

Wykaz skrótów	XXIV
O Autorze	XXXVIII
Wstęp	1
Najważniejsze dane epidemiologiczne dotyczące depresji	2
Cele farmakoterapii depresji	3
Najważniejsze pojęcia dotyczące skuteczności leczenia przeciwdepresyjnego	3
Odpowiedź na leczenie	6
Wyniki wybranych metaanaliz skuteczności krótkoterminowej leków przeciwdepresyjnych (LPD)	6
Remisja częściowa i objawy rezydualne	9
Najczęstsze objawy rezydualne po epizodzie depresyjnym (w kolejności ich rozpowszechnienia)	9
Niepełna remisja i obecność objawów resztkowych – zagrożenia	9
Utrata efektu terapeutycznego (tachyfilaksja)	10
Stosowanie się pacjenta do zaleceń	11
Wybrane przyczyny niedostatecznej współpracy pacjenta z lekarzem oraz odstawiania leków przeciwdepresyjnych	12
Działania niepożądane, przez które najczęściej pacjent przestaje stosować się do zaleceń lub przerywa zażywanie leków przeciwdepresyjnych	13
1. Postawienie prawidłowej, rzetelnej diagnozy wraz z oceną nasilenia objawów	15
1.1. Kryteria rozpoznawania epizodu depresyjnego wg klasyfikacji ICD-10	15
1.2. Kryteria rozpoznawania epizodu depresyjnego wg klasyfikacji ICD-11	17
1.3. Specyfikatory obrazu epizodu depresyjnego wg klasyfikacji ICD-11	18
1.4. Kryteria nasilenia epizodu depresji wg klasyfikacji ICD-11	20
1.5. Kryteria epizodu depresyjnego wg klasyfikacji DSM	22

1.6. Specyfikatory epizodu depresyjnego w DSM	24
1.7. Anhedonia w depresji	24
1.7.1 Obszary/podtypy anhedonii	24
1.7.2. Skuteczność antyanhedoniczna LPD	25
1.8. Zaburzenia funkcji poznawczych w depresji	26
1.8.1. Klasyfikacja i obszary zaburzeń poznawczych w depresji	27
1.8.2. Postępowanie w przypadku znaczących zaburzeń funkcji poznawczych w depresji	28
1.9. Bezsenność jako element obrazu klinicznego depresji	29
1.9.1. Obraz i struktura zaburzeń snu w depresji	30
1.9.2. Wpływ bezsenności na przebieg i obraz depresji	31
1.9.3. Błędne koła bezsenności i innych zaburzeń snu w depresji	32
1.9.4. Postępowanie w bezsenności towarzyszącej depresji	33
1.9.5. Farmakologiczne przyczyny bezsenności i/lub nadmiernej senności	33
1.10. Szczególne podtypy obrazu klinicznego zaburzeń depresyjnych	37
1.10.1. Depresja melancholiczna	38
1.10.2. Depresja atypowa	38
1.10.3. Depresja depersonalizacyjna (anestetyczna)	40
1.10.4. Depresja hipochondryczna	41
1.10.5. Depresja anankastyczna	41
1.10.6. Uporczywe zaburzenie depresyjne (PDD)	41
1.10.7. Krótkotrwała nawracająca depresja (RBD)	44
1.10.8. Depresja złożona/kombinowana	46
1.10.9. Depresja mieszana (z cechami mieszanymi)	46
1.10.10. Depresja psychotyczna	50
1.10.11. Depresja z napadami złości	52
1.10.12. Depresja maskowana	53
1.10.13. Zaburzenie depresyjno-lękowe mieszane (depresja lękowa)	56
1.10.14. Depresja sezonowa	58
1.11. Pytania przesiewowe w kierunku depresji (PHQ-2)	59

1.12. Wybrane skale oceny nasilenia depresji i objawów/ problemów towarzyszących	60
2. Przeprowadzenie rzetelnej diagnostyki różnicowej zaburzeń i objawów depresyjnych	67
2.1. Objawy i zaburzenia depresyjne w klasyfikacjach ICD	67
2.1.1. ICD-10	67
2.1.2. ICD-11	69
2.2. Cechy epizodu depresyjnego, które mogą wskazywać na ChAD	72
2.3. Markerowe cechy ChAD	73
2.4. Jednostki zaliczane do spektrum zaburzeń dwubiegunowych	74
2.5. Kryteria Ghaemiego dotyczące zaburzenia typu spektrum ChAD	75
2.6. Wybrane narzędzia służące do przesiewowego wykrywania spektrum ChAD u pacjentów z diagnozą depresji lub depresji nawracającej	76
2.7. Różnicowanie ChAD typu II i zaburzeń osobowości typu <i>borderline</i>	77
2.7.1. Aspekt obrazu klinicznego i wywiadu w ChAD i osobowości typu <i>borderline</i>	77
2.8. Różnicowanie ChAD i ADHD	80
2.8.1. Aspekt obrazu klinicznego i wywiadu w ChAD i ADHD ...	80
3. Ocena ryzyka samobójstwa	83
3.1. Najważniejsze czynniki ryzyka zachowań samobójczych w przebiegu depresji	83
3.2. Ocena ryzyka samobójczego na podstawie MINI	84
3.3. Zespół presuicydalny wg Erwina Ringela	84
3.3.1. Elementy zespołu presuicydalnego	85
3.4. Zaburzenie związane z zachowaniami samobójczymi (SBD) a niesuicydalne samookaleczenia (NSSI) wg DSM-5	86
3.4.1. Zaburzenie związane z zachowaniami samobójczymi (SBD) wg DSM-5	86
3.4.2. Niesuicydalne samookaleczenia (NSSI) wg DSM-5	87
3.5. Różnicowanie zachowań samobójczych i NSSI wg Halickiej i Kiejny (2017)	88

3.6. Skala SAD PERSONS w ocenie ryzyka samobójczego	89
3.6.1. Skala SAD PERSONS – punktacja	90
3.6.2. Zmodyfikowana skala SAD PERSONS	91
3.7. Leczenie przeciwdepresyjne a ryzyko samobójcze	92
3.7.1. LPD a ryzyko samobójcze u dorosłych	92
3.7.2. LPD a ryzyko samobójcze u pacjentów małoletnich	93
3.7.3. Możliwe przyczyny eskalacji myśli lub zachowań samobójczych w przebiegu stosowania LPD	94
3.7.4. Leki i inne interwencje biologiczne a efekt antysamobójczy	96
3.8. Inne leki i ryzyko zachowań samobójczych	96
3.9. Niebezpieczne mity na temat samobójstwa na podst. Dudek 2010	97
4. Rozpoznanie i leczenie współistniejących chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych	99
4.1. Wybrane zmiany biologiczne, które towarzyszą depresji i mogą mieć wspólne elementy z patofizjologią chorób somatycznych oraz wpływać na stan ogólnomedyczny pacjenta	104
4.2. Możliwe przyczyny stanów depresyjnych lub nawrotu/zaostżenia depresji w przebiegu chorób afektywnych	105
4.2.1. Choroby i czynniki ogólnomedyczne, które mogą być przyczyną stanów depresyjnych lub nawrotu/zaostżenia depresji w przebiegu zaburzeń afektywnych	105
4.2.2. Leki i substancje, które mogą być przyczyną stanów depresyjnych lub nawrotu/zaostżenia depresji w przebiegu zaburzeń afektywnych	107
5. Ocena ryzyka interakcji	111
5.1. Interakcje leków przeciwdepresyjnych na poziomie jamy ustnej i wchłaniania z przewodu pokarmowego	112
5.2. Leki przeciwdepresyjne – ich metabolizm wątrobowy oraz ryzyko wpływu na metabolizm innych leków przez hamowanie CYP450	113
5.3. Aktywność izoenzymów CYP450 a wiek pacjenta	116
5.4. Wybrane leki i inne substancje hamujące aktywność izoenzymów CYP 1A2 i 2D6	117

5.5. Wybrane leki i inne substancje hamujące aktywność izoenzymu CYP 3A4	120
5.6. Wybrane leki i inne substancje hamujące aktywność izoenzymów CYP 2C9 i 2C19	121
5.7. Najważniejsze leki hamujące izoenzym CYP 2B6	123
5.8. Najważniejsze induktory CYP450	123
5.9. Wpływ wybranych składników pokarmowych na metabolizm wybranych izoenzymów CYP450	128
5.10. Wpływ wybranych roślin lub fitoceutyków na metabolizm i/lub transport leków	129
5.11. Wpływ substancji pochodzących z konopi indyjskich na aktywność enzymów metabolizujących leki	132
5.12. Leki przeciwdepresyjne a kwestia interakcji na poziomie glikoproteiny P	132
5.12.1. Leki przeciwdepresyjne jako substraty i/lub inhibitory glikoproteiny P	134
5.12.2. Inne leki psychotropowe jako substraty oraz inhibitory glikoproteiny P	135
5.12.3. Wybrane leki (inne niż psychotropowe) znacząco modyfikujące aktywność glikoproteiny P lub będące jej substratami	135
5.12.4. Rośliny i substancje roślinopochodne jako modyfikatory aktywności glikoproteiny P	137
5.13. Wybrane interakcje leków przeciwdepresyjnych z lekami internistycznymi	137
5.14. Najważniejsze interakcje litu	143
6. Budowanie relacji terapeutycznej	145
6.1. Podstawowe informacje dla chorego przed rozpoczęciem leczenia	145
7. Wybór optymalnej i adekwatnej metody leczenia	147
7.1. Czynniki wpływające na dobór leku przeciwdepresyjnego	148
7.2. Mechanizmy działania leków przeciwdepresyjnych	151
7.3. Potencjalne efekty poszczególnych mechanizmów farmakodynamicznych	154
7.4. Dawkozależność właściwości farmakodynamicznych leków przeciwdepresyjnych	159

7.5. Dawkowanie leków przeciwdepresyjnych	160
7.5.1. Czynniki wpływające na dawkowanie LPD niezależnie od zaleceń wynikających z ChPL	160
7.5.2. Dawkowanie LPD wg ChPL	161
7.6. Parametry farmakokinetyczne a dobór i tolerancja leku przeciwdepresyjnego	169
7.6.1. Definicje parametrów oraz ich znaczenie kliniczne	169
7.6.2. T_{max} i $T_{1/2}$ poszczególnych leków przeciwdepresyjnych u osób dorosłych	170
7.7. Bezpieczeństwo stosowania leków przeciwdepresyjnych w chorobach somatycznych	173
7.8. Wpływ leków przeciwdepresyjnych na składowe zespołu metabolicznego (ZM)	176
7.9. Dopasowanie leków przeciwdepresyjnych do profilu klinicznego depresji	178
7.10. Dopasowanie leku przeciwdepresyjnego a farmakokinetyka leku	180
7.11. Skuteczność koanalgetyczna leków przeciwdepresyjnych	181
7.12. Skuteczność leków przeciwdepresyjnych w leczeniu zaburzeń lękowych	184
7.13. Skuteczność leków przeciwdepresyjnych w leczeniu epizodu depresji z nasilonymi objawami lękowymi lub współwystępującym zaburzeniem lękowym	185
7.14. Efektywność poszczególnych LPD w depresji z nasilonymi objawami lękowymi – wybrane badania	185
7.14.1. SSRI w depresji z nasilonymi objawami lękowymi	185
7.14.2. Wenlafaksyna w depresji z nasilonymi objawami lękowymi	187
7.14.3. Duloksetyna w depresji z nasilonymi objawami lękowymi	188
7.14.4. Wортиoksetyna w depresji z nasilonymi objawami lękowymi	189
7.14.5. Mirtazapina w depresji z nasilonymi objawami lękowymi	191
7.14.6. Trazodon w depresji z nasilonymi objawami lękowymi	192

7.15. Leki przeciwdepresyjne a leczenie świądu i objawów towarzyszących świądowi	193
7.16. Terapia elektrowstrząsowa (EW) w depresji	196
7.16.1. Mechanizm działania EW	196
7.16.2. Skuteczność EW	196
7.16.3. Trwałość efektu EW	197
7.16.4. Bezpieczeństwo – działania niepożądane EW	197
7.16.5. Wskazania do EW w zaburzeniach afektywnych	200
7.16.6. Przeciwwskazania do EW	201
7.17. Przeczaskowa stymulacja magnetyczna (TMS) w leczeniu depresji	201
7.17.1. Najważniejsze pojęcia związane z TMS	201
7.17.2. Działania niepożądane TMS	203
7.17.3. Wskazania i przeciwwskazania do rTMS w depresji	203
7.17.4. Najnowsze metaanalizy i przeglądy dotyczące skuteczności rTMS	204
7.18. Rola psychoterapii w leczeniu depresji	207
7.18.1. Wyniki metaanaliz dotyczących zastosowania psychoterapii u pacjentów z depresją	208
7.19. Nutraceutyki i fitoceutyki a terapia depresji	210
7.19.1. Rekomendacje WFSBP i CANMAT z 2022 r. dotyczące zastosowania fito- i nutraceutyków w leczeniu depresji	211
7.19.2. Popularne fitoceutyki niewymienione w rekomendacjach	213
7.19.3. Omega-3 FFA w terapii depresji	214
7.20. Inne techniki niefarmakologiczne oraz interwencje związane ze zmianą stylu życia jako forma terapii uzupełniającej w leczeniu depresji	216
7.20.1. Potencjał pro- i antyzapalny diety oraz działanie antyoksydacyjne	221
8. Monitorowanie tolerancji, działań niepożądanych i ryzyka powikłań	223
8.1. Ryzyko odstawienia leku przeciwdepresyjnego z powodu działań niepożądanych – wyniki wybranych metaanaliz	223

8.2. Ryzyko występowania wybranych działań niepożądanych	228
8.3. Ryzyko występowania żołądkowo-jelitowych działań niepożądanych związane ze stosowaniem LPD	230
8.4. Ryzyko senności i bezsenności po lekach przeciwdepresyjnych	232
8.4.1. Ryzyko senności po LPD	232
8.4.2. Ryzyko bezsenności po LPD	232
8.5. Postępowanie w przypadku zaburzeń snu towarzyszących terapii SSRI/SNRI	232
8.5.1. Leczenie skojarzone – dołączenie innego preparatu w celu redukcji działania niepożądanego	232
8.5.2. Zamiana na inny LPD o podobnym do SSRI/SNRI profilu klinicznym – niepowodujący zaburzeń snu	234
8.6. Postępowanie w przypadku zaburzeń seksualnych po lekach przeciwdepresyjnych	235
8.7. Ból jako działanie niepożądane leczenia przeciwdepresyjnego	237
8.8. Dermatologiczne działania niepożądane i powikłania leczenia przeciwdepresyjnego	239
8.9. Zaburzenia ruchowe jako działanie niepożądane leków przeciwdepresyjnych	240
8.9.1. Ogólna charakterystyka	240
8.9.2. Objawy zaburzeń ruchowych po lekach przeciwdepresyjnych	241
8.9.3. Postępowanie w przypadku zaburzeń ruchowych	242
8.10. Wybrane zaburzenia hematologiczne jako działanie niepożądane i powikłania LPD	243
8.11. Anhedonia polekowa	244
8.12. Zespoły z odstawienia leków przeciwdepresyjnych	245
8.12.1. Charakterystyka	245
8.12.2. Etiologia	246
8.12.3. Objawy zespołów z odstawienia LPD	247
8.12.4. Mnemotechniczna reguła „FINISH”	248
8.12.5. Charakterystyczne cechy objawów z odstawienia w poszczególnych grupach LPD	248
8.12.6. Przewlekłe objawy indukowane odstawieniem LPD ...	249

8.12.7. Leczenie zespołów z odstawienia LPD	249
8.12.8. Inwentarz DESS – narzędzie do oceny obecności i nasilenia objawów zespołu z odstawienia LPD na podst. Cubala i wsp. 2013	250
8.13. Hiponatremia	250
8.13.1. Ogólna charakterystyka	250
8.13.2. Objawy kliniczne hiponatremii	251
8.13.3. Przyczyny hiponatremii	252
8.13.4. Podział hiponatremii	254
8.13.5. LPD a ryzyko hiponatremii	254
8.13.6. Czynniki ryzyka rozwoju hiponatremii w przebiegu leczenia LPD	254
8.13.7. Leczenie hiponatremii wyindukowanej LPD	255
8.14. Powikłania krwotoczne po lekach przeciwdepresyjnych	256
8.14.1. Mechanizm powstawania.....	256
8.14.2. Konsekwencje upośledzenia zdolności płytek do agregacji po LPD	256
8.14.3. Czynniki ryzyka powikłań krwotocznych po LPD	257
8.14.4. Postępowanie w przypadku kumulacji czynników ryzyka lub wystąpienia powikłań krwotocznych po LPD	258
8.15. Zespół serotoninowy	259
8.15.1. Ogólna charakterystyka	259
8.15.2. Obraz kliniczny i ewolucja objawów	260
8.15.3. Kryteria rozpoznania zespołu serotoninowego wg Sternbacha	261
8.15.4. Kryteria rozpoznania zespołu serotoninowego wg Huntera	261
8.15.5. Kryteria rozpoznania zespołu serotoninowego wg Radomskiego	262
8.15.6. Różnicowanie zespołu serotoninowego z innymi poważnymi powikłaniami o podobnym obrazie klinicznym	262
8.15.7. Leczenie zespołu serotoninowego	263
8.15.8. Leki zwiększające przekąźnictwo serotoninergiczne... ..	264
8.16. Zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej	266

8.17. Polekowe uszkodzenia wątroby	267
8.17.1. Charakterystyka ogólna	267
8.17.2. Wybrane leki, których stosowanie może się wiązać z występowaniem cech polekowego uszkodzenia wątroby	268
8.17.3. Leczenie/postępowanie	269
8.18. Czynniki ryzyka wydłużenia odstępu QT w zapisie EKG	269
8.18.1. Leki, które mogą wydłużać odstęp QT	270
8.19. Leki przeciwdepresyjne a ryzyko hiperprolaktynemii	271
8.19.1. Objawy hiperprolaktynemii	271
8.19.2. Fizjologiczne przyczyny hiperprolaktynemii	271
8.19.3. Hiperprolaktynemia związana z LPD	272
8.19.4. Inne farmakologiczne potencjalne przyczyny hiperprolaktynemii	272
8.19.5. Choroby somatyczne wiążące się z ryzykiem hiperprolaktynemii	273
8.19.6. Postępowanie w przypadku hiperprolaktynemii	273
8.20. Kryza nadciśnieniowa jako efekt interakcji inhibitorów monoaminooksydazy z jedzeniem	274
8.20.1. Geneza	274
8.20.2. Środki ostrożności związane ze spożywaniem jedzenia, które mają na celu minimalizowanie ryzyka interakcji IMAO z tyraminą	275
8.20.3. Lista produktów o znacznej zawartości tyraminy niosącej ryzyko interakcji	276
8.21. Priapizm jako rzadkie powikłanie leczenia przeciwdepresyjnego	279
8.21.1. Podtypy priapizmu	280
8.21.2. Czynniki ryzyka priapizmu	280
9. Monitorowanie efektywności leczenia i zasady postępowania w przypadku efektywności nieoptymalnej	283
9.1. Szybkość i jakość efektu terapeutycznego a dalsze strategie leczenia	283
9.1.1. Czas od włączenia LPD a odpowiedź terapeutyczna	284
9.1.2. Najważniejsze czynniki ryzyka lekooporności lub niewystarczającej odpowiedzi na leczenie	284

9.2. Reguła ABCD – wykluczenie lekooporności rzekomej	285
9.3. Reguła SACO – postępowanie po wykluczeniu rzekomego braku odpowiedzi na leczenie / rzekomej lekooporności	286
9.4. Strategie optymalizacji leczenia przeciwdepresyjnego.	287
9.4.1. Zwiększenie dawki	287
9.4.2. Zamiana na inny lek przeciwdepresyjny	288
9.5. Augmentacja – różne opcje	289
9.5.1. Strategie o najlepiej udokumentowanej skuteczności	289
9.5.2. Augmentacja – strategie potencjalnie przydatne	290
9.5.3. Augmentacja – strategie wymagające dalszych badań	291
9.6. Łączenie leków przeciwdepresyjnych w celu potencjalizacji – wybrane strategie	292
10. Odpowiedni czas terapii	295
10.1. Optymalny czas terapii depresji – schemat	295

DODATKI

A. Leczenie depresji w chorobie afektywnej dwubiegunowej	297
A.1. Klasyfikacja leków normotymicznych (LN) wg Rybakowskiego	301
A.2. Ogólna charakterystyka poszczególnych leków normotymicznych (LN)	301
A.2.1. Charakterystyka kliniczna LN na podst. Rybakowski 2023 i Rybakowski 2022, zmodyfikowane	301
A.2.2. Polskie rejestracje LN w chorobach afektywnych	311
A.2.3. Właściwości farmakokinetyczne i farmakodynamiczne leków przeciwpsychotycznych (LPP) stosowanych jako LN na podst. Siwek i Wojtasik-Bakalarz 2022, zmodyfikowane ...	313
A.2.4. Efekty kliniczne wynikające z mechanizmów farmakodynamicznych LPP.	317
A.2.5. Właściwości farmakokinetyczne i farmakodynamiczne litu oraz leków przeciwpadaczkowych stosowanych w roli LN w ChAD	318

A.3. Bezpieczeństwo leków normotymicznych w przypadku współwystępowania chorób somatycznych lub innych szczególnych sytuacji klinicznych	324
A.4. Rekomendacje CANMAT z 2018 r. dotyczące leczenia i zapobiegania depresji dwubiegunowej	327
A.4.1. Zalecenia ogólne	327
A.4.2. Kryteria poziomu dowodów	327
A.4.3. ChAD typu I – rekomendacje dotyczące poszczególnych strategii farmakoterapeutycznych	328
A.4.4. ChAD typu II – rekomendacje dotyczące poszczególnych strategii farmakoterapeutycznych	330
A.4.5. Informacje dotyczące leczenia <i>rapid cycling</i> (RC)	332
A.5. Rekomendacje CINP	332
A.5.1. Rekomendacje CINP z 2017 r. dotyczące strategii leczenia depresji dwubiegunowej	332
A.5.2. Rekomendacje CINP z 2017 r. – dodatkowe informacje	334
A.5.3. Rekomendacje CINP z 2020 r. dotyczące strategii leczenia lekoopornej depresji dwubiegunowej	335
A.5.4. Kryteria EBM rekomendacji CINP	337
A.6. Rekomendacje BAP	338
A.6.1. Rekomendacje BAP z 2016 r. dotyczące leczenia depresji dwubiegunowej	338
A.6.2. Poziomy rekomendacji leczenia na podstawie dowodów naukowych stosowane przez BAP w oparciu o GRADE	340
A.7. Wybór najnowszych metaanaliz i/lub przeglądów systematycznych (lata 2019–2023) dotyczących skuteczności różnych strategii farmakoterapeutycznych w leczeniu depresji dwubiegunowej	341
A.7.1. Porównanie skuteczności różnych leków	341
A.7.2. Farmakoterapia za pomocą monoterapii LN, kombinacji LN lub LN + LPD	344
A.7.3. Farmakoterapia za pomocą LN i innych substancji, niebędących LN lub LPD	349
A.7.4. LN i metody niefarmakologiczne	353
A.8. Najnowsze definicje lekoopornej depresji dwubiegunowej	357

A.9. Miejsce leków przeciwdepresyjnych w leczeniu ChAD.	358
A.9.1. Skuteczność/efektywność LPD w depresji w ChAD	358
A.9.2. Ryzyko zmiany fazy po LPD	359
A.9.3. Ogólne wnioski dotyczące stosowania LPD w depresji dwubiegunowej	361
A.10. Dane dotyczące zastosowania najnowszych lub atypowych leków przeciwdepresyjnych w depresji dwubiegunowej	362
B. Przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne (PMDD)	365
B.1. Kryteria rozpoznania PMDD według ICD-11	365
B.2. Kryteria rozpoznania PMDD według DSM-5	366
B.3. PMDD a inne zaburzenia psychiczne i objawy psychopatologiczne	368
B.4. Leczenie PMDD – farmakoterapia	370
B.5. Leczenie PMDD – psychoterapia i zmiana stylu życia	373
B.6. PMDD a preparaty pochodzenia roślinnego, witaminy, suplementy	374
C. Kobiety w ciąży i karmiące piersią a leczenie depresji	377
C.1. Uwagi i zasady ogólne	377
C.2. Leki przeciwdepresyjne a płodność oraz przebieg ciąży i porodu	382
C.3. Kryteria i kategorie FDA bezpieczeństwa stosowania leków przeciwdepresyjnych w ciąży	388
C.4. Kryteria i kategorie ADEC bezpieczeństwa stosowania leków przeciwdepresyjnych w ciąży	388
C.5. Leki przeciwdepresyjne a karmienie piersią	389
C.6. Kryteria bezpieczeństwa stosowania leków w trakcie karmienia piersią (Hale's Lactation Risk Category)	392
C.7. Leki uspokajające i nasenne a bezpieczeństwo w ciąży i podczas karmienia piersią	394
C.8. Leki przeciwpsychotyczne i normotymiczne a bezpieczeństwo w ciąży i w trakcie karmienia	395
C.9. Psychofarmakoterapia a płodność	396
C.9.1. Wpływ LPD, LN i innych leków psychotropowych na płodność – wyniki badań u ludzi	396

D. Depresja i inne poporodowe zaburzenia nastroju	397
D.1. Obraz kliniczny depresji poporodowej	397
D.2. Czynniki ryzyka depresji poporodowej	399
D.3. Negatywne konsekwencje nieleczonej/chronicznej depresji poporodowej wykazane w badaniach naukowych	400
D.3.1. Konsekwencje u matki	400
D.3.2. Konsekwencje u dziecka	401
D.4. Czynniki protekcyjne i profilaktyka depresji poporodowej	402
D.5. Depresja poporodowa a ryzyko dwubiegunowości	404
D.6. Leczenie depresji poporodowej	405
D.7. Inne zaburzenia nastroju związane z porodem	406
D.7.1. Smutek poporodowy (MB)	406
D.7.2. Hipomania poporodowa (HP)	407
D.7.3. Psychoza poporodowa (PP)	408
E. Depresja w okresie okołomenopauzalnym	411
E.1. Czynniki ryzyka depresji związanej z menopauzą	412
E.2. Cechy charakterystyczne obrazu zaburzeń nastroju w okresie okołomenopauzalnym	413
E.3. Dane EBM dotyczące skuteczności/efektywności terapii zaburzeń depresyjnych w okresie peri- i postmenopauzalnym	414
E.3.1. Leki przeciwdepresyjne (LPD)	414
E.3.2. Efektywność LPD a status hormonalny związany z menopauzą oraz HTZ	417
E.3.3. Terapie hormonalne	417
E.3.4. Psychoterapia	419
E.4. Dopasowanie profilu działania klinicznego i spektrum działań niepożądanych LPD do objawów/problemów menopauzalnych	420
F. Pacjent w wieku podeszłym i z depresją	421
F.1. Najważniejsze cechy i problemy kliniczne podlegające kumulacji u pacjenta geriatrycznego/ psychogeriatrycznego	422
F.2. Cechy charakterystyczne depresji w wieku podeszłym	424

F.3. Najczęstsze problemy z diagnozą depresji w wieku podeszłym i przyczyny jej nierozpoznawania	425
F.4. Zachowania, objawy i stany w medycynie somatycznej sugerujące obecność depresji u pacjenta w podeszłym wieku	426
F.5. Problem zaburzeń funkcji poznawczych w depresji w podeszłym wieku	426
F.6. Wpływ leków przeciwdepresyjnych na funkcje poznawcze u pacjentów bez otępienia – wyniki najważniejszych badań	428
F.7. Przyłóżkowe badanie funkcji poznawczych przez lekarza u pacjenta z depresją wieku podeszłego	429
F.8. Wybrane metaanalizy badań RCT dotyczących skuteczności leków przeciwdepresyjnych u pacjentów w podeszłym wieku	430
F.9. Przyczyny obniżonej skuteczności leków przeciwdepresyjnych oraz większego ryzyka działań niepożądanych i powikłań u osób w wieku podeszłym	432
F.10. Najważniejsze zasady farmakoterapii depresji u pacjentów w podeszłym wieku	433
F.11. Wady i ryzyko związane ze stosowaniem leków przeciwpsychotycznych w populacji geriatrycznej	436
F.12. Wady stosowania benzodiazepin i Z-leków w populacji geriatrycznej i ryzyko z nim związane	438
F.13. Depresja w otępieniach	438
F.14. Najnowsze metaanalizy badań skuteczności LPD w depresji w otępieniach	440
F.15. Wyniki pojedynczych pozytywnych badań, w których stosowano leki przeciwdepresyjne u pacjentów z diagnozą otępienia	441
F.16. Zaburzenia behawioralne w przebiegu otępienia (BPSD)	443
F.16.1. Ogólna charakterystyka BPSD	443
F.16.2. Najważniejsze przyczyny BPSD	444
F.16.3. Postępowanie w BPSD	444
F.16.4. Zastosowanie metod nefarmakologicznych w leczeniu BPSD	444
F.16.5. Leczenie farmakologiczne BPSD	446



F.17. Depresja poudarowa (PSD)	447
F.17.1. Charakterystyka ogólna / epidemiologia	447
F.17.2. Obraz kliniczny i rozpoznanie PSD	448
F.17.3. Czynniki ryzyka PSD	449
F.17.4. Leczenie i profilaktyka PSD	450
F.17.5. Wyniki najnowszych metaanaliz dotyczących leczenia PSD	451
F.17.6. Stan wiedzy na temat efektywności LPD nieujmowanych w metaanalizach w leczeniu PSD	453
F.18. Zaburzenia psychiczne po udarze, których objawy mogą pokrywać się z objawami PSD	454
F.18.1. Lęk poudarowy (PSA)	454
F.18.2. Reakcja katastroficzna	454
F.18.3. Afekt patologiczny (afekt rzekomoopuszkowy, PBA)	455
F.18.4. Apatia poudarowa	456
F.18.5. Kryteria rozpoznawania apatii w zaburzeniach neuropoznawczych wg Roberta i wsp. 2018	457
F.18.6. Delirium hipoaktywne	459
F.18.7. Zaburzenia adaptacyjne	459
F.19. Zioła i preparaty roślinne stwarzające zwiększone ryzyko interakcji u pacjentów w podeszłym wieku	460
G. Pacjent z chorobą nowotworową i depresją	463
G.1. Różne grupy pacjentów z chorobą nowotworową i związana z tym problematyka mająca istotne znaczenie dla rozwoju depresji i lęku	465
G.2. Negatywny wpływ depresji i/lub objawów depresyjnych na efekty leczenia i przebieg choroby nowotworowej	466
G.3. Możliwe przyczyny negatywnego wpływu depresji na leczenie i przebieg nowotworu	466
G.4. Przyczyny zaburzeń depresyjnych i/lub lękowych w chorobach nowotworowych	467
G.4.1. Wynikające z nowotworu	467
G.4.2. Wynikające z leczenia onkologicznego	468
G.5. Leki stosowane w leczeniu nowotworów najczęściej opisywane jako przyczyna indukcji objawów depresyjnych	470

G.6. Zespoły wyindukowane przez leczenie nowotworu, których objawy częściowo pokrywają się z objawami depresji	471
G.6.1. Upośledzenie funkcji poznawczych wyindukowane przez leczenie nowotworu (CRCl)	471
G.6.2. Męczliwość	473
G.6.3. Nakładanie się różnych obszarów objawowych oraz dodatnie sprzężenie zwrotne pomiędzy nimi u pacjenta leczonego onkologicznie	474
H. Depresja u pacjenta objętego opieką paliatywną	475
H.1. Depresja u pacjenta objętego opieką paliatywną – konsekwencje kliniczne	476
H.2. Obraz depresji oraz jej rozpoznawanie u pacjenta objętego opieką paliatywną	476
H.2.1. Nakładanie się objawów depresji w opiece paliatywnej	477
H.3. Sytuacje kliniczne i jednostki, z którymi należy różnicować depresję w opiece paliatywnej	478
H.4. Leczenie depresji u pacjenta objętego opieką paliatywną	481
H.4.1. Leki pozwalające na szybkie uzyskanie wybranych efektów klinicznych	481
H.4.2. Leki, których zastosowanie można rozważyć u pacjenta z dłuższym przewidywanym czasem przeżycia	483
H.4.3. Leki niewskazane w leczeniu depresji u pacjenta objętego opieką paliatywną	484
H.4.4. Inne czynniki wpływające na redukcję objawów depresji u pacjenta w opiece paliatywnej	484
H.5. Sedacja u pacjenta w opiece paliatywnej	485
H.5.1. Leki stosowane w sedacji w opiece paliatywnej	485
I. Pacjent z bólem i depresją	487
I.1. Rozpowszechnienie objawów i zespołów depresyjnych, lękowych oraz innych zaburzeń psychicznych w zespołach związanych z chronicznym bólem	488
I.2. Objawy bólowe w obrazie klinicznym depresji	489
I.3. Wpływ depresji na przebieg i leczenie zespołów bólowych	490

I.4. Wpływ bólu na przebieg i leczenie depresji	490
I.5. Bezsenność a objawy bólowe	491
I.6. Błędne koło lęku i bólu	492
I.7. Wspólna patofizjologia depresji i bólu	492
I.8. Zespół ból–bezsenność–lęk–depresja (BBLD)	494
I.9. Psychofarmakoterapia u pacjenta z chronicznym bólem – ogólne zasady	494
I.10. Najważniejsze narzędzia służące do oceny bólu	496
J. Pacjent z depresją i bólami głowy	499
J.1. Najważniejsze postaci pierwotnych bólów głowy	499
J.1.1. Migrena	499
J.1.2. Ból głowy typu napięciowego	502
J.1.3. Neuralgia trójdzielną	502
J.1.4. Klasterowy ból głowy	503
J.1.5. Hemikrania	503
J.2. Objawowe bóle głowy	504
J.2.1. Przyczyny	504
J.2.2. Ból głowy związany z nadużywaniem leków (MOH)	505
J.2.3. Cechy kliniczne wskazujące na objawowy charakter bólu głowy	506
J.3. Depresja i migrena – wzajemne powiązania	506
J.4. Leki stosowane w terapii bólów głowy a potencjalne ryzyko interakcji z LPD oraz indukcji objawów depresji	508
J.4.1. Paracetamol i wybrane NLPZ	508
J.4.2. Tryptany	509
J.4.3. Inne leki	510
K. Leczenie depresji u pacjenta z diagnozą padaczki	513
K.1. Podział zaburzeń psychicznych występujących w padaczce w zależności od ich podstawowej genezy	515
K.2. Cechy charakterystyczne depresji w padaczce	516
K.3. Wpływ depresji na przebieg i leczenie padaczki	516
K.4. Opisywane w padaczce zespoły zaburzeń nastroju, które nie spełniają kryteriów typowych zaburzeń nastroju i/lub zaburzeń lękowych wg ICD-10 lub DSM-5	517
K.5. Podstawowe zasady leczenia depresji w padaczce	518

K.6. Potencjalny pozytywny i/lub negatywny wpływ leków przeciwpadaczkowych na stan psychiczny	518
K.7. Leki przeciwdepresyjne a ryzyko drgawek i ryzyko powikłań w padaczce	523
K.8. Inne leki psychotropowe a ryzyko powikłań drgawkowych w padaczce	526
K.9. Czynniki związane z podwyższonym ryzykiem drgawek i obniżeniem progu drgawkowego	526
L. Pacjent z depresją i otyłością	529
L.1. Normy BMI i kodowanie otyłości w klasyfikacji ICD-11	530
L.2. Kryteria zespołu metabolicznego wg wspólnego stanowiska IDF, NHLBI, AHA, WHF i IASO	530
L.3. Depresja i otyłość – zależność dwukierunkowa	531
L.4. Czynniki odpowiedzialne za zwiększone ryzyko otyłości i zespołu metabolicznego w zaburzeniach afektywnych	532
L.5. Objawy depresji jako czynniki sprzyjające wzrostowi masy ciała	533
L.6. Medyczne konsekwencje otyłości wchodzące w interferencję z leczeniem depresji	534
L.7. Zaburzenie objadania się (BED)	536
L.7.1. Ogólna charakterystyka i epidemiologia BED	536
L.7.2. Kryteria rozpoznawania BED wg ICD-11	537
L.7.3. Leczenie BED	539
L.8. Bulimia psychiczna (BN)	540
L.8.1. Ogólna charakterystyka i epidemiologia	540
L.8.2. Kryteria ICD-11 rozpoznania BN	541
L.8.3. Leczenie BN	543
L.9. Zespół jedzenia nocnego (NES)	543
L.9.1. Ogólna charakterystyka	543
L.9.2. Kryteria rozpoznawania NES wg International NES Working Group (Allison i wsp. 2010)	544
L.9.3. Leczenie	544
L.10. Zaburzenie jedzenia związane ze snem (SRED)	545
L.10.1. Charakterystyka ogólna i epidemiologia	545
L.10.2. Kryteria rozpoznawania wg American Academy of Sleep Medicine	545

L.10.3. Leki, w przypadku których raportowano przypadki SRED	546
L.10.4. Leczenie SRED	546
L.11. Mechanizmy farmakodynamiczne LPD i LPP a ryzyko wzrostu apetytu i generowania zaburzeń metabolicznych	547
L.12. Ryzyko wzrostu masy ciała i zaburzeń metabolicznych związane ze stosowaniem leków psychotropowych i wybranych leków niepsychiatrycznych	549
L.12.1. Właściwości farmakodynamiczne LPP a ryzyko wzrostu masy ciała	549
L.12.2. Leki normotymiczne (LN) a ryzyko wzrostu masy ciała i zaburzeń metabolicznych (ZMs)	550
L.12.3. Leki stosowane jako wspomagające w leczeniu depresji związane z istotnym ryzykiem wzrostu masy ciała	551
L.12.4. Leki niepsychiatryczne często wiązane ze wzrostem masy ciała	552
L.13. Leczenie depresji u pacjenta z otyłością lub narastaniem masy ciała i zaburzeń metabolicznych w przebiegu farmakoterapii	552
M. Depresja ze współwystępującym uzależnieniem od alkoholu	557
M.1. Mechanizmy działania etanolu i jego metabolitów w obrębie OUN	559
M.1.1. Bezpośrednie mechanizmy farmakodynamiczne działania etanolu na neurony	559
M.1.2. Wtórne działania i efekty etanolu	561
M.2. Potencjalne powikłania somatyczne patologicznego używania alkoholu	563
M.2.1. Ośrodkowy układ nerwowy	563
M.2.2. Wątroba	564
M.2.3. Przewód pokarmowy	565
M.2.4. Trzustka	566
M.2.5. Mięśnie	567
M.2.6. Nerwy obwodowe	569
M.2.7. Unerwienie trzewne	570
M.2.8. Tarczycza	571

M.2.9. Gospodarka hormonalna	572
M.2.10. Niedobory witamin D, B ₁ , B ₆ , B ₁₂ , kwasu foliowego, cynku i innych mikroelementów	573
M.2.11. Szpik kostny / krew	573
M.2.12. Układ odpornościowy	574
M.2.13. Karcinogeneza	575
M.2.14. Zaburzenia metaboliczne	576
M.2.15. Rytmu dobowe	577
M.2.16. Układ krążenia	577
M.2.17. Tkanka kostna	578
M.3. Nadużywanie alkoholu a przebieg depresji	579
M.4. Różne aspekty interakcji leków przeciwdepresyjnych z alkoholem	579
M.4.1. Aspekty ogólne	579
M.4.2. Dane szczegółowe dotyczące zbadanych/opisanych do tej pory interakcji LPD z alkoholem	582
M.4.3. Inne leki stosowane w psychiatrii a interakcje z alkoholem	585
M.5. Skuteczność LPD i LN w leczeniu pacjentów z depresją i współwystępującym uzależnieniem od alkoholu	586
M.5.1. Wybrane leki przeciwdepresyjne (LPD)	587
M.5.2. Leki normotymiczne (LN)	589
M.6. Leki stosowane w farmakologicznym wspomaganiu leczenia uzależnienia od alkoholu – ogólna charakterystyka ..	592
M.7. Bezpieczeństwo leków stosowanych w uzależnieniu od alkoholu a stan somatyczny pacjenta	597
M.8. Kryteria zaburzeń stanowiących patologiczne używanie alkoholu	598
M.8.1. Kryteria DSM-5	598
M.8.2. Kryteria ICD-11	599
Piśmiennictwo	603