

Tomasz Jastrun  
Sławomir Murawiec



Jak przeżyć  
**DEPRESJĘ**



**A**by dotrzeć do jak największej liczby ludzi, którzy mieli, mają lub będą mieć depresję, i do ich bliskich, przyjęliśmy formę swobodnej i luźnej rozmowy. To jest nie tylko dialog lekarza z pacjentem, ale też człowieka, który wie, czym jest depresja nie tylko od pacjentów, z pisarzem, który o depresji pisze, traktując tę twórczość jako autoterapię, a chce też dać świadectwo, by pomóc innym.

Tomasz Jastrun,  
dr Sławomir Murawiec

## ▶ Czym jest depresja?

**TOMASZ JASTRUN:** Depresja to choroba umysłu i ciała człowieka. Jest niezwykła w swoich formach, też w monstualnej skali cierpienia. To jedna z tych kondycji psychicznych, które nie zabierają samoświadomości, a czasami nawet ją wyostrzają...

Depresja, zwana kiedyś łagodnie melancholią, nigdy nie była łagodna. A staje się tak powszechna, że gdyby była chorobą zakaźną (na szczęście nie jest), to moglibyśmy mówić o epidemii.

**SŁAWOMIR MURAWIEC:** Dla milionów ludzi depresja jest częścią codziennego życia. Dla moich pacjentów bywa wieloletnią towarzyszką zmagani podejmowanych każdego dnia, stałym, niechcianym gościem, który czeka każdego poranka, aż otworzą oni oczy, by towarzyszyć im do nocy. Bywa smolistą mazią niemożności, która hamuje bieg świata i codziennej aktywności w taki sposób, że każda czynność jest niezwykle trudna i czasochłonna, że trudno się jej podjąć.

Depresja przesyca każdą chwilę doznaniem smutku, obojętności, bólu psychicznego, czasami i fizycznego, spowalnia każde działanie, odbiera barwy świata, a ludziom przyjemność istnienia, zabiera sen, często daje w zamian niepokój, lęk i zmartwienie.

**T.J.:** Warto wiedzieć, że każda depresja jest podobna do pozostałych i zarazem różna jak odciski palców. Jej nawroty mogą być odmienne nawet u tej samej osoby. Są jednak w depresji pewne wspólne cechy, jak podobne są opuszki palców każdego człowieka, ale kształt odcisku każdego epizodu może być inny.

Spróbujemy w tej rozmowie dać narzędzia do jej diagnozy tym, którzy debiutują w depresji i nie wiedzą, co z nimi się dzieje. Depresja ma wiele przebrań i kamuflaży. To jednak lekarz wyda ostateczny werdykt i zaproponuje leczenie.

Ważne, że depresję leczy się coraz skuteczniej, czego ja sam jestem żywym przykładem.



**S.M.:** Definicja, nad którą się zastanawiamy, może być taka, jaką posługuję się na co dzień w pracy jako psychiatra. Na początku uprawiania tego zawodu przyswoiłem kryteria zespołu depresyjnego, zawarte w książkach ówczesnego wielkiego autorytetu w tej dziedzinie, profesora Stanisława Pużyńskiego. W codziennej pracy klinicznej to właśnie na ich podstawie rozpoznaję u moich pacjentów depresję. Obejmują one pięć grup objawów:

1. obniżenie nastroju – smutek, przygnębienie, czasami zubożenie, „dół psychiczny”, generalnie chodzi o przeżywanie smutku, rozpacz i przeżyć z nimi równoważnych;
2. anhedonia – zaprzeczenie hedonii, jest to utrata możliwości przeżywania jako przyjemne i satysfakcjonujące tego, co poprzednio dawało przyjemność i satysfakcję. Mogła to być poprzednio jazda na rowerze, sport albo książki, teatr, kino lub kontakt z bliskimi bądź też praca i płynąca z niej satysfakcja czy jeszcze coś innego. Jeśli ktoś doświadcza anhedonii, to przyjemność i satysfakcja zostają zmniejszone albo nie ma ich wcale;
3. obniżenie napędu – zmniejszenie albo brak takiego wewnętrznego motoru do działania, jakby silnik wewnątrz człowieka wysiadł, wszystko staje się zbyt trudne, zbyt niemożliwe do zrealizowania – zdaje się, że każda czynność przerasta nasze możliwości. Wiele osób mówi o swoim doświadczeniu, że najchętniej siedziałby beczynnie po prostu patrząc przed siebie, inni mówią „robię, bo muszę” o aktywności, np. o pracy, którą kontynuują, „ciągną z wysiłkiem”;
4. zaburzenia snu, rytmów dobowych i objawy cielesne – typowo jest to sen płytki, przerywany, niedający odpoczynku, z kilkoma wybudzeniami w ciągu nocy; osoba z depresją często zasypia dobrze wieczorem, ale w ciągu nocy budzi się kilkakrotnie, ostatecznie wybudzając się wcześniej niż zwykle; samopoczucie zazwyczaj rano jest gorsze, a wieczorem lepsze. Możliwy jest też inny wariant depresji z nadmiarem snu, który jest wtedy przedłużony, zajmuje więcej godzin w ciągu doby niż kiedyś. W depresji występują też różnego rodzaju objawy cielesne, np. bóle głowy, innych części ciała, zaburzenia miesiączkowania u kobiet, suchość w ustach;

5. lęk, napięcie, drażliwość. To może być stałe przeżywanie lęku, który może nie dotyczyć żadnej konkretnej sytuacji, jest wtedy bezprzedmiotowy, ale może też mieć związek z jakimiś bardzo konkretnymi sprawami. Może występować stałe poczucie napięcia psychicznego, a czasami też pacjenci zauważają fizyczne postaci napięcia mięśni. Osoby z depresją często skarżą się na drażliwość, drobne zdarzenia, sytuacje tak naprawdę bez znaczenia, które powodują rozdrażnienie, czasami wywołują złość; przejmujemy się nimi, drobiazgi dotykają, bolą, są niemożliwe do zniesienia.

Te objawy są typowe i konieczne, wiem to już z własnej praktyki psychiatry.

Trzeba jednak stanowczo zastrzec: ważna jest też skala dolegliwości. Nie jest depresją każda chandra, każdy smutek po niepowodzeniu, złe samopoczucie po kłótni, każdy ból utraty, każda żaloba i obawa o przyszłość. Depresja (dokładniej zespół depresyjny) to zespół współistniejących objawów, które tworzą spójną całość, kilka nierozłącznie scalających się ze sobą elementów. Elementy te zostały precyzyjnie opisane w literaturze medycznej i zobrazowane w literaturze pięknej. W kontekście depresji słowo „piękna” nie jest chyba odpowiednie, ale literatura to już Twoja dziedzina.

**T.J.:** Tak, depresja bywa przerażająca w swej skali. A daje tak wiele objawów, że można się pomylić. Proszę o kolejne lekarskie definicje, bo im więcej jako pacjenci dostaniemy wskazówek, tym lepiej.

**S.M.:** Mogę jeszcze zacytować jej kryteria z Międzynarodowej Klasyfikacji Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej, w której jest mowa o tym, że w depresji pacjent cierpi z powodu obniżonego nastroju, utraty zainteresowań i zdolności do cieszenia się, zmniejszenia energii prowadzącego do wzmożonej męczliwości i zmniejszonej aktywności. Często występują:

1. osłabienie koncentracji i uwagi,
2. niska samoocena i mała wiara w siebie,
3. poczucie winy i małej wartości,
4. pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości,
5. myśli i czyny samobójcze,
6. zaburzenia snu,
7. zmniejszony apetyt.

Obniżenie nastroju podlega małym wahaniom w zależności od dnia, a nawet w ciągu dnia, zwykle jest niezależne od bieżących wydarzeń. Do ustalenia rozpoznania epizodu depresyjnego niezbędne jest utrzymywanie się zaburzeń przez co najmniej dwa tygodnie.

W tej definicji zawiera się jeszcze kilka ważnych informacji. W depresji człowiek traci normalną zależność między tym, co się wydarza, a swoim nastrojem. Zazwyczaj cieszymy się, kiedy spotyka nas coś miłego, zaś martwimy, gdy zdarza się sytuacja przykra lub spotyka nas niepowodzenie. W depresji jest inaczej – dominuje smutek czasami niezależny i niewspółmierny z biegiem wydarzeń życia. Przypomina mi się Twój felieton opublikowany w miesięczniku „Zwierciadło”, gdzie podjąłeś się heroicznej próby pisania o depresji na wesoło. To ten fragment:

*(...) Zaczyna wydzwaniał komórka. Nie odbieram. Gwar za oknem, zerka-  
kam: tłum, dziennikarze, kamery. Wchodzi żona: „Dostałeś, kochany, Na-  
godę Nobla” – mówi. „Jeszcze tego brakowało! Dajcież wy mi wszyscy święty  
spokój, mam w dupie jakiegos Nobla. Nie mam siły, nie przyjmuję!” Zdałem  
test, jestem w klubie melancholii. Zamykam oczy, płynę po rzece smoły, każda  
sekunda boli. (...)*

TOMASZ JASTRUN, „MELANCHOLIA Z PÓLUŚMIECHEM”,

ZWIERCIADEŁO 2014, NR 2, S. 18.

**T.J.:** Kiedy minęła depresja byłem rzecz jasna wściekły na siebie.

**S.M.:** Dlaczego?

**T.J.:** Kiedy depresja mija, odzyskuje się trzeźwe i realistyczne widzenie siebie i świata. Jak na dłoni widać, jak strasznie przesadzaliśmy z naszymi lękami, a co zdawało się słoniem, jest teraz zaledwie mrówką. Przydałyby mi się teraz te pieniądze.

Tu muszę dodać, że pieniądze zaczynają być ważne w depresji, częste są ataki skąpstwa – to lęk przed światem. Nawet milioner nagle może czuć się nędzarzem.

Mówiłeś już o najważniejszych objawach. Mogę tylko powiedzieć – zgadza się. To, na co cierpiełem, to była na sto procent depresja. Powiedzmy teraz o innych objawach, mniejszych i niekoniecznych, bardzo jednak w depresji prawdopodobnych.

## Ostrzeżenia, znaki, geny...

**T.J.:** Depresję poprzedzają liczne ostrzeżenia, jakby znaki, że zbliża się tornado. Zwykle są one lekceważone, gdyż narastają stopniowo. Istnieje też pewien typ osobowości, który można określić jako depresyjny. To widać już u dziecka: mało się uśmiecha, wpada w smutek, zamyślenia. Pesymistyczne, mroczne widzenie jest dosyć częste u ludzi młodych, potem u dorosłych. Nie musi to przerodzić się w depresję, może być jednak sygnałem predyspozycji.

Innym czynnikiem ryzyka są częste przypadki depresji w rodzinie, czyli skłonności genetyczne. Widzę, jak uparcie błąkało się to po moim drzewie genealogicznym.

**S.M.:** Wiem, że Twoja mama cierpi na chorobę dwubiegunową.

**T.J.:** Tak. Chociaż ma już dziewięćdziesiąt lat, jest żywym przykładem tego, że leki nie skracają życia. W bliskiej rodzinie były dwa udane samobójstwa w bardzo młodym wieku, kilka depresji i nie tylko depresji. Sporo tego, za wiele. I widać, jak to „skacze” po gałęziach drzewa, jednak bez jakiegś żelaznej logiki.

**S.M.:** Z tymi genami sprawa nie jest prosta. Nie wolno myśleć: jest gen depresji u przodka i bach! – musi być depresja u potomka. To nie jest tak. Pierwszy epizod u Ciebie pojawił się, o ile pamiętam, w stanie wojennym, gdy ukrywałeś się przez rok.

**T.J.:** O tym kilka słów później, kiedy będziemy mówić o śnie. W czasie stanu wojennego na pewno zaczęły się moje dramatyczne problemy ze snem. Ale wtedy cała Polska miała depresję.

**S.M.:** Pewnie miałeś geny depresji po mamie, ale potrzebny był silny stres, wydarzenie, które nałożyło się na tę skłonność genetyczną i wtedy pojawiła się depresja. W ten sposób dzieje się w odniesieniu do wielu problemów leczonych przez psychiatrów. Nie ma tak, że po prostu oddziałują geny i występuje choroba. Geny działają w pewnym kontekście życia człowieka, jego doświadczeń, wydarzeń, które na niego spadają jak grom z jasnego nieba, i tych, za które sam jest odpowiedzialny poprzez swoje decyzje, słowa, zachowania. Zawsze jest więc tak: są geny plus środowisko i warunki życia oraz „ty” ze „swoimi myślami i emocjami”. I dopiero jak te trzy elementy się zbiegną w sposób niekorzystny, wtedy może pojawić się depresja.



**T.J.:** Co robić? Łatwo powiedzieć – nie narażać się na wielkie stresy. Często one spadają na nas same.

**S.M.:** Istnieją dwa rodzaje stresów: te od ciebie niezależne i zależne od twoich wyborów. Stan wojenny to przykład takiego stresu niezależnego dla większości osób, w tym dla Ciebie – po prostu władza go wprowadziła.

**T.J.:** No tak, ale ja zdecydowałem się walczyć. Była wielka sprawa. Niczego nie żałuję.



**S.M.:** No właśnie. Gdybyś schował się jak ślimak w muszli, może nigdy byś się nie dowiedział, że masz depresję. Ona do ujawnienia się potrzebuje nie tylko genów, ale też okoliczności. Decyzje i wybory ludzi w obrębie tych samych zdarzeń są różne, mogą mieć formy ochronne albo stresogenne. Tak samo jest teraz, w czasach kryzysu. Nasze postępowanie, wybory, decyzje, myśli i emocje mogą nas wzmacniać i chronić lub osłabiać i prowadzić do destrukcji.

Poza tym występują indywidualne kwestie odporności na wydarzenia stresowe. Było to badane w odniesieniu do genów i stwierdzano tę zależność między genami a środowiskiem życia człowieka, o której mówiłem wyżej. Tyle że u osób z pewnym „wypośażeniem” genetycznym wystarczało kilka wydarzeń traumatycznych, aby pojawiła się depresja, a u innych, którzy przeszli porównywalną liczbę traum, depresja się nie pojawiała. W tej drugiej grupie było ich jeszcze „za mało”, aby wywołać u tych osób depresję. Ta mogła się u nich pojawiać, jeśli wydarzeń traumatycznych było wyraźnie więcej. Tak więc jedni mogą zapaść na depresję po jednym lub kilku wstrząsach psychicznych, a u innych potrzeba wielu więcej takich niekorzystnych wydarzeń.

**T.J.:** Moja mama zachorowała na chorobę dwubiegunową też po pewnym traumatycznym dla niej wydarzeniu. Ale czasami takiego widocznego „wyzwalacza” nie ma. Generalnie zdaje się, że depresja u wielu ludzi jakby czai się i czeka na okazję, a jak jej nie ma, to i tak wyskoczy. Na pewno nasz obecny sposób życia również jej sprzyja.

**S.M.:** W podręcznikach psychiatrii można przeczytać, że te wydarzenia wyzwalające depresję są najbardziej widoczne przy pierwszych jej epizodach, potem bywają trudne do zlokalizowania lub wręcz nieuchwytnie.

**T.J.:** Depresje bywają różne. Często pojawiają się po utracie kogoś lub czegoś, po porzuceniu, utracie pracy, zdrowia, jakiejś wartości. To jest depresja reaktywna (reakcja na wydarzenie). Dla kogoś, kto kocha, każda śmierć bliskiego niesie jakąś formę smutku i rozpacz. Czasami mam wrażenie, że depresja to jakby żałoba po sobie samym.



**S.M.:** Pewna bardzo mądra psychoanalityczka, której ostatnio radziłem się w sprawie pacjentki z uporczywą depresją, podsunęła mi taką myśl: ta osoba jakby się rozszczępiła i opłakiwała siebie samą, osobę, jaką była kiedyś. I to może być przesłanka, że jej depresja nie ustępuje. Pacjentka poczuła się zniszczona najpierw przez traumatyczne wydarzenia, potem przez depresję. Ale wtedy szansą może być próba odzyskania siebie, a dokładniej – odzyskania dawnej siebie, sprzed tych traum, sprzed utraty siebie samej.

Bywa też depresja jakby wmontowana w sposób myślenia osoby, która jej doświadcza. Znane jest porównanie do szklanki, która dla jednych może być do połowy pusta, a dla innych do połowy pełna.

Niektórzy pacjenci przychodzą do mnie i mówią: „nie poszedłem na rozmowę kwalifikacyjną/nie przyjąłem propozycji awansu, przecież na pewno by mi się nie udało i byłaby klęska”. Są ludzie, u których przy każdym drobnym niepowodzeniu pojawiają się myśli: „jestem do niczego, zawsze mi nie wychodzi, nic nigdy mi się nie udało, nic mi się nie uda w przyszłości”. Naukowo określamy to jako zniekształcenia poznawcze w depresji: są one ważnym elementem przyczynowym i sprzyjającym utrzymywaniu się omawianej choroby u wielu, choć nie u wszystkich. Zazwyczaj te zniekształcenia są niezauważane dla tej osoby, są to jej automatyczne myśli. Często otoczenie, rodzina widzi ten sposób myślenia i mówi takiej osobie: „przestań tak podchodzić do rzeczy”. Ale myśli automatyczne są jak program uruchamiany w komputerze, jak klikniesz, program po prostu się otwiera.

**T.J.:** Ja to nazywam „automatycznym pilotem”. U niektórych każda myśl automatycznie wiedzie do wyobrażania sobie jakiejś katastrofy.

**S.M.:** Psychoterapia poznawczo-behawioralna przygląda się takim automatycznym sposobom myślenia i próbuje je zmieniać na bardziej adaptacyjne. Chciałbym Cię o coś zapytać. Czy miałeś jakieś ostrzeżenia, że depresja się zbliża?

**T.J.:** Tak, depresję właściwą poprzedzają sygnały i znaki często lekceważone przez tego, kto ich doświadcza. Niestety też przez lekarzy. Jeśli dzieje się to powoli, przyzwyczajamy się do pewnych zmian w nastroju i zachowaniu i przestajemy je dostrzegać.

Dlatego czasami lepiej od nas widzi je ktoś z zewnątrz. W moich listach pojawiał się nagle ton smutku i pesymizm. Znajomi czasami już wiedzą, że mi się „zachmurza”, czytają to nawet z moich felietonów, a ja tego nie wiem.

Bóle kręgosłupa też mogą być znakiem. W stresie odruchowo napinamy mięśnie, z czego zwykle nie zdajemy sobie sprawy. Stres to gotowość do walki, a gdy jest się stale gotowym, to ciało ujawnia swoje słabe miejsca. Moim słabym miejscem jest kręgosłup, ale wiem, że u różnych osób może być inaczej.

Mój przyjaciel trafił niedawno na oddział kardiologiczny. Po zrobieniu badań okazało się, że serce miał zdrowe, a jego kłopoty były objawami depresji.

**S.M.:** Takich zapowiedzi czy objawów depresji jest dużo, to nie tylko serce i kręgosłup. Przeżywanie depresji prawie zawsze związane jest z odczuciem bólu, nie tylko duszy, często też z fizycznym cierpieniem. Różnego rodzaju objawy fizycznego bólu występują u co najmniej 65% chorych na depresję. Co więcej, dolegliwości bólowe są główną przyczyną zgłoszenia się do lekarza u 50–70% osób z depresją i 80% osób z zaburzeniami lękowymi. Mogą to być bóle głowy, brzucha, stany spastyczne dróg żółciowych i jelit, nerwobóle. Niektóre to zapowiedzi choroby, a liczne z nich występują już wtedy, kiedy ona trwa.

**T.J.:** Niezwykłą cechą pewnych faz depresji jest dojmujące uczucie zimna, nawet w upał. Mróz jakby płynie od środka. Dlaczego?

**S.M.:** Nie wiem, ale kiedy emocje są pozytywne, mówimy o gorących uczuciach. Takimi słowami określa się miłość czy przyjaźń. A w depresji człowiek czuje zimno wypełniające klatkę piersiową. Tak jak opisujesz, ma odczucie mrozu wypełniającego ciało.

Depresji towarzyszą zaburzenia koncentracji uwagi, poczucie pogorszenia pamięci i funkcji poznawczych, niemożność efektywnego uczenia się i zapamiętywania. Jak to było u Ciebie?

**T.J.:** Mnożą się dodatkowo akty roztargnienia, czasami wręcz niesamowite. Mam wtedy poważne problemy z pamięcią, niemal zapominam datę swoich urodzin, wszystkiego szukam, komórki, okularów. Nigdy nie miałem dobrej pamięci i zawsze byłem roztargniony. Mam wrażenie, że depresja siada okrakiem na tym, co w nas najsłabsze.

**S.M.:** W depresji pojawia się charakterystyczny sposób myślenia, „czarnowidztwo” depresyjne. To schematyczny, mroczny sposób przerabiania informacji. Często występuje ten sam zestaw: negatywna ocena siebie, negatywna ocena teraźniejszości, ponadto negatywna ocena przeszłości i często poczucie winy oraz negatywna ocena przyszłości i wrażenie braku perspektyw na przyszłość. Osoba depresyjna myśli o tych samych negatywnych sprawach przez cały czas, można powiedzieć „w kółko”.

## ► Irytacja, brak skupienia i alkohol

**T.J.:** Znane jest błędne koło złych myśli. Ludzie depresyjni zwykle są skrajnymi malkontentami i pesymistami. Co gorzej, często miewają rację i nie jest takie głupie powiedzenie: „Pesymista to optymista, ale dobrze poinformowany”.

Przed depresją i podczas jej trwania człowiek jest psychicznie podminowany, skłonny do irytacji z byle powodu. Z objawów mniejszych, ale charakterystycznych, należy wymienić płaczliwość. Ktoś, kto do tej pory nie był skłonny do płaczu, nagle zaczyna ronić łzy choćby na filmie.

W głębszej depresji trudno jest jednak oglądać film, trudno na cymkolwiek się skupić. O czytaniu powieści nie ma mowy, bo gubimy się w akcji. Nie ma więc jak uciec od siebie, mimo to ludzie próbują, gdyż nie da się ze sobą wytrzymać. Dlatego łatwo niektórym wpaść w nałóg, alkohol, narkotyki. Alkoholizm to w dużej części próba leczenia depresji alkoholem. A w efekcie wpędzamy się w jeszcze większą biedę i szamocemy w błędnym kole.



**S.M.:** Można wpaść w niebezpieczną pułapkę. Przy dłuższym używaniu alkohol potęguje stany depresyjne i nasila lęk. „Kuracja” alkoholem może tylko pogorszyć objawy, a na pewno ich nie leczy.

**T.J.:** A leki przeciwdepresyjne nie uzależniają, po prostu przestajemy je brać, kiedy mija problem i już ich nie chcemy. Alkohol natomiast nie odpuszcza.

William Styron i Kurt Vonnegut, znakomici amerykańscy prozaicy, w roku 1984 odwiedzili Warszawę. To miało być też wsparcie dla naszej walki o wolną Polskę. Ściskając dłoń Styrona i rozmawiając z nim, nie wiedziałem, że w 1951 roku opublikował w Stanach Zjednoczonych powieść autobiograficzną o depresji *Pogrążyć się w mroku*. To literacki opis własnej choroby. Styron przyznał, że przez lata ratował się przed depresją alkoholem, co tylko jeszcze bardziej pogrążyło go w mroku. Jego książka uchyliła bramę do opisów depresji dla innych twórców. (Choćby dla poetki Sylvii Plath, dla jej autobiograficznej powieści *Szklany klosz* i odwagi pisania o depresji w dziennikach).

Andrew Solomon, pisarz, jest autorem świetnej książki *Anatomia depresji*. To historia depresji w ogóle i własnej, dobra literatura i zarazem wspaniały poradnik. Bardzo polecam. Gdybym znał tę książkę przed swoją pierwszą depresją, pewnie nie byłaby ona taka straszna.

**S.M.:** Co było najstraszniejsze?

**T.J.:** Przenikliwy i nieustępujący ból duszy. Poczucie postępującej degradacji i przekonanie, że nie ma ratunku.

W depresji pogarsza się też wzrok, pismo ręczne staje się niewyraźne, czasami trudno siebie samego odczytać i można mieć problem z własnym podpisem, bo tak trzęsą się ręce. W trakcie terapii swoje dodają leki – one też wywołują to drżenie rąk. Ważne, by wiedzieć, że to mija, kiedy wychodzi się na prostą.

## ▶ **Bezsenna, utrata apetytu i „całkowita niemożność”**



**S.M.:** Wróćmy do snu, bo to bardzo ważny objaw interesującej nas choroby. Sen w depresji bywa płytki, przerywany. Bardzo charakterystyczne jest też budzenie się w godzinach porannych (między trzecią a piątą rano) z możliwością ponownego zaśnięcia przy mniejszym nasileniu depresji albo z niemożnością odpłynięcia znowu w sen u osób z depresją o znacznym stopniu nasilenia choroby.

**T.J.:** Problemy ze snem często wyprzedzają depresję, są jej zapowiedzią i jednym z głównych objawów choroby.

W stanie wojennym, w 1981 roku, po dwunastu miesiącach ukrywania się złapali mnie na ulicy. Odbyło się całonocne przesłuchanie i zostałem internowany. Miałem powody do niepokoju, bałem się, że przez moją nieostrożność wpadną sprzęt i ludzie. Budziłem się na pryczy o piątą rano, jakby ktoś potrząsał mnie za ramię. Nie wiedziałem, co się dzieje. To było ostrzeżenie.

Pierwszy poważny epizod depresyjny miałem dopiero kilkanaście lat później. Ale to od tamtej odsiadki zaczęły się moje uporczywe problemy ze snem. Wczesne budzenie się, rzadziej niemożność zaśnięcia, to jeden z pierwszych i ważniejszych objawów depresji.

**S.M.:** Ciekawe to, o czym mówisz. Najpierw przez wiele lat problemy ze snem, a dopiero po latach pełna depresja. Coś w tym jest. Zgoda, ale uwaga – są przypadki depresji, gdy objawem może również być nadmierna senność zarówno w nocy, jak i w ciągu dnia. Trudno jest wtedy wybudzić się ze snu nocnego,

a pacjenci twierdzą, że „przesypiają całą noc i cały dzień” z krótkimi przerwami. Depresja ma różne oblicza.

Często występuje zmniejszenie lub utrata apetytu. Pacjenci mówią, że jedzą na siłę, zmuszają się, wiedzą, że tak trzeba, albo jedzenie pozbawione jest smaku. Towarzyszy temu czasem znaczna utrata wagi ciała (kilka kilogramów w ciągu miesiąca). Czasami jednak przy depresji może pojawiać się nadmierne łaknienie, objadanie się nietypowe dla dotychczasowego zachowania (zwłaszcza słodkimi pokarmami), co w połączeniu z brakiem aktywności fizycznej może prowadzić do zwiększenia masy ciała. W tej sytuacji mówimy o tak zwanej atypowej depresji.

**T.J.:** Utrata apetytu na pewno jest częstsza. Przy ostatniej „przygodzie” z depresją chudłem już dużo wcześniej, co zlekceważyłem. To był znak, że powinienem zwiększyć dawkę leku lub zmienić go na mocniejszy. W depresji nagły głód po braku apetytu jest znakiem, że czujemy się lepiej – taki stan pojawia się najczęściej wieczorem. Jedzenie może mieć wtedy charakter pocieszania się po koszmarnym dniu. Pytanie, czy tak szybkie chudnięcie to tylko brak łaknienia, a może też szybsze spalanie?

**S.M.:** Mówimy o tym, że depresja całościowo zmienia funkcjonowanie organizmu, na pewno wpływa na apetyt i ilość spożywanego pokarmu, ale też na metabolizm.

**T.J.:** W depresji narasta trudność działania, potem można wpaść w „całkowitą niemożność”. Wszystko nas przerasta i wydaje się trudne albo niemożliwe. Łagodna niegdyś górka zmienia się w stromy, górski szczyt.

**S.M.:** Niemożność działania bywa porażająca. Zawsze, kiedy o tym myślę, przypomina mi się wpis osoby z depresją na portalu internetowym, z którym współpracowałem. Napisała ona tak:

*»Pasuje mi też do tego wyrażenie z wiersza Brodskiego: „zaczne szukać koszuli w komodzie, i już zmarnowałem niedzielę. I tak trudno się potapać – w dniach tygodnia, terminach, godzinach...”.*

MURAWIEC S.: SUBIEKTYWNE PRZEŻYWANIE UPEŁYWU CZASU W DEPRESJI. W: ŁOZA B., PARNOWSKI T.: NOWA DEPRESJA NOWE LECZENIE. BIBLIOTEKA „NEUROPSYCHIATRII”. MEDICAL EDUCATION, WARSZAWA 2012, s.89-101.

Wciążnięcie koszuli bywa w depresji wielką pracą.

*Niepokój przychodził nagle jak dziki zwierz. Nie miał wyraźnego koloru oczu ani barwy sierści. Czudeł tylko jego oddech.*

TOMASZ JASTRUN, RZĘKA PODZIEMNA, WYDAWNICTWO FANTASTIC, 2005.

**T.J.:** Pomówmy o stanach lękowych. W depresji są one niestety częste, bywają jak zjawy z sennego koszmaru.

Z objawów niezwykłych: miałem problem z chodzeniem, zdawało mi się, że ziemia mi ucieka spod nóg. Teraz wiem, że był to efekt stanów lękowych. Za to odkryłem, że mogę biegać. Bieg przywracał motorykę, więc biegałem nawet do pobliskiego sklepu. Ile by to oszczędziło cierpienia i lęków, gdyby ktoś mi wtedy powiedział, że to zdarza się w depresji, kiedy są stany lękowe.

**S.M.:** Lęk w różnych postaciach towarzyszy większości postaci depresji. Jeśli jest nasilony, bywa objawem trudnym do zniesienia i najbardziej uciążliwym. Jak żyć z wielkim lękiem?

**T.J.:** Jak w łapach drapieżnika, który chce ci odgryźć głowę. I włosy czasami stają dęba.

**S.M.:** Depresja ma też swój wymiar ostateczny. Może być przedsmakiem umiarności, kiedy rozpada się poczucie bycia żywym, spójnym, całym, aktywnym. Czas zamiera i zamienia się w zmarznięte bryły, jak kawałki skutej mrozem ziemi w zimie.

**T.J.:** Tak. Tego doświadczył Hiob.

*Wody twardnieją jako kamień.  
I ścina się wierzch przełasci...*

KSIĘGA HIOBA 38, 30

Księga Hioba to pierwszy w historii ludzkości opis depresji. Hiob ma silną depresję. Nic dziwnego, że uznał to za wielką próbę, na jaką wystawił go Bóg, chociaż nie nagrzeszył. Warto o tym pamiętać: depresja nie jest karą. To los. A przede wszystkim prawie na pewno „chemia mózgu”.

W ramach niepokoju i lęku częste są obawy hipochondryczne. W Księdze Hioba jest tego wiele. Myślmy odruchowo: jeśli wszystko wokół się sypie, to w każdej chwili może rozsypać się we mnie. A jak wsłuchać się uważnie i w strachu we własny organizm, zawsze coś się usłyszy. Łatwo stawia się wtedy diagnozy ostateczne – rak, AIDS, a tuż za drzwiami zawal, wylew. Chociaż tak trudno w depresji o aktywność, polecam szybko wyjaśniać medycznie swoje obawy.

*Pewnego wieczoru spojrziałem w lustro, ujrzałem, że pękło mi naczynko w oku.  
Błyskawica myśli. Skok ciśnienia, za chwilę będę miał wylew.*

TOMASZ JASTRÚN, RZĘKA PODZIEMNA

**T.J.:** W depresji dopada nas globalna groza „kosmosu istnienia”, ale też nagła groza chwili. Myśli, zwykle przezroczyście, w depresji są czarne i smoliste. Gęstość

tej smoły czasami tężeje, czasami rzednie. Z ilu takich chwil składa się minuta, z ilu godzin dzień? Człowiek sam dla siebie staje się pułapką bez wyjścia. Nagle odkrywamy: jest wyjście, ostateczne! Nic dziwnego, że myśli się o samobójstwie. Nieistnienie jawi się jako ulga. A przecież wszyscy, którzy mieli taką pokusę, a nie targnęli się na własne życie, potem mówili: „całe szczęście, jaka to była głupota myśleć w ten sposób”.

Właściwie zdumiewające, że niemal wszyscy nie kończą ze sobą. Wiesz dlaczego?

**S.M.:** W ciężkiej depresji nawet nie ma już sił nawet na samobójstwo. Dlatego tak niebezpieczny jest moment wychodzenia z depresji, gdy jeszcze jest czarno, ale ma się już więcej sił. Polecam wtedy zwracać szczególną uwagę na siebie, na bliskiego.



**T.J.:** Ale z myśli: „mogę TO zrobić” można też czerpać nadzieję, chociaż takie postępowanie jest jak chodzenie po cienkiej i śliskiej krawędzi. Takich myśli nie da się jednak zablokować, więc trzeba je oswoić, jak zrobił to filozof Emil Cioran.

*Gdybym nie mógł popełnić samobójstwa, już dawno bym się zabił.*

EMIL CIORAN

Ale jest też coś takiego jak wisielcze poczucie humoru. Kiedy depresja spadła na mnie dziesięć lat temu, byłem pewien, że to koniec. Niełatwo jednak ze sobą ot tak skończyć, szczególnie dzisiaj, kiedy sztuka samobójstwa podupadła. Kiedy łąziłem po mieszkaniu, myśląc o tym, gdzie się powiesić, w całej grozie tego łążenia odczułem nagle element tragikomiczny. Doczołgałem się do komputera i dalej pisałem swoją powieść o depresji, *Rzeka podziemna*. Trzeba, jak to zauważył Norwid, „skorzystać na nieprzyjacielu”. Pisanie, choćby bloga, dziennika, wymiana listów z bliskimi – to ważna strategia przetrwania.

**S.M.:** I napisałeś w *Rzecz podziemnej*:

*„Życie jest niesamowite. Dopiero kiedy leży się na dnie, widać to w całej okazałości”.*

**T.J.:** Tu jest sprzeczność. W depresji nie ma żadnego dystansu do życia, ono cię walcuje i mieli. Z drugiej strony widać, jak wszystko stanowi „marność nad marnościami”, ale też jak bezcenna może być zwykła chwila bez cierpienia. Ta-

kich chwil w depresji prawie nie ma. A kiedy jesteśmy zdrowi, marnujemy je. Ja dopiero po swoich przygodach z depresją umiem je docenić. Zawsze byłem pesymistą, a po „przygodach” z depresją stałem się optymistą. Skorzystałem więc na wrogu.

Jak jest kulminacja depresji, silna wola nic jednak nie pomoże, tylko lekarstwa. To jest wyjąty ból duszy. Coś nie do opisania. Tak odczuwa ktoś, kto nagle stracił kogoś bardzo kochanego i nie wyobraża sobie teraz nowego życia.

Poetka Sylvia Plath napisała powieść autobiograficzną *Szklany klosz*, a depresja to ten tytułowy szklany klosz. Dobre określenie. Warto wspomnieć, że Plath pisała też dzienniki:

*Dzisiaj w depresji. Nie jestem w stanie nic napisać. Gniew Bogów. Czuję się jak rozbitek na wygasłej gwiazdzie, niezdolny do żadnego uczucia oprócz okropnej, beznadziejnej martwoży. Patrzę z daleka na ciepły, ziemski świat.*

SYLVIA PLATH, *DZIENNIKI*



**S.M.:** W Twoich książkach o depresji jest też wiele na temat seksu.

**T.J.:** Bez seksu nie ma życia. Seks jest jakby na biegunie śmierci. Również poprzez seks próbujemy czasami sobie udowodnić, że jeszcze żyjemy. W depresji to niestety często niemożliwe.

**S.M.:** W depresji często zdarza się brak ochoty na seks zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, a to dlatego, że wówczas charakterystyczny jest spadek libido (popędu seksualnego). Zmniejszenie lub utrata zainteresowań sferą seksualną może nasilać depresyjne poczucie zmniejszenia własnej wartości, kobiecości, męskości, atrakcyjności. To z kolei może wpływać zwrótnie na jeszcze większe osłabienie libido. Życie seksualne nie sprawia przyjemności, nie daje satysfakcji. Może to dodatkowo nasilać przeżywanie depresji. Zaburzenia cyklu płciowego, miesiączkowania u kobiet także mogą towarzyszyć depresji. Ale sprawa może nie jest taka prosta, czasami aktywność seksualna w depresji o łagodnym i umiarkowanym nasileniu może wzrosnąć.

**T.J.:** Zawsze podejrzewałem, że wielu seksuolików to ludzie z umiarkowaną depresją, którzy szukają pocieszenia w seksie. To trochę jak elektrowstrząsy, ale takie błogie. Depresja i seks moim zdaniem to temat zaniedbany. Lekarze często nie doceniają



problemów, jakie niosą zaburzenia sfery seksualnej. A to ważny czynnik, szczególnie w depresjach umiarkowanych, utrudniający leczenie.

Impotencja, brak orgazmu jako kolejny dramat i gwóźdź do trumny. Powinności mówić pacjentom – to minie. I są leki, które nie pozbawiają seksualności!

## Wiek XXI, wiek depresji

*Jeśli depresja jest dziś zjawiskiem powszechnym, to przede wszystkim dlatego, że żyjemy w nierzeczywistości, poświęcając mnóstwo energii na pogon za nierealnymi celami.*

ALEXANDER LOWEN, *DEPRESJA I CIAŁO*, CZARNA OWCA, 2012.

**T.J.:** Wspominałem już o tym, że żyjemy w depresyjnych czasach. Wiek XXI ma być – i chyba już widzimy, że jest – epoką psychicznych chorób, przede wszystkim depresji. Ktoś powiedział, że od niedawna depresyjność oczywista i przypisywana Europie Wschodniej, teraz pełnym blaskiem kwitnie w Stanach Zjednoczonych, co widać gołym okiem. Przestaliśmy nadążać za tempem zmian cywilizacyjnych. Atakuje nas zbyt dużo bodźców, wielu z nas ma uczucie „jestem niewystarczający”. A to prowokuje ukrytą rzekę depresji, by wypłynęła na zewnątrz, albo tworzy depresyjne sytuacje. Cywilizacja przyspieszyła i nie nadążamy. Czujemy się zawsze spóźnieni i niewystarczający, co prowokuje i napędza omawianą tu chorobę.

**S.M.:** Depresja nabrała nowych cech. Ona też ewoluuje jak nasze społeczeństwo. Tak jak ludzie, zmieniają się też nasze choroby. Jedną z takich przemian jest coraz większa powszechność depresji, wiele osób żyje z nią na co dzień. Uderza fakt, że choruje wiele osób pracujących, aktywnych, mających aspiracje, możliwości i odnoszących sukcesy. Liczni próbują z tą chorobą żyć, jakoś się z nią układać, robić swoje, pomimo cierpienia. Depresja przestała być jedynie domeną melancholików, choć ludzie o tym charakterze nadal na nią „chętniej” zapadają (jak to miało miejsce od zawsze), osób, które doznały utraty (choć to one bardzo często doświadczają tej choroby), i starszych, choć w grupach w wieku podeszłym najwięcej jest przypadków zachorowania na depresję. Choroba bywa towarzyszką codziennych zmagani ludzi, którzy jeszcze nie doznali żadnej utraty, a których paraliżuje lęk, że wszystko, co się wydarzy, będzie klęską, że to, czego się podejmą, zakończy się niepowodzeniem i nic im się w życiu nie uda. Dotyka ze wzrastającą w ostatnich latach częstością także osób młodych, w pierwszych dekadach życia.

Rozpowszechnienie depresji jest doprawdy duże. Dane podawane w literaturze wskazują, że szansa na to, aby w ciągu życia zachorować na depresję, wy-

nosi 16,1% (zakres podawany przez badania naukowe: 4,4%–18%). To oznacza niemal co piątą osobę. Można sobie przełożyć, że mniej więcej co 5–6. osoba, jaką spotykamy, ma, będzie miała lub przeżyła depresję. Choroba pojawia się u 5–10% populacji osób dorosłych w każdym roku. W warunkach polskich, gdyby przemnożyć te dane przez około 28 milionów dorosłych Polaków, otrzymalibyśmy liczby w zakresie od ponad miliona do prawie 3 milionów osób co roku cierpiących na depresję. Ponadto częstość tej choroby, jak już wspomniano, rośnie. Od kilkunastu lat niemal we wszystkich rozwiniętych krajach Europy obserwuje się wyraźny wzrost liczby osób leczonych z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych.

## ► Uwagi pacjenta do lekarzy

**S.M.:** Co jako pacjent chciałbyś powiedzieć lekarzom?

**T.J.:** Poświęćcie ludziom z depresją trochę więcej czasu, a jak go nie ma, choćby czułości. Niech ktoś, kto tak okrutnie cierpi, wie, że rozumiesz jego dramat. Wyjaśniać trzeba, że część grozy depresji jest wymyślona, wszyscy chorzy tak mają. Ostrzec, że niekiedy leki nie pomagają od razu i czasami trzeba szukać najlepszego, mieć odwagę zmieniać farmaceutyki. Mówić, że działania uboczne leków są znikome wobec tego, ile dobrego mogą przynieść; ostrzegać, że objawy uboczne miną.

Przez rok szukałem leku, czułem się jak świnka laboratoryjna na torturach. Kolejny lekarz (było kilku, kiedy walczyłem) znalazł „mój” lek i będę mu za to zawsze wdzięczny. Czasami reaguje się na kilka leków dobrze, jak na razie mam tylko jeden. Ważne, że on jest.

Depresja to wielka samotność i poczucie odrzucenia. Chory uchwyci się więc nawet jednego dobrego słowa jak deski ratunkowej.

Idealnie byłoby, gdyby pacjent w każdej chwili mógł zadzwonić do lekarza, też wtedy, kiedy czuje, że tonie. Czasami wystarczy jedno dobre słowo, żeby uratować mu życie. Lekarz boi się nękania i rozumie go. Dlatego postuluję stworzenie telefonu zaufania: „Uwaga, depresja...”. Mogliby tam dyżurować nie tylko lekarze, ale też tacy ludzie, którzy byli kiedyś w depresji lub właśnie mają postać umiarkowaną. Pomaganie innym to też terapia.

Lekarze zwykle nie mają dość czasu, często empatii i sił, by przygotować chorego znajdującego się na progu depresji na to, co go czeka. To jedyna choroba psychiczna z pełną świadomością, czasami z nadświadomością... Niełatwo o empatię i porozumienie z tymi za murem – jesteśmy już z różnych światów.

Depresja to wielkie przeżycie i stres porównywalne do wojennego desantu na wyspę, gdzie wróg się okopał. Komandosi przechodzą morderczy trening i prze-

strzegają ściśle procedur. Chorzy nie mają nic. Nie rozumie ich rodzina, znajomi, mówią: „przecież nie masz powodu do rozpacz, weź się w garść”. Nie wiedzą, że chorzy już są we własnej stalowej pięści.

Teraz proszę lekarza o przestanie dla pacjentów.

**S.M.:** Przychodzi mi do głowy jedna rzecz. Problem, z którym, jak podejrzewam, mam największy kłopot, ale myślę, że wielu lekarzy psychiatrów ma podobnie. To kwestia współpracy pacjentów w leczeniu. Zgłasza się osoba z depresją i prosi o pomoc. Mówię, jakie są możliwości leczenia, opowiadam o psychoterapii i lekach. Po wyjaśnieniu decydujemy, jak mi się wydaje wspólnie, że wskazane jest leczenie lekiem przeciwdepresyjnym. Ustalamy lek, wyjaśniam dawkowanie, wymieniam możliwe działania uboczne, omawiam leczenie. I w przypadku części pacjentów wszystko idzie dobrze. Albo lek im pomaga i zgłaszają się za jakiś czas, mówiąc o poprawie samopoczucia, albo poprawa jest niedostateczna i na kolejnej wizycie trzeba zmodyfikować leczenie, podnieść dawkę, czasami zmienić lek.

Zdarzają się też inni pacjenci.

Pierwsi zgłaszają się pół roku później z niewykupioną receptą. Mówią, że pomyśleli, że jednak sobie sami poradzą. Ale nie poradzili sobie i jest jeszcze gorzej. Narosły objawy depresji i problemy życiowe związane z gorszym funkcjonowaniem.

Drudzy przychodzą po jednej albo dwóch dawkach leku z poczuciem, że już na pewno umierają, że lek im zaszkodził, serce stanęło, na pewno zwariowali od tego leku, wezwali karetkę pogotowia, muszą iść do szpitala.

Trzecia grupa to tacy, którzy odstawiają lek albo nagle doświadczają działań niepożądanych leczenia właśnie wtedy, gdy lek zaczyna im pomagać. Tak bywa po 2–6 tygodniach leczenia.

Czwarta grupa to pacjenci, którzy odstawiają lek przedwcześnie (leczenie powinno trwać około pół roku), po kilku miesiącach, jak tylko czują się lepiej.

Ja nawet rozumiem, dlaczego tak się dzieje.

Ci pierwsi przywykli liczyć na siebie, bez pomocy od nikogo, zawsze radzić sobie samemu. Więc kiedy mają przyjąć od lekarza pomoc w postaci leku, wpadają w konfuzję, gdyż nie mają doświadczenia w przyjmowaniu pomocy.

Drudzy reagują silnym lękiem na przyjęty lek. Ich objawy wynikają nie z działania leku, tylko z lęku, że farmaceutyk im zaszkodzi, że zatruje ich, zrobi



im coś złego. A jak człowiek się boi, to serce wali, ręce się pocą, pojawiają się inne objawy fizyczne. I wtedy pacjent mówi: „to po tym leku”.

Trzecia grupa odstawiła leki, bo boi się utraty kontroli nad sobą, nad swym ciałem i umysłem. Kiedy więc lek zaczyna działać i pomagać, to osoby te zaczynają się bać, że nie kontrolują siebie w pełni. Wtedy narasta w nich lęk. To paradoks – im bardziej lek działa i pomaga, tym bardziej pacjent się boi, że traci nad sobą kontrolę. Zaczyna zgłaszać objawy niepożądane leczenia właśnie wtedy, gdy tych objawów właściwie już nie ma. Albo odstawia lek.

Czwarta grupa często zaprzecza problemowi, chorobie. To nierzadko osoby, które myślą: „jak już jest dobrze, to nie ma problemu, nie było problemu, wszystko jest w porządku”. Jeśli tak jest, że ich życie i sytuacja psychologiczna już się poukładają, można się z tego tylko cieszyć. Często jednak to po kilku tygodniach wracają oni z nawrotem depresji, zdziwieni...

Wiem, że pacjenci mogą bać się leczenia, obawiać się leków, mieć problemy z zaufaniem, być nadmiernie pesymistyczni lub nadmiernie optymistyczni. Wiem też, że leki mogą wywoływać pewne działania niepożądane. Każdy lekarz doskonale zdaje sobie z tego sprawę. Więc moje przesłanie do pacjentów byłoby takie: próbujmy w miarę możliwości współpracować w prowadzeniu leczenia, odrobina więcej zaufania jest lepsza niż odrobina więcej nieufności i obaw.

## ► Leczenie

**T.J.:** Zależało mi, żebyśmy mówili o tym, jak wygląda depresja, co ją poprzedza, jakie są objawy. Jeśli porównać ją do „kolonii karnej”, to aby w niej przeżyć, trzeba dobrze znać jej rozmieszczenie i warunki życia. Dlatego pierwszy epizod depresyjny wydaje się o wiele bardziej przerażający niż późniejsze, nawet cięższe. Już to znamy. Nie jest mi miło wracać do „oboju koncentracyjnego” depresji. Ale jest też lepiej, gdy wiemy, co nas spotka; jest jakoś inaczej, bo znamy wygląd i prawa tego „oboju”. To bardzo ważne! Najgorszy jest wróg, którego się nie zna. Musisz wiedzieć, co cię tam może spotkać. Straszna to wiedza, ale ratuje życie.

Myślisz, że ktoś kiedyś wyszedł z prawdziwej ciężkiej depresji tylko dzięki sile woli? Ja w to nie wierzę. Można więc tylko cierpieć heroicznie lub histerycznie, w milczeniu lub krzycząc. Widziałem ludzi, którzy w ciężkiej depresji, miotani niepokojem, wrzeszczeli jak na torturach. To też jest jakiś pomysł na ból. Trudny jednak dla otoczenia.

**S.M.:** Myślę, że w depresji zawsze trzeba szukać pomocy.

**T.J.:** Pacjenci znajdują się w kleszczach dwóch skrajności. Część odczuwa lęk przed psychotropami. Boją się zniewolenia lekiem, rzekomymi pozostającymi na zawsze zmianami w mózgu. Inni przesadnie wierzą w leki. Pierwsi bywają zbyt ostrożni, drudzy (to mój przypadek) są za bardzo odważni. Zaznaczę, że nie jestem lekomanem. To raczej mój brak cierpliwości i wiara w leki.

**S.M.:** Generalnie w leczeniu depresji są stosowane dwie metody: leki przeciwdepresyjne i psychoterapia. Można je ze sobą łączyć. Nie wykluczają się wzajemnie.

Leki przeciwdepresyjne mają możliwość odwracania całego zespołu objawów, który omawialiśmy powyżej. Czyli jeden lek, jeśli zostanie trafnie dobrany, ma szansę zadziałać na wszystkie objawy, które opisaliśmy w pierwszej części naszej rozmowy. Natomiast podstawowym ograniczeniem leków jest fakt, że ich wpływ na nastrój (ustępowanie smutku) jest odroczony w czasie. Pierwsze oznaki poprawy pojawiają się po około dwóch tygodniach regularnego przyjmowania leku.

Nie chciałbym tu opisywać poszczególnych leków ani sposobów leczenia. To zawsze jest efekt wspólnej decyzji lekarza i pacjenta. Ogólnie mówiąc, leki przeciwdepresyjne mogą mieć różne profile działania. Wszystkie wpływają na objawy depresji. Wśród nich są takie, które ułatwiają zasypianie, i takie, które nie mają takiego działania. Znamy leki z wyraźnym działaniem nasenno-uspokajającym i takie, które nie dają takich efektów, choć przy dłuższym przyjmowaniu wpływają przeciwlękowo. Są leki o wyraźnym działaniu aktywizującym i poprawiającym sferę przyjemności i satysfakcji oraz takie, po których odczuwanie emocji staje się słabsze. Istnieją leki, których stosowanie jest związane z przyrostem masy ciała, i takie, po których przytycie jest bardzo mało prawdopodobne. Słowem, mamy duże możliwości doboru odpowiedniego leku dla danej osoby.

Trzeba przede wszystkim pamiętać, że leki przeciwdepresyjne nie powodują uzależnienia.

**T.J.:** Podstawowe pytanie to: „Co robić?”. Leki osłabiają depresję albo wyciągają człowieka za włosy, jak tonącego. Ważne, by nadawać sens cierpieniu, choćby opisując, co się z nami dzieje. To moja metoda. Wymiana listów z ludźmi, którzy mają podobny problem. Istnieją portale poświęcone depresji, gdzie można uczestniczyć w dyskusjach na interesujące nas tematy.

Pracować, mimo wszystko, ile i jak się da. Mimo wszystko, nie zatracić poczucia humoru. Religia też jest pomocna, jeśli ma się „gen religijny”. Ja go nie mam.

Cześć lęków depresyjnych jest wzmocniona wersją lęków powszechnych, które czasami są mityczne. Film „Lot nad kukułczym gniazdem” spowodował, że ludzie śmiertelnie boją się elektrowstrząsów. A teraz wykonuje się je w uśpieniu

i jest to chyba mniej bolesne niż zabieg stomatologiczny. I podobno jest zaskakująco skuteczne.

**S.M.:** Tak. Elektrowstrząsy nadal są niekiedy stosowane.

Uważam, że psychoterapia powinna być wykorzystywana w leczeniu depresji w każdym przypadku, jeśli tylko pacjent nie odrzuca kategorycznie tej formy pomocy. Niektórzy pacjenci mówią stanowczo „nie” i trzeba to uszanować. Gdy rozpoczynam kurację lekami przeciwdepresyjnymi, pytam zwykle pacjentów, czy rozważali równocześnie podjęcie psychoterapii. I zachęcam do niej. W leczeniu depresji obecnie najczęściej jest stosowana psychoterapia poznawczo-behawioralna, oznaczana skrótowo CBT od swojej angielskiej nazwy *cognitive-behavioral therapy*. Ale skuteczne są też inne formy psychoterapii, na przykład psychodynamiczna. Psychoterapia może mieć w leczeniu depresji dwa znaczenia, jedno bezpośrednio lecznicze, drugie profilaktyczne. Tak więc efekty leczenia lekami przeciwdepresyjnymi i psychoterapią są lepsze niż wykorzystywanie każdej z tych metod oddzielnie. Poza tym psychoterapia może przynieść zmianę w sposobie funkcjonowania psychologicznego pacjenta, co skutkuje zmniejszeniem ryzyka kolejnych epizodów depresji i pozytywnymi przemianami w dalszym życiu leczonoj osoby.

Tu widzę pewien paradoks. Ja – psychiatra, jestem za równoległym stosowaniem psychoterapii, a Ty, poeta i pisarz, bardzo wierzysz w leki i chemię mózgu.

**T.J.:** I nie bardzo wierzę w skuteczność psychoterapii w depresji. Ale spotkanie się z drugim człowiekiem, rozmowa na pewno mają jakieś znaczenie. Mówię to z własnych doświadczeń. Nie wierzę, by sama psychoterapia wyciągnęła z depresji endogennej. A z depresji reaktywnej, więc związanej z sytuacją, jak najbardziej tak.

Wierzę za to, że depresja to brak jakiegoś składnika w mózgu. Choroba ta na pewno będzie kiedyś w pełni wyleczalna.

**S.M.:** W początkowym okresie leczenia depresji można też stosować leki o innym działaniu, na przykład uspokajające lub nasenne.

**T.J.:** Kiedy po raz pierwszy miałem stany lękowe, lekarz popełnił moim zdaniem błąd, nie dając mi leków blokujących lęk. Niepotrzebnie tak się męczyłem. Mam wrażenie, że lekarze unikają tej grupy leków, uważając, że one uzależniają. Z moich doświadczeń wynika, że gdy mijają niepokoje, leki blokujące lęk przestają być już potrzebne. Chyba że ktoś ma wyraźną skłonność do uzależnień, to jasne, że może się uzależnić od dowolnej substancji.

**S.M.:** Tak, zalecając pacjentom niektóre leki przeciwlękowe, psychiatry boją się ryzyka uzależnienia. Mówimy tu o lekach z grupy benzodiazepin. Ich stosowa-

nie jest zazwyczaj wolne od tego ryzyka w okresie kilku tygodni, ale nie dłużej. Bezpieczne są też w tym względzie przy podawaniu doraźnym, sporadycznym, w razie nasilonego niepokoju. Nie jest tak, że każda osoba, która będzie przyjmowała je dłużej, na pewno się uzależni, ale ryzyko rośnie. Myślę więc, że wielu psychiatrów stara się stosować je z pewną ostrożnością i rozważą.

## ► Mrok i blask choroby dwubiegunowej

**T.J.:** Musimy powiedzieć kilka słów o chorobie dwubiegunowej, która jest częsta i niezwykła w swej skali. To naprzemienne stany depresji, czasami ciężkiej, i manii, zwykle radosnej. Esencja smutku przeplata się z esencją radości. Robi się jednak wtedy monstrualne głupstwa. Dla rodziny ktoś w manii bywa nawet bardziej kłopotliwy niż w depresji. Może wydać każde pieniądze, przekraczać wszelkie normy obyczajowe. Niezwykłe jest przejście z depresji w manię, bo w ciągu kilku dni człowiek staje się zupełnie kimś innym, zmienia się też wygląd. Starzec przemienia się niemal w młodzieńca.

**S.M.:** Bardzo trafnie to opisałeś. W chorobie dwubiegunowej mamy do czynienia z epizodami depresji, występują też epizody maniakalne lub hipomaniakalne. Depresja w chorobie dwubiegunowej może różnić się swoimi objawami od takiej depresji nawracającej, o jakiej dotychczas rozmawialiśmy. I wiele wskazuje na to, że powinna być leczona innymi lekami. Niektóre leki przeciwdepresyjne mogą sprzyjać przejściu depresji w manię (czyli tak zwanej zmianie fazy z „dołka” w „górkę”), jeśli pacjent cierpi na zaburzenia dwubiegunowe. To może brzmieć niezrozumiale, ale faktem jest, że niektóre leki przeciwdepresyjne nie powinny być stosowane w pewnych postaciach depresji.



## Depresje nietypowe i depresje w chorobach somatycznych

**T.J.:** Depresje nietypowe? Muszą takie być, skoro sama przypadłość jest tak osobliwa.



**S.M.:** Tak, są pewne nietypowe sytuacje, które też są depresją. Znamy postać depresji, która trwa krótko, ale często nawraca. Nawracające krótkotrwałe zaburzenia depresyjne – krótkie epizody depresji pojawiające się prawie co miesiąc, w okresie minionego roku. Czas trwania poszczególnych epizodów nie przekracza 2 tygodni (typowo 2–3 dni, z powrotem do pełnego zdrowia). Przez większość czasu pacjent nie jest depresyjny.

Istnieją też zaburzenia afektywne sezonowe (depresja sezonowa, depresja zimą), które cechuje pojawianie się epizodów depresji głównie zimą (u części osób na przełomie zimy i wiosny, u niektórych na przełomie jesieni i zimy). U wielu osób pojawiają się stany nadmiernie dobrego samopoczucia wiosną, głównie u osób młodych, częściej u kobiet. Objawy takiej depresji nie są typowe – występuje nadmierna senność, zauważalne jest znaczne obniżenie aktywności. Ponadto ociążalność, wzmożony apetyt („głód węglowodanów”), przyrost masy ciała.

Musimy też powiedzieć o depresji maskowanej. Ma ona miejsce, kiedy pacjent nie ma typowych objawów depresji, ma za to inne. To jednak jest to depresja. Choroba „kryje się” w takich wypadkach za „maską” innych dowolnych objawów psychicznych lub cielesnych. Najczęstszą maską depresji są zaburzenia snu. W takich przypadkach pacjent zgłasza zaburzenia snu jako swój jedyny problem, nie mówiąc o obniżeniu nastroju czy napędu, co mogłoby naprowadzić lekarza na trop depresji. Są to zaburzenia snu o obrazie zbliżonym do stwierdzanego w typowej depresji. Bezsenność, a mówiąc dokładniej – wydatne skrócenie snu nocnego, z wczesnym budzeniem się, jest zjawiskiem częstszym niż nadmierna senność. Drugą maską depresji, są zespoły bólowe. Przeważnie dotyczą one przewodu pokarmowego, np. bóle w jamie brzusznej, bóle i utrudnienia towarzyszące połykaniu, ale pojawiają się także inne przypadłości bólowe, jak bóle w klatce piersiowej lub wędrujące dolegliwości bólowe ciała. A inne maski depresji to: okresowe nadmierne przyjmowanie leków przeciwbólowych, uspokajających, okresowe nadużywanie alkoholu, przewlekły lęk, natręctwa, zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego, trudności w spożywaniu pokarmów, świąd, reakcje alergiczne.



W takich przypadkach chorzy są niekiedy diagnozowani i leczeni latami, póki zmęczony uporczywością objawów lekarz innej specjalności nie wyśle pacjenta do psychiatry.

**T.J.:** Czy depresja zawsze nawraca? Ile zwykle trwa? Ile może, ile musi?

**S.M.:** W naturalnym przebiegu nieleczony epizod depresyjny trwa przeciętnie ponad pół roku, choroba charakteryzuje się znaczną nawrotowością. Wyniki licznych badań wskazują, że ryzyko nawrotu waha się w granicach 19–30% w trakcie pierwszych 6 miesięcy, 37–41% w ciągu roku i 25–59% po dwóch latach od momentu osiągnięcia poprawy. Niestety ryzyko wystąpienia kolejnego epizodu depresyjnego wzrasta wraz z liczbą dotychczas przeżytych faz depresyjnych. U około 10–15% pacjentów choroba ma przebieg przewlekły, co oznacza, że objawy depresji utrzymują się przez lata lub dłużej. Niekiedy na tle przewlekłego zespołu depresyjnego lub dystymii pojawiają się okresowe zaostrzenia objawów, mówimy wtedy o tak zwanej podwójnej depresji.<sup>1</sup>

**T.J.:** Podobno kobiety częściej chorują na depresję?

**S.M.:** W naszych czasach zmienia się ta różnica w rozpowszechnieniu depresji i wyrównują się proporcje między mężczyznami a kobietami cierpiącymi na depresję. Socjolodzy piszą, że mogą na to wpływać przemiany społeczne i kryzys. Taka tendencja jest już widoczna w społeczeństwach zachodnich. Po pierwsze doszło do poważnej zmiany społecznych oczekiwań dotyczących norm zachowania mężczyzn. Oczekiwanie, że ten nowy wytwór społeczny, jakim ma stać się mężczyzna, będzie męski, twardy, dający silne oparcie, a jednocześnie czuły, wrażliwy, odbierający każdą zmianę emocjonalną partnerki i drgnienie na fali dominującej mody, bywa dla wielu mężczyzn trudne do spełnienia. Po drugie główna zmiana społeczna wiąże się z restrukturyzacją ekonomiczną, jaka zaszła w zachodnich społeczeństwach. Kryzys, który dotknął system ekonomiczny krajów zachodnich, to załamanie gospodarcze zostało przez niektórych nazwane „mancesją”, recesją dotyczącą mężczyzn. Szczególnie mocno uderzyło to w mężczyzn ze względu na nieproporcjonalnie duży wpływ na męskie gałęzie gospodarki, takie jak budownictwo i przemysł wytwórczy, chociaż dotknęło oczywiście również pracujące kobiety. Mniej więcej 75% miejsc pracy utraconych od początku recesji w 2007 roku zajmowali mężczyźni.

<sup>1</sup> Dane te zaczerpnąłem z rozdziału Rybakowski J., Dudek D., Jaracz J.: „Choroby afektywne” [w:] Jarema M. (red.): *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*. Via Medica, 2011.

Dla mężczyzn obecne i nadchodzące czasy mogą być trudne. Przystosowanie się mężczyzn do pełnienia nowych ról rodzinnych i społecznych bywa trudniejsze, niż kobiet do pełnienia roli zawodowej.

**T.J.:** Depresja bardzo osłabia odporność. Łapie się wszelkie paskudztwa, jak np. opryszczkę. A poważne choroby?

**S.M.:** Od dawna zauważano, że osoby cierpiące na depresję często chorują także na liczne choroby cielesne. Stwierdzono dwie zależności: po pierwsze depresja jest czynnikiem ryzyka wystąpienia chorób somatycznych (jeśli ktoś ma depresję, łatwiej może zachorować na chorobę ciała), a po drugie, jeśli ktoś ma chorobę somatyczną i dołączy się depresja, to przebieg tej choroby somatycznej jest gorszy i rokowanie się pogarsza.

Pomiędzy występowaniem depresji a schorzeniami somatycznymi występuje szereg bardzo ważnych, ale niekiedy złożonych wzajemnych zależności. Można tu mówić o co najmniej kilku istotnych formach tych zależności. Przykładowo depresja jest jednym z czynników ryzyka wystąpienia cukrzycy i chorób układu sercowo-naczyniowego. Mamy tu do czynienia z sytuacją, w której najpierw występuje depresja, a następnie po pewnym czasie pojawiają się zaburzenia somatyczne, do których depresja przyczynia się w znaczny sposób.

Depresja może pojawiać się też już po wystąpieniu choroby somatycznej oraz poważnie obciążać jej przebieg i rokowanie. W takiej sytuacji choroba somatyczna ujawnia się jako pierwsza, ale dołączenie się depresji powoduje, że przebiega ona w cięższy sposób, pojawiają się powikłania i wzrasta ryzyko poważnych zdarzeń, takich jak zawał mięśnia sercowego, udar czy następstwa złej kontroli glikemii.

Wystąpienie lub utrzymywanie się depresji jest dodatkowo czynnikiem poważnie wpływającym na tryb życia pacjenta (na przykład poprzez brak aktywności fizycznej, często ubogą i jednostajną dietę oraz intensywne palenie tytoniu), co powoduje długofalowe, niekorzystne skutki dla zdrowia fizycznego. Ponadto depresja ma często fatalny wpływ na przestrzeganie przez pacjenta zaleceń terapeutycznych lekarza dotyczących przyjmowanych leków, trybu życia lub diety. Może wiązać się z nieregularnym przyjmowaniem leków, ich samowolnym odstawieniem, opuszczeniem wizyt lekarskich, zaniedbaniami co do zgłaszania lekarzowi odczuwanych objawów.

Niektóre leki stosowane w przebiegu chorób somatycznych mogą mieć również wpływ depresjogenny, a więc ich stosowanie może być związane z większym ryzykiem wystąpienia depresji (przykładem jest tu stosowanie interferonu, steroidów, niektórych leków stosowanych w leczeniu nadciśnienia tętniczego).

Współwystępowanie depresji i choroby somatycznej prowadzi ponadto do zwiększenia liczby przyjmowanych przez pacjenta leków, liczby wykonywanych

badania diagnostycznych, liczby wizyt w leczeniu ambulatoryjnym i często przedłużenia okresu hospitalizacji (chorzy zgłaszają więcej niespecyficznych dolegliwości wymagających wyjaśnienia i diagnostyki, pojawia się zjawisko podawania leków w odpowiedzi na każdą zgłaszaną przez pacjenta skargę, a brak skuteczności podawanych leków zmusza do ponawiania wizyt lekarskich i konsultacji u specjalistów itd.).

Współczesne badania naukowe pokazują, że u części osób z depresją dochodzi do zmian w układzie odpornościowym organizmu. Zmiany te są bardzo złożone – niektórych elementów układu odpornościowego przybywa, poziom innych spada. Powstała nawet teoria mówiąca, że depresja jest stanem gotowości prozapalnej organizmu (czyli stanem zbliżonym do reakcji organizmu na zakażenie). Ważne jest jednak to, że depresja nie dotyczy wyłącznie emocji osoby, która jej doświadcza, choroba rozwija się w całym ciele. Może to stanowić podłoże wspomnianego już przeze mnie faktu częstszego występowania chorób somatycznych u osób z depresją.



## Depresja w literaturze

**S.M.:** Depresja w literaturze... Twoja *Rzeka podziemna*. Jak ją pisałeś?

**T.J.:** W czasie depresji czujemy się na dnie, stąd jeden z rozdziałów ma tytuł „Zapiski z dna”. To powieść, więc fikcja, ale są tam rozdziały żywcem wyjęte z mojego piekła.

Nie porównuję swojej książki do genialnego filmu von Triera „Melancholia”. Ale podobnie jak ten film, książkę mogą przede wszystkim zrozumieć czytelnicy, którzy wiedzą, czym jest depresja. Bohaterka „Melancholii” nie boi się końca świata, który się zbliża; ona na niego czeka.

Już mówiłem, że pierwszy wielki literacki opis depresji to Księga Hioba. Potem jest wielka pustka, jakby depresja dręczyła ludzi w wielkim milczeniu. Teraz łatwiej pisać o tej chorobie. Ale miałem chwile niepewności, gdy wpadłem w jej piekło – czy mogę notować to, co się ze mną dzieje, na swoim blogu? Na szczęście trwało to tylko dwa tygodnie. Bardzo polecam pisanie bloga lub dziennika w depresji, jeśli palce będą trafiać w klawisze.

To mały fragment.

*Czuję się jak żołnierz śmiertelnie ranny i umierający na polu bitwy, którym jest życie.*



*Wszystko, co było przyjemne, staje się szczególnym koszmarem, choćby zapach obiadu, chyba szpinak.*

*Lęk przed szumem otwieranej bramy, żona będzie przywozić dzieci, witajcie w moim piekle.*

*Przebudzenia, długo nie otwieram oczu, jak otworzę, będę wiedział, na jakiej planecie się budzę. Jest szara, nie czarna, więc chyba trochę lepiej, oby „huśtawka” zatrzymała się w górnej pozycji. Nie chcę sobie robić dużych nadziei, w tej sprawie zawiedziona boli stu-*

*krotnie. Nadzieja – nawet gdy nam się zdaje, że jej nie ma, unosi się gdzieś, niewidoczna, ale żywa.*

*Mały spacer, dla mnie wielki, po raz pierwszy od dawna. To tak wygląda świat. Nogi niosą tułów i głowę, wszystko osobno. Pies jakiś podbiega i liże mi rękę. Zapomniałem, że są psy na świecie.*

TOMASZ JASTRUN, BLOG NA PORTALU MIESIĘCZNIKA „ZWIERCIADŁO”:

<http://zwierciadlo.pl/uzytkownicy/tomasz-jastrun-2>

Zapisywanie tych stanów podczas ich trwania było ich oswajaniem, a w dodatku dostawałem wsparcie od czytelników. Takie wsparcie innego człowieka czy ludzi jest ogromnie ważne w biedzie depresji.

## Wielcy chorzy

**T.J.:** Zdumiewa, jak wielu wielkich ludzi, artystów, myślicieli i mężów stanu cierpiało na depresje. Ale nie sądzę, by depresja była przywilejem geniuszy, u znanych ludzi tylko to widać i czasami, coraz częściej, potrafią o tym mówić.

Z książki Davida Owena *Chorzy u władzy. Sekrety przywódców politycznych ostatnich stu lat*, traktującej o chorobach polityków, wynika, że depresja i choroba dwubiegunowa to przypadłości niezwykle częste w tej grupie. Na ciężką depresję cierpiał Abraham Lincoln. Zaburzenie dwubiegunowe (naprzemienne fazy manii i depresji) nękało Theodore’a Roosevelta i Mao. Poważne problemy z depresją miał generał de Gaulle – nieobce mu były myśli samobójcze, a podczas rewolty studenckiej w maju 1968 roku zupełnie się załamał. Chorował też na depresję Willy Brandt, ten sympatyczny polityk miał zresztą smutek wypisany na twarzy.

Na pewno jakąś formę depresji miał marszałek Józef Piłsudski. Jego brat popełnił samobójstwo, rzucając się do Sekwany, siostra była chora. Marszałek miał

chwile depresyjnych zapaści nawet wtedy, gdy odnosił swoje największe wojskowe zwycięstwa.

## Jak sobie pomóc?

**T.J.:** Rola łóżka w depresji? Łóżko jako azyl, ale też tratwa, która dryfuje po rzekach Hadesu. Łóżko jest przyjacielem, ale również narzędziem tortur. Dowodem upadku, ale także deską ratunku. Jak jest kiepsko – odruch, by się co chwilę do niego kłaść. Takie polegwanie i azyl.

**S.M.:** Dryfowanie – to pojęcie jest ważne. Już nie kieruje się własnym życiem. Mijają dni. W zasadzie tyle. Dni mijają i w pewnym sensie nie żyje się naprawdę.

**T.J.:** Tak, bo depresja to utrata kontroli nad własnym życiem. Gdy jest się zdrowym, ma się poczucie (złudzenie) kontroli: to wolność woli oraz możliwość stawiania sobie celów i ich realizacja. W depresji celem jest dotrzeć z chwili na chwilę. Ile chwil ma minuta, ile godzin dzień? Jeśli jest przyszłość, to pełna grozy i mroku. Dlatego w depresji ważne są działania, które powodują, że odzyskujemy kontrolę, żeby pokazać sobie i innym – jestem, więc działam.

Stąd tak wielu, jeśli zdoła, wsiada do samochodu i jedzie, choćby przed siebie. Wóz to wiele koni, moc. Jak jest się wprawnym kierowcą, to prowadzi się samochód odruchowo. Znamy reguły gry, stajemy się częścią maszinerii świata. W ciężkiej depresji jednak nie ma mowy, aby prowadzić, bo to byłoby niebezpieczne.

Dla mnie „odzyskiwanie kontroli” to było też pisanie. To mój zawód – tworzę, więc jestem.

**S.M.:** Chyba już powiedzieliśmy aż nadto o depresji i jej możliwych przejawach. Ale musimy wspomnieć jeszcze o jednej najważniejszej rzeczy. Zwróciłeś mi kiedyś uwagę, że o tym należy dobitnie mówić pacjentom – depresja to epizod, który nie trwa wiecznie. Depresja przemija.

**T.J.:** To niezwykle ważne dla pacjenta i jego udręczonej rodziny. W depresji mieszka groza, że tak będzie już zawsze. Każde cierpienie jest do przeżycia, jeśli ma jakiś termin, po którym minie. Dla kogoś w depresji wszystko, co złe, wydaje się na zawsze, co dobre – na chwilę. Ale depresja naprawdę mija.

### POLECANE KSIĄŻKI

- Andrew Solomon, *Anatomia depresji. Demon w środku dnia*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2004.
- Kay Redfield Jamison, *Noc szybko nadchodzi*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2004.
- Antoni Kępiński, *Melancholia*, Wydawnictwo Literackie, 2001.
- David Owen, *Chorzy u władzy. Sekrety przywódców politycznych ostatnich stu lat*, PIW, 2013.
- Sylvia Plath, *Szklany klosz*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, 1995.
- Sylvia Plath, *Dzienniki 1950–1962*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2004.
- Wiliam Styron, *Pogrążyć się w mroku*, PIW, 1951.
- Wiliam Styron, *Ciemność widoma*, Świat Książki, 2012.

### INTERNET:

- Polecamy portale internetowe poświęcone depresji, gdzie można przeczytać wypowiedzi innych chorych i wymienić doświadczenia.
- Stowarzyszenie Aktywnie Przeciwko Depresji: [www.depresja.org](http://www.depresja.org)
- [www.forumprzeciwdepresji.pl](http://www.forumprzeciwdepresji.pl)
- [www.facebook.com/ForumPrzeciwDepresji](https://www.facebook.com/ForumPrzeciwDepresji)





SERVIER POLSKA Sp z o.o.  
ul. Jana Kazimierza 10, 01-248 Warszawa  
tel. (22) 594 90 00, fax (22) 594 90 10