia • LPD+NEUR • NEUR p/DEPR • LNORM
Łagodna depresja	<ul style="list-style-type: none"> • LPD 	<ul style="list-style-type: none"> • LNORM+LPD • Psychoterapia • NEUR p/DEPR • LPD+NEUR

W terapii depresji o nasileniu łagodnym w przebiegu CHAD preferowane są leki przeciwdepresyjne, a za leczenie II rzutu uważana jest kuracja skojarzona z lekiem normotymicznym, psychoterapia, neuroleptyk o działaniu przeciwdepresyjnym lub neuroleptyk z lekiem przeciwdepresyjnym. W depresji o nasileniu umiarkowanym uznano za właściwe stosowanie samego leku przeciwdepresyjnego lub w połączeniu z lekiem normotymicznym, a za postępowanie II rzutu wybrano kolejno: psychoterapię, lek przeciwdepresyjny z neuroleptykiem, neuroleptyk o działaniu przeciwdepresyjnym, sam lek normotymiczny. W postępowaniu w depresji głębokiej bez objawów psychotycznych za właściwą uważana jest kuracja samym lekiem przeciwdepresyjnym lub w skojarzeniu z lekiem normotymicznym, natomiast w przypadku występowania objawów psychotycznych uważana jest za właściwą kuracja skojarzona lekiem przeciwdepresyjnym i neuroleptykiem, a za leczenie II rzutu neuroleptyk o działaniu przeciwdepresyjnym, lek normotymiczny wraz z lekiem przeciwdepresyjnym, sam lek przeciwdepresyjny lub elektrowstrząsy.

Za właściwe postępowanie w leczeniu depresji w przebiegu CHAD z częstą zmianą faz uznano lek normotymiczny stosowany razem z lekiem przeciwdepresyjnym, w przypadku depresji głębokiej bez objawów psychotycznych jest to leczenie z wyboru. W depresji z objawami psychotycznymi częściej zalecane

Tabela 4. Leczenie depresji w CHAD z częstą zmianą faz (pyt. 3, 6, 9, 12)

	LECZENIE I RZUTU (z wyboru)	LECZENIE II RZUTU
Ciężka depresja psychotyczna	<ul style="list-style-type: none"> • LPD+NEUR • LNORM+LPD 	<ul style="list-style-type: none"> • NEUR p/DEPR • LPD • LNORM
Ciężka depresja bez objawów psychotycznych	<u>LNORM+LPD</u>	<ul style="list-style-type: none"> • LPD+NEUR • LPD • NEUR p/DEPR • LNORM
Umiarkowana depresja	<ul style="list-style-type: none"> • LNORM+LPD 	<ul style="list-style-type: none"> • LPD • LPD+NEUR • LNORM • NEUR p/DEPR • Psychoterapia
Łagodna depresja	<ul style="list-style-type: none"> • LNORM+LPD 	<ul style="list-style-type: none"> • LNORM • LPD • Psychoterapia • LPD+NEUR • NEUR p/DEPR

jest połączenie leku przeciwdepresyjnego i neuroleptyku. Postępowanie II rzutu zależne jest od głębokości zespołu (p. tabela 4), zawsze jednak proponowane jest stosowanie leku normotymicznego.

Nieco bardziej zróżnicowane jest podejście do leczenia depresji w zależności od obrazu klinicznego (tabela 5). W depresji z natręctwami respondenci proponują najpierw lek przeciwdepresyjny, a za postępowanie II rzutu traktują: połączenie leku przeciwdepresyjnego z neuroleptykiem, psychoterapię, wreszcie sam neuroleptyk o działaniu przeciwdepresyjnym. Jeśli w depresji występuje duży lęk, niepokój to wówczas respondenci ocenili za właściwe podanie leku przeciwdepresyjnego wraz z neuroleptykiem lub samego neuroleptyku o działaniu przeciwdepresyjnym, a za postępowanie II rzutu uznali kurację lekiem przeciwdepresyjnym, elektrowstrząsą, lek normotymiczny w połączeniu z lekiem przeciwdepresyjnym.

W depresji z dużym zahamowaniem psychoruchowym najczęściej zalecany jest lek przeciwdepresyjny lub elektrowstrząsą, a jako leczenie II rzutu – lek

Tabela 5. Leczenie depresji w zależności od obrazu klinicznego (pyt. 13, 14, 15, 16)

	LECZENIE I RZUTU (z wyboru)	LECZENIE II RZUTU
Depresja z natręctwami	• LPD	• LPD+NEUR • Psychoterapia • NEUR p/DEPR
Depresja z dużym lękiem, niepokojem	• LPD+NEUR • NEUR p/DEPR	• LPD • EW • LNORM+LPD
Depresja z dużym zahamowaniem psychoruchowym	• LPD • EW	• LPD+NEUR • LNORM+LPD
Depresja w przebiegu zaburzeń dystymicznych	• LPD	• Psychoterapia • LNORM

przeciwdepresyjny w połączeniu z neuroleptykiem lub z lekiem normotymicznym. Natomiast w zaburzeniach dystymicznych za właściwą uznano kurację lekiem przeciwdepresyjnym, zaś psychoterapię bądź lek normotymiczny jako postępowanie II rzutu.

Ocena przydatności leków przeciwdepresyjnych w leczeniu epizodu depresyjnego lub zespołu depresyjnego w przebiegu CHAD lub CHAJ (tabela 6 i 7) jest w obu zaburzeniach zbliżona. W leczeniu ciężkiej depresji (bez i z objawami psychotycznymi), niezależnie od typu choroby afektywnej, wskazano trójpierścieniowy lek przeciwdepresyjny jako lek z wyboru, w leczeniu umiarkowanej depresji – również lek trójpierścieniowy, następnie mianserynę i lek z grupy SI-5HT, w leczeniu łagodnej depresji – w pierwszej kolejności lek z grupy SI-5HT, mianserynę oraz trójpierścieniowy lek przeciwdepresyjny. Wybór leku II rzutu także jest podobny, a mianowicie w ciężkiej depresji – mianseryna, maprotylina, lek z grupy SI-5HT, moklobemid, w depresji umiarkowanej – maprotylina, moklobemid, w depresji łagodnej zaś moklobemid oraz maprotylina.

Respondenci nie byli zgodni w sprawie kryteriów nieskuteczności leczenia przeciwdepresyjnego (pyt. 32) (tabela 8), wymieniali (z dużym zróżnicowaniem): brak poprawy po 6 tyg., zwiększenie nasilenia objawów czy pojawienie się objawów psychotycznych w trakcie leczenia, brak poprawy po 4 lub 6 tygodniach.

W sytuacji, gdy pierwsza kuracja nie przyniosła poprawy w zakresie nasilenia objawów (pyt. 25) (tabela 9) za właściwy sposób postępowania wybrano zmianę leku na należący do innej grupy, a także zwiększenie dawki, zaś jako dalszy sposób – jednoczesne dołączenie leku z innej grupy. Jako metodę postępowania w depresji lekoopornej (pyt. 26) (tabela 10) uznano za właściwe

Tabela 6. Przydatność leków przeciwdepresyjnych w leczeniu depresji w przebiegu CHAD (pyt. 17, 18, 19, 20)

	LEK I RZUTU (z wyboru)	LEK II RZUTU
Ciężka depresja z objawami psychiatrycznymi	<ul style="list-style-type: none"> • TLPD • EW 	<ul style="list-style-type: none"> • Mianseryna • Maprotylina • SI-5HT • Moklobemid
Ciężka depresja bez objawów psychiatrycznych	<ul style="list-style-type: none"> • TLPD 	<ul style="list-style-type: none"> • Mianseryna • Maprotylina • SI-5HT • Moklobemid
Umiarkowana depresja	<ul style="list-style-type: none"> • TLPD • Mianseryna • SI-5HT 	<ul style="list-style-type: none"> • Maprotylina • Moklobemid
Łagodna depresja	<ul style="list-style-type: none"> • Mianseryna • SI-5HT • TLPD 	<ul style="list-style-type: none"> • Moklobemid • Maprotylina

stosowanie metod wzmaganie działania leków przeciwdepresyjnych oraz leczenie elektrowstrząsowe, w dalszej kolejności – leki przeciwdepresyjne podawane parenteralnie oraz odstawienie leków. Wśród metod potencjalizacji działania leków przeciwdepresyjnych (pyt. 27) wymieniono jako najbardziej właściwe dołączenie węglańca litu, a jako rzadziej stosowane – deprivację snu i fototerapię (tabela 11).

Na pytanie dotyczące dawki leku w tzw. leczeniu podtrzymującym (pyt. 28) (tabela 12) nie uzyskano odpowiedzi jednoznacznych i zgodnych. Wymieniano połowę lub 3/4 dawki stosowanej w terapii epizodu, 1/4 lub pełną dawkę. Podobnie nie uzyskano jednoznacznych odpowiedzi w sprawie właściwej długości leczenia podtrzymującego (pyt. 29, 30) (tabela 13). W chorobie afektywnej dwubiegunowej wymieniano: okres do całkowitego ustąpienia objawów, okres 6-12 m-cy, trzy miesiące, a w chorobie afektywnej jednobiegunowej: przez 6-12 miesięcy, 3-6 miesięcy, bezterminowo lub do całkowitego ustąpienia objawów.

W przypadku wystąpienia stanu maniakalnego w toku farmakoterapii depresji (pyt. 31) (tabela 14) uznano za właściwe zastosowanie neuroleptyku,

Tabela 7. Przydatność leków przeciwdepresyjnych w leczeniu depresji w przebiegu CHAJ lub epizodu depresyjnego (pyt. 21, 22, 23, 24)

	LEK I RZUTU (z wyboru)	LEK II RZUTU
Ciężka depresja z objawami psychotycznymi	<u>TLPD</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Mianseryna • Maprotylina • SI-5HT • Moklobemid
Ciężka depresja bez objawów psychotycznych	<u>TLPD</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Mianseryna • Maprotylina • SI-5HT • Moklobemid
Umiarkowana depresja	<ul style="list-style-type: none"> • TLPD • Mianseryna • SI-5HT 	<ul style="list-style-type: none"> • Maprotylina • Moklobemid
Łagodna depresja	<ul style="list-style-type: none"> • SI-5HT • Mianseryna • TLPD 	<ul style="list-style-type: none"> • Moklobemid • Maprotylina

Tabela 8. Kryteria nieskuteczności leczenia przeciwdepresyjnego danym lekiem (pyt. 32)

	KRYTERIA WŁAŚCIWE (z wyboru)	KRYTERIA RZADKO STOSOWANE
Kryteria nieskuteczności leczenia przeciwdepresyjnego danym lekiem		<ul style="list-style-type: none"> • Brak poprawy po 6 tyg. kuracji • Zwiększenie nasilenia objawów depresyjnych w trakcie kuracji • Pojawienie się objawów psychotycznych podczas kuracji • Brak poprawy po 4 tyg. kuracji • Brak poprawy po 8 tyg. kuracji

Tabela 9. Metoda leczenia zespołu depresyjnego, który nie zareagował na pierwszą kurację LPD (pyt. 25)

	POSTĘPOWANIE I RZUTU (z wyboru)	POSTĘPOWANIE II RZUTU
Metoda leczenia zespołu depresyjnego, który nie zareagował na pierwszą kurację LPD	<ul style="list-style-type: none"> • Zmiana leku na inny należący do innej grupy • Zwiększenie dawki leku 	<ul style="list-style-type: none"> • Skojarzenie z innym lekiem odmiennej grupy

Tabela 10. Metoda postępowania u chorych źle reagujących na LPD (z depresją lekooporną) (pyt. 26)

	POSTĘPOWANIE I RZUTU (z wyboru)	POSTĘPOWANIE II RZUTU
Metoda postępowania u chorych źle reagujących na LPD	<ul style="list-style-type: none"> • Stosowanie metod wzmacniania działania LPD • EW 	<ul style="list-style-type: none"> • Podanie LPD w formie parenteralnej • Odstawienie LPD

Tabela 11. Metoda wzmacniania LPD (pyt. 27)

	POSTĘPOWANIE I RZUTU (z wyboru)	POSTĘPOWANIE II RZUTU
Metoda wzmacniania LPD	<ul style="list-style-type: none"> • Dołączenie węglańca litu 	<ul style="list-style-type: none"> • Stosowanie deprywacji snu • Dołączenie leczenia światłem

Tabela 12. Dawka leku w tzw. leczeniu podtrzymującym (pyt. 28)

	DAWKA WŁAŚCIWA (z wyboru)	DAWKA RZADKO STOSOWANA
Dawka leku w tzw. leczeniu podtrzymującym		<ul style="list-style-type: none"> • 1/2 dawki terapeutycznej • 3/4 dawki terapeutycznej • 1/4 dawki terapeutycznej • Taka sama dawka jak podczas kuracji epizodu

włączenie lub zwiększenie dawki leku normotymicznego, rzadziej – szybkie odstawienie leku przeciwdepresyjnego.

W depresji u kobiet w I i II trymestrze ciąży (pyt. 52, 53) (tabela 15) respondenci nie wymienili metody zalecanej, jako rzadziej stosowane wymienili:

Tabela 13. Długość leczenia przeciwdepresyjnego (podtrzymującego) od czasu uzyskania istotnej poprawy (pyt. 29, 30)

	POSTĘPOWANIE I RZUTU (z wyboru)	POSTĘPOWANIE II RZUTU
W CHAD		<ul style="list-style-type: none"> • Do całkowitego ustąpienia objawów depresji • Przez 6-12 m-cy • Przez 3 m-ce
W CHAJ lub epizodzie depresyjnym		<ul style="list-style-type: none"> • Przez 6-12 m-cy • Przez 3-6 m-cy • Bezterminowa • Do całkowitego ustąpienia objawów depresji

Tabela 14. Metoda postępowania w przypadku zmiany fazy depresyjnej w maniakalną w toku farmakoterapii depresji (pyt. 31)

	POSTĘPOWANIE I RZUTU (z wyboru)	POSTĘPOWANIE II RZUTU
Metoda postępowania w przypadku zmiany fazy depresyjnej w maniakalną w toku farmakoterapii depresji	<ul style="list-style-type: none"> • Podanie neuroleptyku • Włączenie LNORM • Zwiększenie dawki LNORM 	<ul style="list-style-type: none"> • Szybkie odstawienie LPD

Tabela 15. Leczenie depresji w ciąży (pyt. 52, 53)

	POSTĘPOWANIE I RZUTU (z wyboru)	POSTĘPOWANIE II RZUTU
W pierwszym trymestrze		<ul style="list-style-type: none"> • EW • Neuroleptyk o działaniu przeciwdepresyjnym
Po upływie I trymestru		<ul style="list-style-type: none"> • EW • Klasyczny TLPD • SI-5HT

elektrowstrząsy w pierwszych dwóch trymestrach ciąży oraz neuroleptyk o działaniu przeciwdepresyjnym w I trymestrze, zaś klasyczny lek przeciwdepresyjny trójpierścieniowy lub lek z grupy SI-5HT w II trymestrze.

Klasyczne leki przeciwdepresyjne (pyt. 51) (tabela 16) uznano za metodę z wyboru (lek I rzutu) w ciężkiej depresji oraz depresji z tendencjami samobójczymi, rzadziej zaś jako leki I rzutu we wszystkich stanach depresyjnych, albo jako leki II rzutu w przypadku nieskuteczności SI-5HT. Leki z grupy SI-5HT (pyt. 50) (tabela 17) uznano za najczęściej zalecane w leczeniu depresji, gdy są przeciwwskazania do leczenia TLPD lub w przypadku złej tolerancji bądź nieskuteczności TLPD. Rzadziej są zalecane w warunkach ambulatoryjnych, u osób w podeszłym wieku oraz w CHAD o przebiegu naprzemiennym.

Tabela 16. Wskazania do stosowania TLPD w leczeniu depresji (pyt. 51)

	WSKAZANIA GŁÓWNE (z wyboru)	WSKAZANIA RZADKO STOSOWANE
Wskazania	<p><u>Lek I rzutu w ciężkiej depresji</u></p> <p><u>Lek I rzutu w depresji z tendencjami samobójczymi</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lek I rzutu we wszystkich stanach depresyjnych • Lek II rzutu w przypadkach nieskuteczności SI-5HT

Tabela 17. Wskazania do stosowania leków z grupy SI-5HT w leczeniu depresji (pyt. 50)

	WSKAZANIA GŁÓWNE (z wyboru)	WSKAZANIA RZADKO STOSOWANE
Wskazania	<ul style="list-style-type: none"> • Przeciwwskazania do TLPD • Zła tolerancja TLPD w wywiadzie • Nieskuteczność kuracji lekami z grupy TLPD 	<ul style="list-style-type: none"> • Leczenie w warunkach ambulatoryjnych • Podeszły wiek • CHAD o przebiegu naprzemiennym

Wśród zarejestrowanych w Polsce leków najczęściej (i z wyboru) stosowana jest amitryptylina, w dalszej kolejności imipramina, klomipramina oraz mianseryna. Przydatność pozostałych leków, zdaniem respondentów, jest mniejsza (pyt. 59) (tabela 18).

W pytaniach dotyczących metod postępowania w szczególnych przypadkach (pyt. 54, 55, 56, 57) (tabela 19) uznano, że u osób w podeszłym wieku lekami I rzutu są: mianseryna, leki z grupy SI-5HT oraz TLPD o „łagodnym” działaniu. Inne TLPD w małych dawkach, moklobemid, maprotylina oraz neuroleptyk o działaniu przeciwdepresyjnym zaliczono do metod II rzutu. Przy leczeniu depresji u osób z napadami drgawkowymi w wywiadzie za leki I rzutu uznano leki przeciwdrgawkowe o działaniu normotymicznym, w dalszej kolejności węglan litu. Mianserynę i leki z grupy SI-5HT uważa się za wskazane w pierwszej kolejności u osób depresyjnych z chorobami układu krążenia, najczęściej

Tabela 18. Przydatność leków w leczeniu stanów depresyjnych (pyt. 59)

	LEK I RZUTU (z wyboru)	LEK II RZUTU
Przydatność	<p><u>Amitryptylina</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Imipramina • Klomipramina • Mianseryna 	<ul style="list-style-type: none"> • Dezipramina • Doksepina • Fluwoksamina • Fluoksetyna • Dibenzeptina • Moklobemid • Maprotylina • Tianetyna • Opipramol • Paroksetyna

Tabela 19. Metody postępowania w szczególnych przypadkach (pyt. 54, 55, 56, 57)

	POSTĘPOWANIE I RZUTU (z wyboru)	POSTĘPOWANIE II RZUTU
Depresja w podeszłym wieku	<ul style="list-style-type: none"> • Mianseryna • SI-5HT • TLPD o „łagodnym” działaniu 	<ul style="list-style-type: none"> • TLPD w małych dawkach • Moklobemid • Maprotylina • NEUR o działaniu przeciwdepresyjnym
Napady drgawkowe w wywiadzie	<ul style="list-style-type: none"> • LNORM z grupy leków przeciwdrgawkowych 	<ul style="list-style-type: none"> • LIT
Choroby układu krążenia	<ul style="list-style-type: none"> • Mianseryna • SI-5HT 	<ul style="list-style-type: none"> • Moklobemid • Maprotylina • LNORM o działaniu przeciwdrgawkowym • EW • TLPD • LIT
Przeciwwskazania do stosowania środków cholinolitycznych	<ul style="list-style-type: none"> • SI-5HT • Mianseryna 	<ul style="list-style-type: none"> • Moklobemid • EW • NEUR o działaniu przeciwdepresyjnym

stosowana jest mianseryna i SI-5HT, rzadziej – moklobemid, maprotylina, lek normotymiczny o działaniu przeciwdrgawkowym, elektrowstrząsy, TLPD oraz

węglan litu. Zdaniem respondentów leczenie depresji u osób z przeciwwskazaniami do stosowania środków cholinolitycznych należy zaczynać od leków z grupy SI-5HT oraz mianseryny, zaś moklobemid, elektrowstrząsy oraz neuroleptyki o działaniu przeciwdepresyjnym zaliczono do II rzutu.

Leczenie epizodu maniakalnego

Leczenie epizodu maniakalnego oceniano oddzielnie u osób nie otrzymujących środków normotymicznych (pyt. 33, 34, 35) oraz otrzymujących te leki (pyt. 36, 37, 38). W przypadku hipomanii, manii i manii z objawami psychotycznymi uznano za właściwe podawanie neuroleptyków. W manii z objawami psychotycznymi jest to metoda z wyboru obok kuracji neuroleptykiem łącznie z węglanem litu, w dalszej kolejności – w połączeniu z karbamazepiną (tabela 20). W przypadku hipomanii za leczenie II rzutu uznano kurację neuroleptykiem wraz z węglanem litu, samym węglanem litu, neuroleptykiem

Tabela 20. Leczenie epizodu maniakalnego u osób nie otrzymujących LNORM (pyt. 33, 34, 35)

	LECZENIE I RZUTU (z wyboru)	LECZENIE II RZUTU
Hipomania	• NEUR	• NEUR+LIT • LIT • NEUR+KARB • KARB • NEUR+WALPR • LIT+KARB
Mania	• NEUR+LIT • NEUR • NEUR+KARB	• LIT • WALPR
Mania z objawami psychotycznymi	<u>NEUR</u> <u>NEUR+LIT</u> • NEUR+KARB	• NEUR+WALPR • LIT • NEUR+2 LNORM • KARB

z karbamazepiną, samą karbamazepiną, neuroleptykiem z pochodną kwasu walproinowego oraz kurację węglanem litu w połączeniu z karbamazepiną. W terapii manii – za postępowanie II rzutu uznano węglan litu oraz pochodne kwasu walproinowego, zaś w przypadku manii z objawami psychotycznymi – neuroleptyk z pochodną kwasu walproinowego, węglanem litu, neuroleptyk wraz z dwoma lekami normotymicznymi oraz karbamazepiną. Inaczej wygląda postępowanie u osób otrzymujących lek normotymiczny (tabela 21). W przypadku hipomanii za właściwe uznano dodanie neuroleptyku oraz/lub zwiększenie dawki leku normotymicznego. Dodanie neuroleptyku uznano za metodę z wyboru w przypadku nasilonej manii i manii z objawami psychotycznymi. Dodanie

Tabela 21. Leczenie epizodu maniakalnego u osób otrzymujących LNORM (pyt. 36, 37, 38)

	LECZENIE I RZUTU (z wyboru)	LECZENIE II RZUTU
Hipomania	<ul style="list-style-type: none"> • Dodanie NEUR • Zwiększenie dawki stosowanego LNORM 	<ul style="list-style-type: none"> • Dodanie benzodiazepiny
Mania	<u>Dodanie NEUR</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Zwiększenie dawki stosowanego LNORM • Dodanie benzodiazepiny • Odstawienie LNORM i podanie samego NEUR
Mania z objawami psychotycznymi	<u>Dodanie NEUR</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Odstawienie LNORM i podanie samego NEUR • Dodanie benzodiazepiny • Dodanie drugiego LNORM • Podanie innego LNORM

benzodiazepiny proponowano jako leczenie II rzutu we wszystkich postaciach manii, zwiększenie dawki leku normotymicznego lub odstawienie i podanie neuroleptyku w przypadku manii z objawami psychotycznymi, a również dodanie drugiego lub zastosowanie innego leku normotymicznego. Odpowiadając na pytanie o przydatność neuroleptyków w leczeniu zespołów maniakalnych (pyt. 39, 40) (tabela 22), znaczna większość respondentów uznała celowość zastosowania słabego leku fenotiazynowego w przypadku hipomanii, w przypadku manii – dodatkowo haloperidolu lub klopiksolu. W przypadku nieskuteczności takiego postępowania w hipomanii proponowano haloperidol, klopiksol, silny lek fenotiazynowy, a w manii – silny lek fenotiazynowy lub neuroleptyk w formie depot.

Tabela 22. Przydatność neuroleptyków w zespole maniakalnym (pyt. 39, 40)

	LEK I RZUTU (z wyboru)	LEK II RZUTU
Hipomania	<ul style="list-style-type: none"> • Słaby NEUR fenotiazynowy 	<ul style="list-style-type: none"> • Haloperidol • Klopiksol • Silny NEUR fenotiazynowy
Mania bez objawów psychotycznych	<ul style="list-style-type: none"> • Haloperidol • Słaby neuroleptyk fenotiazynowy • Klopiksol 	<ul style="list-style-type: none"> • Silny NEUR fenotiazynowy • Neuroleptyk w formie depot

Leczenie profilaktyczne

Za najczęstsze wskazania do wdrożenia leczenia profilaktycznego (pyt. 42) (tabela 23) uznano chorobę afektywną dwubiegunową z częstą zmianą faz oraz przebyte 4 fazy chorobowe (postępowanie z wyboru), a także stan po zmianie fazy depresyjnej w maniakałną. Do rzadziej wymienianych wskazań należą: stan po zmianie fazy maniakałnej w depresyjną, pierwszy w życiu epizod maniakałny (w wywiadzie 1 lub 2 epizody depresyjne), ciężki epizod depresyjny lub maniakałny w przeszłości. Za metodę z wyboru w postępowaniu profilaktycznym w CHAD (bez i z częstą zmianą fazy) (pyt. 45, 46, 47) (tabela 24) uznano węglan litu, często też wskazywano karbamazepinę oraz leczenie węglanem litu łącznie z karbamazepiną przy częstej zmianie faz. W przypadku CHAJ – za najbardziej właściwe uznano długoterminowe podawanie trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych. Pochodne kwasu walproinowego w ocenie respondentów stanowią metodę II rzutu w CHAD z częstą zmianą faz (obok kuracji skojarzonej z węglanem litu). W CHAJ mianseryna, leki z grupy SI-5HT, sam węglan litu są propozycjami rzadziej wymienianymi.

Tabela 23. Wskazania do rozpoczęcia leczenia profilaktycznego (pyt. 42)

	WSKAZANIA GŁÓWNE (z wyboru)	WSKAZANIA RZADKO STOSOWANE
Wskazania do rozpoczęcia leczenia profilaktycznego	<p><u>CHAD z częstą zmianą faz</u> <u>Przebyte 4 fazy chorobowe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stan po zmianie fazy depresyjnej w maniakałną 	<ul style="list-style-type: none"> • Stan po zmianie fazy z maniakałnej w depresyjną • Pierwszy w życiu epizod maniakałny (w wywiadzie 2 epizody depresyjne) • Pierwszy w życiu epizod maniakałny (w wywiadzie 1 epizod depresyjny) • Ciężki epizod maniakałny w wywiadzie • Ciężki epizod depresyjny w wywiadzie • Stan po pierwszym epizodzie maniakałnym

U osób przyjmujących lek normotymiczny (niezależnie od długości kuracji) leczenie nawrotu depresji polega, zdaniem respondentów, (pyt. 48, 49) (tabela 25) na dołączeniu leku przeciwdepresyjnego do prowadzonej kuracji bądź na zwiększeniu dawki leku normotymicznego w przypadku krótkiego okresu leczenia profilaktycznego. W dalszej kolejności wymieniają dołączenie innego leku normotymicznego, w przypadku zaś kuracji profilaktycznej prowadzonej przez ponad 2 lata – ewentualnie zwiększenie dawki leku normotymicznego.

Tabela 24. Metody postępowania profilaktycznego (pyt. 45, 46, 47)

	POSTĘPOWANIE I RZUTU (z wyboru)	POSTĘPOWANIE II RZUTU
W CHAD	<u>LIT</u> • KARB	• WALPR
W CHAJ	• TLPD	• Mianseryna • SI-5HT • LIT • WALPR
W CHAD z częstą zmianą faz	• <u>LIT</u> • LIT+KARB • KARB	• LIT+WALPR • WALPR

Tabela 25. Postępowanie terapeutyczne w nawrocie choroby w czasie przyjmowania LNORM (pyt. 48, 49)

	POSTĘPOWANIE I RZUTU (z wyboru)	POSTĘPOWANIE II RZUTU
W okresie pierwszego roku	• Dołączenie LPD lub NEUR do kuracji LNORM • Zwiększenie dawki LNORM	• Dołączenie innego LNORM • Kontynuowanie kuracji LNORM
Po ponad dwóch latach	• Dołączenie LPD lub NEUR do kuracji LNORM	• Zwiększenie dawki LNORM • Kontynuowanie kuracji LNORM • Dołączenie innego LNORM

Elektrowstrząsy

Zdaniem ordynatorów elektrowstrząsy są metodą z wyboru (pyt. 43) (tabela 26) w przypadku osłupienia depresyjnego, odmowy przyjmowania posiłków, przy przeciwwskazaniach do TLPD oraz są metodą I rzutu u osób z nasilonymi myślami samobójczymi, a także przy niepowodzeniach farmakoterapii. Jako metoda II rzutu wskazane są w depresji psychotycznej, w ciężkiej depresji w przebiegu CHAD z częstą zmianą faz oraz u kobiet w ciąży.

Tabela 26. Wskazania do leczenia elektrowstrząsami (pyt. 43)

	WSKAZANIA GŁÓWNE (z wyboru)	WSKAZANIA RZADKO STOSOWANE
Wskazania do leczenia EW	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Stupor depresyjny,</u> <u>odmowa przyjmowania</u> <u>posiłków</u> • <u>Przeciwwskazania do LPD</u> • Nasilone tendencje samobójcze • Niepowodzenia kuracji LPD 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresja psychiatryczna • Ciężka depresja u chorego z CHAD z częstą zmianą faz • Depresja u kobiety w ciąży

Psychoterapia

Psychoterapia (pyt. 26) (tabela 27) jest (bez określania orientacji teoretycznej oraz jej intensywności) uważana za metodę II rzutu przy leczeniu depresji w przebiegu CHAD zarówno o umiarkowanym i łagodnym nasileniu – bez, jak też z częstą zmianą faz. Jest również uważana za metodę II rzutu przy leczeniu depresji w przebiegu zaburzeń dystymicznych. Jest pełna zgodność co do tego, że łączenie farmakoterapii i psychoterapii jest metodą I rzutu w leczeniu depresji, której towarzyszy czynnik psychologiczny podtrzymujący aktualną depresję. Łączenie obu metod terapii jest również uważane za niezbędne, gdy chorobie afektywnej towarzyszą zaburzenia osobowości, trudności w prowadzeniu leczenia profilaktycznego oraz w depresji o przebiegu przewlekłym. W leczeniu depresji z dużym lękiem i zahamowaniem psychoterapia jest oceniana jako metoda mało lub zupełnie nieskuteczna. Brak jest natomiast zgodności co do skuteczności psychoterapii w leczeniu umiarkowanej depresji w przebiegu CHAJ oraz łączenia psychoterapii i farmakoterapii jako metody leczenia depresji lekoopornej.

Hospitalizacja

Zdaniem respondentów bezwzględnym wskazaniem do hospitalizacji (pyt. 44) (tabela 28) jest stwierdzenie tendencji samobójczych, ciężkiej depresji lub depresji z urojeniami. Depresja z niepokojem, myśli samobójcze, nieskuteczność ambulatoryjnego leczenia są także oceniane jako wskazania do hospitalizacji, rzadziej zaś zła tolerancja leków przeciwdepresyjnych lub współistniejąca choroba somatyczna.

4. Wnioski

Z przedstawionych wyników analizy odpowiedzi zawartych w 234 ankietach wypełnionych przez ordynatorów oddziałów psychiatrycznych klinik i szpitali

Tabela 27. Wskazania do łączenia farmakoterapii i psychoterapii w chorobach afektywnych (pyt. 58)

	WSKAZANIA GŁÓWNE (z wyboru)	WSKAZANIA RZADKO STOSOWANE
Wskazania	<ul style="list-style-type: none"> • Występowanie czynnika psychologicznego podtrzymującego objawy depresji • Występowanie zaburzeń osobowości towarzyszących chorobie afektywnej • Występowanie trudności w prowadzeniu leczenia profilaktycznego • Depresja o przewlekłym obrazie 	

Tabela 28. Wskazania do hospitalizacji (pyt. 44)

	WSKAZANIA GŁÓWNE (z wyboru)	WSKAZANIA RZADKO STOSOWANE
Wskazania do hospitalizacji	<p><u>Tendencje samobójcze</u> <u>Ciężki zespół depresyjny</u> <u>Depresja z urojeniami</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresja z niepokojem • Myśli samobójcze • Nieskuteczność ambulatoryjnego leczenia przeciwdepresyjnego 	<ul style="list-style-type: none"> • Zła tolerancja LPD • Współistniejąca choroba somatyczna

wynika, że ich poglądy dotyczące sposobów postępowania terapeutycznego w zaburzeniach afektywnych nie odbiegają w sposób znaczący od preferowanych w aktualnych opracowaniach podręcznikowych oraz w publikacjach zamieszczonych w czasopiśmie krajowych i zagranicznych. Są zbliżone do schematów postępowania terapeutycznego (algorytmów) proponowanych przez różne zespoły autorów [1, 2, 3, 4, 5, 8, 9]. Choć uzyskane wyniki nie są w pełni porównywalne z rezultatami podobnych badań przeprowadzonych w innych krajach (m. in. przytoczone na wstępie badania NIMH w USA), co wynika m. in. z różnic w asortymencie leków dostępnych na rynku (w Polsce dotychczas nie jest zarejestrowana amoksapina, buspiron, wenlafaksyna, w Stanach Zjednoczonych – dibenzepina). Można z dużym prawdopodobieństwem przyjąć, że w leczeniu zaburzeń depresyjnych polscy psychiatrzy kierują się podobnymi zasadami, jak ich koledzy w innych krajach, napotykać przy tym na podobne trudności i wątpliwości:

1. W terapii ciężkich zespołów depresyjnych preferują klasyczne leki przeciwdepresyjne (trójpierścieniowe oraz o pokrewnych mechanizmach działania), w depresjach z urojeniami (psychotycznych), z dużym niepokojem, lękiem (tzw. depresja agitowana) – leczenie skojarzone (klasyczny lek przeciwdepresyjny + neuroleptyk) lub też neuroleptyki wykazujące działanie przeciwdepresyjne.

2. Łączenie farmakoterapii i psychoterapii uznają za metodę I rzutu u chorych z depresją, u których czynniki psychologiczne „podtrzymują” aktualną depresję, u chorych z zaburzeniami osobowości, w depresji przewlekłej. W innych zaburzeniach depresyjnych (w tym dystymicznych) respondenci traktują psychoterapię jako sposób pomocy chorym, u których zawiodły leki przeciwdepresyjne.

3. W leczeniu depresji o nasileniu łagodnym i umiarkowanym polscy psychiatrzy dopuszczają stosowanie wszystkich dostępnych na rynku farmaceutycznym leków przeciwdepresyjnych (TLPD, SI-5HT, moklobemidu, mianseryny i innych).

4. Mianserynę, moklobemid oraz selektywne inhibitory wychwyty serotoniny uznano za szczególnie przydatne w terapii chorych z depresją, u których są przeciwwskazania do stosowania TLPD i leków o pokrewnych mechanizmach działania oraz u osób, u których zawiodły leki klasyczne.

5. Zdaniem respondentów leczenie elektrowstrząsowe należy stosować u chorych z depresją, u których występuje bezpośrednie zagrożenie życia w związku z tendencjami samobójczymi, odmową przyjmowania pokarmów, w stanie osłupienia depresyjnego. Ten rodzaj leczenia może być stosowany również u chorych, u których zawiodły farmakologiczne metody terapii.

6. Wśród metod potencjalizacji efektu przeciwdepresyjnego preferowane jest dołączenie do leku przeciwdepresyjnego węglanu litu, do innych metod zaliczono zastosowanie bezsennych nocy (*sleep deprivation*), fototerapii.

7. W leczeniu zespołów maniakalnych preferowane są neuroleptyki (w manii psychotycznej o dużym nasileniu – neuroleptyki silnie działające), w terapii hipomanii jest zalecany węglan litu.

8. W zapobieganiu nawrotom zaburzeń afektywnych jednobiegunowych (depresja nawracająca) psychiatrzy polscy uznają za celowe długoterminowe stosowanie leków przeciwdepresyjnych, w tym kontynuowanie terapii, która przyniosła efekt w czasie nawrotu epizodu depresyjnego. Brak jest zgodności w sprawie wielkości dawki, którą należy stosować w profilaktyce nawrotu.

9. W profilaktyce zaburzeń afektywnych dwubiegunowych zgodnie preferowany jest węglan litu, zaś w przypadkach nieskuteczności tego środka – leki przeciwdrgawkowe lub łączne stosowanie obu grup leków normotymicznych.

10. Zdaniem większości respondentów wskazaniem do hospitalizacji jest obecność tendencji samobójczych, ciężkiej depresji, depresji z urojeniami (wskazania bezwzględne). Wskazaniem do leczenia w warunkach szpitalnych jest również depresja z niepokojem, obecność myśli samobójczych, nieskuteczność leczenia w warunkach ambulatoryjnych (wskazania względne).

11. Brak jest jednolitych poglądów w sprawie długości tzw. leczenia utrwalającego (podtrzymującego) uzyskany efekt terapeutyczny i zapobieżenia nawrotowi tego samego epizodu depresyjnego.

12. Brak jest jednolitych poglądów w sprawie postępowania leczniczego u chorych z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, u których występuje częsta zmiana faz (wg terminologii amerykańskiej tzw. *rapid cyclers*). Większość respondentów sądzi, że u takich osób w czasie terapii depresji należy łączyć leki przeciwdepresyjne z węglanem litu lub innymi środkami normotymicznymi.

13. Brak jest jednolitych poglądów w sprawie postępowania terapeutycznego w stanach depresyjnych u kobiet w I trymestrze ciąży. Wśród propozycji terapeutycznych wymieniają elektrowstrząsy.

Piśmiennictwo

1. Calabrese J. R., Woysville M. J.: A medication algorithm for treatment of bipolar rapid cycling, *J. Clin. Psychiatry*, 1995, 56, suppl. 3, 11-18.
2. Frances A., Docherty J. P., Kahn D. A. (steering committee): Treatment of bipolar disorder, *J. Clin. Psychiatry*, 1996, 57, suppl.12A.
3. Goodwin G. M., Nolen W. A. (rapporteurs), Bourgeois M. L., Conti L., Fischer P., Gaspar M., Griffiths J. M., Hoschl C., Kapitany T., Malt U. F., Muscetolla G., Papadimitriou G. N., Potter W. Z., Pużyński S., Swinkels J. A., Zarate C. A. Jr.: Treatment of bipolar depressive mood disorders: Algorithms for pharmacotherapy, *Internat. J. Psychiatry in Clin. Practice*, 1997,1, S9-S 12.
4. Kasper S. (rapporteur), group: P. Bech, F. de Jorighe, M. P. de Sonsa, T. Dinam, J. D. Guelfi, T. Higuchi, J. K. Larsen, J. P. Lecrubier, B. Lerer, A. Neumeister A., G. Papadimitriou, E. S. Paykel, W. Pödlinger, J. Svestka, H. Walter: Treatment of unipolar major depression: Algorithms for pharmacotherapy, *Internat. J. Psychiatry in Clin Practice*, 1997, 1, S5-S7.
5. Nelson J. C. (rapporteur), members: J. P. Docherty, G. M. Henschen, S. Kasper, A. A. Nierenberg, N. G. Ward: Algorithms for the treatment of subtypes of unipolar major depression, *Psychopharmacol. Bull.*, 1995, vol. 31, 475-482.
6. Pużyński S.: Ogólne zasady i algorytmy postępowania leczniczego w depresji, *Służba Zdrowia*, 1996, 54/55, 4-5.
7. Pużyński S.: Leki przeciwdepresyjne i podstawowe zasady leczenia depresji, *Post. Psychiat. Neurol.*, 1997, 6, 165-176.
8. Steffens D. C., Krishnan R. R.: Decision model for the acute treatment of mania, *Depression and Anxiety*, 1996/1997, 4, 289-293.
9. Suppes T. (rapporteur), members: J. R. Calabrese, Ph. B. Mitchell, P. J. Pazzaglia, W. Z. Potter, D. A. Zarate: Algorithms for the treatment of bipolar, manic-depressive illness, *Psychopharmacol. Bull.*, 1995, 31, 469-474.

Objaśnienie skrótów

CHAD – choroba afektywna dwubiegunowa

CHAJ – choroba afektywna jednobiegunowa

LPD – leki przeciwdepresyjne

TLPD – trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne

NEUR – neuroleptyki

NEUR p/DEPR – neuroleptyk o działaniu przeciwdepresyjnym

LNORM – lek o działaniu normotymicznym

KARB – karbamazepina

LIT – węglan litu

WALPR – pochodne kwasu walproinowego

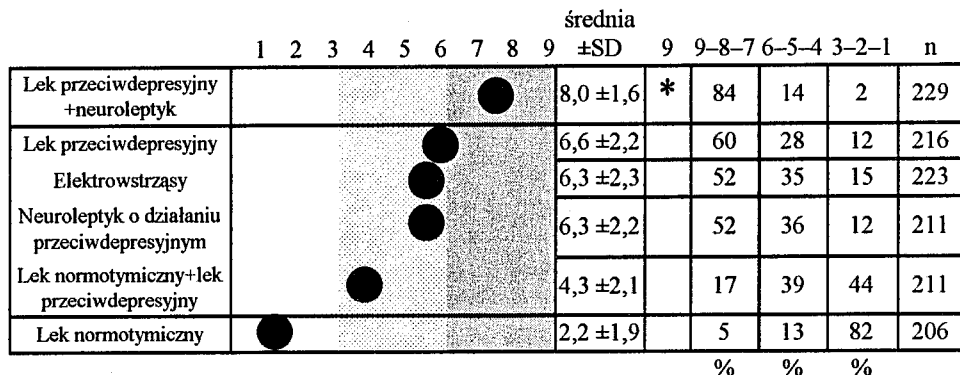
SI-5HT – selektywne inhibitory wychwytu serotoniny

SI-MAO – selektywne i odwracalne inhibitory monoaminooksydazy

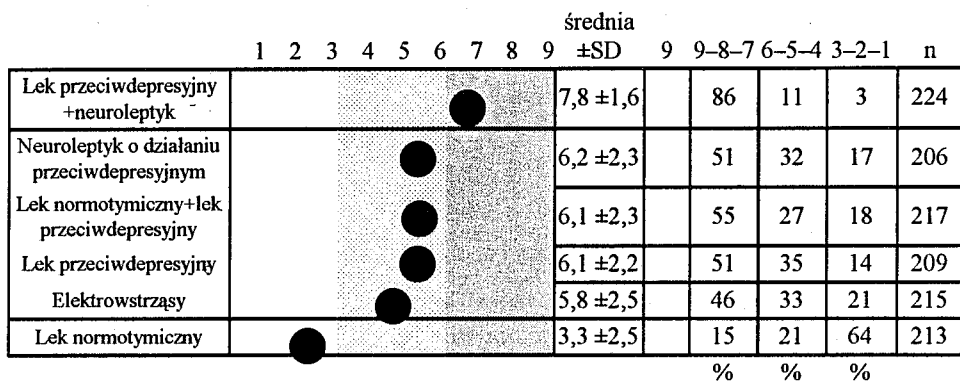
EW – elektrowstrząsy

ZAŁĄCZNIK

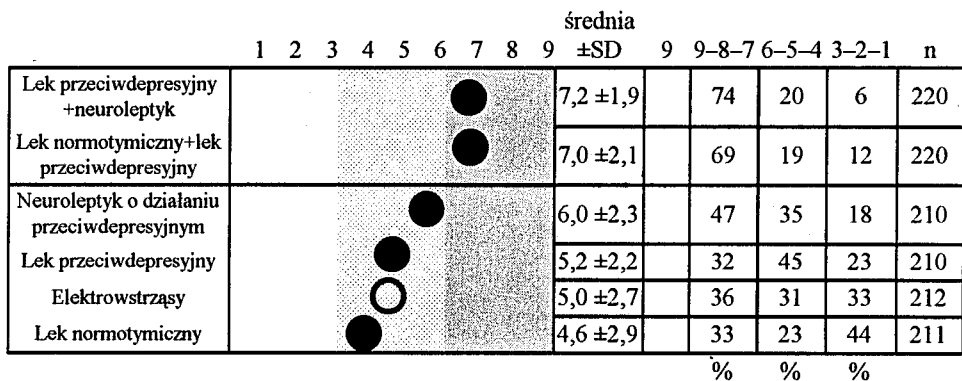
Ryc. 1. „Proszę ocenić przydatność wymienionych metod w leczeniu ciężkiej depresji psychotycznej w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej (CHAJ) lub epizodu depresyjnego”



Ryc. 2. „Proszę ocenić wymienione metody w leczeniu ciężkiej depresji psychotycznej w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (CHAD) bez częstych zmian faz”



Ryc. 3. „Proszę ocenić wymienione metody w leczeniu ciężkiej depresji psychotycznej w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (CHAD) z częstą zmianą faz”



Ryc. 4. „Proszę ocenić wymienione metody w leczeniu ciężkiej depresji bez objawów psycho-
tycznych w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej (CHAJ) lub epizodu depresyjnego”

	średnia									n					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		±SD	9	9-8-7	6-5-4	3-2-1
Lek przeciwdepresyjny							●			8,3 ±1,3	*	93	5	2	229
Lek normotymiczny+lek przeciwdepresyjny					●					5,6 ±2,4		43	33	24	212
Elektrowstrząsy				○						5,1 ±2,7		36	32	32	218
Lek przeciwdepresyjny +neuroleptyk				○						5,1 ±2,4		31	38	31	213
Neuroleptyk o działaniu przeciwdepresyjnym				●						4,1 ±2,2		15	42	43	209
Lek normotymiczny	●									2,9 ±2,2		9	21	70	207
												%	%	%	

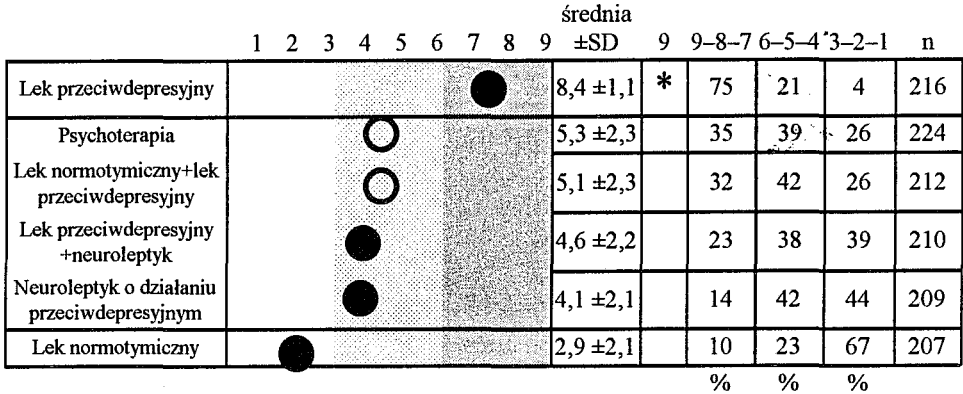
Ryc. 5. „Proszę ocenić wymienione metody w leczeniu ciężkiej depresji bez objawów psycho-
tycznych w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (CHAD) bez częstych zmian faz”

	średnia									n					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		±SD	9	9-8-7	6-5-4	3-2-1
Lek przeciwdepresyjny							●			7,4 ±1,8		73	22	5	222
Lek normotymiczny+lek przeciwdepresyjny							●			7,1 ±2,1		69	24	7	214
Lek przeciwdepresyjny +neuroleptyk					●					5,6 ±2,3		39	40	21	213
Elektrowstrząsy				○						4,7 ±2,6		29	33	37	214
Neuroleptyk o działaniu przeciwdepresyjnym				●						4,7 ±2,3		22	41	37	211
Lek normotymiczny	●									3,7 ±2,5		20	26	54	213
												%	%	%	

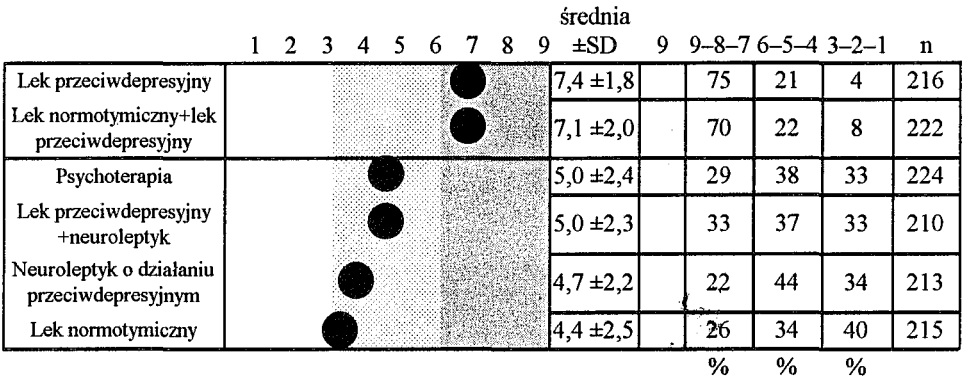
Ryc. 6. „Proszę ocenić wymienione metody w leczeniu ciężkiej depresji bez objawów psycho-
tycznych w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (CHAD) z częstą zmianą faz”

	średnia									n					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		±SD	9	9-8-7	6-5-4	3-2-1
Lek normotymiczny+lek przeciwdepresyjny							●			7,9 ±1,8	*	86	9	5	222
Lek przeciwdepresyjny +neuroleptyk					●					6,0 ±2,1		43	39	18	216
Lek przeciwdepresyjny					●					5,9 ±2,3		46	36	18	209
Neuroleptyk o działaniu przeciwdepresyjnym					●					5,0 ±2,2		27	46	27	207
Lek normotymiczny					●					4,7 ±2,8		30	27	43	210
Elektrowstrząsy				○						4,5 ±2,5		27	35	38	214
												%	%	%	

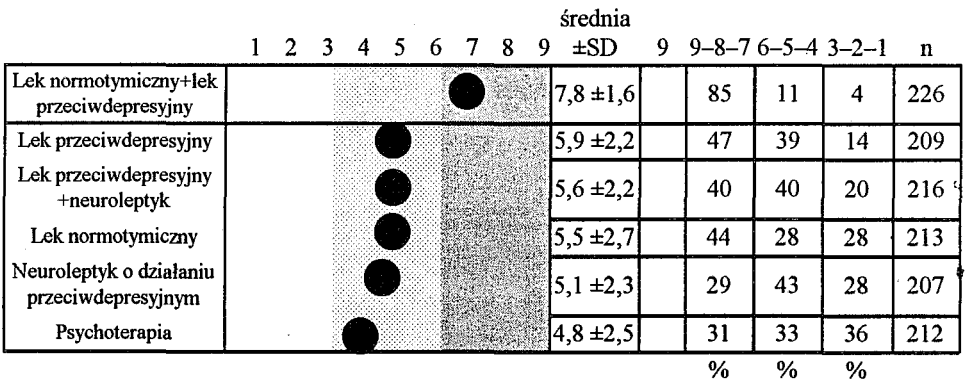
Ryc. 7. „Proszę ocenić wymienione metody w leczeniu umiarkowanej depresji w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej (CHAJ) lub epizodu depresyjnego”



Ryc. 8. „Proszę ocenić wymienione metody w leczeniu umiarkowanej depresji w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (CHAD) bez częstych zmian faz”



Ryc. 9. „Proszę ocenić wymienione metody w leczeniu umiarkowanej depresji w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (CHAD) z częstą zmianą faz”



Ryc. 10. „Proszę ocenić wymienione metody w leczeniu łagodnej depresji (subdepresji) w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej (CHAJ) lub epizodu depresyjnego”

	średnia									n					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		±SD	9-8-7-6-5-4-3-2-1			
Lek przeciwdepresyjny							●			8,2 ±1,1	*	93	7	-	227
Psychoterapia						●				6,7 ±2,1		60	31	9	223
Lek normotymiczny+lek przeciwdepresyjny				○						4,8 ±2,5		30	33	37	208
Neuroleptyk o działaniu przeciwdepresyjnym			●							3,8 ±2,1		11	40	49	207
Lek normotymiczny		●								3,7 ±2,5		18	26	56	206
Lek przeciwdepresyjny +neuroleptyk		●								3,7 ±2,3		15	30	55	206
												%	%	%	

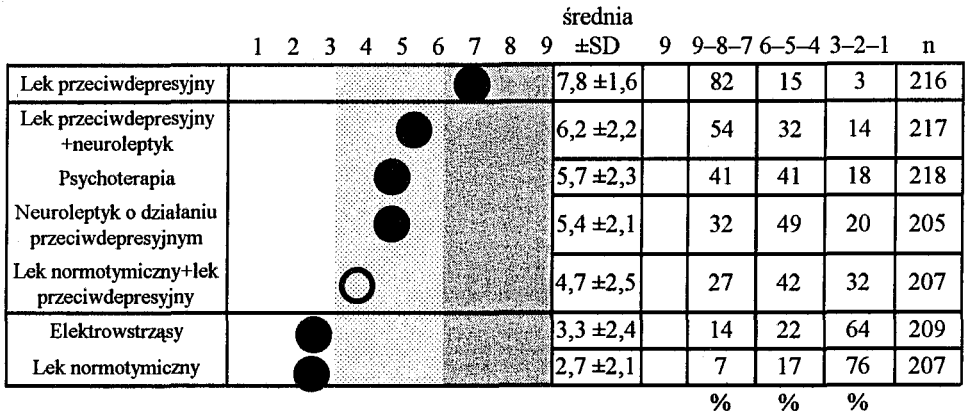
Ryc. 11. „Proszę ocenić wymienione metody w leczeniu łagodnej depresji (subdepresji) w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (CHAD) bez częstych zmian faz”

	średnia									n					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		±SD	9-8-7-6-5-4-3-2-1			
Lek przeciwdepresyjny							●			7,2 ±1,9		75	19	6	216
Lek normotymiczny+lek przeciwdepresyjny						●				6,6 ±2,2		61	29	10	217
Psychoterapia						●				6,3 ±2,4		53	32	15	221
Lek normotymiczny				○						5,1 ±2,7		37	30	33	206
Neuroleptyk o działaniu przeciwdepresyjnym			●							4,3 ±2,3		15	44	41	205
Lek przeciwdepresyjny +neuroleptyk			●							4,1 ±2,4		18	35	47	207
												%	%	%	

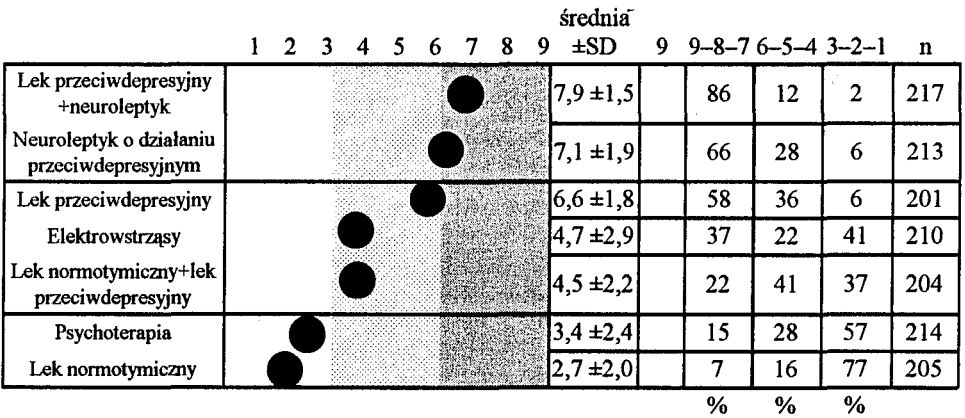
Ryc. 12. „Proszę ocenić wymienione metody w leczeniu łagodnej depresji (subdepresji) w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (CHAD) z częstą zmianą faz”

	średnia									n					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		±SD	9-8-7-6-5-4-3-2-1			
Lek normotymiczny+lek przeciwdepresyjny							●			7,6 ±1,9		78	16	6	223
Lek normotymiczny						●				6,5 ±2,6		63	18	19	218
Lek przeciwdepresyjny					●					5,8 ±2,2		44	40	16	207
Psychoterapia					●					5,6 ±2,4		45	38	17	217
Lek przeciwdepresyjny +neuroleptyk			○							4,8 ±2,6		31	34	35	211
Neuroleptyk o działaniu przeciwdepresyjnym			○							4,7 ±2,4		26	39	35	205
												%	%	%	

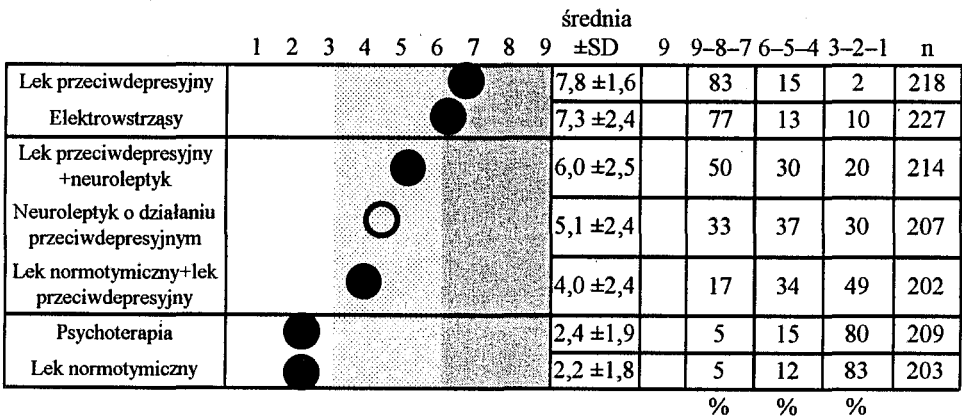
Ryc. 13. „Proszę ocenić wymienione metody w leczeniu depresji z natręctwami”



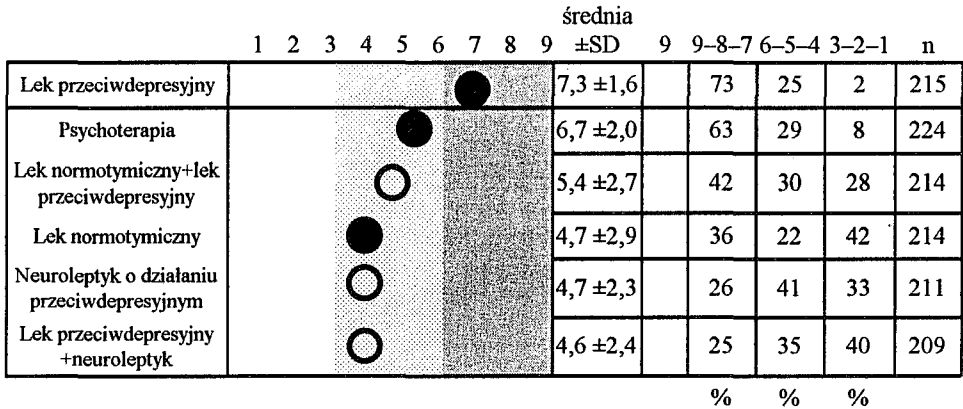
Ryc. 14. „Proszę ocenić wymienione metody w leczeniu depresji z dużym lękiem, niepokojem („depresja agitowana”)



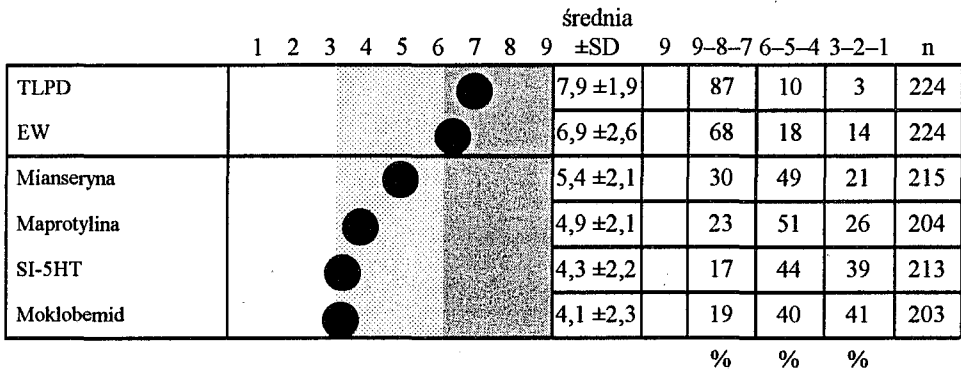
Ryc. 15. „Proszę ocenić wymienione metody w leczeniu depresji z dużym zahamowaniem psychoruchowym lub osłupieniem depresyjnym”



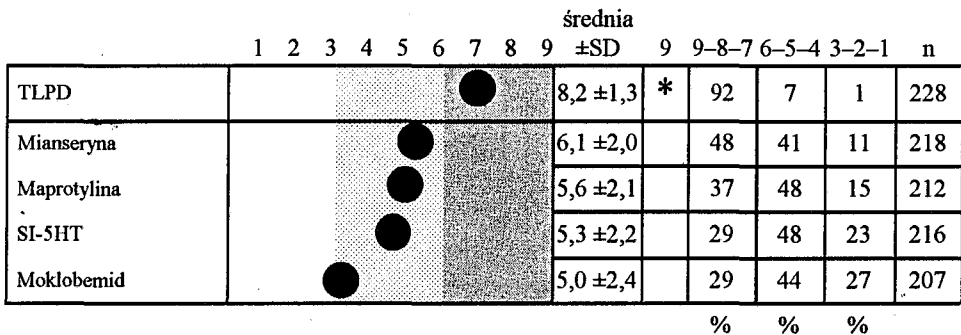
Ryc. 16. „Proszę ocenić wymienione metody w leczeniu depresji w przebiegu zaburzeń dystymicznych”



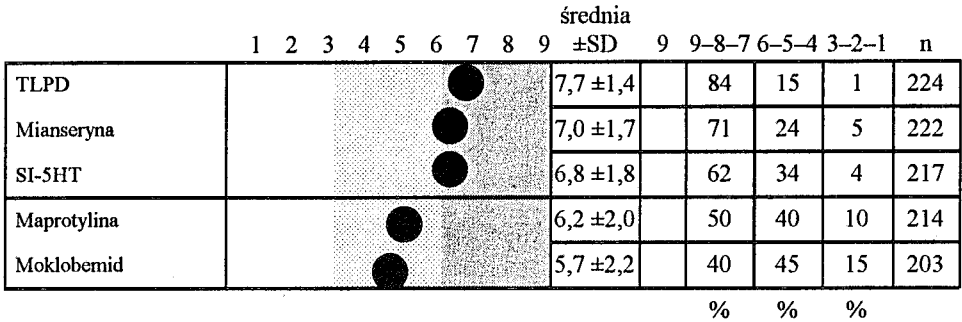
Ryc. 17. „Proszę ocenić przydatność wymienionych leków (grup leków) przeciwdepresyjnych w leczeniu ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi u chorego z CHAD”



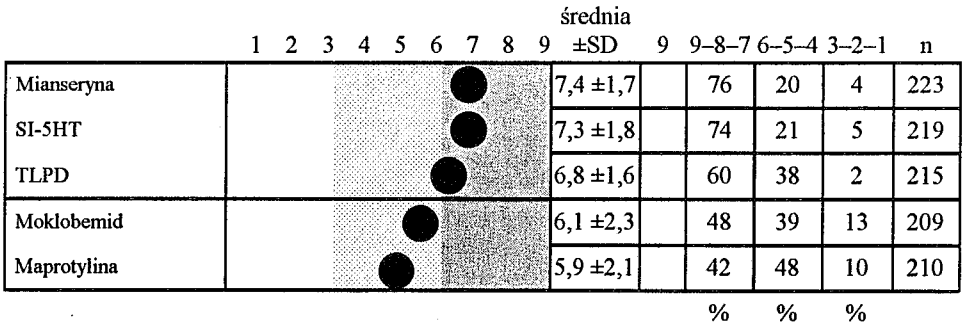
Ryc. 18. „Proszę ocenić przydatność wymienionych leków (grup leków) przeciwdepresyjnych w leczeniu ciężkiej depresji bez objawów psychotycznych u chorego z CHAD”



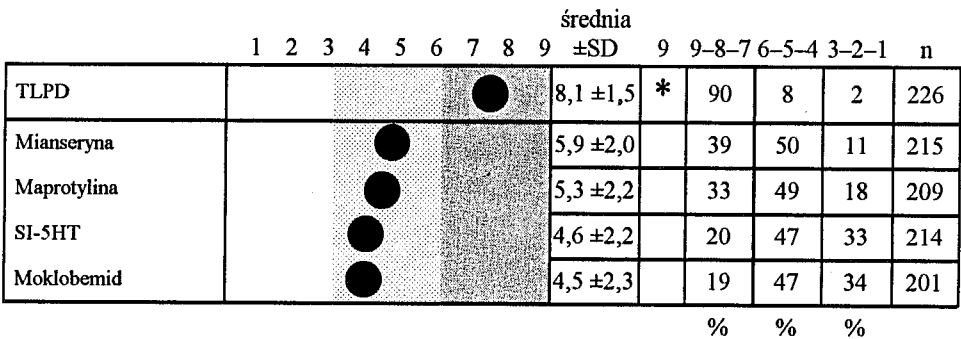
Ryc. 19. „Proszę ocenić przydatność wymienionych leków (grup leków) przeciwdepresyjnych w leczeniu umiarkowanej depresji u chorego z CHAD”



Ryc. 20. „Proszę ocenić przydatność wymienionych leków (grup leków) przeciwdepresyjnych w leczeniu łagodnej depresji (subdepresji) u chorego z CHAD”



Ryc. 21. „Proszę ocenić przydatność wymienionych leków (grup leków) przeciwdepresyjnych w leczeniu ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi u chorego z CHAJ lub epizodem depresyjnym”



Ryc. 22. „Proszę ocenić przydatność wymienionych leków (grup leków) przeciwdepresyjnych w leczeniu ciężkiej depresji bez objawów psychotycznych u chorego z CHAJ lub epizodem depresyjnym”

	średnia									n					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		±SD	9	9-8-7	6-5-4	3-2-1
TLPD							●			8,4 ±1,0	*	96	3	1	227
Mianseryna					●					6,3 ±2,0		50	40	10	216
Maprotylina				●						5,7 ±2,3		42	41	17	209
SI-5HT				●						5,3 ±2,1		31	46	23	216
Moklobemid				●						5,0 ±2,3		27	46	27	204
												%	%	%	

Ryc. 23. „Proszę ocenić przydatność wymienionych leków (grup leków) przeciwdepresyjnych w leczeniu umiarkowanej depresji u chorego z CHAJ lub epizodem depresyjnym”

	średnia									n					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		±SD	9	9-8-7	6-5-4	3-2-1
TLPD							●			8,0 ±1,2		89	10	1	226
Mianseryna						●				7,2 ±1,6		78	18	4	225
SI-5HT						●				6,9 ±1,8		63	32	5	218
Maprotylina				●						6,3 ±2,0		54	38	8	214
Moklobemid				●						5,9 ±2,3		48	37	15	207
												%	%	%	

Ryc. 24. „Proszę ocenić przydatność wymienionych leków (grup leków) przeciwdepresyjnych w leczeniu łagodnej depresji (subdepresji) u chorego z CHAJ lub epizodem depresyjnym”

	średnia									n					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		±SD	9	9-8-7	6-5-4	3-2-1
SI-5HT							●			7,5 ±1,7		77	19	4	224
Mianseryna							●			7,5 ±1,5		85	12	3	222
TLPD							●			7,0 ±1,6		66	29	5	221
Moklobemid					●					6,3 ±2,2		55	32	13	209
Maprotylina					●					6,1 ±2,0		52	37	11	215
												%	%	%	

Ryc. 25. „Jaką metodę stosuje Pan/Pani u chorego z zespołem depresyjnym, który nie zareagował na pierwszą kurację lekiem przeciwdepresyjnym?”

	średnia									n					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		±SD	9	9-8-7	6-5-4	3-2-1
Zmiana leku na inny należący do innej grupy						●				7,6 ±1,6		81	16	3	225
Zwiększenie dawki leku						●				7,3 ±2,0		78	14	8	218
Skojarzenie z innym lekiem z odmiennej grupy				●						5,5 ±2,4		38	39	23	208
Podanie leku przeciwdepresyjnego w formie parenteralnej				○						5,3 ±2,4		38	36	26	208
Zmiana leku na inny należący do tej samej grupy			○							4,7 ±2,6		27	35	38	208
Elektrowstrząsy		●								3,7 ±2,5		17	27	56	206
Podanie leku normotymicznego		●								3,6 ±2,5		16	26	57	204
Skojarzenie z innym lekiem z tej samej grupy	●									3,3 ±2,5		15	22	63	206

% % %

Ryc. 26. „Proszę ocenić poniższe metody postępowania u chorych źle reagujących na leki przeciwdepresyjne (z depresją lekooporną)”

	średnia									n					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		±SD	9	9-8-7	6-5-4	3-2-1
Stosowanie metod wzmacniania działania leków przeciwdepresyjnych						●				7,5 ±1,8		81	14	5	224
Elektrowstrząsy						●				7,1 ±2,2		74	18	8	225
Podanie leku przeciwdepresyjnego w formie parenteralnej				●						6,1 ±2,4		53	28	19	212
Prowadzenie kolejnych kuracji lekami przeciwdepresyjnymi			○							5,4 ±2,5		42	28	30	211
Odstawienie leku przeciwdepresyjnego	●									4,3 ±2,6		21	35	44	209

% % %

Ryc. 27. „Jak ocenia Pan/i podane poniżej metody wzmacniania działania leku przeciwdepresyjnego?”

	średnia									n					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		±SD	9	9-8-7	6-5-4	3-2-1
Dołączenie węgla litu						●				7,5 ±1,7		81	14	5	224
Kojarzenie leków przeciwdepresyjnych z mianseryną				○						5,0 ±2,5		33	33	34	214
Stosowanie deprywacji snu					●					4,8 ±2,5		24	46	30	212
Dołączenie leczenia światłem				●						4,1 ±2,3		15	42	43	206
Podanie hormonów tarczycy			●							3,8 ±2,3		16	35	49	204
Kojarzenie TLPD z moklobemidem			●							3,7 ±2,3		13	34	53	201
												%	%	%	

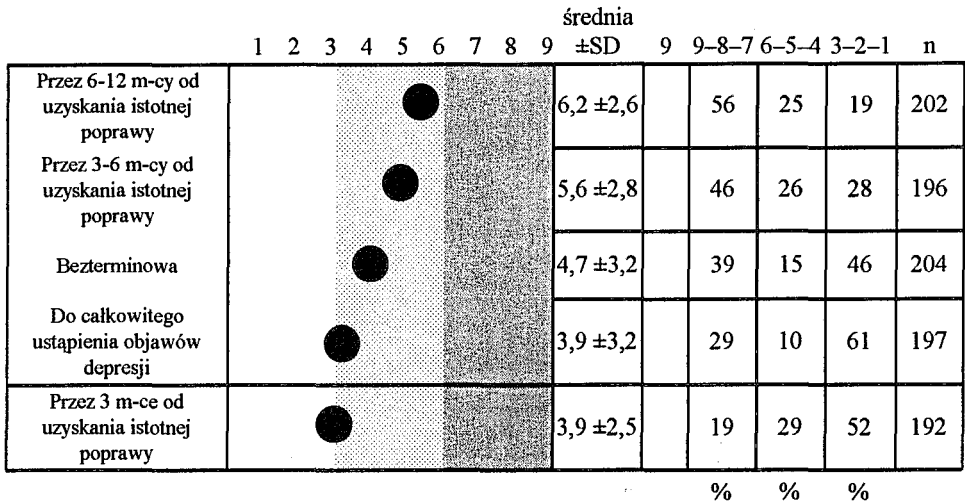
Ryc. 28. „Jaka Pana/i zdaniem powinna być dawka leku w tzw. leczeniu podtrzymującym (utrwalającym poprawę)?”

	średnia									n					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		±SD	9	9-8-7	6-5-4	3-2-1
1/2 dawki terapeutycznej						●				6,5 ±2,4		62	24	14	222
3/4 dawki dawki terapeutycznej						●				5,7 ±2,4		43	33	24	205
1/4 dawki terapeutycznej			●							4,3 ±2,7		28	24	48	208
Taka sama dawka jak podczas kuracji epizodu			●							4,1 ±3,0		27	16	57	204
												%	%	%	

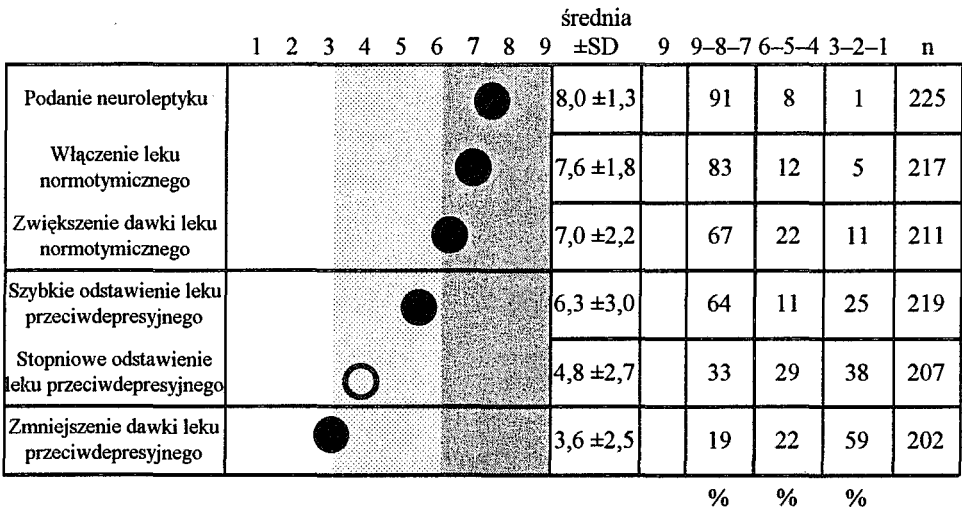
Ryc. 29. „Jaka powinna być długość leczenia przeciwdepresyjnego (podtrzymującego) w CHAD od czasu uzyskania istotnej poprawy?”

	średnia									n					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		±SD	9	9-8-7	6-5-4	3-2-1
Do całkowitego ustąpienia objawów depresji					●					5,3 ±3,4		48	12	40	198
Przez 3-6 m-cy od uzyskania istotnej poprawy				○						4,8 ±3,0		34	25	41	199
Przez 6-12 m-cy od uzyskania istotnej poprawy					●					4,7 ±3,0		37	22	41	202
Przez 3 m-ce od uzyskania istotnej poprawy			●							4,0 ±2,6		21	29	50	192
Bezterminowa			●							3,6 ±3,1		26	11	63	207
												%	%	%	

Ryc. 30. „Jaka powinna być długość leczenia przeciwdepresyjnego (podtrzymującego) w CHAJ lub epizodzie depresyjnym od czasu uzyskania istotnej poprawy?”



Ryc. 31. „Jak Pan/i ocenia poniższe metody postępowania w przypadku zmiany fazy depresyjnej w maniakalną w toku farmakoterapii depresji?”



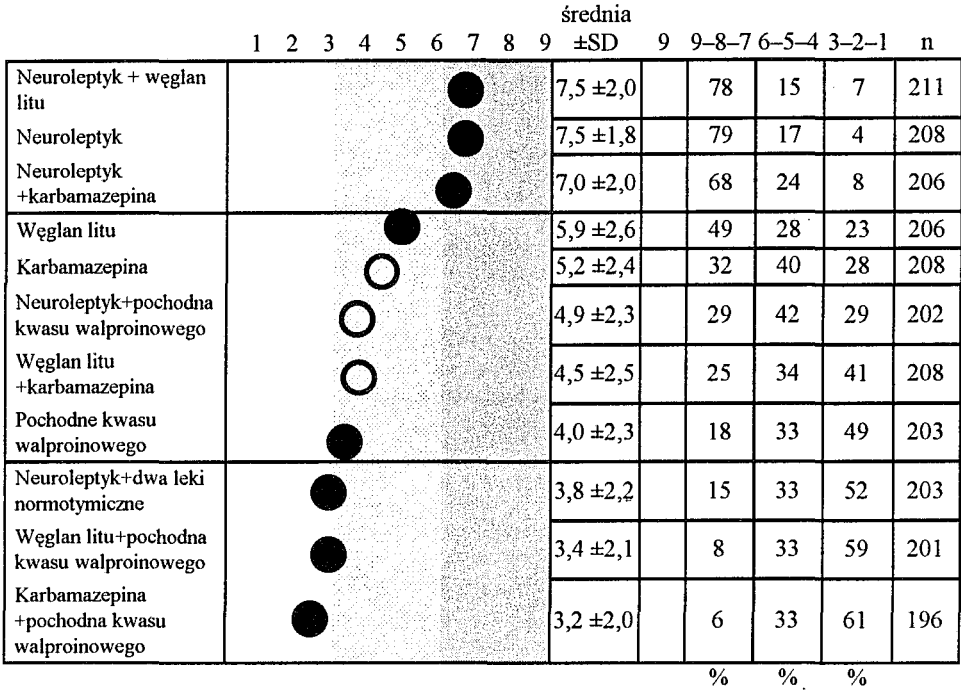
Ryc. 32. „Jakie przyjmuje Pan/i kryteria nieskuteczności leczenia przeciwdepresyjnego danym lekiem (stosowanym w dawce terapeutycznej)?”

	średnia									n					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		±SD	9	9-8-7	6-5-4	3-2-1
Brak poprawy po 6 tyg. kuracji					●					6,8 ±2,6		67	18	15	209
Zwiększenie nasilenia objawów depresyjnych w trakcie kuracji					●					6,7 ±2,4		67	16	17	216
Pojawienie się objawów psychotycznych podczas kuracji					●					6,6 ±2,4		65	20	15	215
Brak poprawy po 4 tyg. kuracji					●					5,6 ±2,9		47	23	30	211
Zwiększenie nasilenia niepokoju podczas kuracji				○						5,4 ±2,3		39	36	25	210
Brak poprawy po 8 tyg. kuracji					●					5,2 ±3,1		43	20	37	199
Brak poprawy po 2 tyg. kuracji		●								2,8 ±2,5		15	11	74	202
											%	%	%		

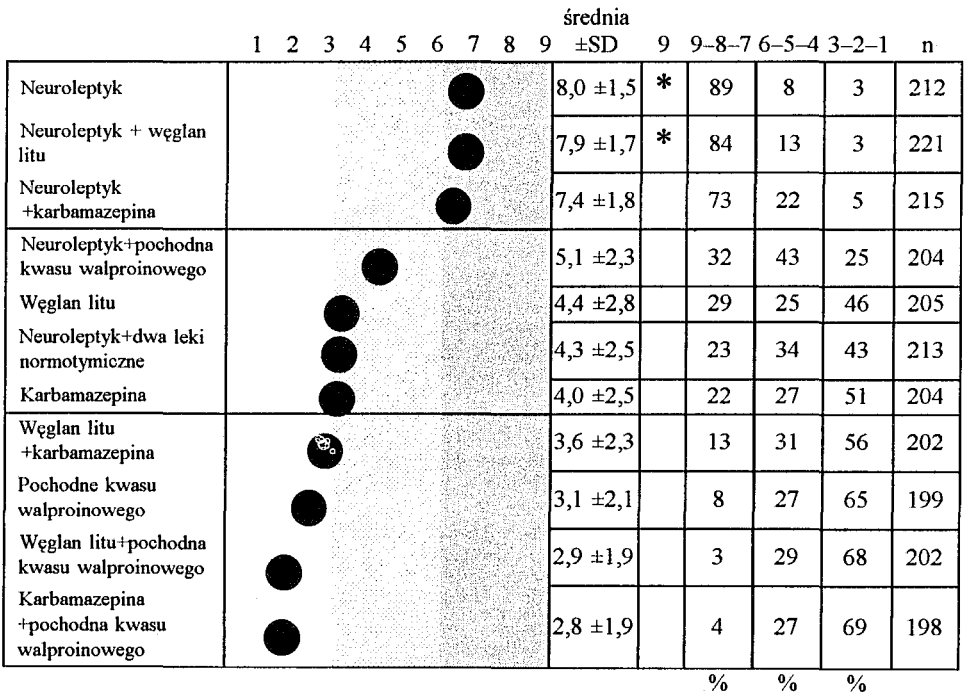
Ryc. 33. „Proszę ocenić wymienione metody postępowania w leczeniu epizodu hipomaniakalnego u osób, które nie otrzymują leków normotymicznych”

	średnia									n					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		±SD	9	9-8-7	6-5-4	3-2-1
Neuroleptyk						●				7,1 ±2,0		73	21	6	209
Neuroleptyk + węglan litu						●				6,7 ±2,2		60	28	12	216
Węglan litu						●				6,6 ±2,5		64	20	16	216
Neuroleptyk +karbamazepina						●				6,4 ±2,1		54	34	12	211
Karbamazepina						●				6,0 ±2,3		50	32	18	212
Pochodne kwasu walproinowego				○						4,5 ±2,4		25	41	35	205
Neuroleptyk+pochodna kwasu walproinowego				●						4,4 ±2,3		23	38	39	202
Węglan litu+karbamazepina				●						4,3 ±2,5		24	31	45	206
Węglan litu+pochodna kwasu walproinowego		●								3,5 ±2,2		10	31	59	200
Karbamazepina +pochodna kwasu walproinowego			●							3,3 ±2,1		7	33	60	197
Neuroleptyk+dwa leki normotymiczne		●								3,1 ±2,1		8	26	66	204
											%	%	%		

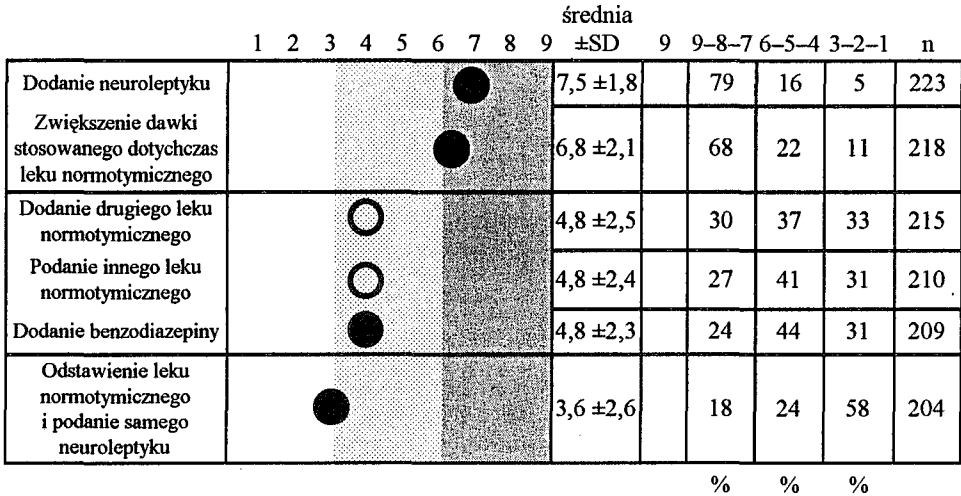
Ryc. 34. „Proszę ocenić wymienione metody postępowania w leczeniu epizodu maniakalnego bez objawów psychotycznych u osób, które nie otrzymują leków normotymicznych”



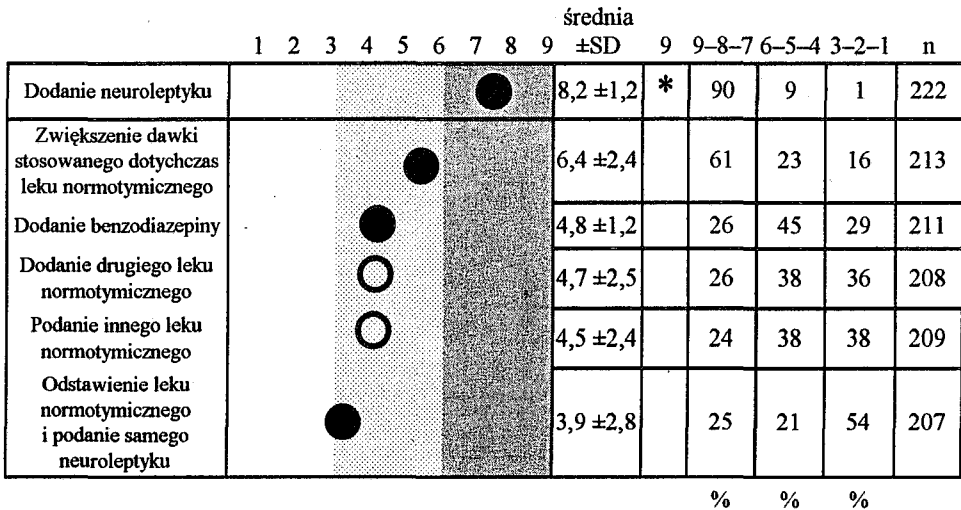
Ryc. 35. „Proszę ocenić wymienione metody postępowania w leczeniu epizodu maniakalnego z objawami psychotycznymi u osób, które nie otrzymują leków normotymicznych”



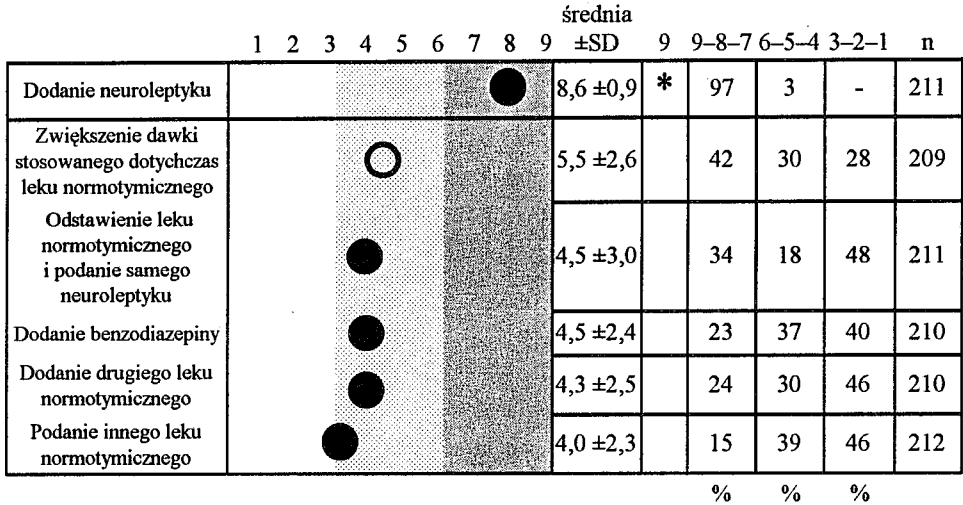
Ryc. 36. „Jak ocenia Pan/i poniższe metody postępowania w leczeniu chorego z zespołem hipomaniakalnym, który otrzymuje aktualnie lek normotymiczny?”



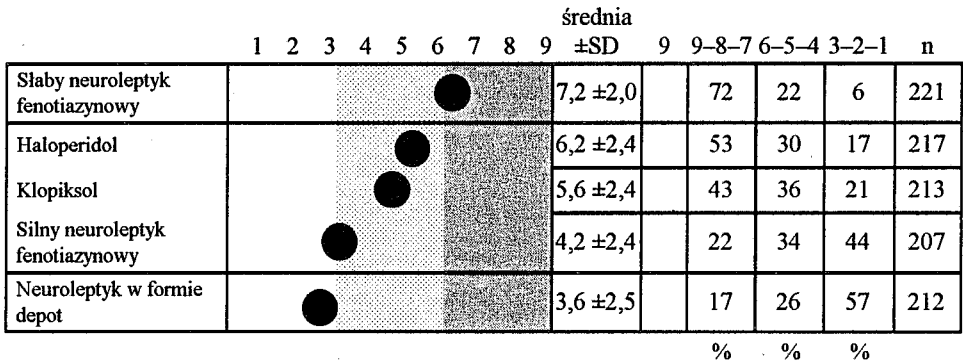
Ryc. 37. „Proszę ocenić metody postępowania w leczeniu chorego z zespołem maniakalnym bez objawów psychotycznych, który otrzymuje aktualnie lek normotymiczny”



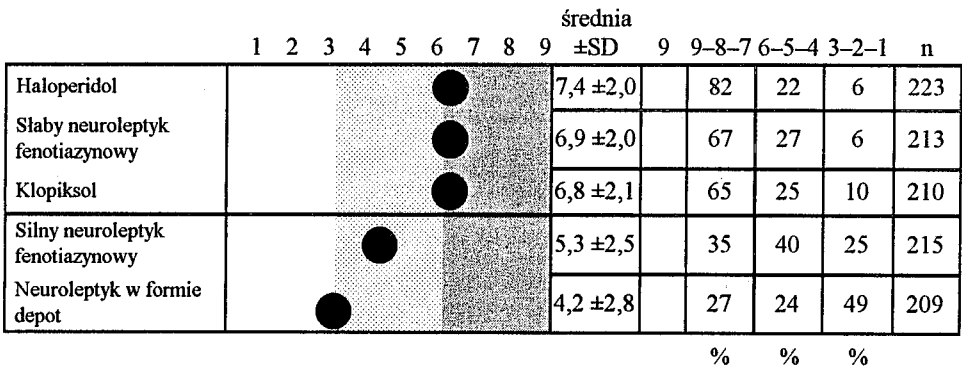
Ryc. 38. „Jak ocenia Pan/i poniższe metody postępowania w leczeniu chorego z zespołem maniакаlnym z objawami psychotycznymi, który otrzymuje aktualnie lek normotymiczny?”



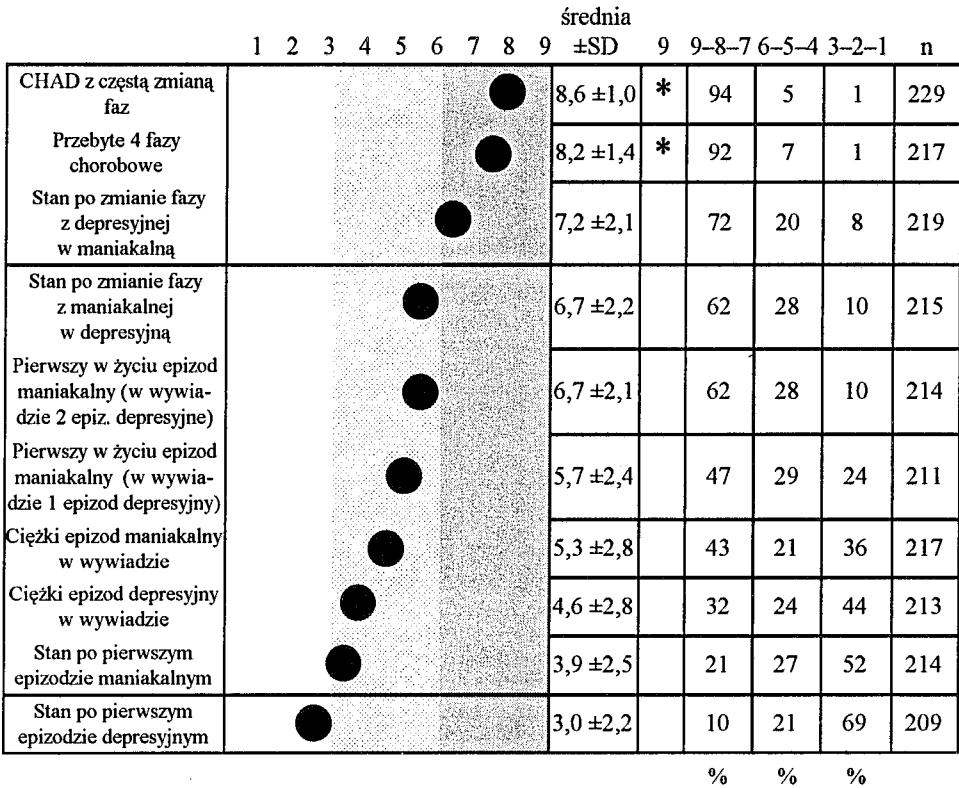
Ryc. 39. „Proszę ocenić przydatność neuroleptyków w leczeniu zespołu hipomaniакаlnego”



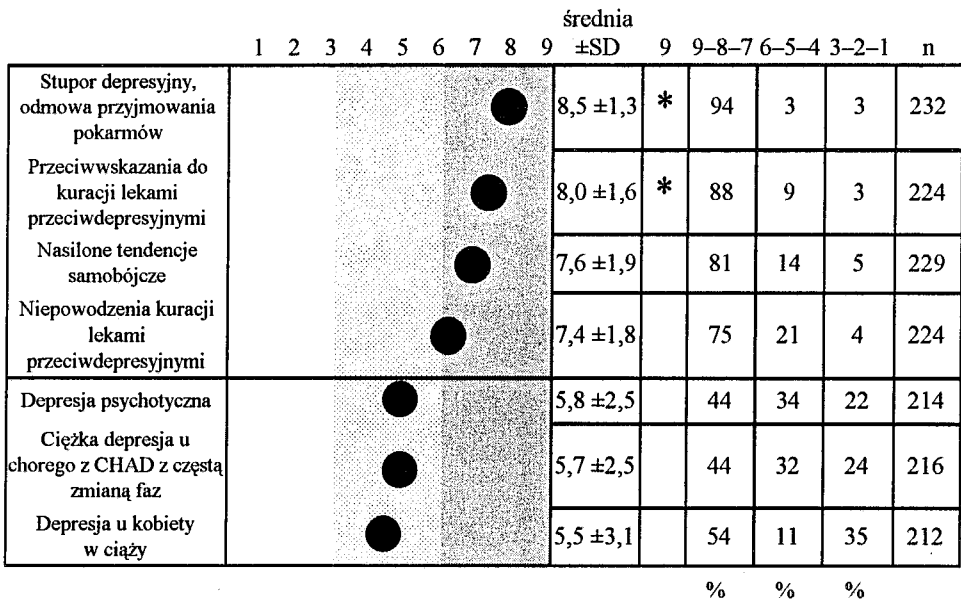
Ryc. 40. „Proszę ocenić przydatność neuroleptyków w leczeniu zespołu maniакаlnego bez objawów psychotycznych”



Ryc. 41. „Proszę ocenić wskazania do rozpoczęcia leczenia profilaktycznego”



Ryc. 42. „Proszę ocenić wskazania do leczenia elektrowstrząsami”



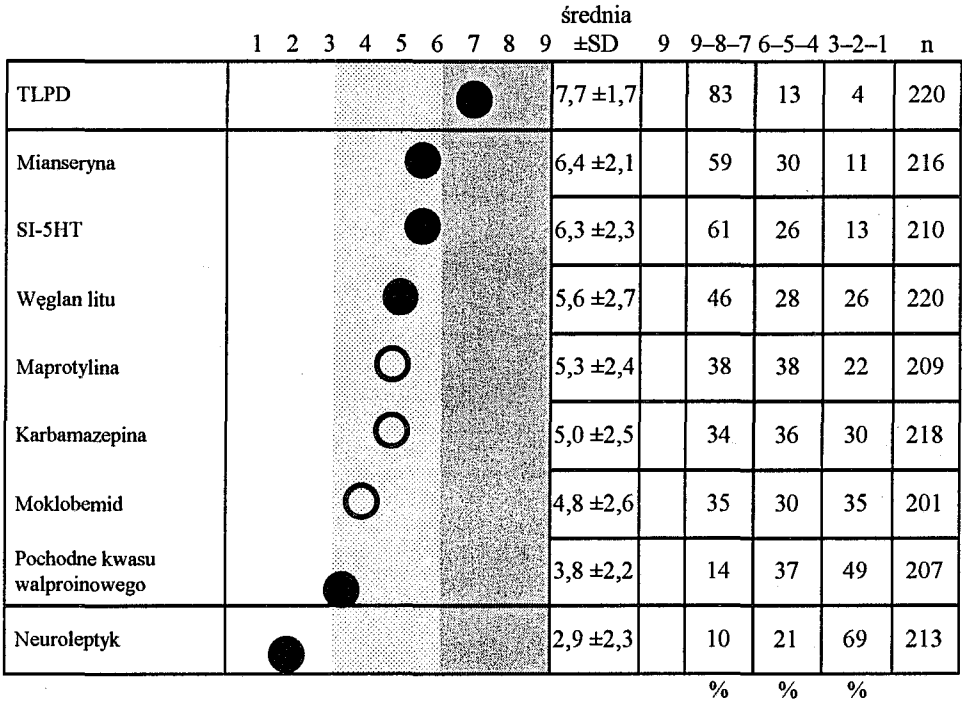
Ryc. 43. „Proszę ocenić wskazania do hospitalizacji”

	średnia									n					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		±SD	9	9-8-7	6-5-4	3-2-1
Tendencje samobójcze								●		8,8 ±0,7	*	99	-	-	230
Ciężki zespół depresyjny								●		8,5 ±0,8	*	97	3	-	231
Depresja z urojeniami								●		8,2 ±1,0	*	92	8	-	224
Depresja z niepokojem								●		8,0 ±1,2		88	12	-	221
Mysli samobójcze								●		7,7 ±1,4		82	17	1	226
Nieskuteczność ambulatoryjnego leczenia przeciwdepresyjnego								●		7,4 ±1,5		78	21	1	220
Zła tolerancja leków przeciwdepresyjnych								●		6,6 ±1,8		57	37	6	216
Współistniejąca choroba somatyczna								●		5,7 ±2,1		41	41	18	218
Potrzeba rozpoczęcia leczenia profilaktycznego			●							3,7 ±2,3		16	29	55	211
Zła sytuacja społeczno-bytowa chorego		○								3,4 ±2,5		29	38	33	216
												%	%	%	

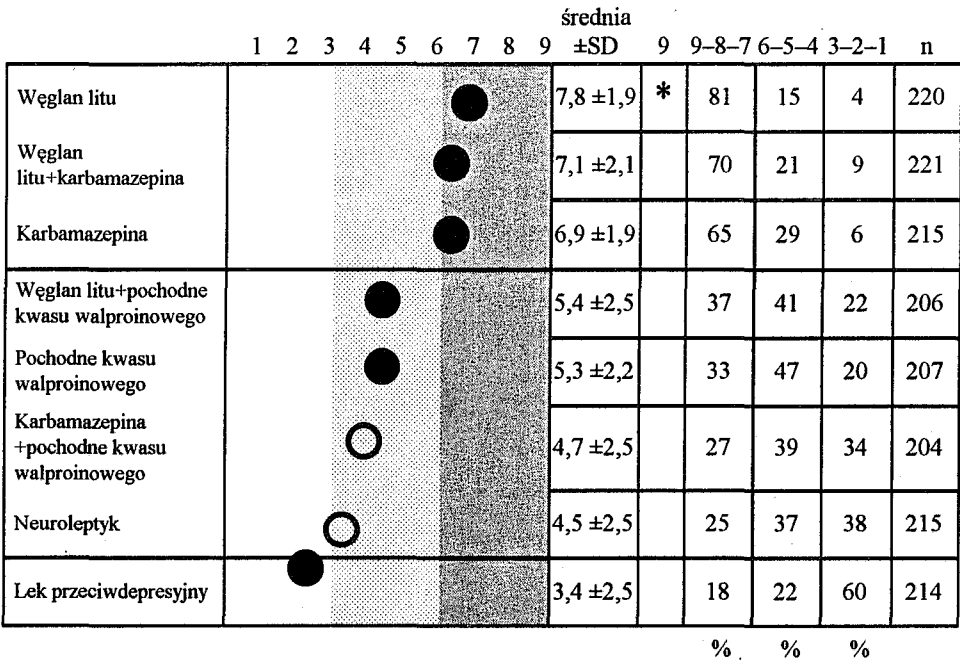
Ryc. 44. „Od którego z wymienionych leków należy zdaniem Pana/i rozpocząć leczenie profilaktyczne u pacjenta z CHAD?”

	średnia									n					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		±SD	9	9-8-7	6-5-4	3-2-1
Węglan litu								●		8,5 ±1,3	*	95	3	2	228
Karbamazepina								●		6,8 ±1,8		64	30	6	213
Pochodne kwasu walproinowego								●		4,8 ±2,2		25	46	28	201
Klonazepam			●							3,6 ±1,8		4	18	78	201
Neuroleptyk		●								3,3 ±2,5		14	22	64	209
												%	%	%	

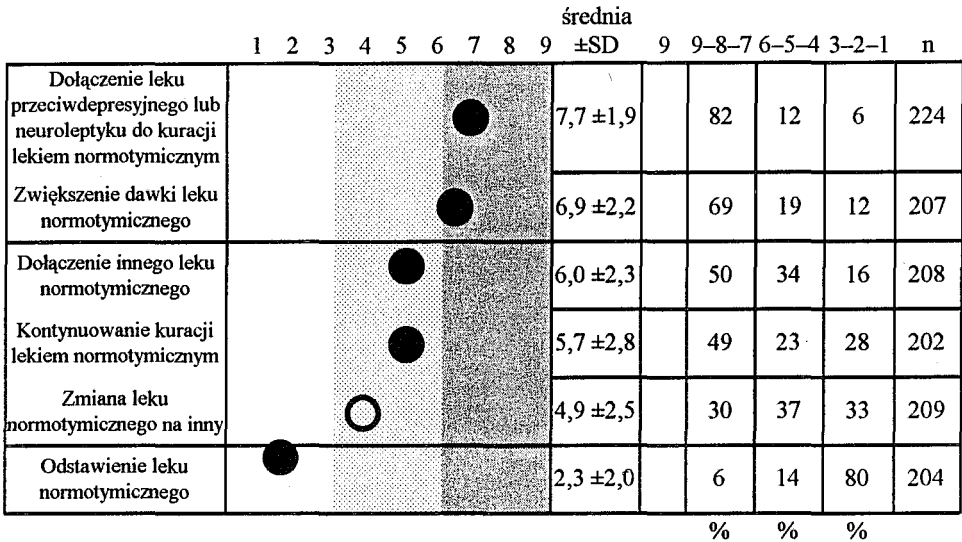
Ryc. 45. „Proszę ocenić przydatność wymienionych leków w profilaktyce zaburzeń jednobiegunowych (depresja nawracająca)”



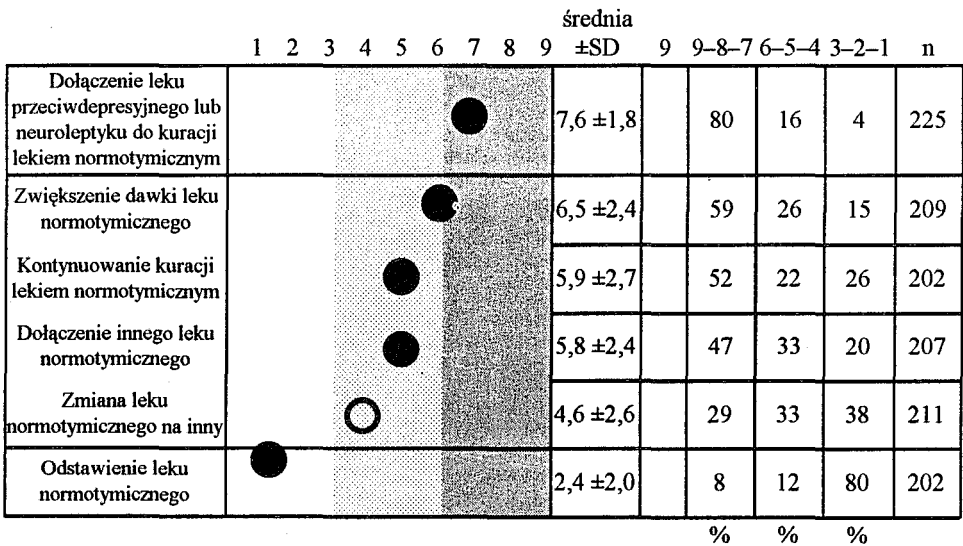
Ryc. 46. „Proszę ocenić pozycję wymienionych leków w postępowaniu profilaktycznym w CHAD z szybką zmianą faz”



Ryc. 47. „Jakie postępowanie terapeutyczne należy stosować u chorych, u których w okresie pierwszego roku przyjmowania leku normotymicznego dochodzi do nawrotu choroby?”



Ryc. 48. „Postępowanie u chorych, u których do nawrotu choroby dochodzi po upływie ponad dwóch lat od rozpoczęcia przyjmowania leku”



Ryc. 49. „Proszę ocenić wskazania do stosowania leków z grupy SI-5HT w leczeniu depresji”

	średnia									n					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		±SD	9	9-8-7	6-5-4	3-2-1
Przeciwwskazania do stosowania TLPD							●			8,0 ±1,4		92	6	2	222
Zła tolerancja TLPD w wywiadzie							●			7,2 ±1,6		78	18	4	227
Nieskuteczność kuracji lekami z grupy TLPD							●			6,8 ±2,0		69	23	8	220
Leczenie w warunkach ambulatoryjnych							●			6,6 ±2,1		63	29	8	212
Podeszły wiek							●			6,4 ±2,0		57	33	10	221
Zapobieganie nawrotom zaburzeń w CHAJ					○					5,9 ±2,6		41	31	28	217
CHAD o przebiegu naprzemiennym			●							4,0 ±2,2		16	35	49	206
Kurację przeciwdepresyjną z reguły rozpoczyna się od SI-5HT		●								3,4 ±2,7		14	29	57	206
Depresja z tendencjami samobójczymi		●								3,3 ±2,3		11	29	60	207
												%	%	%	

Ryc. 50. „Proszę ocenić wskazania do stosowania TLPD w leczeniu depresji”

	średnia									n					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		±SD	9	9-8-7	6-5-4	3-2-1
Lek I rzutu w ciężkiej depresji							●			8,5 ±1,2	*	96	2	2	223
Lek I rzutu w depresji z tendencjami samobójczymi							●			7,8 ±1,8	*	82	14	5	212
Lek I rzutu we wszystkich stanach depresyjnych							●			6,6 ±2,2		57	35	8	217
Lek II rzutu w przypadkach nieskuteczności SI-5HT							●			6,0 ±2,9		55	20	25	208
												%	%	%	

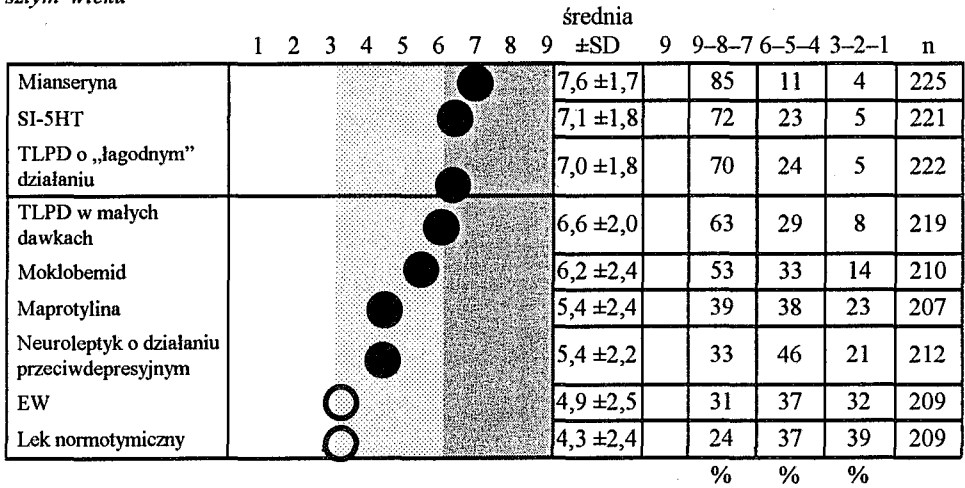
Ryc. 51. „Postępowanie terapeutyczne w depresji w I trymestrze ciąży”

	średnia									n						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		±SD	9	9-8	7-6	5-4	3-2
EW				●						5,6 ±3,4		54	8	38		213
Neuroleptyk o działaniu przeciwdepresyjnym			●							3,8 ±2,5		18	32	49		207
Klasyczny lek przeciwdepresyjny (TLPD)			●							3,8 ±2,7		18	29	52		206
Mianseryna			●							3,5 ±2,5		18	26	56		208
SI-5HT			●							3,3 ±2,5		15	26	59		202
Moklobemid		●								2,6 ±2,1		7	19	74		199
Węglan litu	●									1,7 ±1,5		2	8	90		204
											%	%	%			

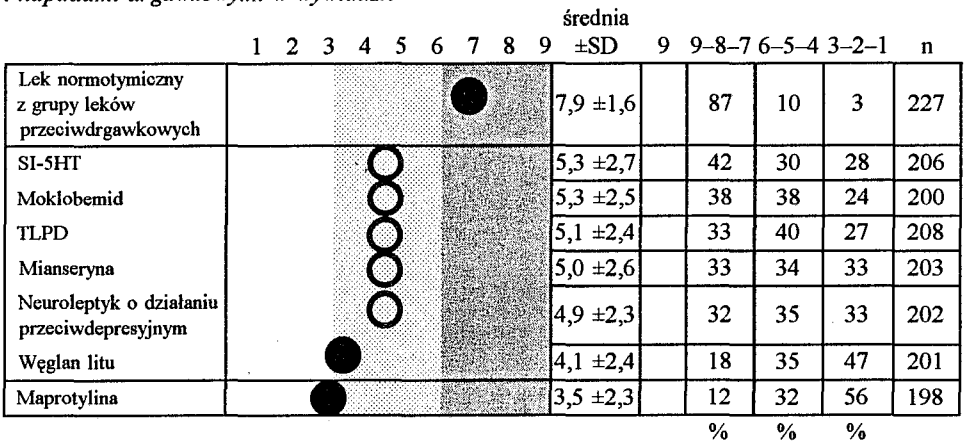
Ryc. 52. „Proszę ocenić metody postępowania terapeutycznego w depresji po upływie I trymestru ciąży”

	średnia									n						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		±SD	9	9-8	7-6	5-4	3-2
EW				●						5,4 ±3,2		47	16	37		200
Klasyczny lek przeciwdepresyjny (TLPD)				●						5,0 ±2,6		32	34	34		205
Neuroleptyk o działaniu przeciwdepresyjnym			○							4,7 ±2,4		26	39	35		202
Mianseryna			○							4,6 ±2,6		32	30	38		209
SI-5HT			●							4,1 ±2,7		28	23	49		205
Moklobemid		●								3,4 ±2,4		15	24	61		192
Węglan litu	●									1,9 ±1,7		3	11	86		201
											%	%	%			

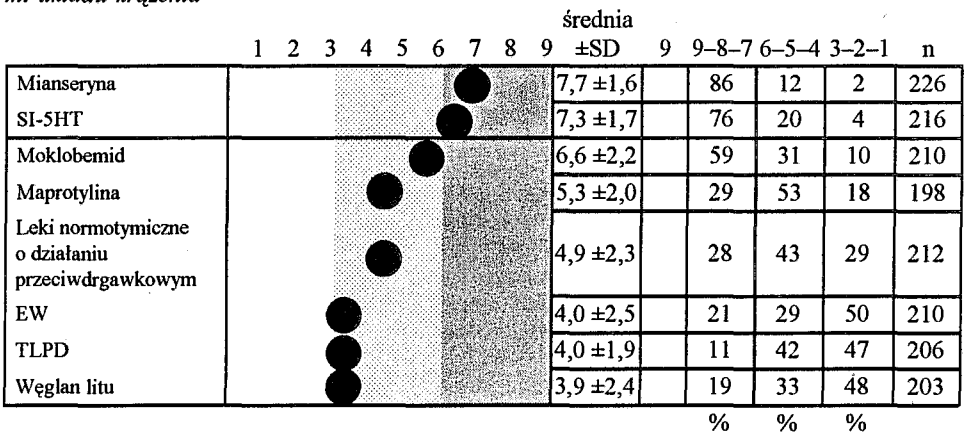
Ryc. 53. „Proszę ocenić metody postępowania terapeutycznego u chorego z depresją w podszym wieku”



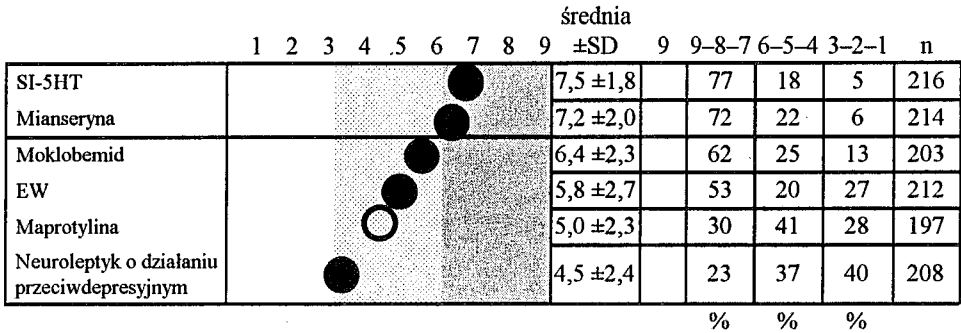
Ryc. 54. „Proszę ocenić przydatność metod postępowania terapeutycznego u chorych z depresją i napadami drgawkowymi w wywiadzie”



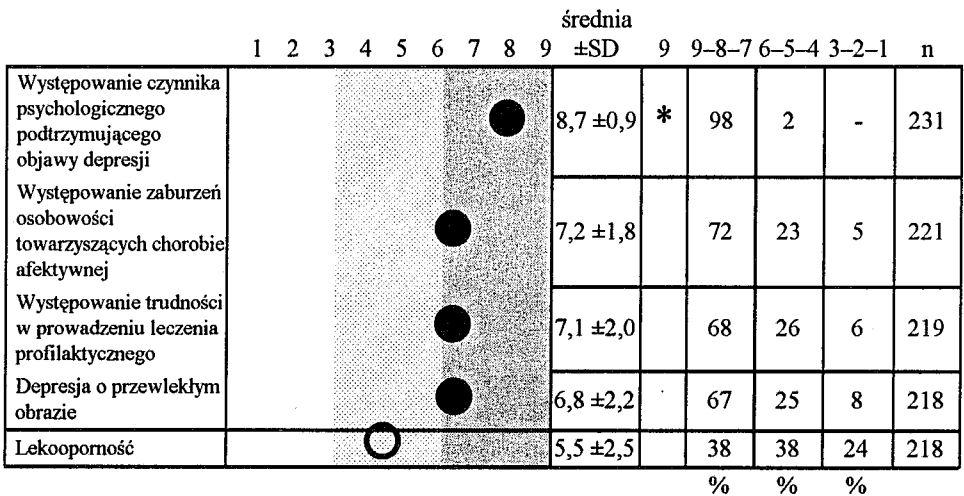
Ryc. 55. „Proszę ocenić metody postępowania terapeutycznego u chorych z depresją i chorobami układu krążenia”



Ryc. 56. „Przydatność metod terapeutycznych w depresji przy przeciwwskazaniach do stosowania leku przeciwdepresyjnego o działaniu cholinolitycznym”



Ryc. 57. „Proszę ocenić wymienione wskazania do łączenia farmakoterapii i psychoterapii w chorobach afektywnych”



Objaśnienia do rycin

Cieniowane pola oznaczają 3 przedziały wyborów:
 właściwa metoda leczenia (I rzutu) – punkty 7, 8, 9
 metoda czasami stosowana (II rzutu) – punkty 4, 5, 6
 postępowanie nieodpowiednie – punkty 1, 2, 3

Kołem czarnym oznaczono odpowiedzi zgodne, kołem pustym – brak konsensusu.

Gwiazdką oznaczono wybór najwłaściwszej wg ankietowanych metody postępowania (kuracja z wyboru), tj. wtedy, gdy ponad połowa respondentów wybrała odpowiedź 9.

W części tabelarycznej obok ryciny podano wartość średnią wraz z odchyleniem standardowym, a następnie dane o częstości (odsetek) poszczególnych odpowiedzi w wyodrębnionych przedziałach oraz liczbę uzyskanych odpowiedzi na dane pytania (n).