

Depresyjne zaburzenia nastroju w gabinecie lekarza pierwszego kontaktu

Depressive disorders in GPs office

lek. med. Paweł Krzywda, dr hab. n. med. Marek Krzystanek

Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
kierownik: prof. dr hab. n. med. Irena Krupka-Matuszczyk

PDF FULL-TEXT
www.lekwpolsce.pl

Oddano do publikacji: 11.03.2014

Słowa kluczowe: depresja, lekarz rodzinny, citalopram.

Streszczenie: Depresja jest powszechnie występującym schorzeniem – na świecie cierpi na nią ok. 350 mln osób. Dane WHO wskazują, że depresja stała się już czwartą najpoważniejszą chorobą, z którą muszą się zmagać nowoczesne społeczeństwa. Szacuje się, że za 10 lat będzie ona zajmować drugie miejsce na tej liście, po niewydolności serca. W gabinetach lekarzy pierwszego kontaktu blisko 1/3 pacjentów stanowią osoby z zaburzeniami funkcji psychicznych, spośród których najczęściej spotyka się depresję i zaburzenia lękowe. Leczenie tych schorzeń o nasileniu łagodnym lub umiarkowanym może być bezpiecznie prowadzone przez lekarza rodzinnego, do czego niezbędna jest znajomość nowoczesnej farmakoterapii oraz aktualnie obowiązujących wytycznych. Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), a w szczególności citalopram i escitalopram, są lekami bezpiecznymi, o małym ryzyku wystąpienia działań niepożądanych i mogą być stosowane przez każdego lekarza.

Key words: depression, general practitioner, citalopram.

Abstract: Depression is a common illness worldwide – with an estimated population of 350 mln people affected. It has already become the fourth most crucial disease, which modern societies must cope with. It is estimated that in 10 years it will take the second place on that rank, just after heart failure. In General Practitioner's offices almost 1/3 of patients, who seek for help suffer from some kind of dysfunction of mental health, the most frequent are depression and anxiety disorder. Treatment of those disorders, with low or moderate intensity, may be performed by General Practitioner, and therefore awareness of the new antidepressants and actual guidelines of pharmacotherapy is crucial. Selective serotonin reuptake inhibitors especially citalopram and escitalopram are safe and well tolerated drugs which may be effectively used in treatment of depressive disorders by every doctor.

Wstęp

Depresja jest zaburzeniem psychicznym występującym powszechnie. Ocenia się, że na całym świecie dotkniętych tym schorzeniem jest ok. 350 mln osób, w Europie choruje blisko 4% populacji. Szacunki uwzględniające depresje maskowane oraz stany graniczne sięgają blisko 10% [1]. Nie ma dokładnych danych epi-

miologicznych dotyczących Polski, natomiast można uznać, że częstość występowania tego zaburzenia jest podobna jak w innych krajach europejskich.

Z danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wynika, że depresja stała się już **czwartą najpoważniejszą chorobą**, z którą muszą się zmagać nowoczesne społeczeństwa. Szacuje się, że za 10 lat będzie zajmować **drugie**

miejsce na tej liście, po niewydolności serca. Na świecie depresja stanowi wiodący czynnik niepełnosprawności u osób młodych, zdrowych somatycznie. Szacuje się, że terapia oraz opieka socjalna nad pacjentami cierpiącymi na depresję, schizofrenię oraz chorobę afektywną dwubiegunową kosztują płatnika w USA ok. 500 mld dolarów rocznie [2].

Depresja w praktyce lekarza rodzinnego

Uważa się, że 40% populacji Polski będzie na pewnym etapie swojego życia cierpieła na zaburzenia jednej z funkcji psychicznych. Większość osób z różnego rodzaju dolegliwościami trafia do gabinetów lekarzy rodzinnych. Wśród pacjentów korzystających z usług lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) 20-50% to osoby z problemami dotyczącymi zdrowia psychicznego. Lekarze POZ rozpoznają zaburzenia psychiczne jedynie u 2,5-4,9% zgłaszających się po pomoc. Najczęściej spotykają się z depresją i zaburzeniami lękowymi [3]. Lekarze rodzinni niechętnie rozpoczynają terapię osób z zaburzeniami psychicznymi. Wydaje się, że wynika to w znacznej mierze z trudności diagnostycznych, krótkiego czasu wizyty oraz obawy przed działaniami niepożądanymi stosowanych leków. W obliczu małej dostępności lekarzy psychiatrów w Polsce bardzo ważna jest rola lekarza rodzinnego w podjęciu próby leczenia epizodu depresyjnego. Oczekiwanie na wizytę w poradniach zdrowia psychicznego na terenie Polski może sięgać 3 miesięcy. Żadna depresja nie może pozostawać tak długo bez leczenia.

Lekarz rodzinny, stosując bezpieczny lek przeciwdepresyjny, jest w stanie wyleczyć ok. 70% epizodów depresyjnych. Warunkiem jest tu łagodne lub umiarkowane nasilenie depresji, brak objawów psychotycznych, tendencji samobójczych, dobra odpowiedź na ewentu-

alne leczenie w przeszłości oraz życzenie pacjenta. Bardziej nasilone epizody depresyjne, depresje lekooporne, ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi lub somatycznymi, z myślami samobójczymi, z cechami dwubiegunowości są wskazaniem do leczenia przez psychiatrę [4].

Czym jest depresja?

Zaburzenia depresyjne różnią się od zwykłego obniżenia nastroju oraz krótkotrwałych epizodów smutku, spowodowanych wydarzeniami życiowymi. W celu rozpoznania depresji ustalono dokładne kryteria diagnostyczne, które pomagają odróżnić kilkudniowy „zły humor” lub „chandrę” od zaburzenia, które należy leczyć. Właściwie leczona depresja jest schorzeniem uleczalnym i zwykle ustępuje bezpowrotnie. Warto podkreślić, że zaburzenie to powoduje ogromne cierpienie psychiczne u chorego, mimo że objawy zgłaszane przez niego są niewidoczne w badaniu fizykalnym. Depresja może doprowadzić do obniżenia jakości, a nawet całkowitego uniemożliwienia funkcjonowania społecznego i zawodowego.

Diagnoza wg ICD-10 [5]

Przed rozpoczęciem leczenia należy ocenić poziom nasilenia obserwowanych zaburzeń depresyjnych oraz przeprowadzić diagnostykę różnicową w kierunku innych schorzeń, które mogą objawiać się zaburzeniami nastroju.

Rozpoznanie depresji wymaga, aby zgłaszane przez pacjenta objawy utrzymywały się przez co najmniej 2 tygodnie. Nie dotyczy to okresu żałoby po stracie osoby bliskiej, gdzie obniżenie nastroju może utrzymywać się nawet do 6 miesięcy. Objawy podstawowe i dodatkowe zespołu depresyjnego wg ICD-10 zostały przedstawione w tabeli 1.

Objawy epizodu depresyjnego wg ICD-10

Tabela 1

A. Objawy główne:
nastrój depresyjny
utrata zainteresowań i przeżywania przyjemności
zmniejszona energia lub zwiększona męczliwość
B. Objawy dodatkowe:
spadek zaufania i szacunku do siebie, nieracjonalne poczucie winy, wyrzuty sumienia
myśli o śmierci lub zachowania samobójcze
osłabienie koncentracji i uwagi
zmiany w zakresie aktywności (pobudzenie lub zahamowanie)
zaburzenia snu (wszelkiego typu)
zmiany łaknienia

Zgodnie z klasyfikacją ICD-10, jako łagodny ocenia się epizod spełniający co najmniej 2 kryteria z kategorii głównej A oraz 2 z kategorii dodatkowej B (łącznie 4). Epizod umiarkowany to epizod spełniający co najmniej 2 kryteria z kategorii A oraz 4 z kategorii B (łącznie 6); jest to też stan wyraźnie upośledzający funkcjonowanie zawodowe i prywatne pacjenta. Ciężkie nasilenie epizodu depresji stwierdza się w przypadku spełnienia większości kryteriów (łącznie powyżej 8) i dodatkowo znacznego upośledzenia funkcjonowania pacjenta (np. z powodu zahamowania psychoruchowego, osłupienia, objawów somatycznych lub zamiarów samobójczych). Maksymalne nasilenie depresja osiąga w postaci ciężkiego epizodu depresyjnego z objawami psychotycznymi. Pacjenci w tym stanie mogą popadać w osłupienie depresyjne. Tracą wówczas jakąkolwiek spontaniczną aktywność oraz nie reagują na żadne bodźce ze strony otoczenia. Inną formą ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi jest występowanie urojeń o tematyce depresyjnej – okradanie, zubożenie, upośledzenie, grzech, wina i kara. Szczególną formą urojeń depresyjnych są urojenia nihilistyczne, kiedy chory na ciężką depresję twierdzi, że nie ma już nic, że wszystko: czas, rzeczywistość,

przestrzeń uległo rozpadowi, a jedyne co nas czeka, to pustka i wieczne potępienie.

W celu monitorowania stanu pacjenta w czasie leczenia można się posłużyć jednym z narzędzi przesiewowych, np. skalami depresji wg Becka, Hamiltona lub Montgomery-Asberg [6]. Są one ogólnie dostępne, proste w użyciu i mogą stanowić istotną pomoc w ocenie nasilenia epizodu depresyjnego dla lekarzy z mniejszym doświadczeniem w zakresie leczenia zaburzeń psychicznych. Należy pamiętać, że skale te nie są narzędziami diagnostycznymi, służą natomiast monitorowaniu zmian w nasileniu objawów w wyniku leczenia przeciwdepresyjnego. Diagnoza opiera się zawsze na wywiadzie i opisanych kryteriach diagnostycznych wg ICD-10.

Poza typowymi objawami obniżenia nastroju (opisanymi powyżej), depresja może również przyjmować postać poronną, czyli maskowaną. Jest to postać schorzenia, w której objawy ze strony nastroju nie dominują w obrazie klinicznym. Szczególnie często występuje ona u osób starszych oraz cierpiących na różne, niekiedy poważne, schorzenia somatyczne. Chorzy z takim problemem trafiają do gabinetu lekarza pierwszego kontaktu, zgłaszając różnorodne, trudno weryfikowalne objawy, np. rozsiarne dolegliwości bólowe,

lęk, trudności z zasypianiem, co często prowadzi do ordynowania leków uspokajających i nasennych z grupy benzodiazepin, które nie stanowią leczenia przyczynowego schorzenia. Systematyczne i długotrwałe przyjmowanie benzodiazepin (ponad miesiąc, codziennie) prowadzi do silnego uzależnienia psychicznego i fizycznego, zwłaszcza u osób z tendencją do uzależnień w wywiadzie.

Objawy mogące sugerować występowanie depresji poronnej przedstawiono w tabeli 2 [7].

Obecnie obowiązujące zasady postępowania

Głównym celem leczenia epizodu depresji jest osiągnięcie pełnej i szybkiej odpowiedzi terapeutycznej, a co za tym idzie – remisji objawowej oraz zapobieżenie nawrotowi choroby.

Ogólne zasady postępowania obejmują:

- prawidłową diagnozę, zgodnie z obowiązującymi kryteriami ICD-10
- wykluczenie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych; w tym celu można stosować przesiewowe narzędzia badawcze, np. kwestionariusz zaburzeń nastroju lub Hypomania Checklist (HCL-32)
- rozpoczęcie i leczenie współistniejących chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych
- ocenę ryzyka interakcji proponowanego leczenia przeciwdepresyjnego z innymi stosowanymi lekami
- ocenę ryzyka samobójstwa
- wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych (jeśli są wymagane)
- wybór optymalnej metody leczenia
- budowanie relacji terapeutycznej z pacjentem, opartej na współpracy i zaufaniu; w tym celu potrzebna jest podstawowa psychoedukacja.

Leczenie fazy ostrej

Epizod depresyjny można leczyć metodą farmakoterapii, psychoterapii lub połączeniem obu tych metod. W szczególnych wypadkach stosuje się metody alternatywne. Jedną z nich jest światłoterapia, skuteczna głównie w sezonowych zaburzeniach afektywnych (najczęściej przyjmujących formę depresji zimowej). Według ICD-10, aby zdiagnozować sezonowe zaburzenia afektywne, przez 3 kolejne lata ich początek musi przypadać na tę samą porę roku i w określonej porze roku powinny się one koń-

Przykłady depresji poronnych

Tabela 2

Zaburzenia rytmów dobowych	Bezsенność Nadmierna senność
Maski bólowe	Bóle głowy Neuralgie
Maski behawioralne	Nadużywanie alkoholu, leków
Maski wegetatywne i psychosomatyczne	Zespół dławicy piersiowej Zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego Świąd skóry
Maski psychopatologiczne	Zaburzenia lękowe Natręctwa Agorafobia Jadłowstręt

czyć, a liczba epizodów sezonowych powinna przez 3 lata przeważać nad liczbą epizodów niesezonowych. W szczególnie ciężkich, zagrożających życiu przypadkach stosowane jest leczenie elektrowstrząsowe (ECT), wyłącznie w warunkach szpitalnych. Istotą leczenia elektrowstrząsami jest wywołanie napadu padaczkowego, trwającego ok. 30 sekund. Ocenia się, że proces leczenia ma miejsce w fazie refrakcji po napadzie drgawkowym (okres od ustania napadu padaczkowego, monitorowanego przez odprowadzenie EEG, do odzyskania fizjologicznej czynności bioelektrycznej mózgu).

Skuteczne leczenie zespołów depresyjnych wciąż stanowi wyzwanie dla klinicystów. W badaniach skuteczności leczenia fazy „ostrej” depresji potwierdza się, że leczenie farmakologiczne nie prowadzi do poprawy w skalach objawowych u 40-50% pacjentów, natomiast u ok. 30% uzyskuje się tylko częściową poprawę [8]. W wielośrodkowym badaniu STAR-D, w wyniku leczenia remisję osiągało 67% pacjentów, z czego połowa relacjonowała nawrót choroby w pierwszym roku [9]. Badania nad skutecznością leczenia epizodów depresyjnych są znacznie utrudnione z powodu złożoności patogenezy samych objawów choroby, a także zmienności towarzyszących zaburzeniom depresyjnym czynników psychologicznych.

Faza leczenia stabilizacyjnego

Dużym problemem klinicznym jest brak współpracy pacjentów w leczeniu depresji, który dotyczy nieregularnego przyjmowania leków. Chorzy na depresję, gdy tylko poczują się lepiej, odstawiają leki bądź stosują je nieregularnie. Lekarz może zastanowić się nad tym, czy jego pacjent systematycznie przyjmuje leki, obserwując wystąpienie objawów niepożądanych przez kilka tygodni lub miesięcy po rozpoczęciu leczenia prze-

ciwdepresyjnego. Zwykle regularne zażywanie leków jest związane ze stabilnym poziomem leku w surowicy krwi i małą częstością działań niepożądanych – ich częstość wzrasta, kiedy pacjent stosuje lek nieregularnie, a stężenie leku staje się bardziej zmienne. W świetle obecnych standardów leczenie depresji powinno trwać co najmniej 6 miesięcy taką dawką leku, która spowodowała ustąpienie objawów depresyjnych. Niestosowanie takich długich okresów stabilizujących przyczynia się do coraz częstszego zjawiska oporności na leczenie lekami przeciwdepresyjnymi oraz częstszych nawrotów depresji [4].

Standardy leczenia depresji

MIEJSCE TLPD W LECZENIU DEPRESJI

Przez wiele lat dominującą grupą leków w terapii zaburzeń depresyjnych były trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD), jednak w związku z pojawieniem się na rynku skutecznych oraz bezpiecznych leków w postaci selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI – *ang. selective serotonin reuptake inhibitors*), liczba aktualnie dostępnych na rynku TLPD spadła do zaledwie 4 preparatów (2014 r.). TLPD są obecnie stosowane jako leki kolejnego wyboru u pacjentów lekoopornych w terapii depresji lub jako leki skuteczne w innych zaburzeniach psychicznych, np. klomipramina – wykorzystywana powszechnie w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych (OCD).

Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne są skuteczne, jednak z powodu licznych i częstych działań niepożądanych zostały z czasem wyparte przez tanie i bezpieczne SSRI. Ze względu na krótki czas połowicznego rozpadu większość TLPD musiała być dawkowana 3-4 razy dziennie, a to często powodowało brak współpracy ze

strony pacjenta. Mała różnica pomiędzy dawką terapeutyczną a toksyczną (wąskie okno terapeutyczne) powodowała, że leki te użyte przez pacjentów w celach samobójczych często, ze względu na opisane poniżej działania niepożądane, prowadziły do zgonu.

Klasyczne leki przeciwdepresyjne o budowie trójpierścieniowej wykazują powinowactwo do wielu typów receptorów, a co za tym idzie – powodują liczne działania niepożądane, takie jak:

Receptor	Działanie niepożądane
M1	Suchość w ustach, zaparcia, nieostre widzenie, zatrzymanie moczu, zwiększenie ciśnienia śródgałkowego, tachykardia
$\alpha 1$	Ortostatyczne spadki ciśnienia tętniczego, wydłużenie odcinka QT, arytmia (szczególnie po przedawkowaniu)
H1	Senność, sedacja, przyrost masy ciała

Dlatego też w wielu chorobach somatycznych należy ostrożnie stosować te leki (tabela 3).

SSRI JAKO LEKI PIERWSZEGO RZUTU W DEPRESJI

Obecnie na rynku dostępnych jest 6 preparatów SSRI: citalopram, escitalopram, sertralina, paroksetyna, fluoksetyna i fluwoksamina. Mechanizm ich działania oparty jest na hamowaniu

wychwytu zwrotnego serotoniny, uwalnianie do przestrzeni synaptycznej. W wyniku zmiany wrażliwości i liczby receptorów serotoninergicznych, trwającej około 2 tygodni, następuje zwiększenie transmisji sygnału poprzez receptory 5HT1A, a co za tym idzie – efekt kliniczny w postaci zmniejszenia nasilenia i w końcu ustąpienia objawów depresyjnych.

Zgodnie z obecnie obowiązującymi standardami leczenia depresyjnych zaburzeń nastroju, **SSRI są lekami pierwszego wyboru** zalecanymi przez American College of Physicians i European Psychiatric Association w leczeniu epizodu depresyjnego o nasileniu łagodnym i umiarkowanym [9], **ze względu na bezpieczeństwo ich stosowania i profil objawów ubocznych**. Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) różnią się od leków TLPD brakiem działania cholinolitycznego oraz antyhistaminowego, dzięki czemu cechuje je szeroki indeks terapeutyczny, obejmujący również leczenie zaburzeń lękowych [11].

Spośród grupy SSRI, citalopram oraz escitalopram wyróżniają się najbardziej selektywnym działaniem na wychwyt zwrotny serotoniny. Substancje te cechuje niski potencjał interakcji przy udziale systemu enzymatycz-

Przeciwwskazania somatyczne do stosowania TLPD [10]

Tabela 3

Schorzenie	Unikać stosowania
zaburzenia rytmu serca	TLPD
nadciśnienie tętnicze	Wenlafaxyna
jaskra z zamkniętym kątem przesączania	TLPD
padaczka	TLPD, mianseryna, wenlafaxyna
ostra niewydolność naczyń wieńcowych	TLPD, mianseryna, wenlafaxyna
alkoholizm	TLPD
Schorzenie	Stosować ostrożnie
otyłość	TLPD, mianseryna, wenlafaxyna
hipotonia	TLPD, mianseryna, wenlafaxyna
bezsenna	niektóre SSRI, wenlafaxyna, moklobemid
zaburzenia potencji	SSRI, wenlafaxyna
ciąża	wszystkie LPD

nego cytochromu P450 [12]. Pod względem interakcji lekowych citalopram jako wysoce selektywny inhibitor wychwytu zwrotnego serotoniny jest lekiem bezpiecznym. Wchodzi w interakcje farmakodynamiczne jedynie z lekami wpływającymi na układ serotoniner-giczny, a w szczególności z inhibitorami MAO (moklobemid). Citalopram nie zmienia stężenia w osoczu takich leków neuroleptycznych, jak: haloperidol, chlorpromazyna, zyklo-pentisol, lewomepromazyna, perfenazyna [16], a także klozapiny i risperidonu [18]. Hamuje w bardzo niskim stopniu CYP2D6 i nie wchodzi z innymi lekami w istotne interakcje farmakokinetyczne.

Selektywność powiązana jest z niskim potencjałem interakcji z innymi lekami oraz niewielkimi działaniami niepożądanymi (tabela 4).

Skuteczność citalopramu jest porównywalna do innych leków przeciwdepresyjnych z grupy SSRI, jak również do TLPD [13]. Podobnie jak pozostałe leki z grupy SSRI, okazał się skuteczny w zaburzeniach lękowych, takich jak fobia społeczna oraz zespół lęku napadowego z agorafobią [14]. Chemicznie citalopram jest mieszaniną racemiczną enancjomerów S i R, z czego postacią aktywną jest wyłącznie forma S. Citalopram w badaniach in vivo wykazuje bardzo wysokie powinowactwo do transportera serotoniny, co koresponduje z jego silnym hamującym działaniem na wychwyt serotoniny ze szczeliny synaptycznej [15]. Nie wywiera praktycznie żadnego wpływu na wychwyt innych amin biogennych. Cechuje się zatem bardzo wysoką selektywnością działania hamującego na wychwyt serotoniny w stosunku do innych leków przeciwdepresyjnych, np. trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych czy wenlafaxyny. Citalopram wykazuje znaczną selektywność nawet w porównaniu z innymi SSRI: np. fluoksetyna jest agonistą receptora

5HT_{2C}, sertralina działa na wychwyt dopaminy i receptor sigma, paroksetyna działa słabo antagonistycznie na receptor muskarynowy, a fluwoksamina na wspomniany receptor sigma [16].

Citalopram wchłania się w ok. 80% z przewodu pokarmowego, a spożycie pokarmu nie ma wpływu na jego biodostępność. Okres półtrwania wynosi ok. 33 godz. i z tego powodu może być podawany w jednej dawce rano [14]. Citalopram należy podawać w pojedynczej dawce doustnej 20 mg na dobę. W zależności od reakcji pacjenta dawkę można zwiększyć, maksymalnie do 40 mg na dobę [17]. Ze względu na działania niepożądane, głównie ze strony przewodu pokarmowego, wskazane jest stopniowe zwiększanie dawki do optymalnej. Pierwsze efekty terapii można oceniać najwcześniej po 2-4 tygodniach. Po uzyskaniu remisji objawowej leczenie należy kontynuować przez okres co najmniej 6 miesięcy. Lek odstawiamy stopniowo, redukując dawkę, co zapobiega zarówno wystąpieniu objawów odstawiennych (zwykle słabo nasilonych), jak i ponownemu obniżeniu nastroju.

Citalopram to skuteczny i bezpieczny lek. Ze względu na niewielką liczbę działań niepożądanych jest dobrze tolerowany przez pacjentów. Będąc jednym z najbardziej selektywnych SSRI nie wchodzi w istotne interakcje z większością leków wykorzystywanych w psychiatrii. Z powodzeniem może być stosowany jako lek pierwszego rzutu w terapii zaburzeń depresyjnych w gabinecie lekarza rodzinnego.

Podsumowanie

1. Depresja jest częstą chorobą psychiczną, której leczeniem mogą zajmować się nie tylko psychiatrzy, ale również lekarze rodzinni.

Tabela 4

Niektóre objawy niepożądane przy stosowaniu wybranych leków przeciwdepresyjnych z grupy TLPD oraz SSRI [19]

	Wpływ cholinolityczny	Sedacja	Niepokój, bezsenność	Wpływ „kardiotoksyczny”	Hipotonia ortostatyczna	Nudności, wymioty	Przyrost masy ciała	Zaburzenia seksualne	Obniżenie progu drgawkowego
TLPD									
amitriptylina	++++	+++	-	+++	+++	+	+++	+	+
doksepina	+++	+++	-	++	+++	±	++	++	+
klomipramina	+++	+	+	++	++	+	++	++	+
SSRI									
citalopram, escitalopram	-	-	++	-	-	++	-	++	±
fluoksetyna	-	-	+++	-	-	++	-	++	±
fluwoksamina	±	+	+++	-	-	++	-	++	±
paroksetyna	±	-	++	-	-	++	-	++	±
sertralina	±	-	++	-	-	++	-	++	±

2. Lekami pierwszego rzutu w ambulatoryjnym leczeniu depresji są leki z grupy SSRI.
3. Citalopram jest skutecznym i bezpiecznym lekiem, który z powodzeniem może być wykorzystywany w leczeniu depresyjnych zaburzeń nastroju w praktyce lekarza rodzinnego.

Piśmiennictwo:

1. <http://www.nytimes.com/2013/07/02/magazine/the-half-trillion-dollar-depression.html?pagewanted=all>
2. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
3. Araszkiwicz A. „Zaburzenia depresyjne i lękowe w podstawowej opiece zdrowotnej – rozpowszechnienie i diagnostyka”. *Psychiatria w Praktyce Lekarskiej* 2001, tom 1, nr 1.
4. Jarema M. red: „Standardy leczenia niektórych zaburzeń psychicznych”. *Via Medica*, 2011, p:47-115.
5. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10 – Badawcze Kryteria Diagnostyczne. Vesalius. Warszawa, 1998.
6. Mikołajczyk E., Podbielska M. „Nowoczesne metody leczenia zaburzeń depresyjnych”. *Terapia* nr 11-12, 2009.
7. Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. „Psychiatria” t. 2. Elsevier. Wrocław, 2011.
8. Stahl S.M.: „Podstawy psychofarmakologii depresji i choroby afektywnej dwubiegunowej”. Wydawnictwo a-Medica Press, Bielsko-Biała 2003.
9. Rush A.J., Trivedi M.H., Wisniewski S.R. i wsp.: Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am. J. Psych.* 2006, 163: 1905-17.
10. Kurpas D., Steciwko A. „Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego. Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego”. *Continuo*, Wrocław 2006, wyd. I p. 146-155.
11. Abendrot M. „Depresja jako choroba i problem społeczny”. *Gabinet Prywatny* nr 04, 2013.
12. Rzewuska M. „Tolerancja i bezpieczeństwo Escitalopramu”. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii*, 2004.
13. Rosenberg i wsp. Citalopram and imipramine in the treatment of depressive patients in general practice. A nordic multicancer study. *Int. Clin. Psychopharmacol.*, 1994, 9 suppl. I:41-48.
14. Lewandowski J., Rybakowski J. „Farmakologiczne i kliniczne własności citalopramu”. *Farmakoter. Psychiatr. Neurol.* 200 nr 4 s. 358-373.
15. Hyttel i wsp. The pharmacology of citalopram. *Rev. Contempo. Pharmaco-ther.*, 1995, 6 (6):271-285.
16. Syvalahti i wsp. Citalopram causes no significant alterations in plasma neuroleptic levels in schizophrenic patients. *J Int Med Res* 1997, 25, 24-32.
17. Charakterystyka Produktu Leczniczego (Citabax): <http://leki.urpl.gov.pl/files/Citabax>, akces 08.02.2013.
18. Avenoso i wsp. No effect of citalopram on plasma levels of clozapine, risperidone and their active metabolites in patients with chronic schizophrenia. *Clin. Drug. Invest.*, 1998, 16:392-39.
19. Pużyński S. „Psychiatria – Postępy 2006 – 50 lat stosowania leków przeciwdepresyjnych”. *Medycyna Praktyczna* 2007/03.

lek. med. Paweł Krzywda
krzywda@mp.pl