

**WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY**

**Opieka pielęgniarska nad chorym  
STUDIUM PRZYPADKU**

**cz. IV**

Pod redakcją  
Zofii Sienkiewicz, Ewy Kobos



Warszawa 2014

Recenzenci:

Prof. dr hab. n. med. Janusz Wzygał

Dr hab. n. med. Jacek Imiela

Redakcja:

Dr n. o zdr. Zofia Sienkiewicz

Dr n. o zdr. Ewa Kobos

**Za merytoryczną wartość publikacji odpowiedzialność ponosi Autor prac.**

**Wszelkie korekty w tekście ograniczono do niezbędnego minimum.**

Całość – ISBN 978 – 83 – 7637 – 232 – 7

Część IV – ISBN 978 – 83 – 7637 – 318 – 8

Wydrukowano w Oficynie Wydawniczej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Zam. ...2014.. nakład .....50... tel. (22) 57 20 327

e-mail: [oficynawydawnicza@wum.edu.pl](mailto:oficynawydawnicza@wum.edu.pl)

[www.oficynawydawnicza.wum.edu.pl](http://www.oficynawydawnicza.wum.edu.pl)

*Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

<sup>1</sup>*Zakład Pielęgniarstwa Społecznego,*

<sup>2</sup>*Niestacjonarne studia I stopnia – absolwent Kierunku Pielęgniarstwo*

<sup>3</sup>*Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia*

**Zofia Sienkiewicz<sup>1</sup>, Alina Stachowicz<sup>2</sup>, Teresa Paszek<sup>1</sup>,  
Grażyna Wójcik<sup>1</sup>, Jarosława Belowska<sup>3</sup>**

## **Terapeutyczna rola pielęgniarki w rozwiązywaniu problemów pacjenta w depresji**

### **Wstęp**

Szybkie tempo przemian społeczno-ekonomicznych, migracje ludności, związane z tym trudności adaptacyjne czy uciążliwe warunki życia, to czynniki stresowe, kumulujące napięcia, a tym samym powodujące frustracje i depresje. Obecnie choroba zwana depresją dotyka około 4% ogólnej populacji dorosłych. Dlatego nazwana chorobą cywilizacyjną, uważana jest za jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności na świecie. Jak ocenia Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), pod względem liczby zachorowań, depresja zajmuje czwarte miejsce na liście schorzeń upośledzających funkcjonowanie człowieka, stając się też problemem społecznym na równi z chorobami krążenia czy nowotworami. Na całym świecie wciąż wzrasta liczba zachorowań. Specjaliści przewidują, że w roku 2020 depresja znajdzie się na drugim miejscu po chorobach układu krążenia strategicznym celem zdrowotnym [1].

Wzrost zachorowań na depresję jako efekt szybkiego rozwoju cywilizacyjnego odnotowuje się również w Polsce. Według danych działających przy Ministerstwie Zdrowia: Zespołu Walki z Depresją, aż 15% Polaków cierpi na tę chorobę. Od kilku lat obserwuje się znaczny wzrost zachorowań wśród dzieci i młodzieży. Obecnie faktem jest, że zaburzenia depresyjne warunkują zachowania samobójcze różnych grup wiekowych. Szacuje się, że aż 80% osób, które popełniły samobójstwo wykazywało cechy nasilonych zaburzeń psychicznych (u 15% była stwierdzona depresja), przy czym wyższe wskaźniki dotyczą osób młodszych niż w starszym wieku. Istnieją natomiast dowody, iż skuteczne leczenie zaburzeń depresyjnych, może zmniejszyć wskaźniki samobójstw [2][3]. Tymczasem, wiedza w społeczeństwie na temat depresji jest bardzo mała. Ludzie zdrowi zazwyczaj nie rozumieją, że

depresja jest ciężką chorobą, stanowiącą zagrożenie dla życia, którą należy leczyć. Radzą często chorym by „nie tragizowali, wzięli się w garść”. Są najwyżej zaniepokojeni, kiedy ktoś z rodziny cierpi na depresję i nie potrafi się z niej „otrząsnąć się”, a jego brak nadziei, bezradność i nienawiść do samego siebie wydają się im nielogiczne, tak jakby ten człowiek celowo i przewrotnie trzymał się nierozsądnych, chorobliwych myśli i nastrojów. Część chorych jest też nieświadoma swojej choroby uważa, że to tylko zmęczenie, stres czy jesienna chandra i nie szuka pomocy lekarskiej. Należy jednak pamiętać, że depresja ma bardzo zróżnicowany przebieg i objawy, niejednokrotnie mogą być maskowane, gdzie na pierwszy plan wysuwają się dość banalne dolegliwości somatyczne, dysfunkcje pewnych układów, podczas gdy typowe objawy depresji są zupełnie niezauważalne albo też bagatelizowane. Dlatego tak ważne jest umiejętne rozpoznanie i leczenie depresji. W tym olbrzymią rolę mają lekarze POZ i pielęgniarki, na co dzień stykające się z osobami chorymi na depresję i ich najbliższym otoczeniem. Opiekę nad chorym z depresją powinien sprawować wielodyscyplinarny zespół specjalistów.

Celem pracy jest określenie terapeutycznej roli pielęgniarki w edukacji pacjenta z depresją.

### **Studium pacjenta chorego na depresję**

Kobieta lat 50; od 30 roku życia choruje na depresję, hospitalizowana psychiatrycznie po raz drugi, przyjęta dnia 09.06.2011r. na III Oddział Psychiatryczny Szpitala Nowowiejskiego w Warszawie z rozpoznaniem: epizod depresji ciężki, stan po próbie „S”.

Pani A.N. mieszka w Warszawie, ma własne mieszkanie, jest panną, dzieci nie posiada. Po ukończeniu Wydziału Pedagogiki Ogólnej na Uniwersytecie Warszawskim pracowała jako pedagog szkolny w szkole podstawowej. Opiekowała się starszymi rodzicami, dlatego często u nich przebywała. Jako jedyna córka była silnie, emocjonalnie związana z rodzicami. Twierdzi, że mama jej była nadopiekuńcza, reagowała lękowo, a cała atmosfera w domu była nerwowa. Babcia ze strony matki, jak wspomina pacjentka była nadmiernie związana z mamą i zazdrosna o jej relacje. Pacjentka odczuwała brak akceptacji ze strony babci oraz ojca. Odkąd pamięta, ojciec miał problemy z kontrolowaniem złości, był agresywny. Nigdy nie miała w nim oparcia, jako dziecko bała się go. Od dziecka nie miała wielu przyjaciół, zawsze nieśmiała, izolowała się z lęku przed brakiem akceptacji w poczuciu małej wartości i niskiej samooceny. Jako osoba dorosła bardzo przeżyła śmierć swojej jedynej przyjaciółki. Z tym wydarzeniem łączy początek i pierwsze objawy choroby.

W roku 1991, z powodu silnych stanów lękowych, niepokoju i napięcia psychicznego, zgłosiła się po raz pierwszy do psychiatry. Otrzymała Seroxat w dawce 20 mg, po kilku

tygodniach stosowania leku objawy ustąpiły, pacjentka sama odstawiła lek i zaprzestała wizyt w poradni Zdrowia Psychicznego. W sytuacjach stresowych, kiedy odczuwała niepokój, rozdrażnienie, ucisk w klatce piersiowej, duszność, sporadycznie sięgała po Seroxat przepisywany na jej prośbę przez lekarza pierwszego kontaktu.

Pod koniec 2010 roku, w wyniku wypadku samochodowego doznała urazu kręgosłupa. Po krótkim pobycie w szpitalu otrzymała skierowanie do poradni rehabilitacyjnej. W tym czasie jej życie uległo zmianie, gdyż rozstała się z mężczyzną, z którym była od lat w nieformalnym związku. Całą swoją uwagę skupiała na własnym zdrowiu. Pomimo zabiegów rehabilitacyjnych dolegliwości bólowe nie ustępowały. Nasilał się niepokój i lęk związany z przyszłością, objawy depresji zaczęły narastać. Nie była już w stanie pracować. Z każdym dniem czuła się gorzej. Całymi dniami pozostawała w łóżku. Nie miała ochoty spotykać się z kimkolwiek. Twierdziła, że „nie ma ochoty na nic, nie ma siły żeby cokolwiek zrobić”. Przestała gotować, pracować, sprzątać, zaniedbywała do i rodziców. Sama mówiła, że „jest już nikomu niepotrzebna”. Uważała, że „przegrała życie”, że „choroba ją pokona”, bała się kalectwa. W przeciągu miesiąca schudła 5kg, mało jadła, twierdziła, że „nie ma apetytu, wszystko było bez smaku”. Pod koniec marca w 2011r. za namową koleżanki zgłosiła się do prywatnego ośrodka psychiatrycznego w Modlinie. W szpitalu zastosowano Aminotryptylinę 50 mg/dobę, po której odczuwała silne drżenie całego ciała, dlatego zmieniono na Karbamazepinę w dawce 400 mg, jednak nadal czuła się źle: „jakby nie była sobą”. Ostatecznie zmieniono leczenie na Efectin 150 mg oraz Mirzaten 30 mg. Jej stan psychiczny powoli poprawiał się, odczuwała jednak odosobnienie, pustkę. Po zwiększeniu dawki Efectinu do 300 mg/dobę, uczucie wyobcowania nasiliło się, Pacjentka na własne żądanie wypisała się do domu. Przestała brać leki, nie powróciła do pracy, nadal przebywała na zwolnieniu lekarskim. Po kilku tygodniach objawy depresji ponownie powróciły, dodatkowo pojawiło się spowolnienie ruchowe, osłupienie depresyjne. Pacjentce towarzyszyły myśli: „że już z tego nie wyjdzie, a jedynym uwolnieniem dla niej może być śmierć”. Gdy patrzyła w lustro widziała oczy szaleńca, czuła obłąd. Nie wychodziła z domu, z rodzicami kontaktowała się tylko telefonicznie. Dnia 11.06 2011r. podjęła próbę samobójczą (zaciśnęła kabel telefoniczny na szyi, straciła przytomność i uderzyła głową o podłogę). Twierdzi, że skłoniło ją do tego przedłużające się leczenie i brak poprawy.

W dniu przyjęcia pacjentka w stanie ogólnym dobrym, podstawowe parametry w normie: RR 130/70, tętno 85, temp. 36,9 C. Stan higieniczny zły, chora zaniedbana. Skóra bez zmian, na szyi widoczna blizna po zadziernięciu. W ocenie stanu odżywienia stwierdzono oznaki znacznego wychudzenia. Konsultacja neurologiczna nie wykazała żadnych

nieprawidłowości. Pacjentka przyjęta bez zaburzeń świadomości, kontakt słowny wymuszony, powierzchowny, ograniczony do kilku słów. Mowa cicha niewyraźna, powolna. Forma wypowiedzi poprawna. Treść wypowiedzi logiczna, adekwatna do treści rozmowy. Uwaga chorej odpowiednio skupiona podczas rozmowy. Nastrój obniżony, twarz otępiąła, skamieniała, mimika twarzy zubożała, napęd psychoruchowy znacznie ograniczony. Pamięć, a także orientacja auto i allopsychiczna zachowana. Aktualnie neguje myśli samobójcze. Pacjentka wymaga wzmożonej opieki ze strony personelu medycznego. Chorą umieszczono w izolatce. Zastosowano leczenie: Efectin 150 mg/dobę, Mirzaten 45 mg/dobę, Hydroxyzinum 100 mg/dobę, Lorafen 1mg doraźnie.

Przez pierwsze 10 dni pobytu na oddziale, stan pacjentki nie uległ zmianie. Utrzymywał się obniżony nastrój i napęd psychoruchowy, nasilił się niepokój. Pani A.N mało spała, odmawiała spożywania posiłków twierdząc, że nie może przełykać. Nie dbała o higienę i wygląd zewnętrzny, często wpatrzona w jeden punkt nie reagowała na wchodzący personel. W trakcie rozmowy wypowiadała treści o charakterze urojeń depresyjnych, "jest tak chora, że skończy w przytułku", chwilami płacziwa i rozżalona powtarzała: „wszystko mi zabrali”, „jestem nikim”, negowała zaś myśli samobójcze. Zatrokana i zaniepokojona o rodziców, obwiniała siebie, że pozostawieni są bez opieki. W nocy budziła się z płaczem, mało spała. Ze względu na duży niepokój dołączono Cloraxen 30 mg/ dobę. Stan nadal nie ulegał widocznej poprawie. Podjęto decyzję o zmniejszeniu dawki Mirzaten do 30 mg/dobę i wprowadzeniu Pernazyny w dawkach wzrastających do 250 mg/dobę. Po kilku dniach zdecydowano o zwolnieniu pacjentki z izolatki i przeniesiono na salę ogólną. Panią A.N zadowolili wyrażnie ta decyzja. Przez następne tygodnie obserwowano znaczną poprawę. Nastrój stawał się zbliżony do wyrównanego, zmniejszył się niepokój, jak stwierdziła ustąpiło uczucie pustki, powrócił apetyt, chętnie uczestniczyła w terapii. Otrzymała zgodę na wolne wyjścia na teren szpitala. Stosowano Mirzaten 30 mg/dobę, Pernazin 250 mg/dobę, zmniejszono dawkę Efectinu do 37,5/dobę, stopniowo redukowano dawkę Cloraxenu do 5 mg/dobę, doraźnie podawano Hydroxyzinum 50 mg. Pacjentka była bardzo zadowolona z wyników leczenia. Mówiła, że od dawna nie czuła się tak dobrze. Przyczyną obniżenia nastroju pani A.N, przez kolejne dni, było pogorszenie się stanu zdrowia jej matki i umieszczenie jej w szpitalu. Pacjentka wykazywała zmiany nastroju. Zastosowano kwas walproinowy w dawce 300mg/dobę, jednak po kilku dniach ze względu na silne zawroty głowy odstawiono. Duży wpływ na stan psychiczny pani A.N miały rozmowy z psychologiem oraz wizyty przyjaciół. Pacjentka wyraźnie uspokajała się, chętnie rozmawiała o przyszłości. Przez następne dni obserwowano nieznaczne wahania nastroju. Pacjentka poprosiła o przepustkę z noclegiem,

aby odwiedzić chorą matkę w szpitalu. Wyrażono zgodę. Po dwóch dniach pacjentka powróciła zadowolona z przepustki. Chętnie kontynuowała terapię z widoczną poprawą stanu psychicznego. Dnia 26.07.2011 r. w związku ze śmiercią matki przyspieszono wypis ze szpitala na prośbę pacjentki.

Pani A. N została wypisana do domu bez zaburzeń świadomości, w wyrównanym nastroju i namiętności, bez zaburzeń snu i apetytu. Zalecono kontynuację leczenia: Mirzaten 30 mg/dobę, Pernazin 100 mg/dobę, Hydroxyzinum 25 mg/dobę, Cloraxen 5 mg/dobę oraz systematyczne wizyty w Poradni Zdrowia Psychicznego.

## **Plan opieki pielęgniarskiej nad pacjentką z depresją**

### **Diagnoza pielęgniarska 1**

Silne uczucie lęku i utrata poczucia bezpieczeństwa.

### **Działania pielęgnacyjne**

Zmniejszenie lęku i niepokoju poprzez:

- umieszczenie chorej w izolatce i jej ścisła obserwacja,
- zapewnienie bezpiecznego otoczenia,
- zabezpieczenie chorej przed urazami, upadkami
- dyskretne kontrolowanie przyjmowania leków, płynów i pokarmów
- aktywne słuchanie, umożliwienie odreagowywania (wygadania się i wyplakania), nie udzielanie rad
- odwracanie uwagi pacjenta od lęku,
- rozmowa na temat przeżywanych problemów, mająca na celu rozpoznanie przyczyn lęku oraz wyjaśnienie mechanizmów jego powstawania obecność i zapewnienie pacjentki o gotowości pomocy w każdej sytuacji,

### **Efekty i ocena**

Pacjentka bardziej wyciszona, stała obecność pielęgniarki zwiększa poczucie bezpieczeństwa.

### **Diagnoza pielęgniarska 2**

Utrata poczucia sensu życia, obniżenie nastroju, zamykanie się w sobie.

### **Działania pielęgnacyjne**

Budzenie motywacji i chęci do życia:

- obecność przy chorej nie rzadziej niż co 15 min,
- wzbudzenie zaufania, dodawanie wiary i okazywanie wsparcia,
- umiejętne wysłuchanie chorej (bez osądzania i udzielania porad),
- rozmowa mająca na celu poznanie przyczyn obniżenia nastroju i uczucia utraty sensu życia, zwrócenie uwagi na kontakt z najbliższymi,
- zachęcanie do rozmowy z psychologiem, osobą duchowną i do udziału w terapii zajęciowej, zachęcenie do pomocy innym.

### **Efekty i ocena**

Pacjentka czuje się zauważona, wysłuchana, Chętnie rozmawia z osobą zaufaną, dostrzega większą motywację do działania i chęci do życia. Neguje myśli samobójcze. Powoli angażuje się do udziału w terapii zajęciowej, w drobne prace na oddziale.

### **Diagnoza pielęgnarska 3**

Brak umiejętności radzenia sobie z natrętnymi myślami i urojeniami.

### **Działania pielęgnacyjne**

Działania zmniejszające występowanie urojeń i myśli depresyjnych:

- okazanie zrozumienia wobec urojeń bez ich zaprzeczania, komentowania
- okazanie zainteresowania, empatii, bycie z chorą,
- pomaganie chorej w wyrażaniu uczuć i włączenie do konstruktywnego myślenia, działania poprzez dobór formy relaksacji, zachęcanie do udziału w terapii zajęciowej,
- farmakoterapia – zachęcanie do regularnego przyjmowania leków.

### **Efekty i ocena**

Pacjentka rozumie istotę choroby i uznaje konieczność współpracy. Przyjmuje oferowaną pomoc w wyrażaniu swoich emocji, co pozwala jej na akceptację swoich zachowań. Chętnie uczestniczy w muzykoterapii.

### **Diagnoza pielęgnarska 4**

Brak dbałości o higienę i wygląd zewnętrzny.



## **Działania pielęgnacyjne**

Dbalności o higienę:

- rozmowa na temat znaczenia higieny osobistej i otoczenia celem poprawy samopoczucia,
- dopilnowanie wykonania przez chorego toalety porannej i wieczornej,
- pomoc chorej w utrzymaniu higieny zębów, włosów i paznokci,
- kąpiel 2 x w tygodniu,
- zauważenie i dostrzeżenie wysiłków pacjentki związanych z higieną ciała i otoczenia, pochwalenie jej.

## **Efekty i ocena**

Chora czysta, zadbana, samopoczucie uległo poprawie. Podejmuje czynności higieniczne przy niewielkim wsparciu.

## **Diagnoza pielęgniarska 5**

Brak apetytu, niechęć do jedzenia, spadek masy ciała.

## **Działania pielęgnacyjne**

Pomoc w odzyskaniu apetytu:

- ustalenie i eliminacja czynników ujemnie wpływających na łaknienie,
- regularne przyjmowanie posiłków, płynów do picia (minimum 1,5 litra)
- przyjmowanie posiłków w małych ilościach ale częściej,
- unikanie pokarmów ciężkostrawnych i wzdymających,
- dieta z dużą ilością warzyw, owoców, soków i błonnika,
- toaleta jamy ustnej przed i po posiłku,
- działanie zgodne z upodobaniami dietetycznymi (atrakcyjność i urozmaicenie posiłków, estetyczny sposób podania, czystość sali),
- dbanie by pacjentka nie miała wrażenia, bycia przymuszaną do jedzenia,
- udzielanie pomocy w razie potrzeby przy odmowie spożywania posiłków,
- poinformowanie chorej o możliwości podawania posiłków przez sondę,
- zauważenie i dostrzeżenie wysiłków pacjentki, pochwalenie jej,

dokonywanie codziennych pomiarów wagi ciała.

### **Efekty i ocena**

Pacjentka odzyskała częściowo apetyt, spożywa posiłki w niewielkich ilościach ze względu na to, że nie wszystkie są przez nią lubiane i z obawy przed wystąpieniem zaparć.

### **Diagnoza pielęgniarska 6**

Labilność emocjonalna, płaczliwość.

### **Działania pielęgnacyjne**

Działania prowadzące do stabilizacji emocjonalnej:

- zbadanie powodów płaczliwości, zmienności emocjonalnej,
- rozmowa mająca na celu ukazanie pozytywnych faktów w życiu pacjentki, szczególnych osiągnięć,
- dowartościowanie i poprawienie samooceny,
- uświadomienie jej możliwości znaczenia dla innych i jej roli w rodzinie,
- zachęcanie rodziny i przyjaciół do odwiedzin,
- stopniowe aktywizowanie pacjentki zachęcanie do wykonywania zadań adekwatnych do jej możliwości.

### **Efekty i ocena**

Po zbadaniu powodu płaczliwości, pacjentka prawidłowo dokonuje swojej samooceny; dostrzega pozytywne fakty w swoim życiu oraz potrzebę niesienia pomocy innym. Dostrzega swoją rolę w rodzinie.

### **Diagnoza pielęgniarska 7**

Brak motywacji do działania na skutek obniżonego napędu psycho-ruchowego.

### **Działania pielęgnacyjne**

Działania pobudzające aktywność fizyczną:

- pomoc w aktywizowaniu chorego, organizowaniu i wypełnianiu wolnego czasu,
- mobilizowanie w wykonaniu czynności higienicznych,
- zachęcanie do udziału w terapii zajęciowej, włączanie do spotkań towarzyskich, wspólnej rozrywki.

### **Efekty i ocena**

Przeprowadzono rozmowę na temat korzystnego wpływu na zdrowie aktywności fizycznej, zaproponowano chorej wyjście na spacer.

## **Diagnoza pielęgniarska 8**

Zaburzenia snu

### **Działania pielęgnacyjne**

Działania ułatwiające zasypianie:

- rozpoznanie objawów stanu, narastającego napięcia i czynników które utrudniają lub zakłócają sen,
  - zachęcanie chorej do regularnego udawania się na spoczynek i zaniechanie drzemki w ciągu dnia,
  - stworzenie warunków ułatwiających zasypianie (eliminacja hałasu, światła) zapewnienie mikroklimatu,
  - ciepła kąpiel, przesłanie łóżka przed snem,
  - dobranie wygodnej bielizny,
- podawanie leków nasennych według zleceń lekarza.

### **Efekty i ocena**

Pacjentka po wdrożeniu działań ułatwiających zasypianie śpi (7-8 h/dobę). Rano jest wypoczęta.

### **Podsumowanie**

Negatywne skutki zdrowotne depresji przez długi czas były bagatelizowane i pomijane. Analizy ekonomiczne ostatnich lat wykazały wysokie koszty nie tylko finansowe ale i społeczne leczenia depresji [8]. Depresja, często jako choroba nawracająca obejmuje swym zasięgiem całe życie i każdy jego aspekt. Nie rzadko rozpoczyna się już w okresie dorastania, pozostawiając trwałe szkody. Koreluje z niemożnością ukończenia szkoły. Młodzi ludzie, mający za sobą epizod depresji, wykazują upośledzenie funkcji werbalnych i funkcjonowania społecznego nawet, gdy epizod przejdzie w formę remisji [2,9]. Wiąże się z częstą hospitalizacją, zarówno z powodów psychiatrycznych jak i innych chorób somatycznych. Zmniejsza też szansę podjęcia rehabilitacji [4]. Przyczynia się w pewnym stopniu do skrócenia życia, ponieważ prowadzi do niekorzystnych zachowań zdrowotnych w skutek istniejących objawów, które to zostały scharakteryzowane w niniejszej pracy [7]. Depresja może w odniesieniu do ludzi w każdym wieku podwajać wskaźniki zgonów. Wiele badań sugeruje, iż istnienie depresji może przyspieszać wzrost nowotworów, a co za tym idzie zapowiada niepomyślny wynik leczenia. Nie należy również zapominać o najpoważniejszej konsekwencji, jaką wnosi depresja tj. o ryzyku samobójstwa, które jest szczególnie duże u

osób, u których głębokie obniżenie nastroju współistnieje z przewlekłym bólem. Trzeba mieć świadomość, że za każdą próbą samobójczą czy samobójstwem kryje się tragedia nie tylko pacjenta ale i jego otoczenia [1]. Rezygnacja z leczenia wynika często z lęku przed stygmatyzacją, brakiem akceptacji społecznej i utratą pracy [9]. Osoba cierpiąca z powodu bólu doświadcza nie tylko przykrego wrażenia somatycznego ale towarzyszy jej silne poczucie zagrożenia i lęku, które przekłada się na dalsze zmiany stanu psychicznego, co w konsekwencji prowadzi do upośledzenia funkcjonowania fizycznego, psychicznego społecznego i zawodowego człowieka, a przede wszystkim wpływa na interpersonalne relacje, zakłócając je całkowicie [9].

### **Bibliografia**

1. Dudek D.: Ból i depresja. Wydawnictwo Medyczne Termedia. Poznań. 2011. s. 30-32.
2. Hallstrom C., McClure N.: Depresja odpowiedzi na pytania. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner. Wrocław. 2007. s.205.
3. Hammen C.: Depresja. Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk. 2006. s. 79.
4. Jarema M.: Depresja w praktyce lekarza rodzinnego. Wydawnictwo Medyczne Poznań. 2007. s. 97, 101-103.
5. Malhi G., Bridges P.: Postępowanie w depresji. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner. Wrocław 2001. s. 24.
6. Neumann B., Dietrich D.: Depresja nie jest przeznaczeniem. WAM. 2007. s. 62.
7. Pużyński S.: Depresje i zaburzenia afektywne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Wydanie IV. Warszawa. 2005. s. 86.
8. Rajtar-Cynke G.: Farmakologia. Leki wpływające na OUN. Leki przeciwdepresyjne. 3.3.3. Wydawnictwo Czelej. Lublin. 2002. s. 83-84.
9. Świącicki Ł.: Depresja zwykła choroba? Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner. Wrocław. 2010. s. 8-11.

**Liczba znaków ze spacjami: 20 124**