

# Nowe formy cywilizacyjnej depresji i ich farmakologiczne leczenie

## New forms of civilization depression and their pharmacological treatment

**Mariusz Bartyzel, Bartosz Łoza, Ałbena Grabowska, Marta Kosińska, Dorota Kukulska, Maja Polikowska, Piotr Smolaga, Magdalena Wilk**

Klinika Psychiatrii Oddziału Fizjoterapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

### STRESZCZENIE

Wielu ludzi może doświadczać stosunkowo mało nasilonych lub prodromalnych objawów depresji, które jednak faktycznie głęboko wpływają na ich zdrowie psychiczne. Doświadczenie uogólnionego braku satysfakcji może oznaczać coś zupełnie innego niż tylko proste poczucie braku szczęścia. Subkliniczna depresja, maskowana depresja lub inne formy obniżonego nastroju mogą być powiązane z problemami psychosocjalnymi, takimi jak: pracoholizm, wypalenie, zespół przewlekłego zmęczenia, mobbing, bullying czy ideacje samobójcze. Stany te mogą być równie dramatyczne i ciężkie, jak w pełni rozwinięta depresja. Dysponujemy głównie wstępnymi wynikami badań farmakologicznych, wykorzystujących zwłaszcza leki typu SSRI, np. escitalopram, w większości tych wskazań.

**Słowa kluczowe:** depresja, nowe formy, stres cywilizacyjny, pracoholizm, wypalenie, mobbing, bullying

### ABSTRACT

Many people may experience relatively low-grade or prodromal depression symptoms that actually can deeply affect their mental health. Feeling generally dissatisfied may mean something different than just simply not to be happy. Subclinical depression, masked depression or other forms of low mood disorders can be related to psychosocial problems like workaholism, burnout, chronic fatigue syndrome, mobbing, bullying or suicidal ideation. All those conditions can be equally dramatic and severe as full-blown depression. There are mainly preliminary pharmacological trials based typically on SSRIs like escitalopram in most of those indications.

**Key words:** depression, new forms, civilization stress, workaholism, burnout, mobbing, bullying

#### NAJWAŻNIEJSZE

**Obraz kliniczny depresji zmienia się pod wpływem stresu cywilizacyjnego.**

#### HIGHLIGHTS

**The psychopathology of depression is being transformed by civilization stress.**



#### **Mariusz Bartyzel**

*Specjalista psychiatra, pracownik naukowo-dydaktyczny Kliniki Psychiatrii Oddziału Fizjoterapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Kierownik poradni psychiatrycznej SZPZLO Warszawa-Ochota. Hobby: fotografia, strzelectwo, motocykle.*

## WSTĘP

Jedną z kluczowych hipotez współczesnej psychiatrii jest założenie o dominującej roli czynników cywilizacyjnych w patogenezie coraz większej liczby zaburzeń, w tym zaburzeń depresyjnych [1]. Intensywność zmian we współczesnym stylu życia prowadzi do założenia, że zjawiska te muszą mieć wpływ na obraz kliniczny depresji. Tego typu wnioskowanie prowadzi do poszukiwania „nowych depresji” – nowych form zaburzeń emocji. Można postawić wiele „cywilizacyjnych” hipotez dotyczących związków stylu życia i depresji [1]:

1. Zmiany w stylu życia, przemiany cywilizacyjne, tworzą jakościowo nowe formy zaburzeń depresyjnych.
2. Przekształcenia mają charakter ilościowy, ale nie jakościowy, i zespół depresyjny pozostaje w swojej strukturze niezmienny.
3. Opisywane nowe formy zaburzeń są etiopatogenetycznie psychospołecznymi prodromami zaburzeń klinicznych, które rozwijają się do jawnej depresji.
4. Nowe zjawiska mają charakter głównie niepatologiczny – socjologiczny i psychologiczny, ale nie psychiatryczny.

Rozwój koncepcji depresji obfituje w tego typu spory [1]. Faktem jest, że do połowy XX w. rozpoznanie depresji wprawdzie nie było lekceważone, ale jednak traktowano je jako coś wyjątkowego. Przykładem takiego oporu i konserwatyizmu może być historia depresji atypowej, która od pierwszych opisów w latach 50. w Szpitalu św. Tomasza w Londynie przebiegała się do powszechnej praktyki klinicznej przez kilkadziesiąt lat. Brak otwartości na nowe koncepcje dotyczące depresji podsyca i utrwała wielowymiarowy kryzys poglądów na jej temat, od kwestionowania trafności pojęcia zespołu depresyjnego, poprzez kryzys praktyki rozpoznawania depresji, do kwestionowania skuteczności stosowanych metod terapii, w tym leków. Depresja nie pojawia się znikąd, jako skutek automatycznie działających czynników, np. wpływu niekorzystnych genów. W praktyce klinicznej podstawową kwestią – abstrahującą od powyższych dylematów – jest to, czy dysponujemy skutecznymi metodami leczenia stanów proponowanych jako nowe formy depresji.

## NOWE FORMY ZABURZEŃ EMOCJI

### Pracoholizm

Pojęcie pracoholizmu zawdzięczamy Wayne'owi Oatesowi, pastorowi i psychologowi religii, który wprowadził je w 1971 r. Było to moralne podejście, w którym pracoholizm miał naruszać właściwą proporcję między pracą

a pozostałą częścią życia. Stopień owego naruszenia we współczesnych zapracowanych społeczeństwach jest trudny do zmierzenia – praca pochłania wszystko. Proste wywodzenie pracoholizmu z cech osobowości anankastycznej jest mało użyteczne, podobnie traktowanie pracy jako kompensacji problemów osobistych. Wiele wolnych zawodów, niekojarzących się z pracoholizmem, wiąże się z ponadprzeciętnym zaangażowaniem w pracę. Dylematem jest to, czy pracoholizm stanowi jeden z etapów rozwoju wypalenia. Pracoholizm jest też w centrum generalnego sporu o to, czy nawyki cywilizacyjne są formą uzależnienia analogiczną do uzależnień biochemicznych.

Ogół tych dylematów i hipotez nie zmienia podstawowej cechy pracoholizmu – kompulsyjnej koncentracji na pracy – kosztem pozostałych aktywności, w tym także wypoczynku i snu. Szczególną formą pracoholizmu są jego formy ekstremalne, jak japońska *karoshi*, czyli śmierć z przepracowania.

**Leczenie:** Nadal trzeba powtarzać, że pracoholizm nie jest „jedynym korzystnym uzależnieniem”, lecz stanem patologicznym, a jeśli tak, to należy podjąć działania naprawcze. Potencjalne interwencje koncentrują się na poradnictwie zawodowym, wsparciu (Anonimowi Pracoholicy) czy psychoterapii (np. terapii poznawczo-behawioralnej [CBT, *cognitive behavioral therapy*]) [2]. Nie ma natomiast standardów farmakologicznych. To dość nieoczekiwane, gdyż pracoholizm interpretuje się w szczególności poprzez zaburzenia emocji, np. jako formę zespołu natręctw, skutek lęku uogólnionego czy depresję, co otwiera drogę do zastosowania np. leków z grupy SSRI. Śledząc dyskusje na portalach pacjentów, takich jak Reddit, można zauważyć manierę mówienia o „depresji współwystępującej” z pracoholizmem, wynikającą z chęci uwypuklenia patologicznego charakteru tego zaburzenia.

### Wypalenie

W 1974 r. Herbert Freudenberger wprowadził termin „wypalenie personelu” (*staff burnout*), inspirowany powieścią Grahama Greene'a „Przypadek wypalenia”. Warto się odnieść do tej powieści, gdyż znajdziemy w niej wiele kluczowych cech wypalenia:

- eskapizm jako metodę radzenia sobie z wypaleniem, a równocześnie potwierdzenie nieskuteczności tego zachowania (bohater powieści próbuje uciec od życia na misję do Afryki, ale to się nie udaje)
- osiągnięcia, sława, dokonania etc. są w istocie balastem, stają się z czasem źródłem życiowej porażki (bohater był architektem celebrytą, porzucił to)

- zwrot ku postępowaniu moralnemu, oczyszczenie się, poświęcenie dla idei etc. pozornie zasilają wnętrze człowieka, a tak naprawdę zniewalają i jeszcze bardziej pustoszą.

Pojęcie wypalenia spopularyzowała w późniejszym czasie Christina Maslach, wprowadzając słynny inwentarz pomiarowy (*Maslach Burnout Inventory*). To kluczowy zestaw pytań, obrazujący, że pacjent jest nie tylko wyczerpany, ale także ma zmieniony stosunek do rzeczywistości i przestaje być osobą skuteczną. Równocześnie taka koncepcja staje się bardziej generalna, nie zawęża się już tylko do środowiska pracy. W tej koncepcji pojęcie ewoluuje w kierunku opisywania w ogóle sytuacji daremnego zaangażowania jednostki w działanie bez satysfakcji, czy wręcz z „ujemną” satysfakcją.

Co do związków z pracoholizmem, trzeba sceptycznie podejść do założenia, że wypalenie jest głównie jego wynikiem. Oczywiście nie jest wykluczone, że pracoholizm może się przekształcić w wypalenie. Byłaby to droga „ilościowa” rozwoju wypalenia. Jednak kluczowy jest brak satysfakcji, a to nie wymaga ilościowego zaangażowania w pracę. Polska, według danych Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD, *Organisation for Economic Cooperation and Development*), ma obecnie **najwyższy udział pracowników z czasowym zatrudnieniem** w Unii Europejskiej [3]. Na świecie Polska zajmuje w tej statystyce drugą pozycję, po Chile. Rozpowszechniony w naszym kraju termin „umowy śmieciowe” w przybliżeniu odpowiada pojęciu umów czasowych. Nie należy mylić tego terminu z kategorią umów na część etatu (które zwykle są prozdrowotne). Umowy czasowe wiążą się z pozbawieniem pracownika głębszych źródeł satysfakcji.

**Leczenie:** Zwykle działania korekcyjne są przedstawiane jako te zorientowane na jednostkę oraz te realizowane na poziomie korporacyjnym. Mimo obfitości publikacji większość nie dostarcza wiarygodnych rozwiązań. Niezależnie od metody, o ile wpływamy tylko na jednostkę, a środowisko pozostaje eksploatujące czy opresyjne, nie mamy szansy osiągnąć powodzenia. Nieprawidłowości po stronie pracodawcy zapewne nie są przecież przypadkowe i powierzchowne. W grę wchodzi np. mobbing czy bullying. By uzdrowić sytuację, trzeba byłoby rewolucji, którą mieliby przeprowadzić sami pracownicy. Na poziomie indywidualnym proponuje się jakąś formę psychoterapii, zwykle CBT. Jednak kluczowe jest zakwalifikowanie wypalenia do odpowiedniej kategorii zaburzeń. Najwięcej zwolenników ma koncepcja, iż wypalenie jest formą depresji [4], zwłaszcza jej atypowej

postaci (w 2/3 przypadków) [5]. Leczenie powinno więc wykorzystywać środki przeciwdepresyjne. Potwierdzono, że wypalenie jest czynnikiem istotnie sprzyjającym powzięciu decyzji o leczeniu przeciwdepresyjnym [6].

## Zespół przewlekłego zmęczenia

Zespół przewlekłego zmęczenia nawiązuje wprost do koncepcji wyczerpania wewnętrznych zasobów, w istocie powtarzającej się w odniesieniu do innych stanów opisanych w tym zestawieniu. Genezy tego terminu upatrywano początkowo bardziej w czynnikach neurologicznych niż psychiatrycznych, jednak obecnie termin raczej nieodwracalnie „przeszedł” na stronę psychiatrii. W 1955 r. w Royal Free Hospital w Londynie opisano „bólowe zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego” (*royal free disease*), gdzie „zmęczenie” było odległym skutkiem neuroinfekcji, w formie psychobiologicznej astenii. W 1988 r. G.P. Holmes zaproponował w to miejsce termin „zespół przewlekłego zmęczenia”. Później pojawiały się kolejne nazwy (1991 r. – „zespół zmęczenia poinfekcyjnego”, 2010 r. – ME/CFS, *myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome*). Wobec niewykrycia czynnika biologicznego (np. „powolnego wirusa”) stopniowo narastało przekonanie o psychopatologicznych przyczynach zespołu przewlekłego zmęczenia. W ten sposób problem został „oddany” psychiatrii wraz z całym zamieszaniem pojęciowym. To historia przypominająca ewolucję fibromialgii, z którą zresztą zespół przewlekłego zmęczenia w jakiejś mierze „walczy” o rozpoznanie różnicowe. Jest to o tyle częste, że fibromialgia stanowi tak samo niejasne pojęcie. Faktycznie zespół przewlekłego zmęczenia przypomina historyczną neurastenię, jednak między tymi pojęciami istnieje ważna różnica kulturowa. Neurastenia nawiązywała w XIX w. nieco ironicznie do stylu życia amerykańskiej klasy nowobogackiej. Natomiast zespół chronicznego zmęczenia to określenie współcześnie modne i lubiane („niepsychiatryczne”), nawiązujące do współczesnego stylu życia. Dlatego wiele środowisk opiniotwórczych (dziennikarze, antropolodzy, psychologowie) wspiera je, jako *signum temporis* patologii współczesnego stylu życia. Tymczasem już w 1829 r. George Beard, twórca pojęcia neurastenii, zauważał, że częścią jej obrazu jest obniżony nastrój. Podobnie trudno byłoby pominąć w zespole przewlekłego zmęczenia objawy depresyjne.

**Leczenie:** Brak jasnej koncepcji etiopatogenetycznej i klinicznej prowadzi do działań i zaleceń mało specyficznych, jak: psychoterapia (CBT), fizjoterapia, zalecenia behawioralne, dieta. Faktyczny projekt leczenia musi być znacznie głębszy, z trwałymi zmianami w stylu życia i właściwie ukierunkowaną terapią redukującą poziom

przeżywanego stresu. Istnieje możliwość skutecznego farmakologicznego leczenia przeciwdepresyjnego, przy wykorzystaniu escitalopramu [7].

## Mobbing, bullying

Heinz Leymann opisał mobbing w 1990 r. i w podobnym czasie zaczęły się pojawiać prace na temat bullyingu [8]. Oba terminy się zazębiają, a nawet trudno je rozdzielić. Definiują się głównie przez niejawną agresję, wykorzystującą mechanizmy społecznych i zawodowych zależności. Mobbing dokonuje się przy wykorzystaniu relacji hierarchicznych (przełożony–podwładny) i uczestniczy w nim zwykle grupa osób (zorganizowana lub przy akceptacji przełożonego), natomiast bullying dotyczy osób niezależnych od hierarchii służbowej, zmuszonych typem związku do trwania w patologicznej relacji (np. urzędnik–petent, pacjent–lekarz), przy czym zachodzi między pojedynczymi osobami. Oba zjawiska, a raczej ich skutki, można klasyfikować w różny sposób kliniczny, np. jako zaburzenia przystosowania lub zespół stresu pourazowego [9]. Obie możliwości mogą być trafne. Mimo „awansu” do przepisów prawa pracy nie nadaje się mobbingowi należnej rangi. Tymczasem np. 50–60% pracowników ochrony zdrowia doświadcza bullyingu [9]. Można postawić tezę, że im szybciej zrozumiemy kliniczny charakter tych patologii, ciężar skutków, tym szybciej nastąpi ich kulturowa walidacja. To jedno z najważniejszych zjawisk z punktu widzenia współczesnej psychiatrii społecznej.

**Leczenie:** Kluczowe jest jak najszybsze wyjście ofiar mobbingu lub bullyingu z sytuacji stresowej, a nie ich leczenie objawowe [10]. Ustalono, że osoby, które zmieniły pracę, mają większą satysfakcję z jej wykonywania niż te, które pozostały i dalej „walczą” o swoje prawa. Podobnie, niższe wskaźniki społecznych dysfunkcji dotyczyły osób, które zmieniły pracę [10]. Trwanie na stanowisku w sytuacji stresu przewlekłego powoduje np. zespół przewlekłego zmęczenia czy wypalenia.

## Zagrożenia samobójcze

Tradycyjne podejście zakłada związek samobójstw ze stresem i z depresją. Jednak badania farmakologiczne nad ketaminą dowodzą, że efekty przeciwlękowe i przeciwdepresyjne są odrębne od efektu przeciwsamobójczego terapii [11]. Jedynie 19% redukcji zagrożeń samobójczych jest wynikiem poprawy w zakresie nastroju (depresji) oraz jedynie 16% redukcji lęku prowadzi do zmniejszenia zagrożeń samobójczych. Wzmacnia to koncepcję „niezależności” klinicznej zachowań samobójczych.

Sytuacja w Polsce mogłaby potwierdzać tę tezę. „Niewytłumaczalny” wzrost o 50% liczby samobójstw w Polsce w ostatnich 3 latach – w okresie społeczno-gospodarczej *prosperity* kraju – wskazuje, że należy się ponownie zastanowić nad kwalifikacją samobójstw i zrozumieniem ich przyczyn [12]. W tym samym czasie, kiedy wzrastała liczba samobójstw, Polska osiągnęła najwyższy w Unii Europejskiej udział pracowników zatrudnionych czasowo [3]. Ten wskaźnik dość ściśle koreluje ze światowymi trendami występowania samobójstw.

**Leczenie:** Przeciwdziałanie zachowaniom samobójczym to wielowymiarowe zadanie dla psychiatrii społecznej. Klozapina, esketamina i lit to leki o uznanym potencjale przeciwsamobójczym. Korzystne jest także stosowanie neuroleptyków atypowych i długoterminowe (nie krótkoterminowe) podawanie leków przeciwdepresyjnych, ze wskazaniem na nowe generacje [12].

## PODSUMOWANIE

1. Jest wiele problemów związanych ze zdefiniowaniem nowych, „cywilizacyjnych depresji”. Stany te wpisują się w spór, w którym kwestionowane są sama istota depresji, trafność poszczególnych objawów zespołu depresyjnego, jego etiopatogeneza czy leczenie. Wynika to z faktu, że „cywilizacyjne depresje” naruszają granicę między zjawiskami patologicznymi i niepatologicznymi, klinicznymi i społecznymi, a wreszcie takimi, które odpowiadają na leczenie lub nie. Tymczasem, w aktualnym stanie dyskusji nad zaburzeniami depresyjnymi, trwającym zamieszaniu koncepcyjnym, kwestionowane jest praktycznie wszystko, w tym również wpływ czynników cywilizacyjnych, tak jak zrobił to np. Irving Krisch w 2012 r. [1].
2. Trafność nowych koncepcji może być weryfikowana *ex iuvantibus*. Prędzej czy później wszystkie stany kandydujące do miana depresji związanych ze stresem cywilizacyjnym są poddawane próbom leczenia. Generalnie wyniki wskazują na zasadność powiązania ich patogenezę z depresją. Podejście to jest jednak obciążone ryzykiem błędu rozpoznania fałszywie nietrafnych, ponieważ małe badania są często „rozsadzane” statystycznie przez słabe przygotowanie metodologiczne. Przez wyszukiwarkę PubMed można znaleźć pojedyncze prace farmakologiczne, które z reguły zachęcają do leczenia przeciwdepresyjnego, np. z wykorzystaniem escitalopramu. Obecny sposób klinicystów na odnalezienie się w całym zamieszaniu pojęciowym i prawnym jest rozpoznawanie „współchorobowe”, np. zespół wy-

palenia i depresja lub zespół przewlekłego zmęczenia i depresja. Legalizuje to stosowanie właściwych leków. Część wymienionych stanów ma swoje kody w ICD-10 (wypalenie, zespół przewlekłego zmęczenia, zachowania samobójcze), inne są traktowane raczej jako procesy prowadzące do zaburzeń emocji (pracoholizm, mobbing, bullying).

3. Należy oczekiwać dalszego wysuwania propozycji w kategorii zaburzeń depresyjnych powiązanych ze stresem cywilizacyjnym. Takim niewyczerpanym źródłem „nowych depresji” są i będą sytuacje, których wspólnym mianownikiem jest wykluczenie społeczne (bezdromność, bezrobocie, dyskryminacja, w tym dyskryminacja płciowa, eurosieroctwo, imigracja, samotność, ubóstwo, wykluczenie cyfrowe, wykluczenie cywilizacyjne, nieadekwatne wykształcenie). Wszystkie te zjawiska występują w dwóch rolach: samodzielnie aspirują do „własnego” opisu klinicznego, ale też wiążą się z jakimiś „satelitarnymi” rozpoznaniem klinicznymi, z reguły z zaburzeniami adaptacyjnymi, PTSD i depresją.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Łoza B, Parnowski T (ed). *Nowa depresja. Nowe leczenie*. Medical Education, Warszawa 2013. Wydanie II zmienione.
2. Sussman S. *Workaholism: A Review*. *J Addict Res Ther* 2012; suppl 6(1).
3. OECD. *Temporary employment*. 01.07.2016 [online: <https://data.oecd.org/emp/temporary-employment.htm>].
4. Aholaa K, Hakanena J, Perhoniemi R, Mutanenb P. *Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach*. *Burnout Research* 2014; 1(1): 29-37.
5. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. *Is burnout a depressive disorder? A reexamination with special focus on atypical depression*. *Int J Stress Manag* 2014; 21(4): 307-324.
6. Madsen IE, Lange T, Borritz M, Rugulies R. *Burnout as a risk factor for antidepressant treatment – a repeated measures time-to-event analysis of 2936 Danish human service workers*. *J Psychiatr Res* 2015; 65: 47-52.
7. Amsterdam JD, Shults J, Rutherford N. *Open-label study of s-citalopram therapy of chronic fatigue syndrome and comorbid major depressive disorder*. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008; 32(1): 100-106.
8. Leymann H. *Mobbing and psychological terror at workplaces*. *Violence Vict* 1990; 5(2): 119-126.
9. Signorelli MS, Costanzo MC, Cinconze M, Concerto C. *What kind of diagnosis in a case of mobbing: post-traumatic stress disorder or adjustment disorder?* *BMJ Case Rep* 2013; 2013.
10. Fiabane E, Flachi D, Giorgi I et al. *Professional outcomes and psychological health after workplace bullying: an exploratory follow-up study*. *Med Lav* 2015; 106(4): 271-283.
11. Ballard ED, Ionescu DF, Vande Voort JL et al. *Improvement in suicidal ideation after ketamine infusion: relationship to reductions in depression and anxiety*. *J Psychiatr Res* 2014; 58: 161-166.
12. Łoza B. *Psychofarmakologiczna redukcja zagrożeń samobójczych*. *Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny* 2016; 8(2).

#### Adres do korespondencji:

Klinika Psychiatrii Oddziału Fizjoterapii  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego  
02-495 Warszawa, ul. Sosnkowskiego 18