Praca doktorska napisana na seminarium z teologii moralnej
pod kierunkiem ks. prof. dr. hab. Jana Józefa Orzeszyny

MAGDALENA KOSOWSKA

DEPRESJA

W ASPEKCIE TEOLOGICZNO-MORALNYM

UNIWERSYTET PAPIESKI JANA PAWŁA II W KRAKOWIE
WYDAWNICTWO NAUKOWE

KRAKÓW 2015

Recenzja wydawnicza
ks. dr hab. Tomasz Kraj (Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie)
prof. dr hab. Dominika Dudek (Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum)

Redakcja językowa
Anna Wantuch

Redakcja techniczna
Jadwiga Malik

Projekt okładki
Marta Jaszczuk

Zdjęcie na okładce
Pedro Alves, *I want My Freedom!* (flickr.com)

Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki
przyznawanych na podstawie decyzji numer DEC-2011/01/N/HS1/01942.

Publikacja finansowana z dotacji na utrzymanie potencjału badawczego
Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie
przyznanej przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w roku 2014.

Publikację zrealizowano dzięki wsparciu finansowemu Fundacji im. Świętej Królowej
Jadwigi dla Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie.

Copyright © 2015 by Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

ISBN 978-83-7438-452-0 (wersja drukowana)
ISBN 978-83-7438-453-7 (wersja online)
DOI: http://dx.doi.org/10.15633/9788374384537

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie
Wydawnictwo Naukowe
30–348 Kraków, ul. Bobrzyńskiego 10
tel./faks 12 422 60 40
e-mail: wydawnictwo@upjp2.edu.pl
www.ksiegarnia.upjp2.edu.pl

Wstęp

Ludzkie zdrowie, a zwłaszcza dobra kondycja psychiczna, jest znaczącą wartością i dobrem w życiu człowieka. Harmonia psychofizyczna umożliwia realizowanie planów, ważnych celów życiowych, spełnianie codziennych obowiązków czy utrzymywanie satysfakcjonujących relacji z innymi. Zachowanie równowagi psychicznej jest również jednym z warunków poczucia szczęścia i spełnienia. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie psychiczne jest definiowane jako „stan dobrego samopoczucia, w którym człowiek wykorzystuje swoje zdolności, może radzić sobie ze stresem w codziennym życiu, może wydajnie i owocnie pracować oraz jest w stanie wnieść wkład w życie danej wspólnoty"[1]. Osoby zdrowe psychicznie cechują się pozytywnym i zrównoważonym nastrojem, zadowoleniem z życia, poczuciem szczęścia, właściwą oceną swoich możliwości i ograniczeń, przekonaniem o własnej skuteczności, optymizmem, poczuciem koherencji, umiejętnością nawiązywania, rozwijania i utrzymywania satysfakcjonujących relacji z innymi, pełnieniem ról społecznych oraz radzeniem sobie w trudnych sytuacjach[2]. Niestety, kondycja ludzkiego losu sprawia, że nie wszyscy mogą cieszyć się pełnym zdrowiem. Według danych 20–25% osób z populacji ogólnej cierpi na różnego

---

[1] Podaję za J. Cz. Czabała, *Zdrowie psychiczne: definicje, wskaźniki, determinanty, zagrożenia, promocja*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 576.

[2] Por. tamże, s. 576–578.

rodzaju problemy zdrowia psychicznego, a około 50% ludzi przynajmniej raz w życiu musi się zmagać z tego typu problemami[3].

Jednym z najbardziej powszechnych zaburzeń zdrowia psychicznego jest depresja. Ze względu na swoją powszechność bywa nazywana przeziębieniem wśród zaburzeń psychicznych bądź chorobą epoki[4]. Depresja jest poważnym problemem zdrowotnym, ponieważ liczba zachorowań stale się zwiększa. Dane Światowej Organizacji Zdrowia wskazują, że problem ten dotyczy 12% ludności świata, a w Europie 10% mężczyzn i 20% kobiet. Według prognoz, depresja w 2020 roku ma być, po chorobach układu krążenia, pierwszą przyczyną zachorowań u kobiet i drugą u mężczyzn[5]. Dane epidemiologiczne są jednak różne i zależne od metodologii badań. Szacuje się, że występowanie depresji waha się od 1% do 10% populacji ogólnej[6]. Według danych szacunkowych zróżnicowany bywa również wskaźnik zapadalności na depresję w wielu krajach. Największy jest on w Chile (wynosi 29,5%) oraz w Wielkiej Brytanii (16,9%). Na kolejnych miejscach plasują się Holandia (15,9%), Brazylia (15,8%), Francja (13,7%), Turcja (11,6%), Polska (10%), Indie (9,1%), Grecja (6,4%), USA (6,3%), Włochy(4,7%), Nigeria (4,2%), Chiny (4%) oraz Japonia (2,6%)[7].

Niezaprzeczalnym faktem jest stały wzrost zachorowań na zaburzenia depresyjne. Badania potwierdzają, że występują one dziesięciokrotnie częściej niż przed drugą wojną światową. Ponadto z problemem tym musi zmagać się coraz więcej ludzi młodych, a nawet dzieci, zatem obniża się również wiek, w którym pojawiają się pierwsze objawy depresji[8]. Specjaliści zaznaczają jednocześnie, że stały wzrost zachorowań na depresję świadczy o rzeczywistym wzroście zachorowań, nie jest zaś skutkiem większej wykrywalności zaburzeń depresyjnych,

---

[3] Por. tamże, s. 575.

[4] Por. U. Nuber, *Depressionen*, München 1995, s. 10.

[5] Por. T. Anatrella, *Préface*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 9.

[6] Por. B. Saraceno, *Dépression: faits et perspectives*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 73–74.

[7] Por. R. Fox-Spencer, *Depresja*, Katowice 2007, s. 30.

[8] Por. W. Müller, *Jak wyjść z depresji*, Kraków 2002, s. 11; J. Czapliński, *Gdy ciastko truje duszę*, „Charaktery" 2002 nr 11, s. 1. 12.

nie wiąże się z większym zainteresowaniem tym problemem w społeczeństwie i wśród lekarzy, czy też nie wynika z lepszego dostępu do specjalisty i placówek medycznych[9].

Oprócz depresji rozumianej w sensie medycznym, obserwuje się również występowanie stanów pośrednich, nastroju smutku, zniechęcenia, poczucia braku satysfakcji czy pustki egzystencjalnej, które obecnie bywają dość powszechne. Ich źródeł upatruje się między innymi w cechach współczesnej cywilizacji, do których między innymi należą: szybkie tempo życia, konsumpcjonizm i odrzucenie tradycyjnych wartości. W dzisiejszych czasach człowiek żyje w ciągłym pośpiechu i napięciu, codziennie podejmuje wiele decyzji i często spotykają go trudne i stresujące sytuacje. Bywa, że w pogoni za lepszym jutrem całe swoje życie poświęca pracy, niekiedy kosztem rodziny i czasu wolnego. Taki styl życia może powodować chroniczne poczucie zmęczenia i utratę równowagi psychicznej. Ponadto wiele osób nie potrafi uporać się z szeroko pojętą stratą: utratą najbliższych, utratą pracy, utratą statusu materialnego czy społecznego lub też stratą czegoś, co jest dla nich wartościowe i cenne. Niektórzy znajdują się na skraju depresji. Są to osoby smutne, zniechęcone oraz zmęczone codziennymi sprawami, którym brakuje radości życia oraz entuzjazmu. Mówi się nawet o istnieniu tak zwanego *społeczeństwa depresyjnego*, w którym wiele osób traci odwagę, chęć do życia i czuje się nieszczęśliwymi[10].

Do tego depresyjnego klimatu współczesnej epoki mogą przyczyniać się między innymi głębokie zmiany, jakie zachodzą we współczesnej cywilizacji[11]. Jej technicyzacja odsuwa człowieka od tradycji i przeszłości, a to sprzyja rozluźnieniu więzi rodzinnych. Człowiek czuje się samotny, gdyż współczesne systemy życia oddzielają go od

---

[9] Por. S. Pużyński, *Zaburzenia depresyjne w podstawowej opiece zdrowotnej*, [w:] *Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego*, red. S. Pużyński, Warszawa 2000, s. 8.

[10] Por. J. F. Catalan, *Depresja a życie duchowe*, Kraków 2002, s. 5–6.

[11] Na cechy współczenej cywilizacji i ich wpływ na powstawanie zaburzeń psychicznych zwrócił uwagę już Antoni Kępiński (por. A. Kępiński, *Próba psychiatrycznej prognozy*, „Znak" 22 (1970) nr 4 (190), s. 385–416). Do myśli Kępińskiego nawiązuje również w swoim artykule Zdzisław J. Ryn (Por. Z. J. Ryn, *Smutek cywilizacji*, „Charaktery" (1998) nr 4, s. 14–16.

innych oraz od natury. Stosunki ekonomiczne i społeczne są obecnie złożone i niezrozumiałe, przez co wywołują zagubienie i poczucie frustracji. Środowisko społeczne może także tworzyć bariery, które uniemożliwiają człowiekowi realizację jego pragnień i skłaniają go do rezygnacji z postawy twórczej i przyjęcia postawy konsumpcyjnej. Pesymistyczna jest również sytuacja ludzi starych. W cywilizacji naukowo-technicznej obowiązuje zasada użyteczności, zatem człowiek jest potrzebny wówczas, kiedy jest użyteczny w sensie pragmatycznym i dosłownie wymiernym. Ten zaś kto nie przedstawia wartości, jest dla społeczeństwa ciężarem i budzi niechęć[12].

Współcześnie człowiek coraz częściej żyje zbyt blisko innych, gdyż rośnie liczba ludności, a wraz z nią nasila się urbanizacja. Brakuje więc miejsca i przestrzeni, w której można żyć, oraz swobody, z którą można się poruszać. Pogłębia się również przepaść między bogatymi i biednymi oraz obserwuje się obojętność wobec ubogich. Coraz więcej ludzi ma w sobie wiele negatywnych uczuć wobec innych, stale walczy o przetrwanie, a otaczający świat odbiera jako nieprzyjazny i odtrącający. Zacieśnienie przestrzeni życiowej w połączeniu z negatywnymi uczuciami może prowadzić do obniżenia nastroju oraz do melancholii. Obecny postęp techniczny przyczynia się również do tego, że praca ludzka traci charakter indywidualny i twórczy, a staje się zjawiskiem złożonym; wysiłkiem wielu, niekiedy nieznających się, osób. Ponadto dzięki postępowi technicznemu człowiek ma dostęp do bardzo odległych miejsc, które bywają obce i niezrozumiałe. Doświadcza również nadmiaru informacji, których zwykle nie potrafi przyjąć i twórczo wykorzystać. Prowadzi to także do zobojętnienia wobec ludzkiej krzywdy i cierpienia, co jest znamienną cechą chaosu duchowego i uczuciowego widocznego we współczesnym świecie. Człowiek nie tylko żyje w dystansie do drugiego człowieka, ale także oddala się od przyrody, przekształcając ją stopniowo w środowisko, które jest sztuczne i coraz bardziej zdegradowane[13]. Te cechy współczesnej cywilizacji mogą mieć wpływ na kondycję psychiczną wielu

---

[12] Por. Z. J. Ryn, *Smutek cywilizacji*, art. cyt., s. 14.

[13] Tamże, s. 15–16.

wrażliwych osób i być przyczyną smutku i zniechęcenia, a wraz z innymi czynnikami – prowadzić do depresji.

Chociaż trudno jednoznacznie stwierdzić, co jest bezpośrednią przyczyną depresji, to wielu ekspertów sądzi, że udział w powstawaniu zaburzeń depresyjnych mają zmiany w równowadze chemicznej mózgu. Istnieją także badania potwierdzające wpływ czynników genetycznych. Lekarze twierdzą również, że w powstawaniu depresji mogą mieć udział czynniki psychologiczne i środowiskowe, czyli różnorodne problemy emocjonalne, trudności życiowe, rozmaite problemy oraz przeciwności losu trwające dłuższy czas. Obecnie twierdzi się, że depresja jest wynikiem splotu wielu różnych przyczyn[14].

Na depresję może zachorować każdy, bez względu na wiek, rasę czy religię. Może więc ona pojawić się u dzieci, młodzieży, dorosłych kobiet i mężczyzn oraz u osób starszych. Chorują na nią zarówno osoby żyjące w bogatych rozwiniętych krajach, jak i w biednych regionach należących do tak zwanego Trzeciego Świata. Ponadto problem depresji występuje we wszystkich grupach społecznych[15]. Na depresję chorują również osoby, które żyją w dostatku, które osiągnęły *sukces* czy wysoką pozycję społeczną. Wiele osób z *show-biznesu* coraz częściej mówi publicznie o swoich problemach ze zdrowiem psychicznym, zwłaszcza o depresji. Jak donoszą media, z problemem tym zmaga się wielu artystów, pisarzy, polityków oraz innych osób z tak zwanych *wyższych sfer*[16]. Okazuje się zatem, że na depresję chorują nie tylko osoby żyjące w niedostatku, samotne czy uwikłane w długotrwałe problemy

---

[14] Por. R. L. Roy, *Depression*, New York 2005, s. 14; por. G. S. Mahli, P. K. Bridges, *Postępowanie w depresji*, Wrocław 2001, s. 67–68.

[15] Por. R. L. Roy, *Depression*, dz. cyt., s. 11; por. U. Nuber, *Depressionen*, dz. cyt., s. 10.

[16] Na depresję cierpiał między innymi niemiecki piłkarz R. Enke i swoje życie zakończył śmiercią samobójczą. Z problemem tym zmagali się również artyści i ludzie muzyki (E. Kuklińska, R. Williams, R. Schumann, C. Cobain), aktorzy (K. Majchrzak, M. Monroe), pisarze i poeci (T. Jastrun, E. Hemigway, S. Plath, E. Stachura, J. Kosiński) czy politycy (A. Lincoln, W. Churchill). Do depresji przyznał się również Claus von Amsberg, mąż holenderskiej królowej Beatrix. Por. K. Kowalska, *Horror, który znamy, jest do przeżycia*, „Wprost" (2010) nr 8 (1412), s. 60–61, por. Z. Wojtasiński, *Syndrom Michaela Jacksona*, „Wprost" (2010) nr 5 (2010), s. 56–57; por. K. Romanowska, *Wyczołgam się z tego miejsca*, „Newsweek" (2004) nr 3, s. 73–75; por. U. Nuber, *Depressionen*, dz. cyt., s. 15–16; por. J. Scelfo, *Męska choroba*, „Newsweek Polska" (2007) nr 11, dod., s. 16–17.

i kłopoty życiowe. Problem ten może dotyczyć również ludzi sukcesu oraz żyjących w dobrobycie[17]. Depresja dotyka także osoby wierzące. Chorują na nią też chrześcijanie, dla których wartości religijne odgrywają znaczącą rolę[18].

Należy podkreślić, że depresja nie jest jedynie słabością woli czy cechą charakteru. Jest chorobą, źródłem bólu i cierpienia, przyczyną wielu problemów oraz trudnym doświadczeniem dla osób z rodziny czy grona przyjaciół. Depresja może być problemem wielu rodzin, niekiedy może prowadzić do poważnych kryzysów rodzinnych i małżeńskich, a nawet rozwodów. Ponadto zaburzenia depresyjne wiążą się z ryzykiem uzależnień oraz mogą mieć negatywny wpływ na życie zawodowe. Jednak najpoważniejszym skutkiem depresji jest samobójstwo i związana z nim przedwczesna śmierć.

Zdaniem lekarzy, osoba będąca w depresji zwykle zatraca zdolność do odczuwania radości życia, nic jej nie cieszy, traci również nadzieję, że coś się zmieni i będzie kiedyś szczęśliwa. Jej życie uczuciowe zdominowane jest przez smutek, cierpienie i poczucie nieszczęścia lub całkowitą obojętność wobec wszystkich i wszystkiego. Ponadto osoba taka traci poczucie sensu istnienia oraz poczucie zadowolenia z siebie i swoich dokonań. Również otaczający świat staje się w jej odczuciu mało atrakcyjny, nieciekawy oraz niewarty zainteresowania. Osoby te, tracą również poczucie obowiązku czy powinności i są zniechęcone do działania, osiągania celów czy realizowania marzeń[19]. Bywa, że człowiek dotknięty depresją nie jest świadomy obecności depresji, wie jednak, że cierpi i że dzieje się z nim coś złego. Niekiedy członkowie rodziny uświadamiają mu, że potrzebuje pomocy. Ważne jest jednak, że osobom tym można pomóc i chociaż nie ma na depresję jednego niezawodnego lekarstwa, to jednak istnieją skuteczne metody leczenia, co daje nadzieję na powrót do zdrowia i odzyskanie dobrego samopoczucia[20]. Nie zawsze jednak leczenie bywa wystarczające. Czasami, pomimo starań

---

[17] Por. R. Fox-Spencer, *Depresja*, dz. cyt., s. 40.

[18] Por. M. Chave-Jones, *Jak sobie radzić z depresją?*, Warszawa 1993, s. 33.

[19] Por. R. Stach, A. Zięba, *Człowiek, depresja, terapia*, Kraków 1992, s. 11–15.

[20] Por. R. L. Roy, *Depression*, dz. cyt., s. 11; por. S. Pużyński, *Zaburzenia depresyjne w podstawowej opiece zdrowotnej*, dz. cyt., s. 8.

lekarzy, nie udaje się przywrócić choremu chęci do życia, ponieważ wysiłek walki z chorobą wymaga również zaangażowania, trudu i chęci ze strony chorego, a zwłaszcza wiary w życie i wartość istnienia[21].

Ze względu na stały wzrost zachorowań, duże rozpowszechnienie oraz konsekwencje zdrowotne, problem zaburzeń depresyjnych znajduje się w centrum zainteresowań medycyny i jest uważany za istotny problem zdrowotny. Świadczy o tym fakt, że temat ten jest podejmowany w wielu pracach badawczych oraz publikacjach[22]. Dzięki rozwojowi badań we współczesnej medycynie, coraz więcej wiadomo na temat depresji, jej przyczyn, skutków i metod leczenia. W ostatnim stuleciu nastąpił ogromny postęp w zakresie leczenia depresji, skutkiem czego pojawiają się nowe, skuteczne i bezpieczne leki, oraz inne metody. Problemem tym zajmują się także nauki psychologiczne, zwłaszcza psychologia kliniczna czy psychopatologia. W jej zakresie przeprowadza się wiele badań, jak również powstają publikacje poświęcone temu zagadnieniu. Dzięki stałemu rozwojowi owej dyscypliny, dostępnych jest wiele psychologicznych metod terapii, pomocnych w walce z depresją. Problem ten, choć marginalnie, jest także przedmiotem badań z zakresu innych nauk, takich jak socjologia, pedagogika czy filozofia. Na temat depresji mówi się również wiele w środkach społecznego przekazu. W programach telewizyjnych i audycjach radiowych co jakiś czas pojawiają się informacje związane z tym problemem. Również w internecie można znaleźć znaczną liczbę stron z artykułami poświęconymi zagadnieniu depresji.

Okazuje się jednak, że depresja nie jest jedynie problemem zdrowotnym, który wystarczy wyleczyć za pomocą przysłowiowej pigułki. Zdaniem wielu specjalistów oraz tych, którzy jej doświadczyli, problem może dotyczyć głębszych warstw ludzkiej psychiki, czyli tego wszystkiego, co ogólnie nazywa się duchowością. U niektórych osób będących w depresji pojawia się wiele pytań dotyczących dotychczasowego życia, jego wartości i sensu, pytań egzystencjalnych, związanych

---

[21] Por. J. F. Catalan, *Depresja a życie duchowe*, dz. cyt., 6–7.

[22] Por. S. Pużyński, *Zaburzenia depresyjne w podstawowej opiece zdrowotnej*, dz. cyt., s. 8.

z sensem życia czy sensem cierpienia, pytań natury religijnej, dotyczących Boga i Jego obecności oraz pytań dotyczących zagadnień moralnych. Osoby będące na drodze rozwoju duchowego, angażując się w nieformalne konwersacje bądź też w kierownictwo duchowe, stawiają pytania o przeżywany stan i jego pochodzenie. Często nie wiedzą czy ich doświadczenie jest natury duchowej, czy jest jedynie przeżyciem psychicznym[23]. Tym bardziej, że potrzeby duchowe osób mających problemy psychiczne znajdują swoje potwierdzenie w badaniach, według których aż 80% pacjentów psychiatrycznych uważa się za osoby religijne czy duchowe, a 48% badanych to osoby deklarujące się jako głęboko religijne[24]. Niestety nie zawsze lekarz czy psychoterapeuta są w stanie odpowiedzieć na pytania natury duchowej i moralnej, gdyż musiałby wejść w dialog z filozofią czy teologią, albo odznaczać się w tej dziedzinie szerokimi kompetencjami. Poza tym dawanie odpowiedzi na tego typu pytania nie jest zadaniem medycyny.

Należy więc wyjść poza medyczne ramy współczesnej interpretacji tego zjawiska i poszerzyć merytoryczną stronę omawianego zagadnienia o rozważania z zakresu teologii, zwłaszcza teologii moralnej. Interpretacja teologiczna problemu jakim jest depresja zakłada korzystanie z osiągnięć z zakresu medycyny czy psychologii, a pominięcie ich dorobku byłoby znaczącą ignorancją. Z drugiej zaś strony nauki szczegółowe koncentrują się jedynie na biologicznym i psychologicznym aspekcie ludzkiej natury. Niekiedy też redukują dany problem do jednej kwestii, zatem tym bardziej istnieje potrzeba całościowego spojrzenia na to zagadnienie.

Próba całościowego ujęcia problemu depresji jest także odpowiedzią na stanowisko niektórych specjalistów z zakresu psychiatrii, którzy

---

[23] Por. J. Prusak, *Depresja a rozwój duchowy*, [w:] *Co zabrać ze sobą? Po trzecim tygodniu ćwiczeń duchownych*, red. J. Augustyn, Kraków 2011, s. 207; por. M. Golaczyńska, *Depresja – granice zdrowia i choroby*, [w:] *Od depresji. Wybrane materiały z konferencji „Od depresji do pokoju ducha" zorganizowanej przez Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich. Warszawa–Konstancin 20–22.04.2007*, Płock 2009, s. 24.

[24] Por. A. Kheriaty, J. Cihak, *Katolicki przewodnik po depresji. Jak święci, sakramenty i psychiatria mogą pomóc ci wyrwać się spod jej wpływu i odnaleźć utraconą radość*, Kraków 2013, s. 82–83.

uważają, że wiele problemów zdrowotnych powinno być rozpatrywanych w sposób integralny i holistyczny. Stanowisko to jest próbą odejścia od *redukcjonizmu*, który został narzucony nauce przez Kartezjusza, na rzecz *holizmu*, czyli całościowego ujmowania zjawisk. Zakłada ono również przyjęcie pewnej prawdy antropologicznej, według której człowiek jest postrzegany jako całość biologicznie-psychiczno-społeczna, dlatego też wszystkie jego cierpienia oraz problemy psychiczne powinny być rozpatrywane całościowo. To jednak wymaga korespondencji nie tylko z innymi specjalnościami medycznymi, ale również z naukami humanistycznymi, biologicznymi czy ścisłymi[25]. Podejście to można również odnieść do depresji. Zdaniem lekarzy, depresja jest problemem interdyscyplinarnym, którym powinni zajmować się nie tylko psychiatrzy, ale również inni specjaliści z zakresu medycyny oraz przedstawiciele nauk pozamedycznych[26]. Warto zatem w odrębnej dysertacji podjąć formę dialogu między nauką i religią, medycyną a teologią, zaś ujęcie teologiczne rozszerza powyższą prawdę antropologiczną o aspekt duchowy. Patrzenie na człowieka jako na jedność wymaga więc uwzględnienia wszystkich aspektów człowieczeństwa, również tego duchowego.

Ujęcie problemu depresji od strony teologiczno-moralnej może mieć także znaczenie dla samej teologii, gdyż pozwoli lepiej poznać człowieka i jego problemy. Człowiek zajmuje jedno z centralnych miejsc w refleksji teologicznej, ponieważ został wybrany i stworzony przez Boga i do niego adresowane jest odkupienie. Każdy człowiek wymaga także troski ze strony Kościoła. W encyklice *Redemptor hominis* Jan Paweł II stwierdza, że „Kościół ze względu na Chrystusa, z racji tej tajemnicy, która jest własnym życiem Kościoła, nie może też nie być wrażliwy na wszystko, co służy prawdziwemu dobru człowieka – jak też nie może być obojętny na to, co mu zagraża”[27]. Zatem podjęcie

---

[25] Por. A. Bilikiewicz, *Zakres psychiatrii oraz jej miejsce w kulturze i wśród innych dyscyplin nauki*, [w:] *Psychiatria dla studentów medycyny. Podręcznik*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa 1998, s. 17. 21.

[26] Por. K. Sprawka, A. Wysokiński, A. Orzechowska, M. Talarowska-Bogusz, D. Typel, W. Gruszczyński, *Zaburzenia depresyjne i lękowe w okresie klimakterium*, „Psychiatria” 5 (2008) nr 3, s. 99.

[27] Jan Paweł II, *Redemptor hominis*, nr 13.

problemu depresji może być odpowiedzią na tę troskę, zaś nieuwzględnienie go byłoby lekceważeniem fizycznego i psychicznego zła, jakim jest choroba i jej skutki. Zwłaszcza, że cierpienie psychiczne często nie pozostaje obojętne dla rozwoju duchowego i relacji człowieka do Boga, zaś depresja może być przyczyną wielu trudności w życiu religijnym i duchowym.

Problem depresji wpisuje się również w dyskusję na temat ludzkiego cierpienia, a, jak wiadomo, debata ta nie jest obca nauczaniu Kościoła. Jan Paweł II w adhortacji apostolskiej *Christifideles laici* stwierdza, że „człowiek, choć jest powołany do radości, w swoim codziennym życiu doświadcza cierpienia i bólu w najrozmaitszych formach”[28]. Według Katechizmu Kościoła katolickiego „choroba i cierpienie zawsze należały do najpoważniejszych problemów, poddających próbie życie ludzkie. Człowiek doświadcza w chorobie swojej niemocy, ograniczeń i skończoności”[29]. Ponadto „choroba może prowadzić do niepokoju, do zamknięcia się w sobie, czasem nawet do rozpaczy i buntu przeciw Bogu, ale może także być drogą do większej dojrzałości, może pomóc lepiej rozeznać w swoim życiu to, co nieistotne, aby zwrócić się ku temu, co istotne. Bardzo często choroba pobudza do szukania Boga i powrotu do Niego”[30]. Dlatego też papież Benedykt XVI w encyklice *Spe salvi* stwierdza, że „należy robić wszystko, co w naszej mocy, aby cierpienie zmniejszyć: zapobiec, na ile to możliwe, cierpieniom niewinnych, uśmierzyć ból, pomagać w przezwyciężeniu cierpień psychicznych”[31]. Według Jana Pawła II medycyna jest w stanie w tej kwestii uczynić wiele, ale cały obszar cierpienia jest o wiele szerszy i rozleglejszy niż jej zasięg. Cierpienie obejmuje zarówno ból fizyczny, psychiczny, jak i moralny oraz sięga głębi człowieczeństwa[32]. Słowa te można również odnieść do depresji, która jest źródłem ogromnego cierpienia, zwłaszcza w wymiarze psychicznym, ale również fizycznym i moralnym. Osoby cierpiące na depresję stawiają niekiedy podstawowe pytania, nie tylko

---

[28] Jan Paweł II, *Christifideles laici*, nr 53.
[29] Katechizm Kościoła katolickiego, nr 1500.
[30] Tamże, nr 1501.
[31] Benedykt XVI, *Spe salvi*, nr 36.
[32] Jan Paweł II, *Salvifici dolores*, nr 5.

dotyczące sensu cierpienia, ale również sensu istnienia. Dobrze jest, gdy mogą o tym z kimś porozmawiać, ponieważ taka rozmowa daje znaczące moralne wsparcie w ich cierpieniu. Zadanie to stoi zatem nie tylko przed lekarzami czy innymi specjalistami, ale także przed duszpasterzami i tymi, którzy na swojej drodze spotykają osoby cierpiące psychicznie. Toteż przedstawienie tej kwestii wzbogaconej o aspekt teologiczny może pomóc lepiej zrozumieć czym jest depresja, jak ją pokonać oraz co można zrobić, by to trudne doświadczenie odczytać w kontekście wiary.

Istnieje również potrzeba, aby osoby będące w depresji oraz cierpiące na inne choroby psychiczne, zostały otoczone właściwą opieką duszpasterską. Na potrzebę duszpasterstwa chorych zwraca uwagę Jan Paweł II stwierdzając, że „musi to być działalność, która umożliwi i stworzy warunki do skupienia uwagi na człowieku, do obecności przy nim i z nim, do wysłuchania go, dialogu i współczucia oraz konkretnej pomocy w tych momentach, w których z powodu choroby i cierpienia na ciężką próbę zostaje wystawione nie tylko jego zaufanie do życia, ale także sama wiara w Boga i w Jego ojcowską miłość. To odnowione duszpasterstwo wyraża się w sposób najbardziej znamienny w sprawowaniu z chorymi i dla chorych sakramentów, będących wsparciem w cierpieniu i słabości, nadzieją w rozpaczy, miejscem spotkania i święta”[33]. Również według I. Dias’a działania duszpasterskie przeznaczone dla osób będących w depresji są w obecnie koniecznością i dobrze by było, gdyby dotarły do każdego domu, wspólnoty parafialnej, diecezji i całego społeczeństwa. Jednakże nie mają one polegać jedynie na pomocy osobom będącym w depresji w akceptacji ich problemów, ale dążyć do przezwyciężania barier, jakie stawia choroba. Niekiedy może to wymagać duchowej oraz moralnej siły i umiejętności, dzięki którym osoba chora odzyska zaufanie i nadzieję. Pomoc w problemach, jakie miewają osoby z depresją, może również polegać na stosowaniu „duchowej terapii” w postaci, modlitwy, sakramentów czy lektury Pisma Świętego. Ta duchowa terapia powinna być połączona z innymi metodami leczenia, właściwą opieką medyczną, doradztwem i wsparciem

[33] Jan Pawel II, *Christifideles laici*, nr 54.

moralnym[34]. Ważne są zatem kwestie duszpasterskie i pastoralne, które w kontekście omawianego problemu wymagają podjęcia i analizy. To wiąże się z wysiłkiem nie tylko refleksji teoretycznej, ale również opracowania praktycznych wskazówek pastoralnych, z których mogliby skorzystać chorzy, osoby, które się nimi opiekują oraz kapłani pełniący swoją posługę.

Istnieje również potrzeba, aby Kościół w ramach swojej działalności charytatywnej czy duszpasterskiej, wspierał wszelkie działania mające na celu promocję zdrowia, zwłaszcza zdrowia psychicznego, oraz akcje profilaktyczne mające zapobiegać występowaniu depresji, gdyż uważa się, że istnieje ścisła zależność między zdrowiem psychicznym a duchowym.

Chęć podjęcia tego tematu wynika również z faktu, że obecnie obserwuje się wzrost zainteresowania problematyką depresji i zdrowia psychicznego również wśród teologów. Na rynku wydawniczym pojawia się coraz więcej publikacji dotyczących depresji, zarówno naukowych, jak i popularyzatorskich. Ponadto przedstawiciele Kościoła wraz z innymi specjalistami zdrowia psychicznego biorą udział w licznych konferencjach zajmujących się tym zagadnieniem[35].

---

[34] I. Dias, *Foi chrétienne et confiance en la vie. Perspective pastorale*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 377.

[35] W 2003 roku w Watykanie odbyła się międzynarodowa konferencja pt. *Depresja chorobą naszych czasów*. Zorganizowała ją Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Konferencja ta zgromadziła 800 uczestników, wśród których znaleźli się biskupi, kardynałowie i specjaliści z wielu krajów. Tematy poruszane na konferencji dotyczyły zjawiska depresji rozpatrywanego w różnych aspektach, nie tylko teologicznym czy pastoralnym. Również w Polsce odbywają się konferencje na temat depresji z udziałem osób duchownych i specjalistów od zdrowia. Na przykład Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich w 2007 r. zorganizowało konferencję *Od depresji do pokoju ducha*, na której rozpatrywano problem depresji w ujęciu zarówno psychologicznym, jak i teologicznym. W 2010 r. w Wyższej Szkole Filozoficzno-Pedagogicznej *Ignatianum* odbyła się konferencja naukowa pt. *Jak wygrać z depresją?*, na której lekarze psychiatrzy rozpatrywali problem depresji z medycznego punktu widzenia, zaś dopełnieniem obrad był wykład dotyczący duchowego wymiaru depresji. W 2012 roku w Krakowie została zorganizowana konferencja pt. *Przeciw melancholii – perspektywy nauki i wiary*, która poświęcona była zjawisku depresji i podobnych do niej stanów psychicznych oraz sposobów walki z nimi. Por. Jan Paweł II, *Jak pomagać ludziom cierpiącym na*

Jan Paweł II zauważa, że niepokój budzi coraz powszechniejsze występowanie zaburzeń depresyjnych. Zdaniem papieża depresja „obejmuje głębokie stany chorobowe, mniej lub bardziej trwałe, ale także formy przejściowe, związane z trudnymi doświadczeniami, takimi jak konflikty małżeńskie i rodzinne, poważne problemy zawodowe, poczucie osamotnienia, które prowadzą do osłabienia lub wręcz do zerwania więzi społecznych, zawodowych, rodzinnych. Chorobie towarzyszy często kryzys egzystencjalny i duchowy, który sprawia, że człowiek traci z oczu sens życia"[36]. Papież zwraca uwagę na wieloaspektowy charakter depresji, różnorodność jej form, trwałość oraz przyczyny. Wskazuje także na skutki depresji, takie jak osłabione lub zerwane więzi ludzkie, a także towarzyszący jej kryzys duchowy. Wśród przyczyn coraz powszechniej występujących stanów depresyjnych wyróżnia wpływ środków społecznego przekazu, które głoszą konsumpcjonizm i pochwałę materializmu. Jednocześnie nawołuje do budowania osobowości w odniesieniu do wartości i życia duchowego, które jest podstawą dojrzałej egzystencji. Wskazuje również na pozytywne znaczenie depresji, która może być drogą do odkrycia nowych aspektów własnej osobowości oraz nowych form spotkania z Bogiem[37]. Słowa Jana Pawła II potwierdzają, że problem depresji jest nie tylko problemem zdrowotnym, ale także duchowym.

Inspiracją do podjęcia tego tematu jest także konferencja na temat depresji, która odbyła się w Watykanie. Sam fakt zwołania konferencji dowodzi, że oczy Kościoła i teologów zwrócone są również na problemy zdrowia psychicznego, a to skłania do poszukiwania na gruncie teologicznym nowych ścieżek badawczych, do których należy niewątpliwie kwestia depresji. Do przedstawienia niniejszej analizy skłania również

---

depresję? Przemówienie do uczestników międzynarodowej konferencji papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, „L'Osservatore Romano" 25 (2004) nr 3, s. 28; por. S. Tokarski, *Wprowadzenie*, [w:] *Od depresji. Wybrane materiały z konferencji „Od depresji do pokoju ducha"…*, dz. cyt., Płock 2009, s. 5–16; por. *Konferencja naukowa w Wyższej Szkole Filozoficzno-Pedagogicznej Ignatianum „Jak wygrać z depresją"*, „Gazeta Lekarska" (2010) nr 5 (118), s. 32–33; por. Przeciw melancholii. Konferencja w Krakowie. 12 czerwca 2012 roku, http://www.niedziela.pl/artykul/97615/nd/Przeciw-melancholii (10.01.2014).

[36] Jan Paweł II, *Jak pomagać ludziom cierpiącym na depresję?*, dz. cyt., s. 28.

[37] Por. tamże, s. 28–29.

potrzeba obecnych czasów i coraz częstsze występowanie zaburzeń depresyjnych, które jako problem wymagają omówienia, analizy i podjęcia odpowiednich działań.

Celem niniejszej dysertacji jest przedstawienie szeroko rozumianego problemu depresji w aspekcie teologiczno-moralnym. Pomimo faktu że na ten temat dostępnych jest wiele opracowań z zakresu medycyny[38] i psychologii[39], brakuje syntetycznego ujęcia zagadnienia depresji z perspektywy teologicznej. Co prawda istnieją publikacje, które zajmują się tym problemem z perspektywy duchowej i religijnej[40], jednak mają one w większości charakter popularyzatorski. Zagadnienie depresji pojawia się również w publikacjach naukowych z teologii[41] i zwykle jest ono ujmowane w kontekście innych zagadnień oraz traktowane ogólnikowo. Chociaż próba podjęcia tego tematu może wydawać się dość trudnym zadaniem (ze względu na problemy metodologiczne czy kwestie związane z ujęciem interdyscyplinarnym, czyli wkraczaniem na obszar innych dziedzin nieteologicznych) to jednak warto, aby taka analiza powstała. Tym bardziej, że zagadnienie to jest interesujące, a powstałe wnioski badawcze mogą mieć praktyczne zastosowanie.

Źródłem do opracowania niniejszego tematu jest nauczanie Kościoła oraz bogata literatura przedmiotu, głównie literatura medyczna, psychologiczna i religijna. Literatura medyczna i psychologiczna

---

[38] Por. *Depresja. Wiedzieć aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002; Ł. Święcicki, *Depresja. Zwykła choroba?*, Wrocław 2010, J. Krzyżowski, *Depresja*, Warszawa 2002; G. S. Mahli, P. K. Bridges, *Postępowanie w depresji*, Wrocław 2001; A. Kępiński, *Melancholia*, Kraków 2001.

[39] Por. E. Woydyłło, *Bo jesteś człowiekiem. Żyć z depresją, ale nie w depresji*, Kraków 2012; H. Buijssen, *Depresja. Poradnik dla przyjaciół i rodziny*, Kraków 2012; por. P. Gilbert, *Przezwyciężanie depresji. Przewodnik samopomocy w oparciu i techniki poznawczo-beahawioralne*, Gdynia 2010; J. Collados Zorraquino, *Depresja u dzieci i młodzieży*, Kraków 2002.

[40] Por. A. Kheriaty, J. Cihak, *Katolicki przewodnik po depresji*, Kraków 2012; K. Grzywocz, *W mroku depresji*, Kraków 2012; S. Falvo, *Jak zwyciężyć depresję*, Łódź 2000; por. J. F. Catalan, *Depresja a życie duchowe*, Kraków 2002; W. Müller, *Jak wyjść z depresji?*, Kraków 2002.

[41] Por. R. P. Vaughan, *Poradnictwo pastoralne a zaburzenia osobowości*, Kraków 1999; A. Pyttlik, *Cierpienia współczesnych Hiobów. Studium teologicznomoralne w oparciu o Księgę Hioba*, Opole 2007; H. Bless, *Zarys psychiatrii duszpasterskiej*, Warszawa 1980.

pozwala przybliżyć problem depresji i poznać jej przejawy, przyczyny, rodzaje, konsekwencje oraz metody zapobiegania i leczenia. Natomiast literatura religijna i teologiczna jest źródłem do przedstawienia problemu depresji w kontekście biblijnym i teologiczno-moralnym oraz sformułowania wskazówek pastoralnych, które mogą być pomocne w pracy duszpasterskiej. Wśród tej literatury znajdują się przemówienia pochodzące z watykańskiej konferencji *Depresja chorobą naszych czasów*, zgromadzone w publikacji zatytułowanej *La dépression. Comprendre, aider et surmonter*[42], które poruszają wiele kwestii teologicznych związanych z depresją i są jednym z podstawowych źródeł wykorzystanych w analizie. Ponadto wsparciem dla przesłanek i wniosków teologicznych jest nauczanie Kościoła zawarte w encyklikach, adhortacjach i przemówieniach papieskich oraz w Katechizmie Kościoła katolickiego.

W rozprawie zastosowano metodę krytycznej analizy tekstów źródłowych oraz metodę porównawczą. Jednak najważniejszą rolę

---

[42] Publikacja ta zawiera następujące artykuły: J. Lozano Barragán, *Aspects de la pensé postmoderne et de la dépression*, J. Saraiva Martins, *La dépression: phémomène clinique, antropologie biblique et foi chrétienne*; S. Cervera-Enguix, *La dépression entre le mal-être et la maladie,* B. Saraceno, *Dépression: faits et perspectives*; T. Anatrella, *Une société dépressive*; M. Galve-Moreno, *Dépression et crise religieuse,* B. J. Säfsten, *La crise suicidaire*; A. Petiziol, *Modelèles biologiques et modèles psychologiques de la dépression*; D. J. Markham, *Pression médiatique et résistance au stress*; A. Polaino-Lorente, *Facteurs de la dépression et perspectives thérapeutiques*; P. Poupard, Les idées *dépressives du monde contemporain*; F. Deriu, D. Cabezas, R. Merola, *Résultats d'une enquête sur la santé mentale et recherches sur la dépression*; M. Alivierti, *Historie de la dépression*; J. A. Medina Estévez, *Dépression et espérance chrétienne*; P. C. Casalone, *Dépression, références morales subjectives et objectives. Réflexion de théologie morale*; J. M. Wingle, *Refus de la souffrance et recherche du bien-être personnel. Réflexion pastorale*; A. A. Piattelli, *La vision hébraïque*; K. Ajlouni, *Dépression et traitement á la lumière du Coran et de la Sunna*; B. Patil, *La signification de la dépression et du mal-être dans la perspective de l' hindouisme*; M. R. R. M. Tai, *La perspective du bouddhisme*; S. Pintor, *Principaux points de foi sur lesquels il est nécessaire d'insister*; T. Anatrella, *Une éducation au sens de la personne, de la responsabilité et de l'estime de soi à la lumière du christianisme*; D. Megglé, *Susciter un lien social dans une société éclatée et dominée par l'individualisme*; D. Cabezas, *L'accueil des personnes dépressives en milieu médical et hospitaler*; J. E. Jiménez Carvajal, *Le rôle de la famille face à la dépression*; C. Amigo Vallejo, *L'accompagnement spirituel et pastoral de la personne dépressive et de są famille*; I. Dias, *Foi chrétienne et confiance en la vie. Perspective pastorale*, por. Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Paris 2007.

odgrywają metoda analityczno-syntetyczna i metoda pozytywnego wykładu. Całość zagadnienia została przedstawiona w pięciu rozdziałach. Pierwszy z nich koncentruje się ogólnie na zjawisku depresji i rozpatruje je z perspektywy medycznej oraz teologicznej. W tej części dysertacji zostaje wyjaśnione, czym jest depresja, jakie są jej przejawy oraz rodzaje. Kolejną część rozdziału poświęcono innym stanom psychicznym i duchowym, które są podobne, a niekiedy utożsamiane z depresją. Osobna część pracy dotyczy depresyjnych stanów znajdujących się w Piśmie Świętym. Omówiono również najważniejsze problemy teologiczno-moralne związane z zagadnieniem depresji. Drugi rozdział przedstawia najważniejsze przyczyny depresji. W tej części pracy omówiono czynniki biologiczne, psychologiczne, społeczno-środowiskowe, religijno-moralne i inne przyczyny, które mogą mieć wpływ na powstawanie stanów depresyjnych. Kolejny, trzeci rozdział, dotyczy następstw depresji. Przedstawiono w nim wpływ depresji na kondycję zdrowotną człowieka i powstawanie uzależnień i nałogów. Omówiono również problem prób samobójczych oraz konsekwencji, jakie może mieć depresja w życiu rodzinnym i społecznym. Podjęto także próbę opisania wpływu depresji na życie moralne i religijne. Czwarty rozdział niniejszej pracy jest poświęcony różnym metodom leczenia depresji. Omawia medyczne i psychologiczne metody leczenia. Zwraca także uwagę na inne działania terapeutyczne, które mogą być pomocne w powrocie do zdrowia osób będących w depresji, takie jak wsparcie ze strony rodziny i innych środowisk. Ponadto dużo miejsca poświęcono opiece duszpasterskiej wobec osób cierpiących na depresję. Ostatni, piąty rozdział, skoncentrowany jest na profilaktyce depresji. W rozdziale tym omówiono działania prewencyjne wobec osób z grup tak zwanego ryzyka. Osobną część poświęcono promocji odpowiednich postaw i zachowań mających na celu ochronę zdrowia psychicznego w społeczeństwie, a także działania prewencyjne związane z minimalizowaniem objawów i skutków depresji. W ostatniej części przedstawiono wskazówki pastoralne, które mogą wspierać powyższe działania profilaktyczne.

1. Pojęcie depresji jako stanu psychicznego człowieka

Psychiczny stan depresji może być rozumiany – w znaczeniu potocznym – jako doświadczenie chwilowego smutku czy zniechęcenia bądź jako zaburzenie psychiczne, które charakteryzuje się między innymi obniżonym nastrojem, utratą zainteresowań, spowolnieniem, barakiem chęci do życia, osłabieniem koncentracji, poczuciem winy czy myślami samobójczymi. Z praktyki medycznej wynika, że u każdego człowieka depresja może przejawiać się w odmienny sposób, dlatego wyróżnia się różne jej typy. Do najczęściej wymienianych rodzajów zaburzeń depresyjnych, które występują w klasyfikacjach medycznych, należą: epizod depresyjny, depresja nawracająca, zaburzenie afektywne dwubiegunowe, dystymia, depresja sezonowa i reakcja depresyjna. Literatura medyczna i psychologiczna zwracają również uwagę na inne opisy depresji, takie jak: depresja dziecięca, młodzieńcza, u kobiet (depresja okresu ciąży, poporodowa, okresu menopauzy), depresja u mężczyzn, u osób starszych i depresja w chorobach somatycznych.

Istnieją również inne stany psychiczne i duchowe, które w swoich przejawach mogą przypominać depresję. Są nimi: stan żałoby, rozpaczy, melancholii, kryzysu oraz ciemnej nocy ducha, strapienia duchowego oraz acedii. Stany te, opisywane przez psychologów i teologów, są podobne, ale zasadniczo różnią się od depresji w sensie medycznym. Także na kartach Pisma Świętego można znaleźć opisy smutku oraz stanów podobnych do depresji. Zarówno w Starym, jak i w Nowym Testamencie istnieją przykłady postaci, które, będąc w relacji z Bogiem,

jednocześnie zmagają się z przytłaczającym przygnębieniem. Również współcześnie żyjących chrześcijan depresja może prowokować do wielu pytań natury moralnej czy etycznej. W ramach przeżywanej depresji mogą pojawić się problemy dotyczące poczucia winy, poczucia grzechu, odpowiedzialności moralnej, moralności uczuć, samobójstwa czy eutanazji.

1. Diagnoza i objawy depresji

Zjawisko depresji znane było już w czasach starożytnych, czego dowodem są różnorodne opisy stanów depresyjnych, które można znaleźć w literaturze różnych kultur, między innymi w literaturze starożytnego Egiptu, greckiej oraz późniejszych epok. Również literatura medyczna zawiera wiele opisów stanu psychicznego, który obecnie nazywany jest depresją[1]. Słowo *depresja* wywodzi się z języka łacińskiego, w którym czasownik *de-primo* oznacza *cisnąć w dół*, *przygniatać*, a przymiotnik *depressus – niski*, *nisko położony*[2]. Termin ten po raz pierwszy pojawia się w rozprawie lekarza z Edynburga R. Whytt'a (1714–1766). Według innych źródeł został on wprowadzony do języka medycznego w 1819 roku przez francuskiego psychiatrę

[1] Starożytny lekarz Hipokrates, wśród opisywanych przez siebie chorób, wyróżnia tak zwane stany melancholiczne, które trwają przez dłuższy czas i charakteryzują się obniżeniem nastroju, bezsennością oraz brakiem apetytu. Aretajos z Kapadocji wyróżnia charakterystyczne cechy melancholii, do których należą: smutek, zniechęcenie, narzekanie, izolowanie się od ludzi czy próby samobójcze. O depresji piszą również greccy autorzy żyjący na przełomie I i II w., tacy jak Plutarch oraz Rufus z Efezu, autor traktatu o melancholii. W średniowieczu depresja jest rozumiana jako choroba duszy i kara za grzechy. W epoce odrodzenia powstaje traktat na temat depresji pt. *Anatomia melancholii*, autorstwa R. Burtona. W XVI i XVII w. pojawiają się pierwsze metody leczenia depresji, natomiast w XIX w. rozwija się wiedza dotycząca zaburzeń depresyjnych. Ważnym dla rozumienia depresji są prace E. Kraeplina, który opisał różne rodzaje zaburzeń nastroju. Natomiast wiek XX wraz z rozwojem psychologii i nauk medycznych przynosi dalszy rozwój wiedzy i badań na temat zaburzeń depresyjnych. Por. A. Zięba, D. Dudek, *Krótka historia poglądów na depresję*, [w:] *Depresja…*, dz. cyt., s. 14–19.

[2] Por. *Deprimo,* [w:] *Słownik łacińsko-polski*, red. K. Kumaniecki, Warszawa 1957, s. 153.

J. G. F. Baillargera[3]. Dawniej, na określenie różnych schorzeń psychicznych związanych z obniżeniem nastroju, używano słowa *melancholia*. W języku staropolskim jej odpowiednikami była *zadum*a lub *posępnica*[4]. Obecnie w literaturze medycznej termin ten jest również nazywany *zespołem depresyjnym*, *depresją kliniczną*, *zaburzeniem depresyjnym* albo *epizodem depresyjnym*[5].

W języku potocznym termin *depresja* bywa używany na oznaczenie stanu przygnębienia, smutku czy żalu. Doświadczenia te mają charakter przejściowy i zwykle są związane z bolesnymi wydarzeniami, trudnościami czy problemami. Wiele osób twierdzi, że są w depresji, mając na myśli zły nastrój, chandrę, okresowe załamanie czy tak zwany *dołek*. Doświadczanie tego typu stanów jest jednak czymś naturalnym, wpisanym w los każdego człowieka, bo w życiu zwykle nie da się uniknąć kryzysów, porażek, przykrych wydarzeń czy nieszczęść. Pomimo smutnych chwil, człowiek potrafi okazywać radość, cieszyć się życiem i nie rezygnuje z podejmowania różnych aktywności. Jednak, zdaniem lekarzy, depresja to coś więcej niż smutek. To stan psychiczny, który przejawia się nie tylko smutkiem, ale też innymi objawami. Trwa on dłużej niż powszechnie odczuwane uczucie przygnębienia, powoduje zmiany w zachowaniu oraz wpływa dezintegrująco na wszystkie sfery życia człowieka[6].

Zdaniem Ł. Święcickiego depresja może wystąpić w każdym wieku, a jej rozwój może nastąpić w ciągu kilku dni lub kilku tygodni. U wielu osób depresja występuje tylko raz w życiu, jednak u połowy

---

[3] Por. *Depresja, termin*, [w:] *Leksykon manii i depresji*, J. Rybakowski, J. Jaracz, Poznań 2010, s. 34; por. H. Lôo, T. Gallarda, *Depresja*, Katowice 1999, s. 14.

[4] Por. Z. J. Ryn, *Smutek cywilizacji*, dz. cyt., s. 12.

[5] Por. M. Kotlicka-Antczak, *Psychopatologia*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema. J. Rabe-Jabłońska, Warszawa 2011, s. 45; por. R. Fox-Specer, *Depresja*, Gliwice 2007, s. 18; por. D. S. Baldwin, R. M. A. Hirschfeld, *Depresja*, Gdańsk 2001, s. 4.

[6] Por. *Depresja*, [w:] Światowa Organizacja Zdrowia, *Leksykon terminów. Psychiatria i zdrowie psychiczne*, Warszawa 2001, s. 47; por. K. Sprawka, A. Wysokiński, A. Orzechowska, M. Talarowska-Bogusz, D. Typel, W. Gruszczynski, *Zaburzenia depresyjne i lękowe w okresie klimakterium*, „Psychiatria" 5 (2008) nr 3, s. 99; por. A. Zięba, D. Dudek, *Wstęp*, [w:] *Depresja. Wiedzieć aby pomóc*, dz. cyt., s. 9–10.

chorych pojawiają się nawroty choroby. Według danych, nieleczona depresja może trwać od 6 do 12 miesięcy, a od 5%–10% chorych ma ją nawet dłużej niż 2 lata, przy czym objawy nieleczonej depresji mogą po pewnym czasie ustąpić całkowicie lub ustępują częściowo[7]. Zatem jeżeli istnieje podejrzenie depresji, należy zgłosić się do lekarza. Może nim być lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (internista lub lekarz rodzinny) albo lekarz psychiatra, który postawi odpowiednią diagnozę. Diagnoza depresji jest niezwykle ważna, gdyż pozwala poznać źródło problemów psychicznych i rozpocząć leczenie. Odpowiednia opieka i pomoc lekarska mogą skrócić i zakończyć cierpienie oraz zapobiec jej ewentualnym skutkom.

Diagnoza lekarska opiera się głównie na wywiadzie, czyli rozmowie z chorym. Zdaniem Święcickiego, lekarze, którzy diagnozują depresję, nie mają do dyspozycji wielu narzędzi diagnostycznych w postaci szeregu różnorodnych badań. Posługują się jedynie tak zwanym badaniem psychiatrycznym, które polega na rozmowie z pacjentem, uważnym wysłuchaniu jego skarg, zadawaniu mu pytań oraz na obserwacji chorego. Zdaniem autora ważne jest nie tylko to co pacjent mówi, ale też to jak mówi i jak się zachowuje. Aby zdiagnozować depresję, lekarz ustala czy u chorego występuje obniżony nastrój oraz inne objawy właściwe depresji[8]. Ponadto A. Zięba i D. Dudek stwierdzają, że poszczególne objawy depresji oraz innych zaburzeń zostały przez klinicystów nazwane oraz usystematyzowane po to, aby łatwiej było postawić diagnozę i rozpocząć odpowiednie leczenie[9].

Według *Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów* ICD-*10*[10], podstawowym objawem depresji jest obniżony nastrój.

---

[7] Por. Ł. Święcicki, *Depresje – definicja, klasyfikacja, przyczyny*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 2 (2002) nr 3, s. 153.

[8] Tamże, s. 153.

[9] Por. A. Zięba, D. Dudek, *Krótka historia poglądów na depresję,* art. cyt., s. 14.

[10] ICD-10 to Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Przyczyn Zgonów, która obowiązuje w większości krajów świata, również w Polsce. Klasyfikacja ta opisuje poszczególne zaburzenia psychiczne oraz ich objawy. W tej klasyfikacji opis objawów depresji znajduje się pod pojęciem epizodu depresyjnego. Oprócz klasyfikacji ICD-10, wielu autorów, opisując objawy depresji, posługuje się klasyfikacją DSM-IV, która jest amerykańskim systemem klasyfikacyjnym. Jej autorzy podają następujące objawy depresji: obniżenie nastroju występujące niemal codziennie przez większą część dnia, zmniejszenie zainteresowania prawie wszystkimi czynnościami, znaczny spadek lub

Drugim objawem jest utrata zainteresowań i zdolności do radowania się. Trzeci objaw depresji to zmniejszenie energii, które prowadzi do zwiększonego poczucia zmęczenia oraz zmniejszenia aktywności. Natomiast do objawów dodatkowych należą: osłabienie koncentracji i uwagi, niska samoocena i mała wiara w siebie, poczucie winy i małej wartości, pesymistyczne czarne widzenie przyszłości, myśli i czyny samobójcze, zaburzenia snu oraz zmniejszony apetyt[11]. Zdaniem lekarzy rozpoznanie depresji opiera się na stwierdzeniu określonej liczby objawów. Objawy te muszą pojawić się w czasie nie krótszym niż dwa tygodnie. Ich liczba i natężenie decydują również o stopniu nasilenia depresji. Część osób może cierpieć na lekką bądź łagodną jej postać. U innych objawy przybierają na sile i wówczas stwierdza się depresję umiarkowaną. Niekiedy występuje depresja głęboka, której objawy są bardzo nasilone i przyczyniają się do ogromnego cierpienia[12].

Zdaniem lekarzy, depresja przejawia się przede wszystkim obniżonym nastrojem, czyli uczuciem smutku, przygnębienia lub zobojętnieniem (niezdolnością do przeżywania jakichkolwiek emocji)[13]. Całe życie uczuciowe człowieka jest wówczas zdominowane przez przygnębienie, rezygnację i apatię. U wielu chorych nastrój ten może się nieznacznie zmieniać z dnia na dzień pod wpływem różnych wydarzeń. Zmiany nastroju mogą występować również w ciągu dnia

---

wzrost masy ciała, bezsenność lub nadmierna senność, podniecenie lub spowolnienie psychoruchowe, uczucie zmęczenia lub utrata energii, poczucie bezwartościowości lub nieuzasadnione poczucie winy, zmniejszenie sprawności myślenia, problemy ze skupieniem uwagi, niemożność podjęcia decyzji oraz nawracające myśli o śmierci, myśli samobójcze i podejmowanie prób samobójczych. Por. D. Dudek, A. Zięba, *Klasyfikacja zaburzeń depresyjnych,* art. cyt., s. 22–23.

[11] Por. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Warszawa 2000, s. 107–108.

[12] Por. D. Dudek, A. Zięba, *Klasyfikacja zaburzeń depresyjnych*, art. cyt., s. 22; por. J. Krzyżowski, *Depresja*, Warszawa 2002, s. 15–17; por. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, dok. cyt., s. 107–108.

[13] Por. M. Kotlicka-Antczak, *Psychopatologia*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, Warszawa 2011, s. 39.

i zwykle jest on lepszy wieczorem, a gorszy w godzinach porannych. Niekiedy ta różnica może być dość wyraźna. Natomiast u osób będących w głębokiej depresji wahania nastroju całkowicie znikają. Wówczas osoby te nie odczuwają jakichkolwiek emocji. Stan ten jest w języku medycznym nazywany *znieczuleniem bolesnym (anaesthesia dolorosa)*[14]. Obniżony nastrój przejawia się w postawie, mowie czy wyrazie twarzy chorego (tak zwany melancholiczny wyraz twarzy). Może manifestować się także skłonnością do płaczu, występującą bez poważnej przyczyny[15].

Kolejnym objawem depresji jest utrata zainteresowań i zdolności do radowania się. Według Święcickiego, osobom zdrowym w codziennej pracy zwykle towarzyszy uczucie zadowolenia i satysfakcji. Umiejętność radowania się i odczuwania przyjemności określa się jako *hedonię*, w przeciwieństwie do tak zwanej *anhedonii*, która oznacza niemożność wyrażania radości i zadowolenia. Anhedonia jest również jednym z objawów depresji. Osoby cierpiące z powodu zaburzeń depresyjnych zwykle nie potrafią cieszyć się życiem i najmniejszymi rzeczami, które dawniej były dla nich źródłem radości. Tracą satysfakcję z tego co robią, nie interesuje ich otaczający świat i w rezultacie swoje codzienne czynności wykonują z poczucia obowiązku, jakby pod przymusem. Niekiedy jakiekolwiek działanie sprawia im trudność i przykrość[16]. Zdaniem Dudek i Zięby, osoby z depresją są zwykle obojętne na sprawy dotyczące otaczającego świata, innych ludzi oraz ich samych. Bywa, że zrywają kontakty, izolują się od osób najbliższych i przyjaciół, nie interesują się sobą i swoim wyglądem, nie mają siły oraz ochoty, aby o siebie zadbać[17].

---

[14] Por. Ł. Święcicki, *Depresje – definicja, klasyfikacja, przyczyny*, art. cyt., s. 153; por. Ł. Święcicki, *Depresja. Zwykła choroba?*, dz. cyt., s. 21; por. D. Dudek, A. Zięba, *Człowiek pogrążony w depresji. Objawy choroby*, [w:] *Depresja…*, dz. cyt., s. 33–34.

[15] Por. P. T. Loosen, R. C. Shelton, *Zaburzenia afektywne*, [w:] *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu*, t. 2, red. M. H. Ebert, B. Nurcombe, P. T. Loosen, J. F. Leckman, Lublin 2011, s. 476.

[16] Por. Ł. Święcicki, *Depresje – definicja, klasyfikacja, przyczyny*, art. cyt., s. 154; por. Ł. Święcicki, *Depresja. Zwykła choroba?*, dz. cyt., s. 21–22.

[17] Por. D. Dudek, A. Zięba, *Człowiek pogrążony w depresji. Objawy choroby*, art. cyt., s. 38.

Oprócz utraty zainteresowań osoby będące w depresji mogą odczuwać zmniejszenie energii, które prowadzi do zwiększonego poczucia zmęczenia oraz zmniejszonej aktywności. Zdaniem lekarzy depresja przejawia się również poczuciem utraty energii oraz spowolnieniem. Brak energii może mieć różne natężenie, od stanu stałego zmęczenia i osłabienia, aż do niemożności zaspokojenia podstawowych potrzeb[18]. Święcicki uważa, że również osoby zdrowe skarżą się na utratę sił i poczucie braku energii, jednak u osób z depresją jest ono bardzo nasilone. Zwykle osoby te czują się tak wyczerpane, że nie mogą wykonywać podstawowych czynności albo wykonują je ze znacznym trudem[19]. Według Dudek i Zięby, osoby będące w depresji są zwykle spowolniałe. Poruszają się z dużym wysiłkiem, czemu towarzyszy ogólne poczucie znużenia i zmęczenia. Każda czynność wykonywana jest bardzo powoli i nawet proste czynności, takie jak wstawanie z łóżka czy umycie się, sprawiają im dużą trudność. Niekiedy u osób z ciężką depresją pojawia się tak zwany *stupor depresyjny*, czyli stan całkowitego bezruchu. Spowolnieniu ulegają również bardziej złożone procesy psychiczne, takie jak myślenie czy podejmowanie decyzji. Osoby z depresją czują się często bezradne wobec wielu zadań, trudno jest im również podejmować nawet najprostsze decyzje[20].

Innym, często spotykanym objawem występującym w depresji, jest osłabienie koncentracji i uwagi. Zdaniem Święcickiego, problemy z koncentracją występują wówczas, gdy osoby z depresją próbują zająć się czytaniem, oglądaniem telewizji czy innymi czynnościami wymagającymi wysiłku intelektualnego. Nawet w depresjach o nieznacznym nasileniu słabsze może być rozumienie czytanego tekstu. Bywa, że osoby będące w depresji czytają mały fragment książki i nie potrafią powiedzieć czego on dotyczy. Stąd też chętniej wybierają kolorowe magazyny z małą ilością tekstu albo takie programy telewizyjne,

---

[18] Por. B. Neumann, B. Dietrich, *Depresja nie jest przeznaczeniem*, Kraków 2007, s. 11; I. Koszewska, E. Habrat, *Depresja jest przemijająca. Poradnik dla chorych i ich rodzin*, Warszawa 2000, s. 35–36.

[19] Por. Ł. Święcicki, *Depresja. Zwykła choroba?*, dz. cyt., s. 23–24.

[20] Por. D. Dudek, A. Zięba, *Człowiek pogrążony w depresji. Objawy choroby*, art. cyt., s. 30–31.

w których nie trzeba zapamiętywać ciągłości akcji. Osoby, które mają większe potrzeby intelektualne i lubią czytać, czują się w tej sytuacji niesprawne i otępiałe, co jeszcze bardziej pogarsza ich nastrój. Zdarza się, że chorzy na depresję mogą mieć problemy ze zrozumieniem tego, co mówią inni oraz z wyrażaniem własnego zdania. Niekiedy nie potrafią zrozumieć postawionego pytania albo proszą kilka razy o powtórzenie prostej informacji. Natomiast w stanach głębokiej depresji zaburzenia koncentracji mogą być tak nasilone, że w znacznym stopniu utrudniają relacje z innymi. Osoby te mogą mieć trudności ze zrozumieniem pytań czy udzielaniem odpowiedzi[21].

Kolejnym objawem depresji jest niska samoocena i mała wiara w siebie. Według Święcickiego, zwykle osoby będące w depresji bezpośrednio nie skarżą się na niską samoocenę, ponieważ postrzegają ją jako swoją cechę, a nie jako objaw choroby. Dopiero w rozmowie z chorym można zauważyć jaki ma stosunek do siebie, gdy porównując się z innymi, czuje się od nich słabszy i gorszy. W przypadku osób będących w depresji niska samoocena nie ma potwierdzenia w rzeczywistości, ale jest przejawem ich stanu psychicznego[22]. Zdaniem T. Szafrańskiego negatywna ocena własnej osoby, która pojawia się w depresji, może wynikać również z braku energii i poczucia zmęczenia, poczucia braku kompetencji czy braku zaradności. Osoby będące w depresji zwykle nie potrafią sprostać codziennym obowiązkom, przez co uważają, że są gorsze od innych i do niczego się nie nadają. Ponadto tracą pewność siebie, czują się nieatrakcyjne czy też bezwartościowe[23].

Innym objawem występującym w depresji jest poczucie winy i małej wartości. Zdaniem lekarzy poczucie winy i małej wartości pojawia się dość często i występuje nawet w łagodnych depresjach. Natomiast u osób będących w ciężkiej depresji poczucie winy i małej wartości może przybrać postać urojeń depresyjnych, czyli fałszywych przekonań

---

[21] Por. Ł. Święcicki, *Depresje – definicja, klasyfikacja, przyczyny*, art. cyt., s. 154; por. Ł. Święcicki, *Depresja. Zwykła choroba?*, dz. cyt., s. 24.

[22] Por. Ł. Święcicki, *Depresje – definicja, klasyfikacja, przyczyny*, art. cyt., s. 154–155; por. Ł. Święcicki, *Depresja. Zwykła choroba?*, dz. cyt., s. 24–25.

[23] Por. T. Szafrański, *Obraz kliniczny depresji*, [w:] *Depresja w praktyce lekarza rodzinnego*, red. M. Jarema, Poznań 2007, s. 21.

dotyczących grzechu, winy i kary. W tej sytuacji chorzy mogą przypisywać sobie czyny, które są uznawane za niemoralne. Twierdzą również, że to, co ich spotyka, jest karą za grzechy, za które muszą odpokutować. Nawet chorzy z umiarkowaną depresją mają poczucie winy i wyrzuty sumienia, stale powracają do przeszłości i sytuacji, w których postąpili niewłaściwie. Niekiedy mogą mieć rację, lecz gdy uporczywie wracają do przykrych wspomnień, nie mówiąc jednocześnie o swoich sukcesach, wskazuje to na patologiczne poczucie winy, które jest objawem depresji[24]. Zdaniem Dudek i Zięby, u osób z depresją z poczuciem grzechu łączy się również poczucie małej wartości. Bywa, że chorzy uważają się za osoby pozbawione zdolności i wartości oraz twierdzą, że nic w życiu dobrego nie zrobiły. Często bagatelizują swoje osiągnięcia i sukcesy, uważając je za mało ważne albo nieistotne. Natomiast stale mówią o błędach i porażkach, które miały miejsce w przeszłości, a obiektywnie ich ocena jest przesadna i zbyt krytyczna[25].

Kolejnym objawem depresji jest pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości. Według Święcickiego również wśród osób zdrowych zdarzają się pesymiści, którzy do przyszłych wydarzeń odnoszą się z rezerwą, ale nie wykluczają istnienia możliwych pozytywnych rozwiązań. Natomiast osoby cierpiące na depresję do swojej przyszłości odnoszą się wyłącznie negatywnie. Postrzegają ją jako pasmo udręk i cierpień, spodziewają się tego co najgorsze albo niczego od niej nie oczekują. Niektórym wydaje się nawet, że przyszłości nie ma[26]. Zdaniem Szafrańskiego, zwykle osoby będące w depresji martwią się o przyszłość swoją i najbliższych, a ich pesymistyczna wizja może być wyrażona stwierdzeniami, że *wszystko pójdzie źle*, *niczego się nie spodziewam* czy *nie mam nadziei na przyszłość*[27]. Potwierdzają to Dudek i Zięba. W ich opinii ocena przyszłości u chorych na depresję przepełniona jest

---

[24] Por. Ł. Święcicki, *Depresje – definicja, klasyfikacja, przyczyny*, art. cyt., s. 155; por. M. Kotlicka-Antczak, *Psychopatologia*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, dz. cyt., s. 20. 22.

[25] Por. D. Dudek, A. Zięba, *Człowiek pogrążony w depresji. Objawy choroby*, art. cyt., s. 37.

[26] Por. Ł. Święcicki, *Depresja. Zwykła choroba?*, dz. cyt., s. 26–27.

[27] Por. T. Szafrański, *Obraz kliniczny depresji*, art. cyt., s. 21.

skrajnym pesymizmem oraz poczuciem beznadziejności. Przyszłość bywa przez nich postrzegana jako pasmo cierpień, których nic nie może zmienić. Niektórzy w związku z negatywnym postrzeganiem przyszłości nie snują planów na przyszłość, nie mają nadziei oraz nie widzą dla siebie innej niż obecna perspektywy[28].

Charakterystycznym objawem depresji są również myśli i czyny samobójcze. Zdaniem specjalistów prawie wszystkie osoby (bo aż 80%) będące w depresji są zniechęcone do życia i miewają myśli samobójcze. Wynikają one między innymi z negatywnego postrzegania przyszłości oraz rozważań na temat życia i śmierci. Myśli te mogą również pojawić się samoistnie bez jakiejkolwiek przyczyny i zdarza się, że pod ich wpływem dochodzi do gwałtownych prób samobójczych. Bywa, że są ujawniane lub skrywane. Na przykład mogą one wyrażać się poprzez przelotne rozważania dotyczące wartości życia i śmierci lub przez plany dotyczące podjęcia próby samobójczej. Niektórzy mówią wprost swoim bliskim bądź lekarzowi, że pragną popełnić samobójstwo[29].

Kolejnym objawem depresji są zaburzenia snu. Według lekarzy problemy ze snem mają prawie wszystkie osoby z depresją. Są one głównie związane z bezsennością, choć bywa, że niektórzy skarżą się na nadmierną senność. Osoby z depresją dość łatwo zasypiają, jednak budzą się wcześnie rano i nie mogą powtórnie zasnąć. Po przebudzeniu mogą czuć lęk i niepokój. Ponadto ich sen jest płytki i nie pozwala dobrze wypocząć. Niekiedy objawem depresji jest nadmierna senność. Wówczas osoba chora przez cały dzień czuje się senna i przesypia większość dnia[30].

Depresja może przejawiać się również zmniejszonym apetytem. Wiele osób z depresją narzeka na brak apetytu oraz brak ochoty na jedzenie. Zwykle nic im nie smakuje, a jedzenie nie jest dla nich przyjemne. Osoby będące w ciężkiej depresji zwykle jedzą mniej, albo

---

[28] Por. D. Dudek, A. Zięba, *Człowiek pogrążony w depresji*, art. cyt., s. 37–38.

[29] Por. Ł. Święcicki, *Depresje-defincja, klasyfikacja, przyczyny*, art. cyt., s. 155; por. I. Koszewska, E. Habrat, *Depresja jest przemijająca*, dz. cyt., s. 33. 44–45; por. Ł. Święcicki, *Depresja. Zwykła choroba?*, dz. cyt., s. 27.

[30] Por. D. Dudek, A. Zięba, *Człowiek pogrążony w depresji*, art. cyt., s. 33; por. Ł. Święcicki, *Depresje – definicja, klasyfikacja, przyczyny*, art. cyt., s. 155;

całkowicie odmawiają przyjmowania pokarmu[31]. Czasem jednak, w niektórych depresjach, może wystąpić wzmożony apetyt ze skłonnością do przejadania się, skutkujący przyrostem masy ciała[32].

Zdaniem lekarzy specjalistów, stwierdzenie niektórych z wyżej opisanych objawów wystarczy, aby zdiagnozować depresję[33], lecz wskazują oni również na inne objawy, które mogą towarzyszyć zaburzeniom depresyjnym. Do objawów tych należą między innymi: lęk, pobudzenie, problemy dotyczące sfery seksualnej oraz różne objawy somatyczne. Zdaniem Dudek i Zięby objawem towarzyszącym depresji bywa także lęk. Lęk w depresji[34] może mieć różne nasilenie – od niewielkiego lęku do bardzo nasilonych stanów paniki i pobudzenia. Najczęściej osoby będące w depresji skarżą się na tak zwany lęk wolnopłynący, czyli stan oczekiwania na nieokreślone, lecz straszne wydarzenie. Może pojawić się także lęk nawracający w postaci ataków paniki z charakterystycznymi objawami somatycznymi i z poczuciem utraty kontroli nad sobą[35].

Zdaniem lekarzy, u osób z depresją może również wystąpić niepokój ruchowy i pobudzenie. Osoby te mogą sprawiać wrażenie osób energicznych i aktywnych, jednak zwykle ta aktywność jest bezcelowa. Bywa, że depresja objawia się stanem nadmiernej aktywności ruchowej, występującym z poczuciem wewnętrznego napięcia. W tym stanie osoby z depresją nie potrafią usiedzieć na jednym miejscu, są w ciągłym ruchu, chodzą bezradnie po pokoju, zmieniają pozycje ciała czy pocierają dłonie. Stan ten wiąże się z dużym ryzykiem popełnienia samobójstwa[36]. Depresja może się także przejawiać problemami związanymi ze sferą seksualną. Według specjalistów osoby z depresją

---

[31] Por. Ł. Święcicki, *Depresje – definicja, klasyfikacja, przyczyny*, art. cyt., s. 156.

[32] Por. T. Szafrański, *Obraz kliniczny depresji*, art. cyt., s. 18.

[33] Por. Ł. Święcicki, *Depresja. Zwykła choroba?*, dz. cyt., s. 30.

[34] Objaw ten nie został umieszczony w klasyfikacji medycznej ICD 10, jednakże z praktyki lekarskiej wynika, że objawy lęku mogą towarzyszyć innym objawom depresji. Por. D. Dudek, A. Zięba, *Człowiek pogrążony w depresji*., art. cyt., s. 35.

[35] Por. D. Dudek, A. Zięba, *Człowiek pogrążony w depresji*, art. cyt., s. 35–36; por. R. Stach, A. Zięba, *Człowiek, depresja, terapia*, dz. cyt., s. 35–36.

[36] Por. D. Dudek, A. Zięba, *Człowiek pogrążony w depresji*, art. cyt., s. 32; Por. T. Szafrański, *Obraz kliniczny depresji*, art. cyt., s. 23; por. M. Kotlicka-Antczak, *Psychopatologia*, art. cyt., s. 34.

zwykle nie mówią lekarzowi o swoich intymnych problemach, mimo że miewają trudności w pożyciu czy odczuwają brak satysfakcji seksualnej[37].

Depresji mogą towarzyszyć także liczne objawy somatyczne. Często zdarza się, że osoby z depresją zgłaszają się do lekarza z powodu różnych dolegliwości. Zdaniem specjalistów chorzy mogą skarżyć się na bóle i zawroty głowy (w okolicy czołowej, potylicznej). Niekiedy mają one wrażenie tak zwanego zaciskającego *kasku.* W depresji mogą pojawić się również bóle pleców, bóle kręgosłupa oraz trudności z oddychaniem i bóle w klatce piersiowej. Ponadto zdarza się, że osoby w depresji skarżą się na problemy ze strony układu sercowo-naczyniowego czy na dolegliwości ze strony układu pokarmowego (na przykład, uporczywe zaparcia lub biegunki, niestrawności, wzdęcia, kolki czy bóle brzucha). U kobiet mogą wystąpić zmiany hormonalne i zaburzenia miesiączkowania. Ponadto osoby cierpiące na depresję mogą skarżyć się na inne problemy, takie jak: suchość w ustach, częste oddawanie moczu, bóle mięśni i zaburzenia widzenia. Objawy te mogą być również skutkiem odczuwanego lęku. Jak twierdzą lekarze, u niektórych osób objawy somatyczne mogą maskować czy dominować nad typowymi objawami depresji[38].

Ważną informacją w celu ustalenia diagnozy może być również sprawdzenie, czy osoba chora należy do osób z tak zwanej grupy ryzyka. Zdaniem Święcickiego, istnieją okoliczności, które mogą mieć wpływ na rozwój depresji. Należą do nich: występowanie depresji w przeszłości, występowanie depresji w rodzinie, próby samobójcze dokonane w przeszłości lub przypadki samobójstw w rodzinie, pojawienie się trudnej i stresującej sytuacji oraz brak wsparcia ze strony innych, nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych

---

[37] Por. S. H. Kennedy, S. Rizvi, *Zaburzenia funkcji seksualnych, depresja i leki przeciwdepresyjne*, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria" (2010) nr 4, s. 29–30; por. R. Stach, A. Zięba, *Człowiek, depresja, terapia*, dz. cyt., s. 33; por. I. Koszewska, E. Habrat, *Depresja jest przemijająca*, dz. cyt., s. 42; por. Ł. Święcicki, *Depresje – definicja, klasyfikacja, przyczyny*, art. cyt., s. 156.

[38] Por. T. Szafrański, *Obraz kliniczny depresji*, art. cyt., s. 19–20; por. D. Dudek, A. Zięba, *Człowiek pogrążony w depresji. Objawy choroby*, art. cyt.

czy też istnienie choroby somatycznej, zwłaszcza ciężkiej i przewlekłej[39]. Diagnozując depresję, lekarz może również skorzystać z dostępnych skal, na przykład skali depresji Becka, skali depresji Hamiltona i innych kwestionariuszy zaburzeń nastroju[40]. Zdaniem specjalistów, w niektórych sytuacjach wymagana może być konsultacja z innymi członkami rodziny, szczególnie wówczas, gdy depresja dotyczy osób nieletnich. Czasami rozmowa z rodziną może być ważnym źródłem informacji na temat chorego i jego problemów zdrowotnych[41].

2. Rodzaje depresji i ich charakterystyka

Z powyższego opisu wynika, że depresja jest zaburzeniem, które charakteryzuje się określonymi objawami. Jednak w rzeczywistości poszczególne depresje mogą różnić się między sobą, stąd też lekarze mówią o różnych typach depresji. Ich opis znajduje się w tak zwanych klasyfikacjach medycznych[42] oraz w literaturze medycznej. Specjaliści

---

[39] Por. Ł. Święcicki, *Depresje-defincja, klasyfikacja, przyczyny*, art. cyt., s. 156–157.

[40] Zdaniem E. Vieta, Inwentarz Depresji Becka (*Beck Depression Inventory,* BDI) jest jedną z najczęściej stosowanych skal oceny depresji, dzięki której można ocenić wiele jej objawów. Pozwala ona skutecznie odróżnić osoby z depresją od osób bez depresji, jak również stopień nasilenia objawów. Natomiast Skala Depresji Hamiltona (*Hamilton Depression Rating Scale*) jest powszechnie stosowana w badaniach klinicznych, jej wypełnienie zajmuje więcej czasu i powinna być przeprowadzana przez przeszkolone osoby. Może ona również być pomocna dla lekarza psychiatry w ocenie efektów terapii. Kwestionariusze te bywają przydatne również w sytuacji, gdy lekarz ma ograniczoną ilość czasu dla swojego pacjenta. Por. E. Vieta, *Choroba afektywna dwubiegunowa*, „Medycyna po Dyplomie. Zeszyt Edukacyjny" (2008) nr 3 (6), s. 25–26; por. M. Szrejner, *W szponach depresji [rozmowa z A. Florkowskim]*, „Medical Tribune" (2013) nr 7, s. 22.

[41] Por. Ł. Święcicki, *Depresja. Zwykła choroba?*, dz. cyt., s. 17; por. G. S. Mahli, P. K. Bridges, *Postępowanie w depresji*, Wrocław 2001, s. 25.

[42] W medycynie poszczególne choroby czy zaburzenia psychiczne są klasyfikowane. Również w odniesieniu do depresji istnieje wiele klasyfikacji i podziałów. Dawniej wyróżniano depresję psychogenną (wywołaną czynnikami psychologicznymi), depresję endogenną (wywołaną czynnikami biologicznymi) oraz depresję somatogenną (będącej skutkiem chorób somatycznych). Podział ten okazuje się jednak niewystarczający i obecnie depresje zostały podzielone według występujących objawów. Przykładem mogą być współczesne systemy klasyfikacyjne ICD (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Przyczyn Zgonów), który obowiązuje w Europie, oraz amerykański sys-

od zdrowia psychicznego wśród wielu depresji wyróżniają między innymi: typową depresję, depresję nawracającą, depresję w zaburzeniu afektywnym dwubiegunowym, dystymię, depresję sezonową czy reakcję depresyjną.

Typowa depresja, zwana też epizodem depresyjnym czy też dużą depresją, została już opisana. Zwykle trwa kilka lub kilkanaście miesięcy, a po jej ustąpieniu człowiek wraca do swoich spraw i obowiązków. Z chwilą wyzdrowienia jego życie toczy się dalej. Jednak istnieją przypadki, w których depresja powraca. Gdy pojawia się kilka nawrotów depresji, wówczas można mówić o tak zwanej *depresji nawracającej*, która w literaturze medycznej jest również nazywana *chorobą afektywną jednobiegunową*, *zaburzeniem depresyjnym nawracającym* czy *zaburzeniem afektywnym jednobiegunowym.* Zdaniem S. Pużyńskiego, o depresji nawracającej można mówić wtedy, gdy depresja pojawia się więcej niż jeden raz w ciągu całego życia. Pomiędzy okresami depresji zwykle występują okresy zdrowia lub stany, w których depresyjne objawy nie są nasilone[43]. Szacuje się, że depresja nawracająca występuje u około 10% populacji, częściej u kobiet niż u mężczyzn. Początek choroby zwykle występuje u osób 40–50 letnich, ale może też pojawić się w każdym wieku. Zazwyczaj nawrót depresji następuje, gdy w życiu pojawi się jakieś niekorzystne wydarzenie, na przykład choroba, utrata bliskiej osoby czy utrata pracy. Stan ten może trwać od 6 do 9 miesięcy. Po nim występuje kilkumiesięczny lub kilkuletni okres zdrowia. U osób cierpiących na depresję nawracającą, oprócz typowych objawów depresyjnych, zwykle występuje powolnienie, uczucie lęku, niepokoju czy też różnego rodzaju urojenia depresyjne w postaci niewłaściwych przekonań. Oprócz tego osoby cierpiące na

---

tem DSM. W klasyfikacji ICD wśród zaburzeń nastroju wyróżnia się epizod depresyjny, zaburzenia depresyjne nawracające, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, dystymię, cyklotymię oraz depresje występujące w przebiegu innych chorób i zaburzeń psychicznych. Natomiast klasyfikacja DSM dzieli zaburzenia depresyjne na dużą depresję, małą depresję, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, cyklotymię i inne zaburzenia afektywne. Por. D. Dudek, A. Zięba, *Klasyfikacja zaburzeń depresyjnych*, art. cyt., s. 21–23.

[43] S. Pużyński, *Choroby afektywne nawracające*, [w:] *Psychiatria. Psychiatria Kliniczna*, t. 2, A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, Wrocław 2002, s. 386.

ten typ depresji bywają zniechęcone do życia i miewają myśli samobójcze. Tego typu depresja może być dla osoby chorej źródłem wielu komplikacji życiowych czy zawodowych i może wiązać się z ryzykiem utraty pracy oraz niezdolności zawodowej[44].

Stany nawracającej depresji występują również w *zaburzeniu afektywnym dwubiegunowym*, które lekarze nazywają *chorobą afektywna dwubiegunową* (w skrócie *ChAD*) lub *cyklofrenią*. Według danych zaburzenia afektywne dwubiegunowe występują u 0,4–1,5% osób, a mogą sięgać nawet 5% populacji[45]. Zdaniem specjalistów, zaburzenie to charakteryzuje się naprzemiennym występowaniem stanów depresyjnych i maniakalnych[46], czyli przeciwstawnych sobie stanów depresji i stanów podwyższonego nastroju i aktywności, zwanych manią[47]. Pomiędzy tymi stanami bywają okresy zdrowia[48]. Początek choroby afektywnej dwubiegunowej może pojawić się w każdym wieku, ale najczęściej choroba ta dotyczy osób młodych i występuje między 20 a 30 rokiem życia[49]. Zwykle choroba ta trwa całe życie. U prawie wszystkich osób, u których objawy choroby pojawiają się po raz pierwszy, istnieje duże prawdopodobieństwo, że w przyszłości stany depresji i manii powrócą. Tylko u 7–10% nie występują nawroty choroby. U niespełna połowy chorych pomiędzy nawrotami choroby występują długie okresy zdrowia, inni nigdy w nie wracają w pełni do zdrowia, a niektórzy do zdrowia nie wracają wcale. Zwykle przyczyny tego zaburzenia mają

---

[44] Por. tamże, s. 387–388.

[45] Por. S. Pużyński, *Zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Pozycja nozologiczna, klasyfikacje, obraz kliniczny i przebieg. Terapia epizodów, profilaktyka nawrotów*, „Medycyna po Dyplomie" 16 (2007) nr 12, s. 44.

[46] E. Vieta, *Choroba afektywna dwubiegunowa*, „Medycyna po Dyplomie. Zeszyt Edukacyjny" (2008) nr 3, s. 4.

[47] W manii dominują stany niczym nieuzasadnionej euforii, bardzo dobrego samopoczucia i zadowolenia, często występujących nieadekwatnie do sytuacji, wzmożonej aktywności, przyspieszonego myślenia i mówienia, zmniejszonej potrzeby snu, wybuchów gniewu i furii, podejmowania wielu przypadkowych czynności, poczucia siły i potencji. Por. I. Koszewska, E. Habrat, *Żyć z zaburzeniami nastroju. Poradnik dla chorych i ich rodzin. O chorobie afektywnej dwubiegunowej*, Warszawa 2002, s. 20–21.

[48] Por. S. Pużyński, *Choroby afektywne nawracające*, art. cyt., s. 383.

[49] Por. I. Koszewska, E. Habrat-Pragłowska, *Żyć z zaburzeniami nastroju.*, dz. cyt., s. 25–26.

podłoże genetyczne, ale ważną rolę mogą pełnić inne czynniki, zwłaszcza trudne i stresujące sytuacje[50].

Niekiedy osoby będące w depresji cierpią z powodu przewlekle utrzymującego się obniżonego nastroju. Stan ten może trwać nawet kilka lat, a czasem całe życie. Zdaniem lekarzy, przyczyną tych dolegliwości może być *dystymia*, zwana też w języku medycznym *subdepresją*, *zaburzeniem dystymicznym*, *nerwicą depresyjną czy depresją lękową przewlekłą*. Jej początek może być trudny do ustalenia, niekiedy sięga okresu młodości, ale bywa też, że dystymia pojawia się w późniejszym wieku. Zwykle zaburzenie to występuje u 5% populacji ogólnej, częściej u kobiet niż u mężczyzn[51]. Specjaliści definiują ją jako „uporczywe, przewlekle utrzymujące się (co najmniej 2 lata) obniżenie nastroju z towarzyszącymi dodatkowymi objawami, których liczba oraz nasilenie są mniejsze niż w przypadku depresji"[52]. Dystymia jest więc niezbyt intensywną depresją, lecz trwającą długi okres. Zwykle osoby cierpiące na dystymię potrafią prowadzić normalne życie, jednak nie potrafią się nim cieszyć i nie czują satysfakcji. Skarżą się na brak energii, trudności z koncentracją, są mało towarzyskie i brakuje im motywacji do pracy. Mogą również przejawiać nastroje pesymistyczne, negatywnie oceniać swoje życie oraz mieć wrogi stosunek do siebie i innych. Bywa, że depresji towarzyszy lęk i niepokój. Osoby z dystymią miewają również poczucie winy i myśli o śmierci, jednak z reguły bywają nerwowe, rozdrażnione i skarżą się na utratę energii, apetytu, problemy ze snem czy dolegliwości bólowe. Zwykle czują się nieszczęśliwe i przygnębione[53].

Kolejną formą depresji nawracającej jest *depresja sezonowa*, którą specjaliści również nazywają *depresją zimową* lub *sezonowym zaburzeniem nastroju* (SAD – od *Seasonal Affective Disorder*)[54]. Według

---

[50] Por. S. Pużyński, *Choroby afektywne nawracające*, art. cyt., s. 384–385.

[51] Tamże, s. 389–390.

[52] M. Siwek, W. Datka, D, Dudek, *Różne oblicza depresji*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 51.

[53] Por. J. Aleksandrowicz, *Zaburzenia nerwicowe*, Warszawa 1998, s. 30–32; por. G. Jervis, *Depresja… w poszukiwaniu drogi wyjścia*, Poznań 2005, s. 49–50.

[54] Por. B. Neumann, D. Dietrich, *Depresja nie jest przeznaczeniem.*, dz. cyt., s. 36–38.

lekarzy, cechą charakterystyczną depresji sezonowej jest występowanie objawów typowych dla depresji w okresie jesienno-zimowym, czyli w miesiącach najmniejszej ekspozycji na światło słoneczne. Objawy te pojawiają się cyklicznie każdego roku, zawsze o tej samej porze[55]. Zdaniem Święcickiego, ten typ zaburzeń depresyjnych występuje rzadko. Osoby które na nią cierpią, stanowią 2–4% populacji ogólnej. Lekką postać tej depresji może mieć 10% populacji. Dotyczy ona głównie ludzi młodych. *Depresja sezonowa* jest najczęściej diagnozowana po 30 roku życia, ale zwykle początek choroby występuje dużo wcześniej[56]. U osób cierpiących na depresję sezonową dominują: uczucie smutku, brak energii, poczucie zmęczenia, rozdrażnienie, uczucie lęku, zwiększona senność, zła jakość snu i wzrost apetytu. Aktywność u osób z depresją sezonową w okresie jesienno-zimowym wyraźnie spada, a wykonywanie codziennych obowiązków staje się w tym czasie uciążliwe[57].

Wiele obecnie występujących depresji jest reakcją na jakieś niekorzystne wydarzenie, stratę czy długotrwałe trudne sytuacje. Ten typ depresji w języku medycznym określany jest jako *reakcja depresyjna* i *reakcja lękowo-depresyjna*. Tego typu depresja jest wynikiem stresu związanego z konkretnym wydarzeniem albo stresu przewlekłego związanego ze zmianą sytuacji życiowej. Sytuacje stresowe muszą być ekstremalne i zagrażające życiu, na przykład katastrofy żywiołowe, wypadki, napady, gwałty, zamachy terrorystyczne lub działania wojenne. Depresja może być także reakcją na długotrwały stres, który wynika na przykład z utraty pracy i stanu bezrobocia bądź pobytu w obcym kraju bez znajomości języka. Do depresji tej mogą przyczynić się także sytuacje uznawane za pozytywne, takie jak awans społeczny czy zawodowy. Mogą ją również wyzwolić różne trudne wydarzenia, z którymi człowiek nie jest w stanie sobie poradzić[58].

---

[55] Por. M. Siwek, W. Datka, D. Dudek, *Różne oblicza depresji*, art. cyt., s. 68.

[56] Ł. Święcicki, *Depresja zimowa*, [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza rodzinnego*, red. T. J. Parnowski, Ł. Święcicki, Warszawa 2007, s. 208–210.

[57] Ł. Święcicki, *Depresja zimowa. „Przyjemne jest światło i miło oczom widzieć słońce”*, „Medycyna po Dyplomie” 15 (2006) nr 1, s. 57–63.

[58] Por. J. Aleksandrowicz, *Zaburzenia nerwicowe*, dz. cyt., s. 61–62.

W literaturze medycznej opisane są również depresje, które występują w określonej grupie społecznej i zwykle są to osoby znajdujące się na określonym etapie rozwoju bądź przełomu życiowego. Wśród nich wyróżnia się: depresję dziecięcą, depresją młodzieńczą, depresję u kobiet (depresja poporodowa, depresja okresu menopauzy), depresję u mężczyzn, depresję u osób starszych oraz depresję u osób chorych. Warto również zwrócić uwagę na depresje występujące u osób wierzących, w tym u osób, które swoje życie poświęcają Bogu.

Pojedyncze przypadki depresji pojawiają się już u małych dzieci, stąd specjaliści mówią o tak zwanej *depresji dziecięcej*[59]. Do niedawna uważano, że ten etap życia jest wolny od zaburzeń psychicznych i dzieci, z powodu niedojrzałości psychicznej, nie chorują na depresję. Jednak w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych ubiegłego wieku stwierdzono, że objawy depresyjne mogą ujawnić się u dzieci i są podobne do tych, które występują u dorosłych[60]. Rozpowszechnienie *depresji dziecięcej* jest tematem spornym, a liczba chorych waha się od 1,9% do 38,1%, w zależności od typu depresji i badanej grupy (częstsza jest depresja u dzieci specjalnej troski). Faktem niezaprzeczalnym jest stały wzrost zachorowań w tej grupie wiekowej. Bywa, że chorujące na depresję dzieci mogą mieć problemy z depresją również w wieku dorosłym[61]. Zdaniem specjalistów, depresja dziecięca często jest nierozpoznawana, gdyż dzieci są zbyt małe, by mówić o emocjach. Szczególnie dotyczy to niemowląt i dzieci w wieku przedszkolnym. Wówczas stwierdza się

---

[59] Wiele opracowań omawia łącznie depresję dziecięcą i młodzieńczą. Także klasyfikacje medyczne uwzględniają ten rodzaj depresji, ale w zasadzie nie różnicują kryteriów diagnostycznych. Objawy mają spełniać kryteria odnoszące się do osób dorosłych, przy czym dopuszcza się jako kryterium *rozdrażnienie* zamiast obniżonego nastroju i brak przyrostu masy ciała zamiast ubytku wagi. Por. W. Radziwiłłowicz, B. Szadziewska, E. Sulska, *Depresja młodzieży w kontekście funkcjonowania rodziny*, [w:] *Psychopatolgia okresu dorastania. Wybrane zagadnienia*, red. W. Radziwiłłowicz, A. Sumiła, Kraków 2006, s. 125–126.

[60] Por. J. Collados Zorraquino, *Depresja u dzieci i młodzieży*, Kraków 2002, s. 36; J. Rabe-Jabłońska, *Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży*, [w:] *Psychiatria. Psychiatria kliniczna*, t. 2, red. A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, Wrocław 2002, s. 416; por. M. Kliś, *Świat jak wielka czarna dziura*, „Charaktery" (1999) nr 9, s. 18.

[61] Por. J. Rola, *Depresja u dzieci*, Kraków 2001, s. 39; por. P. C. Kendal, *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, Gdańsk 2004, s. 119–120.

ją na podstawie obserwacji zabawy i zachowań dziecka. Małe dzieci będące w depresji mogą być apatyczne, wycofane z kontaktu z innymi oraz może wystąpić u nich regresja czy opóźnienie rozwoju. Na depresję mogą także cierpieć dzieci w wieku szkolnym. Depresja u nich przejawia się między innymi drażliwością, wybuchami agresji, lękiem, ucieczką z domu, wagarowaniem, wycofaniem, izolacją, poczuciem znudzenia, pogorszeniem wyników w nauce, skargami na bóle głowy i brzucha. Dzieci będące w depresji mogą być smutne, płaczliwe, mieć problemy ze snem czy myśli samobójcze. Często depresji dziecięcej towarzyszą zaburzenia zachowania i inne zaburzenia psychiczne[62]. Zdaniem specjalistów przypuszcza się, że przyczyną wystąpienia depresji u dzieci mogą być: depresja w rodzinie, śmierć rodzica, rozwód rodziców, maltretowanie fizyczne i psychiczne czy zaniedbywanie dziecka oraz różnego rodzaju problemy szkolne czy poważne problemy zdrowotne[63].

Na depresję narażona jest także młodzież. Wiek młodzieńczy to etap intensywnego rozwoju człowieka, czas dojrzewania biologicznego, rozwoju społecznego, budowania własnej tożsamości, podejmowania decyzji i uczestniczenia w innych niż rodzina grupach. Przemiany biologiczne, a szczególne hormonalne, mogą powodować zmiany w zachowaniu nastolatka, być przyczyną huśtawki nastojów, uczucia smutku i przygnębienia. Emocje te są naturalną reakcją na zmiany. Zdaniem J. Collados'a Zoraquino o depresji młodzieńczej mówimy wówczas, gdy oprócz smutku nastolatek stale czuje się zmęczony, jest niezadowolony z życia, izoluje się i przestaje chodzić szkoły[64]. Według specjalistów, depresja jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń

---

[62] Por. R. M. Sheikh, E. B. Weller, R. A. Weller, *Depresja przed okresem pokwitania: problemy diagnostyczne i terapeutyczne*, „Medycyna po Dyplomie" 16 (2007) nr 16, s. 37–42; por. M. A. Shugart, E. M. Lopez, *Depresja u dzieci i młodzieży. Kiedy zmienność nastroju powinna budzić niepokój*, „Medycyna po Dyplomie" 12 (2003) nr 2, s. 69–70; por. H. Witkowska-Ulatowska, *Wielki smutek młodych ludzi*, „Charaktery" (2002) nr 11, s. 22,

[63] Por. M. A. Shugart, E. M. Lopez, *Depresja u dzieci i młodzieży. Kiedy zmienność nastroju powinna budzić niepokój*, art. cyt., s. 70; por. R. M. Sheikh, E. B. Weller, R. A. Weller, *Depresja przed okresem pokwitania: problemy diagnostyczne i terapeutyczne*, art. cyt., s. 40.

[64] Por. J. Collados Zorraquino, *Depresja u dzieci i młodzieży*, dz. cyt., s. 38–39, por. E. Nieckuła, *Depresja w kołysce*, „Wprost" (2010) nr 7 (1411), s. 58–59.

psychicznych u młodzieży i dotyczy ona od 0,4–8,3% osób z tej grupy wiekowej. Zwykle depresja u młodszych adolescentów przejawia się podobnie jak u dzieci, natomiast u starszej młodzieży przypomina ona depresję spotykaną u osób dorosłych. Również u dziewcząt i chłopców mogą występować różne przejawy depresji. Niemniej jednak depresja młodzieńcza może wyróżniać się charakterystycznymi objawami, do których między innymi należą: obniżony nastrój, poczucie winy i bezwartościowości, spowolnienie, zmęczenie, brak zainteresowania nauką, niepokój, problemy ze snem, problemy z koncentracją, izolowanie się, poczucie niezrozumienia i braku akceptacji czy zachowania agresywne i autodestrukcyjne. Zwykle do depresji młodzieńczej mogą przyczynić się różnego rodzaju problemy rodzinne, trudne dzieciństwo, urazy psychiczne (na przykład rozpad rodziny czy śmierć rodzica), zawody miłosne oraz brak miłości i oparcia w rodzicach[65]. Zdaniem C. Hallström i N. McClure, niekiedy przyczyną depresji u młodzieży mogą być również problemy związane z okresem dojrzewania, trudności i stres w szkole oraz tak zwana presja sukcesu czy presja ze strony rówieśników[66].

Według wielu specjalistów, kobiety dwukrotnie częściej cierpią na depresję niż mężczyźni[67]. Depresja u kobiet może pojawić się w okresach ważnych przełomów, które mają miejsce w życiu, takich jak: okres ciąży, poród, okres menopauzy. Stąd też mówi się o *depresji okresu ciąży*, *depresji poporodowej*, a także *depresji okresu menopauzy.* Depresje u kobiet mogą być także reakcją na zastosowaną antykoncepcję czy leczenie niepłodności[68]. Jednym z ważnych przełomów w życiu kobiet jest czas w jakim przygotowują się do pełnienia roli matki. Zdaniem M. Wasilewskiej-Pordes, w trakcie ciąży w organizmie kobiety zachodzi szereg zmian fizjologicznych i psychologicznych. Stan ten bywa

---

[65] W. Radziwiłłowicz, B. Szadziewska, E. Sulska, *Depresja młodzieży w kontekście funkcjonowania rodziny*, art. cyt., s. 123–136.

[66] Por. C. Hallström, N. McClure, *Depresja. Odpowiedzi na pytania*, Wrocław 2007, s. 51.

[67] Por. S. A. Young, N. Campbell, A. Harper, *Depresja u kobiet w wieku rozrodczym*, „Medycyna po Dyplomie" 12 (2003) nr 2, s. 61.

[68] Por. J. Samochowiec, A. Tymicz, B. Wojciechowski, *Problemy emocjonalne kobiet*, „Medycyna po Dyplomie" 11 (2002) nr 9, s. 76.

źródłem stresu, gdyż kobieta musi przystosować się do nowej sytuacji jaka ją czeka po urodzeniu dziecka[69]. Według specjalistów, choć na obniżenie nastroju skarży się większość przyszłych matek, to stany depresji ma 20% kobiet w okresie okołoporodowym. Ryzyko wystąpienia depresji w ciąży jest mniejsze niż po porodzie i zwykle dotyczy 25–35% kobiet[70]. Zdaniem M. Rzewuskiej, zwykle przyczyną omawianych zaburzeń mogą być: istnienie depresji przed okresem ciąży, młody wiek matki, samotność, brak wsparcia ze strony innych, wielodzietność, obojętny stosunek do nienarodzonego dziecka, zły status socjoekonomiczny, negatywne przeżycia, problemy w relacjach z ojcem dziecka czy problemy zdrowotne. Niekiedy rozpoznanie depresji u kobiet ciężarnych może być trudne, gdyż kobiety w tym stanie ona ogół miewają różne stany emocjonalne i dolegliwości, które ustępują po porodzie[71].

Z chwilą urodzenia dziecka zaczyna się nowy okres, w którym kobieta pełni rolę matki. Zwykle większość kobiet po porodzie dziecka przeżywa tak zwany *smutek poporodowy*[72], który jest naturalną reakcją organizmu na stres emocjonalny i stres fizyczny związany z porodem[73]. U niektórych kobiet smutek ten może przerodzić się w depresję

---

[69] Por. M. Wasilewska-Pordes, *Depresja porodowa u kobiet*, Kraków 2000, s. 21.

[70] Por. J. Samochowiec, A. Tymicz, B. Wojciechowski, *Problemy emocjonalne kobiet*, art. cyt., s. 81; por. M. Steiner, K. A. Yonkers, *Depresja u kobiet. Zaburzenia nastroju związane z cyklem rozrodczym*, Gdańsk 1999, s. 36–37.

[71] Por. M. Rzewuska, *Psychofarmakoterapia w okresie ciąży i karmienia*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 199–200.

[72] Smutek poporodowy, zwany również *baby blues* lub *postpartum blues*, to łagodne zaburzenie nastroju, które przeżywa od 50–80% kobiet w okresie od 1 do 14 dnia po porodzie. Przy czym największe nasilenie objawów występuje między 3 a 7 dniem połogu. Do objawów smutku poporodowego należą: bóle głowy, brak apetytu, skargi hipochondryczne, obniżony nastrój, lęk, płaczliwość, drażliwość, uczucie wrogości czy nadwrażliwość na bodźce zewnętrzne. Objawy *baby blues* powinny ustąpić do 3 miesiąca po porodzie. Nie wymaga on leczenia, jedynie wyrozumiałości i wsparcia ze strony najbliższych oraz pomocy w pełnieniu nowej roli, jaką jest macierzyństwo. Jeżeli jednak objawy nie ustępują, są bardzo nasilone i trwają dłużej niż dziesięć dni, to wówczas można mówić o wystąpieniu depresji poporodowej. Por. M. Wasilewska-Pordes, *Depresja porodowa u kobiet*, art. cyt., s. 68–70; por. M. Siwek, W. Datka, D. Dudek, *Różne oblicza depresji*, art. cyt., s. 57.

[73] Por. M. Siwek, W. Datka, D. Dudek, *Różne oblicza depresji*, art. cyt., s. 56.

poporodową. Według specjalistów depresja poporodowa, zwana też depresją połogową, dotyczy od 10–20% kobiet. Zwykle ma ona umiarkowany przebieg, ale może też mieć przebieg ciężki. Objawy depresji poporodowej narastają do 30 dnia od urodzenia dziecka i najczęściej ustępują samoistnie od 3 do 6 miesięcy po porodzie. Ten typ zaburzenia depresyjnego może przejawiać się obsesyjnymi myślami dotyczącymi przemocy wobec niemowlęcia, brakiem zainteresowania dzieckiem, drażliwością, płaczliwością, uczuciem zmęczenia i przygnębieniem. Mogą pojawić się także objawy lękowe z napadami paniki, nadmierną troską o zdrowie własne i dziecka. Matki będące w depresji mogą negatywnie oceniać swoją opiekę nad dzieckiem, twierdzić, że nie potrafią go kochać i właściwie się nim opiekować. Ponadto mogą czuć się nieatrakcyjne, opuszczone, osamotnione i niezrozumiane[74].

Kolejnym przełomowym momentem w życiu kobiety jest okres menopauzy. Według specjalistów, menopauza to „brak miesiączki trwający 12 miesięcy i następujący po ostatnim cyklu menstruacyjnym, który występuje średnio w wieku 51 lat"[75]. Jest ona częścią całego procesu wygasania czynności jajników zwanego klimakterium lub przekwitaniem[76]. Najnowsze dane potwierdzają, że kobiety, które przechodzą przez ten naturalny proces, są narażone na wystąpienie depresji, nawet jeśli wcześniej nie doświadczały tego typu zaburzeń. Depresja okresu menopauzy może być wywołana wieloma czynnikami. Należą do nich: zmiany fizyczne związane ze starzeniem się, zmiany hormonalne, objawy typowe dla menopauzy (uderzenia gorąca, bezsenność), wcześniejsze wystąpienie depresji, leczenie innych zaburzeń psychicznych lub chorób somatycznych, konieczność zmian ról społecznych, stres związany z przemianami w życiu rodzinnym i zawodowym, brak społecznego wsparcia, pesymistyczne nastawienie do życia lub utrata

---

[74] M. Steiner, K. A. Yonkers, *Depresja u kobiet*, dz. cyt., s. 37; por. M. Siwek, W. Datka, D. Dudek, *Różne oblicza depresji*, art. cyt., s. 59–59.

[75] Definicja ekspertów Word Health Organization i Stages of Reproductive Aging Workshop. Por. B. L. Parry, *Depresja okołomenopeuzalna*, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria" (2010) nr 2, s. 10.

[76] Por. B. Przybycień, *Zdrowie kobiety*, Kraków, s. 35.

kogoś bliskiego[77]. Ważne jest odróżnienie objawów typowych dla klimakterium od objawów depresji. Naturalne są takie dolegliwości, jak: zmienność nastroju, napięcie, drażliwość, bezsenność, utrata energii i popędu płciowego i bóle głowy. Natomiast jeśli te objawy znacznie nasilą się, a oprócz nich pojawią się płaczliwość, przygnębienie i lęk, to wówczas, zdaniem lekarzy, można mówić o wystąpieniu depresji[78].

Oprócz kobiet, również mężczyźni miewają problemy problemy psychiczne w postaci depresji. Szacuje się, że w Stanach Zjednoczonych rozpoznaje się depresję u 6 milionów Amerykanów, zaś w Polsce problem ten dotyczy 1,5 miliona mężczyzn, a 65% depresji pozostaje niewykrytych[79]. Według literatury mówi się o istnieniu tak zwanej *męskiej depresji*. Okazuje się bowiem, że sposób przeżywania depresji wśród mężczyzn może różnić się od tego, co przeżywają kobiety. Zdaniem A. Hart'a depresję u kobiet zwykle rozpoznaje się w oparciu o odczucia i emocje, których doświadczają, natomiast męska depresja najczęściej przejawia się określonymi zachowaniami, na przykład rozdrażnieniem, wybuchami wściekłości, wycofaniem, izolowaniem się od innych bądź też stosowaniem przemocy wobec członków rodziny. Mężczyzn w depresji cechuje również pesymistyczne i negatywne myślenie. Zwykle próbują oni uciec przed przykrym stanem przygnębienia w różne formy aktywności lub nałogi i nie chcą przyznać się do odczuwanych emocji. Uważa się również, że mężczyźni rzadziej niż kobiety szukają pomocy lekarskiej[80]. Specjaliści sądzą, że wpływ na specyficzny sposób przeżywania depresji u mężczyzn mają obecne wzorce kulturowe. We współczesnej kulturze istnieje model męskości, do którego mężczyźni próbują się dopasować, a w modelu tym brakuje miejsca na oznaki jakiejkolwiek słabości czy na depresję[81].

---

[77] Por. S. G. Kornstein, L. Culpepper, *Czynniki biopsychospołeczne przyczyniające się do rozwoju depresji w okresie menopauzy*, art. cyt., s. 30–34.

[78] Por. M. Siwek, W. Datka, D. Dudek, *Różne oblicza depresji*, art. cyt., s. 67–68.

[79] Por. J. Scelfo, *Męska choroba*, art. cyt.; por. S. Zagórski, *Depresja supermana [rozmowa z D. Galasińskim]*, „Charaktery" (2008) nr 9, s. 33.

[80] A. Hart, *Męska depresja*, Poznań 2004, s. 17–28. 44.

[81] Por. S. Zagórski, *Depresja supermana [rozmowa z D. Galasińskim]*, art. cyt., s. 33–34.

Również osoby podeszłym wieku mogą cierpieć z powodu depresji. Okres starzenia jest dla niektórych trudnym etapem, w którym człowiek zwykle dokonuje bilansu swojego życia. W tym czasie może ulec zmianie sytuacja osobista oraz mogą pojawić się nowe, nie zawsze sprzyjające okoliczności. Bywa, że osoby starsze muszą zmagać się z samotnością, żałobą, pogorszeniem sytuacji materialnej, problemami ze zdrowiem czy postępującą niesprawnością[82]. Zdaniem specjalistów, wiele osób starszych cierpi z powodu depresji. Według danych na depresję choruje około 15% wszystkich osób powyżej 65 roku życia. Często w tej grupie wiekowej występuje depresja o ciężkim nasileniu. Towarzyszą jej głęboki smutek, silny lęk i niepokój. W depresji u osób w podeszłym wieku mogą także wystąpić spowolnienie, uczucie znużenia i utrata energii. Częściej u osób starszych pojawiają się objawy psychotyczne. Charakterystyczne jest także występowanie typowych dla depresji objawów somatycznych[83]. Ważną oznaką depresji może być utrata zainteresowań zajęciami, które sprawiały przyjemność oraz rezygnacja z dotychczasowej aktywności, na przykład rezygnacja z hobby czy zaprzestanie uczęszczania do kościoła. Osoby w podeszłym wieku zwykle mają problemy ze zdrowiem, dlatego też zdarza się, że oprócz depresji cierpią oni z powodu choroby somatycznej. Niekiedy objawy zaburzeń nastroju są mylnie interpretowane jako naturalna oznaka starzenia się czy reakcja na liczne w tym okresie straty[84].

Zdaniem lekarzy, depresja może także towarzyszyć osobom cierpiącym z powodu innych chorób, zwłaszcza przewlekłych. Problem ten dotyczy 33% osób i przyczynia się do pogorszenia stanu zdrowia czy przyspieszonej śmierci[85]. Zwykle depresja w chorobach somatycznych jest skutkiem stresu związanego z chorobą i brakiem wsparcia,

---

[82] Por. M. Siwek, W. Datka, D. Dudek, *Różne oblicza depresji*, art. cyt., s. 52.

[83] Por. D. Dudek, A. Zięba, M. Siwek, A. Wróbel, *Depresja*, [w:] *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, red. T. Grodzidzki, J. Kocemba, A. Skalska, Gdańsk 2006, s. 108–109.

[84] Por. M. O'Neil, *Depression in the Elderly*, „The Journal of Continuing Education in Nursing" 38 (2007) no 1–2, s. 14–15.

[85] Por. M. Rao, *Depresja u osób cierpiących na choroby somatyczne*, „Psychiatria po Dyplomie", 6 (2009) nr 1, s. 37.

zmian biologicznych, które powoduje choroba somatyczna lub jest skutkiem działania leków[86]. Zaburzenia depresyjne mogą ujawnić się w przebiegu każdej choroby, jednak są schorzenia, w których ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych jest większe. Najczęściej są to choroby przewlekle i nieuleczalne[87]. Współwystępowanie depresji i choroby somatycznej znacznie komplikuje leczenie, utrudnia powrót do zdrowia czy rehabilitację. Z drugiej strony choroba somatyczna może utrudniać leczenie depresji[88]. Oprócz choroby somatycznej, depresja może towarzyszyć także innym zaburzeniom psychicznym, na przykład zaburzeniom lękowym, schizofrenii, zaburzeniom zachowania, zaburzeniom odżywiania czy zaburzeniom osobowości. Może również występować u osób uzależnionych od alkoholu czy narkotyków[89].

Na depresję mogą zachorować także osoby wierzące, zarówno świeckie, jak i duchowne. Należy zaznaczyć, że omawiana depresja nie

---

[86] Por. D. Dudek, M. Jabłoński, *Kiedy nieszczęścia chodzą parami. Depresja w chorobach somatycznych*, [w:] *Depresja. Wiedzieć aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 67. 76–77; por. S. Pużyński, *Depresje w chorobach somatycznych*, [w:] *Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego*, red. S. Pużyński, Warszawa 2000, s. 67–68; por. M. Rao, *Depresja u osób cierpiących na choroby somatyczne*, „Psychiatria po Dyplomie", 6 (2009) nr 1, s. 37.

[87] Należą do nich choroby układu krążenia (zawał serca, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, zaburzenia rytmu serca, niewydolność krążenia mózgowego, udar), choroby neurologiczne (padaczka, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, choroba Huntingtona, otępienie, stan po urazie mózgu), choroby nowotworowe (białaczka, nowotwory trzustki, piersi, szyjki macicy), choroby zakaźne (grypa, mononukleoza, wirusowe zapalenie płuc, kiła, gruźlica, tyfus, AIDS, wirusowe zapalenie wątroby), choroby narządów wewnętrznych (uszkodzenie i niewydolność wątroby, uszkodzenie i niewydolność nerek, choroby płuc), choroby narządów wydzielania wewnętrznego (cukrzyca, nadczynność i niedoczynność tarczycy, nadczynność i niedoczynność przytarczyc, zespół Cushinga, choroba Adisona, hiperprolaktynemia, niewydolność przedniego płata przysadki), choroby autoimmunologiczne (toczeń rumieniowaty układowy, reumatoidalne zapalenie stawów), a ponadto niedobory pokarmowe (witamin z grupy B: B12, B1, kwasu foliowego), zabiegi chirurgiczne i zatrucia (talem i ołowiem). Por. S. Pużyński, Depresje w chorobach somatycznych, art. cyt., s. 63–64; por. B. Neumann, D. Dietrich, Depresja nie jest przeznaczeniem, dz. cyt., s. 34; por. D. Dudek, M. Jabłoński, Kiedy nieszczęścia chodzą parami, art. cyt., s. 78.

[88] Por. S. Pużyński, *Depresje w chorobach somatycznych*, art. cyt., s. 69–71.

[89] Por. American Medical Associaton, *Depresja. Zwięzły poradnik*, Warszawa 2002, s. 101–105.

znajduje się w żadnej medycznej klasyfikacji, ale kwestia ta jest podejmowana przez lekarzy oraz psychologów. Zdaniem J. Janiaszewskiej, występowanie depresji u osób duchownych jest tak samo powszechne, jak w populacji ogólnej[90]. Depresja u osób duchownych bywa dla innych czymś niezrozumiałym, ponieważ obraz pogrążonego w depresji kapłana bywa sprzeczny z ludzkimi oczekiwaniami. Zwykle od osoby duchownej wymaga się mądrości, dyspozycyjności, siły i odporności psychicznej, a często zapomina się, że tak jak wszyscy może ona doświadczać smutku i słabości oraz różnych chorób[91].

Zdaniem autorki, główną przyczyną depresji u kapłanów jest stres oraz przemęczenie wynikające z całodobowej dyspozycyjności, nadmiernej odpowiedzialności, przeżywania problemów innych ludzi czy towarzyszenia im w trudnych sytuacjach. Bywa, że do depresji mogą przyczynić się również: poczucie osamotnienia, zbyt wysokie wymagania i krytycyzm ze strony wiernych, nadmierne oczekiwania wobec samego siebie[92]. Na problem ten zwraca także uwagę J. W. Ciarrocchi i R. J. Wicks. W ich opinii, depresja wśród duchowieństwa może wynikać z konfliktów ról jakie mogą zachodzić w przestrzeni poglądów w odniesieniu do zasad wiary i moralności, konfliktów interpersonalnych czy zmiany miejsca posługi, które zrywa z dotychczasowym środowiskiem będącym źródłem wsparcia i uznania. Depresja może wówczas ujawnić się jako reakcja na nową sytuację. Źródłem depresji może być także brak relacji z drugim człowiekiem opartej na przyjaźni[93].

Według Janiszewskiej, depresja u osób duchownych zwykle rozwija się powoli i może przejawiać się uczuciem przygnębienia, zmęczenia, rozdrażnienia, przytłoczenia czy beznadziejności oraz innymi objawami typowymi dla depresji. Zaś na poziomie duchowym mogą pojawić

---

[90] Natomiast Woydyłło podaje, opierając się na badaniach amerykańskich, że kapłani katoliccy, ze względu na swój styl życia, są bardziej narażeni na ryzyko depresji niż reszta populacji i częściej u nich występuje depresja niż przeciętnie; por. E. Woydyłło, *Bo jesteś człowiekiem. Żyć z depresją, ale nie w depresji*, Kraków 2012, s. 229–230.

[91] Por. J. Janiszewska, *Ksiądz z depresją*, http://www.kaplani.com.pl/mysli/ czytelnia/art_depresja_dr_janiszewska.php (9.02.2014).

[92] Tamże.

[93] Por. J. W. Ciarrocchi, R. J. Wicks, *Psychoterapia duchownych i osób zakonnych*, Gdańsk 2008, s. 109–121;

się problemy z modlitwą i osłabienie zaufania do Boga. Depresyjny stan u kapłana może przełożyć się na relacje z innymi ludźmi. Zwykle mogą to być problemy w posłudze duszpasterskiej, skrupuły czy lęk przed ludźmi. Często osoby duchowne bezskutecznie starają się poprawić swoje samopoczucie poprzez urlop czy wypoczynek. Zdarza się, że kapłani wstydzą się przyznać, że są w depresji. Boją się również reakcji innych oraz stygmatyzacji, więc często powstrzymują się przed poszukiwaniem pomocy[94]. Również Ciarrocchi i Wicks podkreślają, że depresja wśród duchowieństwa to często problem skrywany. Osoby duchowne robią wszystko, by nie zdradzić jak bardzo cierpią. Ponadto depresji towarzyszy poczucie wstydu, winy, słabości i duchowej klęski oraz przekonanie, że ci, którzy służą Bogu, nie mogą mieć depresji. Bywa, że przeżywana wśród duchowieństwa rozpacz jest postrzegana jako grzech, a brak nadziei jako brak realizacji cnoty nadziei[95].

Poza kapłanami, depresja dotyka również inne osoby wierzące. Według K. Grzywocza depresja u osób wierzących charakteryzuje się specyficznymi doświadczeniami przeżywanymi w przestrzeni duchowej i religijnej. Przede wszystkim mają oni ogromne poczucie winy i przeświadczenie, że wiara nie ma sensu. Modlitwa staje się dla nich udręką. Odchodzą oni często od wspólnoty, zaniedbują religijne obowiązki czy obowiązki wynikające z powołania[96]. Natomiast problematyczna jest kwestia depresji u osób przebywających w zgromadzeniach zakonnych. Zdaniem E. Woydyłło, niewiele na ten temat wiadomo[97].

Wszystkie przedstawione powyżej rodzaje depresji pozwalają uświadomić sobie, jak bardzo złożone jest to zjawisko oraz że problem ten może dotyczyć każdego – zarówno dzieci, młodzieży, osób dorosłych, jak i ludzi w podeszłym wieku. Na pewno podziały i klasyfikacje

---

[94] Por. J. Janiszewska, *Ksiądz z depresją*, http://www.kaplani.com.pl/mysli/ czytelnia/art_depresja_dr_janiszewska.php (9.02.2014).

[95] Por. J. W. Ciarrocchi, R. J. Wicks, *Psychoterapia duchownych i osób zakonnych*, dz. cyt., s. 109–121;

[96] Por. K. Grzywocz, *Przesłonięte światło. Duchowość a depresja*, Kraków 2006, s. 52–55.

[97] Por. E. Woydyłło, *Bo jesteś człowiekiem. Żyć z depresją, ale nie w depresji*, dz. cyt., s. 232–233.

są znaczące głównie z punktu widzenia praktyki lekarskiej, niemniej jednak ich opis pozwala lepiej zrozumieć złożony charakter omawianych stanów psychicznych.

3. Depresja a inne stany psychiczne i duchowe

Oprócz depresji istnieją stany, które w swoich przejawach mogą przypominać depresję, lecz w swojej istocie nie są zaburzeniem psychicznym, lecz doświadczeniem natury psychicznej czy duchowej. Zdarza się, że są one mylone z depresją lub z nią utożsamiane. Do stanów podobnych do depresji można zaliczyć między innymi: żałobę, rozpacz, melancholię, kryzys psychologiczny i kryzys religijny, doświadczenie ciemnej nocy ducha, acedię czy strapienie duchowe.

Okres żałoby jest dla każdego człowieka trudnym i nieuchronnym czasem, w którym doświadcza on smutku i żalu po śmierci najbliższej osoby. Zdaniem K. Kramlinger, stan żałoby może przypominać depresję, ponieważ u osób będących w żałobie oraz u osób z depresją występuje wszechogarniający smutek[98]. Zdaniem specjalistów, żałoba jest zwykle reakcją na stratę kogoś bliskiego i kochanego. Najczęściej jest reakcją na śmierć bliskiej osoby, jak również może być reakcją na rozstanie czy rozwód[99]. Okres żałoby może także pojawić wskutek utraty jakiejś rzeczy czy przedmiotu, z którymi człowiek jest związany[100].

---

[98] Por. K. Kramlinger, *Depresja*, Warszawa 2006, s. 20.

[99] Zdaniem Strojnowskiego, stan podobny do żałoby, a niekiedy nawet identyczny, może pojawić się również w wyniku rozpadu małżeństwa. Zwykle u osób będących po rozłące występują ambiwalentne przeżycia emocjonalne oraz zmiany nastroju. Mogą oni odczuwać zarówno uczucie złości, jak i miłości i nienawiści. Osoby te zwykle rozmyślają na temat byłego związku i związanych z nim relacji. Mogą oni również odczuwać lęk przed przyszłością. Zwykle ich uczucia są negatywne, ale pojawiają się również chwile uspokojenia. Niekiedy trzeba wielu miesięcy, aby dawny związek i osoba z nim związana, przestały być źródłem negatywnych emocji. Podobne reakcje mogą pojawić się na skutek trwałych okaleczeń, utraty stanowiska czy majątku. Por. J. Strojnowski, *Gdy odchodzą bliscy*, „Charaktery" (1998) nr 4, s. 17.

[100] Por. M. Siwek, W. Datka, D, Dudek, *Różne oblicza depresji*, art. cyt., s. 69–70.

Psycholodzy obserwujący osoby będące w żałobie stwierdzają, że ten szczególny okres, w którym człowiek doświadcza smutku i cierpienia, składa się z kilku etapów. Zdaniem psychologów, w okresie żałoby wyróżnia się pięć faz, przez które przechodzą osoby które straciły najbliższych. Pierwszy okres to faza wstrząsu, odrętwienia i niedowierzania. Następnie pojawia się faza samotności i bólu, a po niej faza rozpaczy. Proces żałoby zwykle kończy faza akceptacji oraz faza reorganizacji i nowych postanowień[101]. Według J. Strojnowskiego, takie osoby reagują zwykle protestem, szokiem, odrętwieniem, w których doświadczają psychicznego bólu, tęsknoty i niepokoju. Są zwykle płaczliwe, drażliwe, miewają problemy ze snem i apetytem oraz wycofują się z życia towarzyskiego. Następnie pogrążają się w rozpaczy, pustce, osamotnieniu, bezradności i bezsilności oraz stale żyją wspomnieniami dotyczącymi osoby zmarłej. Tracą nadzieję na powrót ukochanej osoby i odczuwają bezsens dotychczasowego życia. Z czasem stopniowo przystosowują się do nowej sytuacji. Smutek i żal ustępują miejsca serdecznym wspomnieniom. Życie nabiera sensu i pojawiają się nowe cele i nowe relacje[102]. U osób będących w żałobie może się również pojawić poczucie winy, zajmujące nieraz, zdaniem duszpasterzy, pierwsze miejsce w świadomości osób, które utraciły najbliższych. Niekiedy osoby te mogą mieć wyrzuty sumienia, że nie uczyniły dostatecznie wiele, mogą czuć złość wobec lekarzy czy pielęgniarek oraz osób które opiekowały się ich bliskimi[103]. Zdaniem specjalistów, nasilenie oraz czas trwania żałoby są zróżnicowane i mogą zależeć od wielu czynników – między innymi od osobowości, wieku, stanu zdrowia, duchowości, okoliczności, w jakich nastąpiła strata bliskiej osoby, a także od otrzymanego wsparcia czy pokrewieństwa ze zmarłym. Zwykle przyjmuje się, że okres żałoby trwa od kilku miesięcy do roku[104].

---

[101] Por. J. Makselon, *Typologia i dynamika żałoby*, [w:] *Człowiek nieuleczalnie chory*, red. B. Blocka, W. Otrębski, Lublin 1997, s. 113.

[102] Por. J. Strojnowski, *Gdy odchodzą bliscy*, art. cyt., s. 17,

[103] Por. H. Pera, *Sam nie podołam*, „Znak" 29 (1977) nr 2–3 (272–273), s. 193.

[104] Por. S. Zisook, K. Shear, *Żałoba i utrata bliskiej osoby: co powinni wiedzieć psychiatrzy*, „Medycyna Praktyczna-Psychiatria" (2010) nr 5, s. 66; por. J. Strojnowski, *Gdy odchodzą bliscy*, art. cyt., s. 17.

Choć w procesie żałoby występują pojedyncze objawy właściwe depresji, takie jak: smutek, rozpacz, poczucie winy, problemy ze snem, apetytem bądź izolowanie się od innych, to między opisami tych stanów istnieją wyraźne różnice[105]. Według psychologów i lekarzy, okres żałoby jest naturalną reakcją na sytuację utraty bliskiej osoby, zaś depresja jest zaburzeniem psychicznym. Żałoba nie jest chorobą, ale jest związana z kondycją ludzkiego losu. Jest psychiczną raną, której nie należy negować ani likwidować, lecz trzeba ją przeżyć, by odzyskać utraconą równowagę psychiczną[106]. Niektóre objawy występujące w depresji mogą również pojawić się w trakcie trwania żałoby, ale ich liczba oraz nasilenie nie są tak intensywne, jak w przypadku depresji. Ponadto osoby będące w żałobie nie miewają zwykle myśli samobójczych oraz głębokiego poczucia bezwartościowości i beznadziejności[107]. S. Zisook i K. Shear dodają, że żałoba jest stanem psychicznym, w którym mogą pojawiać zarówno emocje negatywne, jak i pozytywne. Bolesne przeżycia mogą mieszać się z ulgą, radością, spokojem i szczęściem. Stan żałoby nie wymaga pomocy lekarza specjalisty, wystarczy empatyczne wsparcie osób najbliższych i pomoc duszpasterza[108]. Bywają również przypadki, w których żałoba trwa zbyt długo i nie traci na swojej intensywności, a z czasem pojawiają się inne objawy, takie jak: myśli samobójcze, negatywna samoocena, pesymistyczne czarne widzenie przyszłości oraz inne dolegliwości. Istnieje wówczas podejrzenie, że stan żałoby przerodził się w depresję. Dotyczy to 7% osób przeżywających żałobę po śmierci bliskiej osoby. Wówczas osobom tym potrzebna jest pomoc lekarska[109].

---

[105] Jako pierwszy na podobieństwa i różnice między depresją a żałobą zwrócił uwagę Zygmunt Freud w *Trauer und Melancholie* (1917 r.). Por. *Depresja a żałoba*, [w:] *Leksykon manii i depresji*, J. Rybakowski, J. Jaracz, Poznań 2010, s. 26.

[106] Por. K. Kramlinger, *Depresja*, dz. cyt., s. 20–21; por. J. Strojnowski, *Gdy odchodzą bliscy*, art. cyt., s. 19.

[107] Por. M. Siwek, W. Datka, D, Dudek, *Różne oblicza depresji*, art. cyt., s. 70.

[108] Por. K. Kramlinger, *Depresja*, dz. cyt., s. 20; por. S. Zisook, K. Shear, *Żałoba i utrata bliskiej osoby: co powinni wiedzieć psychiatrzy*, art. cyt., s. 65–68.

[109] Por. K. Kramlinger, *Depresja*, dz. cyt., s. 21; por. E. Habrat-Pragłowska, *Jeśli żałoba trwa zbyt długo*, „Charaktery" (2002) nr 11, s. 18–19; por. M. Siwek, W. Datka, D. Dudek, *Różne oblicza depresji*, art. cyt., s. 70–71.

Stanem podobnym do depresji jest również stan rozpaczy. Rozpacz, zdaniem M. Dziewieckiego, to „stan dramatycznego przerażenia, desperacji i poczucia zupełnej bezradności w obliczu własnej sytuacji życiowej”[110]. Człowiek, będąc w rozpaczy, przeżywa swoje życie jako ciężar. Ma poczucie braku nadziei i nie wierzy w zmianę swojej sytuacji. Stan ten może uwidaczniać się nie tylko poprzez bolesne stany emocjonalne, ale również niepokojące myśli, przekonania, oczekiwania, lęk przed ludźmi czy dolegliwości fizyczne. Rozpacz może sparaliżować ludzką wolę, zdolność podejmowania decyzji oraz sprawia, że człowiek ma problemy z wykonywaniem swoich codziennych obowiązków. Osoba pogrążona w rozpaczy widzi tylko to, co ją niepokoi i co jej zagraża, szuka również sposobu, by zapomnieć o swoim cierpieniu. Bywa, że pragnie śmierci. Ponadto rozpacz sprawia, że człowiek nadmiernie koncentruje się na swojej przeszłości, która jest źródłem cierpienia i zagrożenia, albo przyszłości, od której niczego się nie oczekuje. Będąc w tym stanie, zwykle traci on kontakt z teraźniejszością[111].

Stan rozpaczy może pojawić się wskutek problemów ze zdrowiem, na przykład w wyniku uszkodzeń mózgu czy zaburzeń hormonalnych. Może również wynikać z istnienia choroby psychicznej i wówczas być jednym z jej objawów. Bywają też przypadki, w których człowiek, nie mając problemów ze zdrowiem, popada w rozpacz. Wówczas doświadczenie to jest skutkiem grzechu i wynika z ludzkiej słabości lub jest konsekwencją krzywdy doświadczanej ze strony innych osób. Rozpacz może być także skutkiem wymagań, które człowiek sobie stawia, a których nie potrafi spełnić, gdyż są ponad jego siły; może być także ceną za miłość i poświęcenie dla innych[112].

Można mówić o rozpaczy egzystencjalnej oraz o rozpaczy emocjonalnej. Rozpacz egzystencjalna zwykle wynika z grzechu i poczucia krzywdy. Stan ten może sparaliżować wszystkie władze człowieka – zarówno świadomość, jak i wolność. Człowiek jest zdesperowany i czuje lęk, który go przytłacza. Natomiast rozpacz emocjonalna nie wpływa na

---

[110] M. Dziewiecki, *Między rozpaczą a zawierzeniem*, „Katecheta” 45 (2001) nr 9 (268), s. 54.

[111] Por. tamże, s. 54.

[112] Por. tamże, s. 54–55.

władze człowieka, racjonalną i wolitywną, w takim stopniu, jak w przypadku rozpaczy egzystencjalnej, niekiedy jednak trudno jest mu w sposób dojrzały z tych władz korzystać. Ponadto, będąc w stanie rozpaczy emocjonalnej, potrafi uporać się z przykrymi i bolesnymi doświadczeniami. Bywa, że rozpacz (zwłaszcza egzystencjalna) może prowadzić o kryzysu psychicznego lub do głębokiego kryzysu religijnego[113].

Zdaniem P. Góralczyka, niektóre osoby pogrążone w rozpaczy w obliczu swojej sytuacji i tego, co ma nastąpić, reagują obojętnością. Zdarzają się również sytuacje, w których rozpacz doprowadza człowieka do czynów negatywnych, na przykład prób samobójczych, albo też przeżyte doświadczenie może być źródłem przemiany. Owa metamorfoza jest jednak możliwa wówczas, gdy człowiek odkrywa nową perspektywę w swoim życiu oraz zrozumie, że żyje się nie tylko dla siebie, ale również dla innych. To jednak wymaga otwarcia się na drugiego człowieka i nawiązania z nim głębszych relacji[114].

Stan rozpaczy może również odnosić się do sfery religijnej i być związany z brakiem obecności Boga w życiu człowieka. Pustka duchowa, w której żyje człowiek, oraz ignorowanie istnienia Boga uniemożliwiają nawiązanie z Nim relacji i wydostanie się z rozpaczy. Zatem uświadomienie sobie istnienia osobowego Boga i zwrócenie się do Niego pozwala wyzwolić się z samotności i odzyskać sens życia[115]. Ponadto rozpacz jest traktowana jako grzech przeciwko pierwszemu przykazaniu, a zwłaszcza przeciwko cnocie nadziei[116]. Jest więc ona postawą, w której człowiek nie oczekuje od Boga zbawienia, pomocy i odpuszczenia grzechów. Na skutek tego przestaje dążyć do celu ostatecznego, jakim jest zjednoczenie z Bogiem. Według H. Ćmiela, przyczyną rozpaczy u osób wierzących może być poważne nieszczęście

---

[113] Por. tamże, s. 55.

[114] Por. P. Góralczyk, *Rozpacz, obawa, depresja… choroba czy grzechy?*, „Communio" 17 (1997) nr 4 (100), s. 106–109.

[115] Por. tamże.

[116] Według Katechizmu Kościoła katolickiego, „wskutek rozpaczy człowiek przestaje oczekiwać od Boga osobistego zbawienia, pomocy do jego osiągnięcia lub przebaczenia grzechów. Sprzeciwia się dobroci Boga i Jego sprawiedliwości (…) oraz Jego miłosierdziu" (nr 2091).

lub rozczarowanie, albo chwilowe zmniejszenie fizycznej i duchowej energii. Zwykle jej pojawienie poprzedzone jest duchową oziębłością, zaniedbaniem modlitwy, oddalaniem się od Boga bądź utratą wiary. Po uświadomieniu sobie duchowej pustki człowiek powraca do Boga albo popada w rozpacz. Konsekwencją rozpaczy jest unicestwienie życia duchowego i osłabianie zaangażowania do czynienia dobra[117]. Na podstawie powyższego opisu można stwierdzić, że depresja zasadniczo różni się od rozpaczy. Depresja jest stanem patologicznym, zaburzeniem nastroju, w którym człowiek może doświadczać smutku oraz innych właściwych jej objawów. Rozpacz może być przejawem depresji, ale może również pojawić się niezależnie od niej. Zwykle wynika z krzywdy, grzechu czy trudnych doświadczeń. Przezwyciężenie zaś tego stanu może nastąpić wówczas, gdy człowiek przyjmie postawę pełną otwartości i miłości wobec innych oraz wobec Boga.

Kolejnym stanem, który bywa utożsamiany z depresją jest, stan *melancholii*. Pojawia się on w literaturze medycznej, zwłaszcza dotyczącej historii medycyny, oraz w innych dziełach, między innymi filozoficznych, literackich czy teologicznych, na przykład u S. Kirkegaarda czy R. Guardiniego. W znaczeniu pozamedycznym melancholia, jak podaje J. van Der Vloet, może być rozumiana jako stan głębokiego przeżywania własnego istnienia, przejawiający się bolesnym uczuciem smutku i przygnębienia. Zwykle pojawia się bez wyraźnej przyczyny. Człowiek przygnębiony pozostaje w głębokim związku z życiem. W porównaniu z innymi osobami, cechuje go duża wrażliwość na głębię rzeczywistości, głębokie przeżywanie emocji i uczuć, intensywne odczuwanie świata oraz tęsknota za rzeczywistością nadprzyrodzoną. Ta wrażliwość może być przyczyną wielkiego cierpienia, w obliczu którego człowiek stawia sobie podstawowe pytania dotyczące własnego istnienia oraz jego sensu[118].

Jak twierdzi A. Grün, stan melancholii opisywany przez Guardiniego ma charakter duchowy i jest związany z tęsknotą za miłością

---

[117] Por. H. Ćmiel, *Teologia moralna szczegółowa*, Częstochowa 2005, s. 178–180.

[118] Por. J. van der Vloet, *Chrześcijański sens melancholii*, „Communio" 11 (1991) nr 1 (61), s. 81–83.

i pożądaniem tego, co absolutne, wieczne i nieskończone oraz przypomina człowiekowi o jego ograniczoności i skończoności. Przygnębienie może być dobre albo złe. O złym przygnębieniu można mówić wówczas, gdy człowiek ma świadomość porażki, rezygnuje z siebie i pogrąża się w smutku i rozpaczy, natomiast dobre przygnębienie może doprowadzić go do przemiany poprzez skruchę i oddanie się Bożemu miłosierdziu. Stan ten ma człowiekowi uświadomić tajemnicę człowieka oraz jego stosunek do Boga i świata[119]. Zdaniem Van Der Vloet'a, nie powinno się tego stanu utożsamiać z depresją[120]. Odróżnienie depresji od melancholii bywa trudne, zwłaszcza gdy mamy do czynienia z literackimi opisami przeżyć. Zwykle w melancholii przyczyną smutku jest poszukiwanie sensu życia oraz wartości, dzięki którym człowiek czuje się spełniony i szczęśliwy.

Oprócz stanów psychicznych, jakimi są żałoba, rozpacz i melancholia, człowiek może doświadczyć także różnego rodzaju kryzysów. Kryzysy psychiczne, według psychologów, są naturalną częścią ludzkiego losu i czasem bywają nieuchronne, ponieważ w życiu każdego człowieka występują zmiany, okresy przełomu, związane ze zmianą dotychczasowego życia i wyboru dalszej drogi życiowej[121]. Zdaniem Z. Płużek, stan ten jest różnie określany i zwykle obejmuje wszelkie sytuacje, wymagające jakiegoś ważnego rozstrzygnięcia oraz powodują przejściowy stan zachwiania równowagi psychicznej. Natomiast z klinicznego punktu widzenia jest rozumiany również jako reakcja człowieka zdrowego na sytuację trudną, w której nie potrafi on rozwiązać swoich problemów, więc szuka nowych sposobów, aby się z nimi uporać. Przyczyną kryzysu, podobnie jak w przypadku depresji, jest sytuacja trudna, ale także może nią być radosne przeżycie, związane ze zmianami w dotychczasowym życiu i z podjęciem nowych, odpowiedzialnych zadań (na przykład urodzenie dziecka i wejście w rolę matki lub ojca, awans w pracy lub zmiana miejsca zamieszkania)[122].

---

[119] Por. A. Grün, *Jak przezwyciężyć smutek życia*, Kielce 2009, s. 168–170.

[120] Por. J. van der Vloet, *Chrześcijański sens melancholii*, art. cyt., s. 81.

[121] Por. J. Stochmiałek, *Przezwyciężanie kryzysów życiowych przez osoby dorosłe*, Warszawa 2009, s. 17. 38.

[122] Por. Z. Płużek, *Psychologia pastoralna*, Kraków 2002, s. 124–126.

Kryzys psychologiczny ma swoją strukturę i przebiega fazami. Według psychologów, istnieją cztery fazy kryzysu. W pierwszej fazie człowiek czuje się zdezorientowany, powstaje u niego duże napięcie oraz zaniepokojenie brakiem umiejętności rozwiązania problemu i nieskutecznością podejmowanych wysiłków, czemu towarzyszy ogólne poczucie zagubienia. W drugiej fazie napięcie wzrasta i człowiek próbuje rozwiązać swój problem, przy czym ma poczucie bezradności, beznadziejności i daremności wysiłków. Fazę trzecią stanowi punkt kulminacyjny kryzysu, w którym człowiek maksymalnie mobilizuje swoją energię i wszystkie swoje siły w celu znalezienia nowych sposobów, które pozwolą mu uporać się z trudną sytuacją. Na tym etapie albo znajduje rozwiązanie problemu, albo rezygnuje z podejmowanych prób. Pozytywne rozwiązanie kryzysu sprzyja wzrostowi samoakceptacji i poczucia własnej wartości, zdobyciu samodzielności i nowych umiejętności czy zmianie stylu życia i nadaniu mu nowego sensu. Jeżeli kryzys nie zostanie pozytywnie rozwiązany lub zostanie rozwiązany częściowo, to wówczas człowiek może zareagować wycofaniem i rezygnacją z podejmowania prób, co może skutkować przejściem w stan chronicznego kryzysu. Wówczas dochodzi do czwartej fazy, którą charakteryzuje duże wyczerpanie – zarówno psychiczne, jak i fizyczne. U osób, które nie potrafią poradzić sobie z trudną sytuacją, może pojawić się apatia, utrata wiary, poczucie krzywdy i klęski. Ten psychiczny stan może również przybrać postać klinicznej depresji[123].

Oprócz tego, że kryzysy mają swoją określoną strukturę, to również różne może być ich nasilenie, czas trwania i skutki. Zdaniem psychologów, istnieją kryzysy chroniczne, krótkotrwałe i powtarzające się. U wielu osób stan ten może się objawiać poczuciem zmęczenia i wyczerpania, skargami na różnorodne dolegliwości (na przykład brak apetytu bądź bezsenność), niepokojem, lękiem, skłonnościami samobójczymi. Ponadto kryzys może wpłynąć na dezorganizację życia rodzinnego, zawodowego czy społecznego. Ten psychiczny stan może być zarówno szansą rozwoju, okazją do przemiany i wzrostu, jak

[123] Por. tamże, s. 138–139; por. J. Sochmiałek, *Przezwyciężanie kryzysów życiowych przez osoby dorosłe*, dz. cyt., s. 37–38.

i może skutkować trwaniem w zastoju, brakiem nadziei, ryzykiem utraty zdrowia i wystąpienia zaburzeń, uzależnieniami lub zachowaniami autodestrukcyjnymi. Zwykle osoby będące w kryzysie nie potrafią same uporać się ze swoimi trudnościami, dlatego też potrzebują pomocy ze strony psychologa, lekarza psychiatry bądź duszpasterza. To, w jaki sposób rozwiążą swoje problemy, zależy nie tylko od problemu, ale również od ich własnych możliwości oraz otrzymanego wsparcia[124].

Wśród wielu kryzysów autorzy wymieniają między innymi kryzysy rozwojowe, sytuacyjne, egzystencjalne i środowiskowe[125]. Kryzysy mogą dotyczyć także życia religijnego. Mamy wówczas do czynienia z tak zwanym *kryzysem religijnym.* Według F. Głódy, jest to „przykry emocjonalny stan wewnętrznego napięcia, który ściśle wiąże się z mniejszą lub większą dezintegracją życia religijnego"[126]. Zdaniem Płużek, kryzysy religijne to zwykle kryzysy wiary, charakteryzujące się różnymi wątpliwościami dotyczącymi wiary. Oprócz nich pojawiają się również kryzysy na drodze rozwoju religijnego i duchowego[127].

Według J. Makselona, kryzysowi religijnemu mogą towarzyszyć objawy lęku i depresji. Człowiek czuje się nerwowy i przestraszony, co zwykle wywołuje objawy fizjologiczne, takie jak kołatanie serca, bóle w klatce piersiowej, osłabienie koncentracji i niezdolność do podejmowania decyzji. Niekiedy może pojawić się bezsenność, rozdrażnienie czy depresja, przejawiająca się smutkiem, rozczarowaniem, rozpaczą, poczuciem małej wartości, pesymizmem, bezradnością czy koncentrowaniem się na swoich problemach. Czasem u tych osób pojawiają się gniew i poczucie winy[128]. Zdaniem Głódy, człowiek znajdujący się

---

[124] Por. Z. Kroplewski, *Kryzysy kapłańskie. Analizy psychologiczno-formacyjne*, Kraków 2010, s. 13–14; por. Z. Płużek, *Psychologia pastoralna,* dz. cyt. s. 125. 138; por. D. Kubacka-Jasiecka, *Autodestruktywna tożsamość a kryzys emocjonalny*, [w:] *W kręgu psychologicznej problematyki tożsamości*, red. D. Kubacka-Jasiecka, M. Kuleta, Kraków 2008, s. 265. 267.

[125] Por. J. Stochmiałek, *Przezwyciężanie kryzysów życiowych przez osoby dorosłe*, dz. cyt., s. 9–10.

[126] F. Głód, *Kryzys religijny*, [w:] *Podstawowe zagadnienia psychologii religii*, red. S. Głaz, Kraków 2006, s. 182–183.

[127] Por. Z. Płużek, *Psychologia pastoralna*, dz. cyt., s. 157.

[128] Por. J. Makselon, *Dynamika religijności*, art. cyt., s. 297–298.

w kryzysie ma poczucie niepokoju, grzechu i winy oraz oddalenia od Boga. Może mieć wątpliwości dotyczące wiary i moralności oraz czuć bezradność i niepewność. Rozwiązanie kryzysu doprowadza albo do nawrócenia i pogłębienia religijności, albo do odwrócenia się od Boga, zaś przeżycie kryzysu religijnego i pozytywne jego rozwiązanie, pomimo bolesnych przeżyć, ubogaca życie religijne człowieka i umacnia wiarę[129]. Zatem kryzys psychologiczny bądź religijny może przejawiać się depresją, jednak różni się od zaburzeń depresyjnych. Zwykle źródłem kryzysu jest nowa i trudna sytuacja i to na niej człowiek koncentruje swoje siły i dąży do rozwiązania związanych z nią problemów.

Psychiczny stan depresji bywa także porównywany do stanów duchowych. Jednym z nich jest tak zwana *ciemna noc ducha*. Pojęcie to pochodzi od XVI-wiecznego mistyka, św. Jana od Krzyża, który opisał i usystematyzował to duchowe doświadczenie. S. Tyszko uważa, że *noc ciemna* to symboliczne określenie etapu życia duchowego, na którym człowiek oczyszcza swoją duszę, pozbywa się upodobań i tego, co go zniewala oraz przeszkadza na drodze do zjednoczenia z Bogiem. Ten przejściowy stan ma dwie formy: aktywną (*noc zmysłów*) i bierną (*noc ducha*). W przypadku pierwszej – nocy zmysłów, człowiek przy współpracy z łaską Boga sam podejmuje się trudu oczyszczenia, które dotyczy głównie jego sfery zmysłowo-emocjonalnej. Jednak działanie to zwykle bywa niedoskonałe, dlatego też potrzebna jest noc ducha. *Noc ducha* to stan, w którym człowiek na mocy własnego przyzwolenia doświadcza oczyszczającego i przeobrażającego działania Boga[130].

Zdaniem A. Kheriaty i J. Cihack'a, *ciemną noc zmysłów* charakteryzują trudności w modlitwie, w kontemplacji oraz brak satysfakcji z życia duchowego. Jednak, pomimo doświadczanych oschłości, człowiek nadal próbuje podtrzymywać relację z Bogiem i nie rezygnuje z wysiłków na swojej duchowej drodze. Ten etap w rozwoju duchowym jest jednym z ważnych oraz pozytywnych elementów wzrostu

---

[129] F. Głód, *Kryzys religijny*, art., cyt., s. 181–200.

[130] Por. S. Tyszko, *Geniusz św. Jana od Krzyża*, Poznań 2009, s. 90–91.

duchowego, przez który człowiek swoją własną pracą i dzięki łasce Bożej oczyszcza się z wszelkich emocjonalnych przywiązań, po to, by wzrastać w wierze, nadziei i miłości. Po nim dusza wstępuje na drogę oświecenia, które jest okresem duchowego ukojenia i entuzjazmu na modlitwie. Po tych przeżyciach człowiek doświadcza *ciemnej nocy ducha*, charakteryzującej się głębokim wewnętrznym bólem i uczuciem pustki. Na tym etapie rozwoju duchowego Bóg przejmuje inicjatywę, aby ukazać człowiekowi jego niedoskonałości i słabości. Ponadto daje mu poznać siebie i prowadzi go, by uwolnił się od wszystkich duchowych przywiązań i ostatecznie z Nim się zjednoczył[131].

Jak twierdzi Tyszko, oczyszczenie w trakcie *nocy ducha* może dokonywać się przez różnego rodzaju zewnętrzne okoliczności (traktowane jako dopust Boży), którym jednak towarzyszy Bóg poprzez swoją łaskę. Te okoliczności mogą być trudne, dramatyczne i bolesne. Oczyszczenie to może się także dokonać przez bezpośrednią ingerencję Boga w duszę człowieka. Bóg dosięga duszy ludzkiej i dogłębnie ją przemienia, aby była gotowa do zjednoczenia mistycznego. Działa On na mocy kontemplacji, która ma charakter osobowy i jest czystym i intensywnym działaniem Ducha Świętego. Jednakże przemiana ta jest przyczyną wielu cierpień. Na tym etapie rozwoju duchowego człowiek może doświadczać poczucia utraty jasnego widzenia, jasności przekonań oraz tego wszystkiego, co wypracował na drodze duchowego rozwoju. Brakuje mu entuzjazmu, czuje oschłość, pustkę, zniechęcenie, niezdolność do odczuwania i przeżywania doświadczeń duchowych oraz tęsknotę za Bogiem. Ma poczucie własnej nędzy i słabości. W czasie trwania oczyszczeń pojawiają się trudności na modlitwie. Wobec tego doświadczenia człowiek jest bezsilny. Nic nie może mu pomóc – ani on sam, ani lektura, ani inne osoby. Z ludzkiego punktu widzenia jest to doświadczenie negatywne, lecz patrząc na nie obiektywnie w głębszym wymiarze, ma ono znaczenie pozytywne i jest traktowane jako łaska Boża[132].

---

[131] Por. A. Kheriaty, J. Cihak, *Katolicki Przewodnik po depresji. Jak święci, sakramenty i psychiatria mogą pomóc ci wyrwać się spod jej wpływu i odnaleźć utraconą radość*, Kraków, 2013, s. 116–120.

[132] Por. S. Tyszko, *Geniusz św. Jana od Krzyża*, dz. cyt., s. 91–100.

W literaturze istnieje wiele opinii odnoszących się do zjawiska *ciemnej nocy* oraz psychicznego stanu depresji. Jedni, utożsamiając te dwa zjawiska, twierdzą, że ciemna noc ducha jest depresją. Inni zaś psychicznemu zjawisku depresji przypisują znaczenie duchowe i interpretują je w kategoriach ciemnej nocy. Zdaniem kolejnych, *ciemna noc* i depresja to dwa różne zjawiska. Są też stanowiska, które wskazują, że oba stany mogą występować równocześnie. Zdaniem K. Grzywocza, wielu mistyków przeżywało na swojej duchowej drodze noce ciemne. Istnieje przypuszczenie, że tak jak każdy mogą doświadczać różnych przeżyć, w tym stanów depresyjnych. Zatem nie wszystkie stany smutku i cierpienia, o których piszą osoby uznane za święte, można traktować w kategorii ciemnej nocy. Pod tym pojęciem, powszechnie znanym w duchowości, mogą się ukrywać przeżycia, które obecnie nazywane są depresją. Zdaniem autora, św. Jan od Krzyża na swojej drodze do świętości przeżył depresję, a doświadczenie to wykorzystał, aby przekazać prawdę o człowieku i jego relacji do Boga[133].

W. Müller przytacza argumenty B. Schraut, która wskazuje na zasadnicze różnice, jakie istnieją między duchowym stanem *ciemnej nocy* a stanem depresji. *Ciemna noc ducha* może być rozumiana jako kryzys duchowy. Człowiek, który jej doświadcza, czuje pewną dynamikę w relacji do Boga, rozwija swoją zdolność do modlitwy kontemplacyjnej, a jego postawa wobec życia bywa refleksyjna. Potrafi on pogodzić się z własnym życiem oraz z trudnościami, które go spotykają. Nawet jeżeli pojawiają się trudności w modlitwie, to jest ona nadal uważana za potrzebną i ważną. Osoby, które doświadczają *ciemnej nocy*, zwykle charakteryzuje mądrość życiowa, dojrzałość religijna i odporność na frustrację. Swoje decyzje podejmują w oparciu o intuicję, sumienie i respektując zewnętrzne normy. Osoby te zwykle mają za sobą trudne doświadczenia, które zostały przez nich wykorzystane jako etap duchowego wzrostu. Cechuje je również optymistyczny i realistyczny stosunek do samego siebie, oraz poczucie rzeczywistości i pielęgnowanie relacji z innymi. Zazwyczaj stan ten przeżywają osoby dojrzałe,

---

[133] Por. K. Grzywocz, *Przesłonięte światło. Duchowość a depresja*, dz. cyt., s. 107. 109–115. 117.

które podjęły ważne decyzje życiowe dotyczące swojego powołania i drogi życiowej[134].

Potwierdza to G. G. May, według którego depresja bywa mylona z *ciemną nocą*. Jednak podczas ciemnej nocy poczucie humoru, skuteczność działania bądź też zdolność do empatii nie są tak zdegradowane jak w depresji. Poczucie *ciemnej nocy* jest doświadczeniem, które odbiera się jako słuszne i dobre. Zwykle osoby, które przeżywają *ciemną noc* nie czują żalu i nie są negatywnie nastawione do życia, tak jak osoby będące w depresji. Jednak z doświadczenia wielu osób wynika, że odróżnienie depresji od ciemnej nocy może być problemem dość skomplikowanym. Bywa, że oba te doświadczenia na siebie zachodzą. Mogą istnieć przypadki, gdy ciemna noc i depresja występują równocześnie. Wówczas, zdaniem autora, należy podjąć odpowiednie działania, aby rozpoznać depresję i ją leczyć, bez względu na to, czy towarzyszy jej *ciemna noc ducha*. Dzięki temu można zapobiec niepotrzebnemu cierpieniu, a nawet ocalić życie[135].

Również, według Kheriaty i Cihak'a, to, co Jan od Krzyża opisuje pod pojęciem *ciemnej nocy*, nie jest depresją kliniczną. Chorzy na depresję zwykle nie doświadczają duchowego pocieszenia oraz duchowego wzrostu, które są udziałem osób znajdujących się na drodze rozwoju duchowego. I choć poczucie straty może być wspólnym doświadczeniem osób będących w depresji oraz tych, którzy przechodzą przez duchowe oczyszczenia, to w depresji występuje obniżony nastrój i utrata energii oraz utrata zdolności do normalnego funkcjonowania, natomiast ci, którzy doświadczają *ciemnej nocy*, nie doświadczają tego typu objawów, a jedynie utraty radości. U osób przeżywających *ciemną noc zmysłów* pojawiają się trudności z zaangażowaniem swojego umysłu w modlitwę, ale w codziennym życiu nie mają oni problemów z koncentracją i są w stanie podejmować decyzje. W stanie *ciemnej nocy ducha* mogą dominować myśli o własnej niegodności wobec Boga bądź też własnej niedoskonałości,

---

[134] Por. W. Müller, *Jak wyjść z depresji?*, Kraków 2002, s. 47–48.

[135] Por. G. G. May, *Ciemna noc duszy. Depresja a kryzys duchowy oczami psychiatry*, Kraków 2012, s. 161–165.

ale nie są to myśli samobójcze, nie ma też wyolbrzymionego poczucia winy czy przekonania o własnej beznadziejności. Ponadto nie występują takie objawy, jak utrata apetytu czy problemy ze snem oraz inne dolegliwości somatyczne, typowe dla zaburzeń depresyjnych. Bywa jednak, że człowiek przechodzi przez oba stany równocześnie, doświadczając zarazem duchowego stanu *ciemnej nocy* i psychicznego stanu depresji. Wówczas należy wziąć pod uwagę istnienie depresji oraz doświadczeń duchowych[136].

Kolejnym stanem, którego mogą doświadczać osoby postępujące na drodze rozwoju duchowego, jest tak zwane *strapienie duchowe*. Doświadczenie to nazwał i opisał Ignacy Loyola, autor *Ćwiczeń duchownych*. Zdaniem W. Królikowskiego, *strapienie duchowe* jest stanem duszy przeciwnym do stanu pocieszenia. *Pocieszenie duchowe* to dar Ducha Świętego, w którym człowiek odczuwa pokój wewnętrzny, radość, wiarę, nadzieję i miłość. Zaś *strapienie duchowe* jest wynikiem działania złego ducha i charakteryzuje się poczuciem niepokoju, braku ufności i nadziei. Człowiek przeżywający okres strapienia doświadcza również smutku, poczucia oddzielenia od Boga, niechęci do działania, odrazy i pokus. Przyczyną strapienia duchowego są zwykle błędy człowieka, głównie lenistwo i niedbalstwo w odniesieniu do rzeczy duchowych. Może nią być również próba dopuszczona przez Boga. Bóg chce człowieka wypróbować, aby ten miał okazję ćwiczyć się w cnotach, wierze, nadziei i miłości. Kolejną przyczyną tego stanu jest uświadomienie człowiekowi, że wszystko, czego doświadcza, zwłaszcza to, co wypracował na drodze rozwoju duchowego, jest darem od Boga. Postępując według zasad Loyoli, człowiek powinien starać się wytrwać w swoich decyzjach powziętych w okresie pocieszenia, nie powinien zaś ulegać zniechęceniu i wprowadzać jakichkolwiek zmian. Jeżeli przyczyną strapienia jest niedbalstwo i lenistwo duchowe, trzeba naprawić swoje grzechy i dążyć do zmiany na lepsze. Dobrze jest również podzielić się swoimi doświadczeniami ze spowiednikiem czy kierownikiem duchowym. Jeżeli zaś przyczyną strapienia nie są błędy i grzechy człowieka, to wówczas strapienie duchowe może być próbą

[136] Por. A. Kheriaty, J. Cihak, *Katolicki przewodnik po depresji*, dz. cyt., s. 120–124.

duchową. W takiej sytuacji trzeba opowiedzieć się po stronie Chrystusa, by razem z Nim tę próbę przetrwać. Osoba będąca w okresie strapienia, powinna również wytrwać w cierpliwości i oczekiwaniu na stan pocieszenia[137].

Zdaniem J. Prusaka, stan strapienia duchowego i stan depresji to dwa różne doświadczenia, cchoć ich opisy są do siebie podobne. Bywa, że stany te występują równocześnie. Strapienie duchowe odróżnia się od depresji sposobem rozumienia doświadczeń duchowych. Jest ono skutkiem oddalenia się od Boga, pokusą i próbą, której trzeba się przeciwstawić. Warunkiem zaistnienia tego stanu jest istnienie przestrzeni wiary. Przeżywając strapienie duchowe, człowiek w sposób świadomy odnosi się do Boga, ma poczucie Jego braku oraz własnej grzeszności. Stan ten sygnalizuje mu, jak daleko znajduje się od Boga. Zaś trudne emocje przez niego przeżywane, takie jak smutek czy zniechęcenie, nie mają wyłącznie charakteru psychologicznego i są związane z wpływem rzeczywistości nadprzyrodzonej[138].

Psycholog B. V. Aufauvre twierdzi również, że nie jest łatwo odróżnić, czy dany stan psychiczny jest skutkiem depresji, czy też strapienia duchowego. Na podstawie opisów doświadczeń wielu osób można wskazać na pewne podobieństwa. Zarówno w depresji, jak i w strapieniu duchowym cechą wspólną jest cierpienie, gdyż oba doświadczenia są bardzo bolesne. Cała dynamika życiowa i zainteresowanie światem zewnętrznym wydają się być wyczerpane. Jednak między strapieniem duchowym a depresją można również wskazać różnice. Zwykle osoby doświadczające strapienia duchowego mają problemy w relacji z Bogiem i koncentrują się na utracie pocieszeń duchowych. Przyczyną tego stanu jest zwykle pokusa, której człowiek mniej lub bardziej ulega. U osób będących w depresji skargi dotyczą obrazu własnej osoby, opinii na swój temat albo opinii ze strony innych. Ich problemy nie są jasno skonkretyzowane, trudno im je opisać oraz

---

[137] Por. W. Królikowski, *Rozeznanie dobra i zła według „Reguł rozeznawania duchów" św. Ignacego Loyoli*, „Horyzonty Wychowania" 4 (2005) nr 1 (7), s. 273–281.

[138] Por. J. Prusak, *Depresja a rozwój duchowy*, [w:] *Co zabrać ze sobą? Po trzecim tygodniu ćwiczeń duchownych*, red. J. Augustyn, Kraków 2011, s. 214–216.

wskazać. Działanie zmysłów jest w mniejszym lub większym stopniu zahamowane, a przyczyna depresji zwykle leży po stronie czynników nieświadomych[139].

Kolejny stan duchowy, który może w swoich przejawach przypominać depresję, to tak zwana *acedia.* Termin ten pojawia się już w starożytności i oznacza brak troski o kogoś, znużenie, apatię, wyczerpanie, brak zainteresowania czymkolwiek, przygnębienie lub smutek. Użył go również i opisał Ewagriusz z Pontu na określenie stanu duszy, którego doświadczają osoby prowadzące pustelniczy tryb życia[140]. Owym terminem posługują się także późniejsi teolodzy, ale nadają mu zupełnie inne znaczenie[141]. Według L. Misiarczyka, acedia, w rozumieniu, jakie nadaje jej Ewagriusz z Pontu, oznacza „stan psychiczno-duchowy człowieka zbliżony do współczesnej depresji, który przejawia się często poczuciem pustki i bezsensu życia, w myślach lub nawet próbach samobójczych, w niechęci do jakiegokolwiek działania, a także w bezprzedmiotowym lęku czy też paraliżu sił psychiczno-duchowych człowieka"[142].

Zdaniem autora, acedia może dotyczyć nie tylko mnichów, którzy swoje samotne życie poświęcają Bogu, ale też zakonników żyjących we wspólnotach oraz osób świeckich. Nie jest to stan chwilowy, lecz długotrwały. Acedia może utrzymywać się długo i stać się przewlekłym oraz męczącym stanem, paraliżującym duchowo i psychicznie. Warunkiem powstania acedii jest pojawienie się nienawiści, złości i gniewu do tego, co jest, czyli do obecnej sytuacji życiowej, oraz pożądanie i pragnienie tego, czego nie ma, innego życia, które zwykle

---

[139] Por. B. V. Aufauvre, *Depression and spiritual desolation*, „The Way" 42 (2003) no. 3, s. 51–52.

[140] Por. L. Misiarczyk, *Osiem „logismoi" w pismach Ewagriusza z Pontu*, Kraków 2007, s. 309–311.

[141] Acedia w późniejszej myśli Kocioła jest rozumiana jako lenistwo duchowe i uznawana za jeden grzechów głównych. Przykładowo dla św. Tomasza z Akwinu acedia jest grzechem przeciwko miłości, smutkiem wynikającym z dobra jakim jest życie duchowe oraz niechęcią do działania. Por. W. Zatorski, *Acedia dziś*, Kraków 2010, s. 24; J. Ch. Nault, *„Acedia", wróg duchowej radości*, „Communio" 24 (2004) nr 6 (144), s. 58–59.

[142] L. Misiarczyk, *Osiem „logismoi" w pismach Ewagriusza z Pontu*, dz. cyt., s. 311.

bywa nieosiągalne[143]. Jak twierdzi W. Zatorski, przeciwieństwem acedii jest stan pełnego uspokojenia, akceptacji siebie i swojej sytuacji, które dają poczucie pokoju i równowagi duchowej[144].

Stan acedii manifestuje się poprzez emocje, postawy oraz zachowania. Acedia objawia się więc niepokojem wewnętrznym i chęcią ciągłych zmian, lękiem, przesadną troską o własne zdrowie, nienawiścią do wyuczonego zawodu i pragnieniem zdobycia innego, oskarżaniem innych ludzi o złe samopoczucie oraz nieszczęścia, poszukiwaniem rozrywki w celu odurzenia wewnętrznego bólu i cierpienia, nieopanowaną potrzebą ludzkiego towarzystwa, ucieczką w aktywizm i pracoholizm, trudnościami w spełnianiu codziennych obowiązków, podejmowaniem działań przekraczających własne możliwości oraz zniechęceniem do swojego powołania i ogólnym zniechęceniem do życia[145]. Według Misiarczyka, w wyjściu z acedii pomóc mogą duchowe

---

[143] Por. Tamże, s. 312–313. 316; por. L. Misiarczyk, *Acedia według Ewagriusza z Pontu*, „Studia Płockie" 32 (2004), s. 72; por. L. Misiarczyk, *Acedia według Ewagriusza z Pontu*, [w:] *Od depresji: wybrane materiały z konferencji „Od depresji do pokoju ducha" zorganizowanej przez Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich, Warszawa–Konstancin 20–22.04.2007*,dz. cyt., s. 112–113.

[144] W. Zatorski, *Acedia dziś*, dz. cyt., s. 18.

[145] Pierwszy objaw acedii pojawia się zawsze i jest nim niepokój wewnętrzny oraz chęć ciągłych zmian, który u osób prowadzących życie mnisze może objawiać się ucieczką ze swojej celi, a u osób żyjących w świecie – zamiarem opuszczenia swojego męża czy żony. Acedia objawia się więc chęcią zmian, które nie wynikają z ciekawości świata czy chęci poznania czegoś nowego, ale mają coś z przymusu emocjonalnego, który tak naprawdę jest próbą ucieczki przed samym sobą. Człowiek ten łudzi się, że zmiana zewnętrznych warunków życia oddali od niego wewnętrzne cierpienie. Kolejnym symptomem acedii jest nieuzasadniony niczym lęk. Utrzymuje się on przez długi czas i wywołuje różne objawy psychosomatyczne. Acedia przejawia się również przesadną troską i lękiem o własne zdrowie. Objawem acedii jest również uczucie nienawiści do zdobytego zawodu oraz pragnienie zdobycia innego. Kolejnym objawem jest także obarczanie innych winą za złe samopoczucie, nieszczęścia czy doznane krzywdy. Doznane krzywdy w odczuciu człowieka pogrążonego w acedii często bywają wyolbrzymiane. Człowiek ten innych obciąża za swoje nieszczęścia, na przykład żonę, współpracowników; unika wzięcia odpowiedzialności za swoje czyny i swoje życie. Aby uciec od wewnętrznego bólu i cierpienia, ucieka się do różnych form rozrywki (narkotyki, alkohol czy głośna muzyka). Kolejnym objawem acedii jest potrzeba ludzkiego towarzystwa, czyli szukanie pomocy i pocieszenia u innych. Sama potrzeba szukania towarzystwa nie jest zła, jednak w człowiek w acedii może traktować innych instrumentalnie. Niekiedy wewnętrzny niepokój może się również przejawiać nadmierną aktywnością, chęcią

środki zaradcze, takie jak wytrwałość w swoim dotychczasowym stanie życia (zakonnym czy małżeńskim), pamięć o duchowej nagrodzie, jaką jest radość i szczęście, otwarcie w pokorze swojego serca przed kierownikiem duchowym, wyznaczenie miary w każdym działaniu, umiar w pracy fizycznej, wstrzemięźliwość, łzy skruchy, czytanie odpowiednich fragmentów Pisma Świętego, świadomość nieuchronnej śmierci oraz odwoływanie się do rozumu w rozpatrywaniu swoich problemów[146]. Teolodzy porównują albo utożsamiają duchowy stan acedii z depresją kliniczną czy melancholijnym usposobieniem. Zdaniem Misiarczyka, acedia jest podobna do depresji lub choroby afektywnej dwubiegunowej, gdyż podobnie jak one, jest stanem długotrwałym, któremu towarzyszą smutek i pożądanie. W acedii jednakże smutek nie jest jej głównym przejawem, ale skutkiem gniewu i złości[147]. Acedię, podobnie jak depresję, charakteryzują określone objawy, lecz te występujące w depresji oraz w acedii różnią się między sobą. Acedia jest stanem duchowym, zaś depresja dotyczy głównie życia psychicznego.

Opisane powyżej stany psychiczne i duchowe wykazują niekiedy bardzo subtelne różnice w stosunku do przeżyć występujących w depresji. Mogą one upodabniać się do niej, gdyż eksponują smutek, żal, znużenie czy zniechęcenie, ale *de facto* nią nie są. Nie można również wykluczyć pojawienia się depresji w trakcie trwania wyżej

---

pomocy innym czy pracoholizmem. W stanie acedii poświęcenie się dla innych bywa przesadne i może wynikać z chęci szukania własnych korzyści i zwykle jest okazją, by uciec od cierpienia. Acedia przejawia się również trudnościami w spełnianiu codziennych obowiązków. Osoby konsekrowane mogą mieć problemy z modlitwą, która nudzi i męczy, zaś ludzie żyjący w świecie mogą czuć się znużeni codziennymi obowiązkami domowymi i zawodowymi. Będąc w stanie acedii, człowiek nie jest w stanie odpoczywać, nic go nie cieszy. Acedia przejawia się również podejmowaniem takich działań, które przekraczają własne możliwości. W przypadku osób żyjących w klasztorach może być to związane z przesadną ascezą i – zwykle nieświadomą – chęcią autodestrukcji. Ostatnim objawem acedii jest ogólne zniechęcenie do życia oraz zniechęcenie do życia mniszego czy do swojego powołania, które może prowadzić do myśli samobójczych. Por. L. Misiarczyk, *Acedia wedug Ewagriusza z Pontu*, art. cyt., s. 73–78; por. L. Misiarczyk, *Osiem „logismoi" w pismach Ewagriusza z Pontu*, dz. cyt., s. 325–326; por. L. Misiarczyk, *Acedia wedug Ewagriusza z Pontu*, art. cyt., s. 73–78.

[146] Por. tamże, s. 78–83.

[147] Por. L. Misiarczyk, *Osiem „logismoi" w pismach Ewagriusza z Pontu*, dz. cyt., s. 316.

wymienionych stanów psychicznych oraz duchowych, a w niektórych przypadkach mogą one z nią współwystępować. Wówczas bardzo trudno jest określić, kiedy mamy do czynienia z doświadczeniem duchowym bądź stanem psychologicznym, a kiedy z patologicznym stanem depresji. Prusak twierdzi, że kwestia ta jest trudna do jednoznacznego rozstrzygnięcia zarówno dla teologów, jak i psychologów, ponieważ w wielu doświadczeniach duchowych mamy do czynienia z problemami natury i psychologicznej, i nadprzyrodzonej. Niekiedy między depresją a doświadczeniami duchowymi czy innymi doświadczeniami psychicznymi istnieje wspólne poczucie utraty zjednoczenia, zakorzenienia, więzi i sensu egzystencji[148]. Problem ten jest jednak bardzo istotny, a wyjaśnienie go pozwala lepiej zrozumieć naturę oraz sens przeżywanych stanów, zaś analiza porównawcza stanu depresji i innych stanów psychicznych oraz duchowych może mieć znaczenie pastoralne i być pomocna w rozeznawaniu duchowym.

4. O depresji w Piśmie Świętym

Trudno o jednoznaczne opisy depresji w Piśmie Świętym, ponieważ Biblia nie jest podręcznikiem medycznym, lecz opisem historii zbawienia. Nazywanie depresją wybranych stanów psychicznych u bohaterów biblijnych mogłoby być uznane za błąd nadinterpretacji. Jednak nie można też zaprzeczyć, że opisy te w swojej treści mogą zawierać wybrane objawy depresji. Mamy w tym przypadku do czynienia z problemem metodologicznym, w którym współcześnie rozumiana depresja jako zaburzenie psychiczne jest odnoszona do tekstów historycznych zawartych w Biblii. Nie ma wątpliwości, że w Piśmie Świętym są przedstawione stany psychiczne, o których można by mówić jako o zaburzeniach psychicznych bądź kryzysie religijnym. Są też opisy reakcji emocjonalnych z dominującym smutkiem i żalem, które prawie zawsze występują w kontekście szeroko pojętej straty (mienia, zdrowia, osób bliskich, ojczyzny, relacji z Bogiem), grzechu czy dopustu Bożego.

---

[148] J. Prusak, *Depresja a rozwój duchowy*, art. cyt., s. 209–210.

Smutek, jako naturalna reakcja na niepomyślne doświadczenie losu, jest zwykle przedstawiany w Piśmie Świętym negatywnie. Jest to nieprzyjemne doświadczenie od którego należy stronić, przy czym niebezpieczny jest smutek długotrwały. W Mądrości Syracha zawarta jest następująca przestroga: „Nie wydawaj duszy swej smutkowi ani nie dręcz siebie myślami. Radość serca jest życiem człowieka, a wesołość męża przedłuża dni jego. Wytłumacz sobie samemu, pociesz swoje serce i oddal długotrwały smutek od siebie; bo smutek zgubił wielu i nie ma z niego żadnego pożytku. Zazdrość i gniew skracają dni, a zmartwienie sprowadza przedwczesną starość" (Syr 30, 21–24). Biblia podaje także przyczyny smutku. Powodują go postawy osób najbliższych (przewrotna żona – por. Syr 25, 23), źle wychowany syn (por. Syr 30, 9n), zdrada ze strony przyjaciela (por. Syr 37, 2), śmierć bliskiej lub znaczącej osoby, ludzka głupota (por. Syr 22, 11–12) ludzkie nieszczęście (por. Ps 34, 12–14) czy choroba (por. Ps 35, 13–14). Smutek rodzi się także jako skutek zaburzonej relacji z Bogiem. Przyczyną smutku może być również grzech (por. Ps 51,14) i poczucie oddalenia się Boga (por. Ps 13, 2–3)[149].

Ludzie Starego Testamentu smucą się z powodu grzechu i jego skutków. Jest to wyraźnie ukazane w księgach prorockich. Smutek i lament są skutkiem grzechu, którego sprawcą jest osoba indywidualna albo naród Izraela, który odstępuje od Boga. Lud izraelski jest pogrążony w smutku z powodu czczenia obcych bóstw za czasów panowania proroka Ozeasza (por. Oz 10, 5). Również prorok Amos przestrzega przez karą trzęsienia ziemi i związanej z tym faktem żałoby (por. Am 8, 8). Lud izraelski miał także odpokutować swoje grzechy odstępstwa od wiary po powrocie z niewoli babilońskiej, a dopomóc miał mu w tym oczyszczeniu kapłan Ezdrasz (por. Ezd 19, 6). Głęboka żałoba towarzyszy również narodowi izraelskiemu pod przewodnictwem kapłana Matatiasza, który miał doprowadzić do odnowienia życia religijnego w narodzie wybranym (por. 1 Mch 2, 14). Smutek ten jest zamierzony przez Boga i ma się wyrażać w słowach, czynach

[149] Por. M. Prat, X. Léon-Dufour, *Smutek*, [w:] *Słownik teologii biblijnej*, red. X. Léon-Dufour, Poznań 1994, s. 891.

i postem (por. Sdz 20, 26), przywdziewaniem worków pokutnych (por. Neh 9, 1) czy lamentowaniem (por. Iz 22, 12). Ten żal za grzechy ma sens, jeżeli wynika z prawdziwej skruchy i nie oddala od Boga (por. Jl 2, 12n; Ml 2, 13). Smutek jako skutek grzechu jest także przeżywany indywidualnie, co jest szczególnie widoczne w psalmach[150].

Smutek w Starym Testamencie jest także przedstawiany jako reakcja na śmierć ważnej dla państwa lub bliskiej osoby. Smutek związany z żałobą przeżywa Abraham po stracie Sary (por. Rdz 23, 2), Józef oraz naród izraelski i egipski po stracie Jakuba (por. Rdz 50, 1–3). Pogrążony w smutku jest także król Dawid po stracie swojego syna Amnona (por. 2 Sm 13, 37). Żałoba narodowa jest czymś naturalnym w momencie, w którym Izrael traci powszechnie poważanego przywódcę narodowego czy religijnego. Taka sytuacja ma miejsce po śmierci króla Jozjasza, który ginie w bitwie z wojskami faraona (por. 2 Krn 35, 24), po bohaterskiej śmierci Judy Machabejczyka walczącego o wolność religijną (por. 1 Mch 9, 20) czy po śmierci wodza Jonatana (por. 1 Mch 12, 52–23)[151].

Także choroba bliźniego jest przyczyną smutku, o czym świadczą słowa psalmu: „A ja, gdy chorowali, wór przywdziewałem, umartwiałem się postem i moja modlitwa wracała do mojego łona, jak po stracie przyjaciela czy brata. Chodziłem jak w żałobie po matce sczerniały i pochylony" (Ps 35, 13–14). Choroba drugiego człowieka jest przyczyną podobnego smutku, jaki przeżywa się w okresie żałoby, i jest on związany z reakcją na zło, które dotknęło bliźniego. Człowiek w obliczu choroby czuje się bezradny. Podejmuje więc wysiłek ascezy i pokłada nadzieję w Bogu[152].

W Nowym Testamencie, podobnie jak w Starym Testamencie, smutek pojawia się w następstwie straty. Smucą się ci, którzy rozstają się z Chrystusem i Jego miłością, poprzez zerwanie z Nim relacji, a przede wszystkim przez Jego śmierć. Zapowiada to sam Chrystus (por. Mt 9, 15). Smutny odchodzi młodzieniec, któremu Jezus nakazał

---

[150] Por. J. Seremak, *Błogosławieni smutni*, „Życie Duchowe" (2004) nr 38, s. 31–32; por. M. Prat, X. Léon-Dufour, *Smutek*, art. cyt., s. 892.

[151] Por. J. Seremak, *Błogosławieni smutni*, art. cyt., s. 31.

[152] Por. P. Kasiłowski, *Odmienieni przez smutek*, „Pastores" 52 (2011) nr 3, s. 98.

pozbyć się dóbr doczesnych i pójść za nim (por. Mt 19, 22), smutny jest Piotr po zaparciu się Jezusa (por. Mt 26, 75), smucą się uczniowie Jezusa w ogrodzie w Getsemani gdy uświadamiają sobie, że będą musieli opuścić Mistrza (por. Łk 22, 45). W rozpaczy pogrąża się także Judasz, który w akcie zdrady rozstaje się z Jezusem i kończy swoje życie samobójstwem (por. Mt 27,3). Uczniowie smucą się po śmierci Jezusa (por. Mk 16, 10). Smutni są uczniowie podążający w drodze do Emaus, gdy uświadamiają sobie co się wydarzyło (por. Łk 24, 17)[153].

Znamienne znaczenie ma także smutek przeżywany przez Jezusa Chrystusa. Chrystus, który przyjmuje na mocy wcielenia ludzką naturę ze wszystkimi jej psychicznymi aspektami. Doświadcza on smutku żałoby, gdy płacze nad grobem swojego przyjaciela Łazarza (por. J 11, 35), smuci się z powodu ludzkiej zatwardziałości (por. Mk 3, 5) i obojętności wobec Jego nauki (por. Łk 19, 41). Błogosławi tym, którzy płaczą (por. Łk 6, 21). Jednak najgłębszego smutku i przygnębienia doświadcza przed swoją męką w ogrodzie oliwnym, podczas drogi na Kalwarię i na drzewie krzyża. Jest on wtedy „smutny aż do śmierci" (Mt 26, 37n). Można powiedzieć, ze tam też zgromadził łzy i smutek wszystkich ludzi i wziął je na siebie (por. Hbr 5, 7). Jednak smutek innych i Jezusa został pokonany przez zbawczą śmierć i nabrał nowego znaczenia jako zwiastun radości (por. J 16, 21)[154].

Smutek jest także w Nowym Testamencie przedstawiany jako skutek grzechu. Płacze kobieta, która swoimi łzami obmywa stopy Chrystusa w żalu za grzech cudzołóstwa (por. Łk 7, 44). Zdaniem św. Pawła, smucić powinni się chrześcijanie z powodu grzechu kazirodztwa (por. 1 Kor 5, 2) czy nieczystości (por. 2 Kor 12, 21). Także św. Jakub w swoim liście nakazuje smucić się z powodu grzechów, aby doświadczyć przebaczenia (por. Jk 4, 9). Św. Paweł odróżnia smutek, który jest od Boga, od smutku, który pochodzi ze świata. Smutek będący dopustem Bożym przynosi nawrócenie, a smutek ze świata jest przyczyną śmierci (por. 2 Kor 7, 10)[155].

---

[153] Por. M. Prat, X. Léon-Dufour, *Smutek*, art. cyt., s. 893.

[154] Por. tamże.

[155] Por. J. Seremak, *Błogosławieni smutni*, art. cyt., s. 32–33; por. P. Kasiłowski, *Odmienieni przez smutek*, art. cyt., s. 99.

Istnieją interpretacje tekstu biblijnego, w których autorzy przypisują depresję wybranym postaciom biblijnym. W Piśmie Świętym można znaleźć opisy stanów psychicznych u króla Saula, Hioba czy Eliasza. Saul jest namaszczonym królem Izraela, który jednak traci wsparcie ze strony Boga i popada we władanie złego ducha: „Saula natomiast opuścił duch Pański, a opętał go duch zły, zesłany przez Pana" (1 Sm 16, 14)[156]. Zdaniem Grüna, *zły duch* jest w teologicznych interpretacjach utożsamiany z depresją czy melancholią. Stan ten jest dopuszczony przez Boga, który przestaje pokładać nadzieje w Saulu jako przywódcy Izraela. Saul jest pogrążony, brakuje mu uznania, nie potrafi się cieszyć ze zwycięstwa innych, czuje się odsunięty, wpada w gniew i agresję. Jego stan mogła złagodzić tylko muzyka grana przez Dawida[157]. Odezwali się do Saula jego słudzy: „Oto dręczy cię duch zły, [zesłany przez Boga]. Daj więc polecenie, panie nasz, aby słudzy twoi, którzy są przy tobie, poszukali człowieka dobrze grającego na cytrze. Gdy będzie cię męczył zły duch (…) zagra ci i będzie ci lepiej" (1 Sm 16, 15–16). Muzyka ma znaczenie terapeutyczne, łagodzi stany obniżonego nastroju, co zostaje także potwierdzone w księgach mądrościowych (por. Syr 22, 6). Nie jest jednak ona w stanie wyleczyć cierpiącego króla. Saul ostatecznie ulega melancholii i ginie podczas bitwy, popełniając samobójstwo.

Depresja jest często odnoszona do cierpień Hioba, które w Starym Testamencie są szczegółowo opisane. Hiob jest człowiekiem zamożnym i wiernym Bogu, któremu Bóg błogosławi. Zostaje on jednak uwikłany w zakład jaki zawiera szatan z Bogiem, w wyniku którego Bóg przyzwala na cierpienie Hioba, by ukazać jego bezinteresowność i wierność. Szatan sprawia, że Hiob traci wszystko: majątek, rodzinę i zdrowie. W wyniku ogromu nieszczęść, które spadają na Hioba, nie traci on wiary, ale popada w stan smutku i żalu. Stan ten potęgują jeszcze przyjaciele Hioba, którzy boleją nad jego losem i upatrują przyczyn jego nieszczęść w grzechu. Hiob jednak nie czuje się winny i nie będąc w stanie wytłumaczyć zaistniałej sytuacji, zwraca się ciągle do Boga. Po czasie próby,

---

[156] Por. *Saul*, [w:] *Leksykon postaci biblijnych*, M. Bocian, Kraków 1995, s. 481–482.
[157] Por. A. Grün, *Jak przezwyciężyć smutek życia*, dz. cyt., s. 66–70.

jego los się odmienia[158]. Na Hioba spada długotrwałe i dotkliwe cierpienie, o czym świadczą wypowiadane przez niego słowa: „Zyskałem miesiące męczarni, przeznaczono mi noce udręki. Położę się mówiąc do siebie: kiedyż zaświta i wstanę? Lecz noc wiecznością się staje i boleść mną targa do zmroku" (Hi 7, 3–4). Oprócz problemów ze snem, ma także koszmary senne: „Myślałem: Wypocznę na łóżku, posłanie to trosk mych powiernik. Lecz Ty mnie snami przestraszasz, przerażasz mnie widziadłami" (Hi 7, 13–14). To co mówi jest ciągłym narzekaniem: „Ja ust ujarzmić nie mogę, mówić chcę w utrapieniu, narzekać w boleści mej duszy" (Hi 7, 11). Hiob jest strapiony i ma wątpliwości co do własnego istnienia: „Po co się daje życie strapionym, istnienie złamanym na duchu" (Hi 3, 20). Jest także zawiedziony postawą najbliższych: „W rozpaczy mieć pomoc od bliźnich to wrócić do czci Wszechmocnego. Najbliżsi zawiedli jak potok" (Hi 6, 14–15a). Przykłady te mogą budzić skojarzenia z depresją, która mogłaby być reakcją na stratę mienia, rodziny i własnego zdrowia. Hiob pozostaje cały czas w łączności z Bogiem i pomimo tylu nieszczęść i ogromu cierpienia – zachowuje wiarę. Nie ma także poczucia grzechu i winy, pomimo sugestii ze strony przyjaciół. Także wymowa teologiczna całej księgi jest ważna. Dotyczy ona pytania o sens niezawinionego cierpienia.

Piśmie Świętym smutek jest rozumiany jako reakcja na różne wydarzenia osobiste bądź narodowe. Jednocześnie reakcje smutku pojawiają się również w kontekście wiary i relacji z Bogiem. Jako jeden z przejawów cierpienia, ma ważne znaczenie dla objawienia zbawczej misji Chrystusa, która jest centralnym wydarzeniem w dziejach zbawienia. Jest także zapowiedzią radości i nadziei, jaka stanie się udziałem wszystkich wierzących.

5. Depresja w ujęciu teologii moralnej

Refleksja teologicznomoralna, podobnie jak etyka filozoficzna, koncentruje się na czynach człowieka, jednak analizuje je i ocenia odwołując

[158] Por. *Hiob*, [w:] *Leksykon postaci biblijnych*, M. Bocian, dz. cyt., s. 172–173.

się do wiary oraz danych Objawienia. Rozpatruje między innymi problem sumienia i związanego z nim poczucia winy, poczucia grzechu oraz odpowiedzialności moralnej. W kręgu rozważań teologii moralnej znajduje się również problem ludzkich uczuć. Problemy natury moralnej mogą mieć również osoby będące w depresji, ich bliscy czy lekarze, zwłaszcza jeżeli są osobami wierzącymi i w swoim postępowaniu kierują się sumieniem oraz żyją zgodnie z zasadami wiary. Wiadomo, że myślenie, zachowanie i czyny osób będących w depresji, mogą różnić się od zachowań osób zdrowych. Należy zatem rozstrzygnąć co się dzieje z sumieniem u osób będących w depresji – czy mamy do czynienia z rzeczywistym, czy też z patologicznym poczuciem winy oraz w jakim zakresie osoby będące w stanie depresji odpowiadają za swoje czyny. Następna kwestia dotyczy uczuć smutku i rozpaczy i ich oceny moralnej oraz grzechu lenistwa. Ważnym problem jest samobójstwo. Warto rozstrzygnąć, czy osoby będące w depresji ponoszą za ten czyn odpowiedzialność moralną. Ostatni problem dotyczy eutanazji, do której mają prawo osoby będące w depresji oraz osoby terminalnie chore w krajach, w których jest ona legalna.

Jednym z problemów teologicznomoralnych jest kwestia sumienia. Katechizm Kościoła katolickiego podaje, że sumienie jest obecne we wnętrzu człowieka i nakazuje mu w odpowiedniej chwili czynić dobro albo unikać zła. Sumienie nie tylko ma charakter osądzający, ale również świadczy o autorytecie prawdy, która odnosi się do Boga. Sumienie jest więc sądem rozumu, dzięki któremu człowiek może ocenić, czy to co robił, robi i będzie robił jest moralne, czyli właściwe i prawe. Dzięki niemu człowiek może właściwie postępować, przestrzegać zasad moralnych oraz wziąć odpowiedzialność za swoje czyny[159]. Zdaniem K. Dziewieckiego sumienie jest wrodzoną wrażliwością moralną, dzięki której człowiek potrafi odróżnić dobro od zła. W obliczu niewłaściwego zachowania czuje on niepokój, lęk i poczucie winy, zaś w obliczu czynów moralnie dobrych czuje radość, wewnętrzny pokój i satysfakcję. Człowiek odpowiedzialny potrafi wsłuchiwać się w głos swojego sumienia, dzięki czemu odkrywa i uświadamia sobie

[159] Por. Katechizm Kościoła katolickiego, nr 1777–1782.

obiektywne prawdy moralne. Niekiedy jednak ludzkie sumienie bywa błędne, co między innymi wynika z tego, że nieprawidłowo odczytuje ono zasady moralne lub niewłaściwie osądza dane zachowanie. Można mówić o tak zwanym sumieniu niewrażliwym, które nie reaguje na niemoralne zachowania oraz o tak zwanym sumieniu niepewnym, gdy człowiek nie potrafi nawet wobec oczywistych faktów ocenić czy jego zachowanie jest dobre, czy złe. Istnieje również tak zwane sumienie nadwrażliwe. Osoby z nadwrażliwym sumieniem wszędzie widzą zło moralne, nawet tam, gdzie tego zła nie ma. Bywa, że jest to przyczyną dużego cierpienia. Tego typu sumienie może prowadzić do patologicznego poczucia winy i skrupułów[160].

Trudno jednoznacznie stwierdzić, czy sumienie osób będących w depresji pozwala im dokonywać właściwych wyborów moralnych. Zapewne jest to zależne od rodzaju depresji i stopnia nasilenia choroby. W niektórych przypadkach osoby te mogą mieć problemy związane z podejmowaniem odpowiednich wyborów moralnych, zwłaszcza z ich oceną, a ich sumienie może być nadwrażliwe. Zdaniem Guardiniego, „trudno znaleźć obraz gorszej destrukcji niż obraz sumienia dotkniętego melancholią człowieka, dla którego obowiązek staje się jarzmem; wola osiągnięcia czystości i doskonałości przyjmuje niemożliwą postać (…). Dostrzega on winę tam, gdzie dla innego człowieka byłaby ona zupełnie niewidoczna; odpowiedzialność tam, gdzie brakuje ku temu jakichkolwiek przesłanek. Przykłada miarę moralnych rozterek tam, gdzie chodzi tylko o zwykłe wydarzenia naturalne"[161]. Również według Grzywocza sumienie człowieka będącego w depresji jest przez chorobę przesłonięte i nie można od niego oczekiwać jasnej oceny moralnej[162]. Zaś Müller odwołuje się do Schraut, która twierdzi, że osoba z depresją kieruje się bardziej normami zewnętrznymi niż sumieniem, a konflikty wynikające ze zderzenia norm zewnętrznych z głosem

---

[160] Por. M. Dziewiecki, *Człowiek w obliczu sumienia*, [w:] *Wyznawać wiarę dzisiaj. Katecheza dorosłych na podstawie Katechizmu Kościoła katolickiego*, red. S. Łabendowicz, Sandomierz 1999, s. 514–521.

[161] R. Guardini, *O sensie melancholii*, Kraków 2009, s. 36.

[162] Por. K. Grzywocz, *W mroku depresji*, dz. cyt., s. 73.

sumienia są przez te osoby przeżywane jako wielki, przerastający je problem[163].

Z kwestią sumienia związane jest zagadnienie poczucia winy. Poczucie winy jest problemem moralnym, ale kwestia ta jest również rozpatrywana przez psychologów i psychiatrów. Stąd ważne jest rozróżnienie, cczy problem ten ma charakter naturalny, czy patologiczny[164]. Zdaniem Płużek, „poczucie winy jest to poczucie niegodziwości, które powstaje wtedy, gdy człowiek postępuje niezgodnie z przyjętym przez siebie systemem wartości"[165]. Jak twierdzi S. Kuczkowski, zjawisko poczucia winy ma ważne znaczenie dla funkcjonowania ludzkiej osobowości, gdyż sprzyja wypracowaniu wartości, z drugiej zaś strony może ono działać destrukcyjnie. Dlatego też, powołując się na W. C. Biera, wyróżnia trzy rodzaje poczucia winy: normalne poczucie winy, przesadne poczucie winy oraz nieświadome poczucie winy. Normalne poczucie winy pojawia się w wyniku przekroczenia prawa moralnego czy złamania przykazania. Wówczas wina jest realna i obiektywna oraz przejawia się w subiektywnym odczuciu. O przesadnym poczuciu winy, zwanym też nieuzasadnionym lub neurotycznym poczuciem winy, można mówić wówczas, gdy poczucie to nie odpowiada rzeczywistej sytuacji. Zwykle dana osoba nie jest obiektywnie winna, ale przypisuje sobie winę. Oprócz tego mówi się również o nieuświadomionym poczuciu winy, które wynika z potrzeby bycia ukaranym[166].

Wiadomo, że u osób chorych na depresję poczucie winy jest jednym z objawów. Według Antoniego Kępińskiego, narastanie poczucia winy jest typowym zjawiskiem w depresji i zwykle jest ono wyolbrzymione oraz przejawia się w urojeniach grzeczności[167]. Zdaniem B. Neumanna i D. Dieticha, osoby te czują się winne i za wszystko obarczają się winą. Niekiedy ich poczucie winy może być rzeczywiste, ale nie wiedzą, jak sobie z tym radzić i zwykle pojawiają się u nich

---

[163] Por. W. Müller, *Jak wyjść z depresji?*, dz. cyt., s. 49.
[164] Por. Z. Płużek, *Psychologia pastoralna*, dz. cyt., s. 244.
[165] Tamże, s. 245.
[166] Por. S. Kuczkowski, *Psychologia religii*, Kraków 1998, s. 291. 293.
[167] Por. A. Kępiński, *Melancholia*, Kraków 2002, s. 130.

nadmierne reakcje emocjonalne w stosunku do przewinień. Różnica pomiędzy osobą z depresją a osobą zdrową polega na tym, że osoby z depresją zwykle wycofują się i nadmiernie przeżywają swoje poczucie winy, osoby zdrowe zaś uświadamiają sobie własne błędy i podejmują odpowiednie działania, aby je naprawić. Niekiedy jednak poczucie winy, którego doświadczają osoby będące w depresji, zwłaszcza w ciężkiej, nie da się obiektywnie udowodnić. Wówczas chorzy z różnych wydarzeń, takich jak tragedie czy katastrofy, wyciągają niedorzeczne wnioski i przypisują sobie winę. Ich poczucie winy przyjmuje wówczas formę urojeń i jest nierealistyczne[168].

Również teolodzy zwracają uwagę na patologiczne poczucie winy, które występuje u osób będących w depresji. Grün twierdzi, że osoby z depresją często cierpią z powodu poczucia winy. Pojawiają się u nich wyrzuty sumienia, brak wiary w przebaczenie i pragnienie kary, a swoje przewinienia wyolbrzymiają. Również wielu chrześcijan będących w depresji miewa poczucie winy już z powodu swojego psychicznego stanu. Wyrzuty, które sobie czynią, nie pomagają im, ale jeszcze bardziej wpędzają ich w depresję. Wiele osób będących w depresji ma poczucie, że wszystko robi źle. Czują się one winne z różnych powodów, również religijnych. Mogą mieć poczucie winy, bo, jak twierdzą, nie wierzą wystarczająco mocno, a pomimo modlitwy i przyjęcia sakramentów, nadal mają depresję. Zatem silne i nieadekwatne poczucie winy jest jednym z kryteriów świadczących o depresji. Bywa, że u niektórych osób pojawia się patologiczne i neurotyczne poczucie winy. Wówczas nie mogą czytać Biblii czy słuchać kazań, gdyż ich świadomość jest nakierowana jedynie na słowa, które dotyczą winy i kary. Niekiedy przyjmują postawę ascetyczną, aby swoje poczucie winy odpokutować[169].

Z poczuciem winy bywa również związane poczucie grzechu. Poczucie winy odnosi się do działań człowieka, zaś poczucie grzechu związane jest z wiarą w Boga. Zdaniem J. W. Gogoli, człowiek jest

---

[168] Por. B. Neuman, D. Dietrich, *Depresja nie jest przeznaczeniem*, dz. cyt., s. 14–15.

[169] Por. A. Grün, *Jak przezwyciężyć smutek życia? Duchowe spojrzenie na depresję*, dz. cyt., s. 31–32. 119–120.

w stanie uznać swój grzech, gdy ma on świadomość świętości Boga oraz gdy w Niego wierzy. Zatem bez odniesienia swojego życia do Boga nie można mówić o grzechu, ale o błędzie czy niewłaściwym zachowaniu. Bywają przypadki, w których człowiek nie ma poczucia grzechu, mimo że obiektywnie popełnił zło. Wówczas w swojej subiektywnej ocenie nie czuje się winny swojego czynu. U innych osób zdarza się, że mają one wielkie poczucie grzechu, chociaż popełniły obiektywnie małe zło. Poczucie grzechu wiąże się również ze smutkiem z powodu zła oraz ze skruchą i przyjęciem przebaczenia, zaś jego autentyczność przejawia się żalem oraz dążeniem do nawrócenia i uznaniem odpowiedzialności za swoje czyny[170].

Osoby będące w depresji miewają silne poczucie grzechu, które w ciężkich stanach może przybrać postać urojeń grzechu. Zdaniem Grüna, szczególnie osoby religijne, które cierpią na depresję mogą mieć myśli, które dotyczą grzeszności i potępienia. Uważają się za największych grzeszników. Ponadto wiele osób z depresją nie potrafi uwierzyć w przebaczenie i twierdzi, że ich grzech jest niewybaczalny[171]. Według C. Casalone, związek poczucia grzechu oraz przebaczenia dotyczy przeżyć, które występują zwykle u osób doświadczających depresji. Przeżywanie patologicznego smutku, brak poczucia harmonii upływającego czasu, poczucie braku przeszłości, która przysłonięta jest przez poczucie winy oraz brak nadziei i przebaczenia, jak również brak perspektyw na przyszłość, która jawi się jako oczekiwanie na nieuchronną karę, prowokują do popełnienia samobójstwa. Człowiek w depresji opłakuje to, czego nie uczynił w przeszłości, zaś przyszłość niesie ze sobą konieczność odbycia kary. Zatem zwykle u osób będących w depresji trudno jest mówić o realnym poczuciu grzechu czy żalu[172].

Ważną kwestią jest również problem odpowiedzialności moralnej. Zdaniem Dziewieckiego, „odpowiedzialność moralna pojawia się

---

[170] Por. J. W. Gogola, *Teologia komunii z Bogiem*, Kraków 2003, s. 220–222.

[171] Por. A. Grün, *Jak przezwyciężyć smutek życia? Duchowe spojrzenie na depresję*, dz. cyt., s. 32–35.

[172] Por. C. Casalone, *Depression, références morales subjectives et objectives. Réflexion de théologie morale*, art. cyt., s. 226–229.

zatem wszędzie tam, gdzie człowiek podejmuje swoje działania w sposób świadomy i dobrowolny (…). Tam, gdzie świadomość i dobrowolność jest pełna, tam pełna jest również odpowiedzialność moralna danego człowieka za jego zachowanie. Tam natomiast, gdzie z jakichś względów świadomość i/lub wolność działania jest zmniejszona, tam też w tym samym stopniu zmniejszona jest odpowiedzialność moralna za dany czyn"[173]. Natomiast dla S. Olejnika odpowiedzialność moralna dotyczy oceny postępowania człowieka według zasad opartych na prawie Bożym, w świetle właściwości natury ludzkiej oraz indywidualnych uwarunkowań danej osoby i danego czynu[174].

Aby człowiek mógł w pełni za swój czyn odpowiadać, powinny być spełnione poniższe warunki. Pierwszym z nich jest świadomość moralna, czyli znajomość normy, jej treści oraz osobistego wobec niej zobowiązania. Człowiek świadomy swego czynu wie, czy jest on dobry, czy zły. Osoby, które nie wiedzą w momencie popełniania danego czynu, czy jest on słuszny, nie powinny za niego odpowiadać. Drugim warunkiem istnienia odpowiedzialności moralnej jest osobista decyzja osoby, która podejmuje się określonych działań. Działania te muszą być podjęte dobrowolnie, czyli bez przymusu. Ograniczenie lub brak wolności decydowania zmniejsza albo całkowicie znosi odpowiedzialność. Wpływ na ludzką wolę mogą mieć również popędy i uczucia. Choć ludzka wola powinna nimi kierować, to niekiedy popędy, emocje i uczucia dominują nad rozumem i wolą. Zwłaszcza uczucia mogą wywierać znaczny wpływ na funkcje psychiczne. Niekiedy mają one decydujący wpływ na myśli i decyzje człowieka. Uczucia i emocje mogą ograniczać wolność woli, a przez to zmniejszać odpowiedzialność[175].

Wpływ na ludzki rozum oraz wolę mogą mieć także zaburzenia i choroby psychiczne. Zdaniem E. Cófrecesa Merino i R. Garcíi de Haro, ograniczają one pełną odpowiedzialność z uwagi na brak jasności umysłu i wyczerpanie psychiczne, które uniemożliwiają wykonanie czynu, oraz brak kontroli nad emocjami. Jednak zaburzenia psychiczne

---

[173] M. Dziewiecki, *Moralny wymiar ludzkiego działania: być człowiekiem to być odpowiedzialnym*, [w:] *Wyznawać wiarę dzisiaj…*, dz. cyt., s. 483–489.

[174] Por. S. Olejnik, *W kręgu moralności chrześcijańskiej*, Warszawa 1985, s. 70.

[175] Tamże, s. 70–75.

są różnorodne, różny jest stopień ich nasilenia i czas trwania oraz skutki jakie powodują[176]. Dlatego też, według Olejnika, teolog moralista może ocenić każde postępowanie, jednak w ocenie tej powinien uwzględnić czynniki związane z naturą człowieka oraz wziąć pod uwagę wnioski lekarza psychiatry czy psychologa, gdyż czynniki psychiczne i psychopatyczne mogą mieć wpływ na ludzkie działanie i zmieniać jego moralny charakter[177]. H. Bless zauważa, że w każdej chorobie psychicznej zakres odpowiedzialności moralnej może być inny. Dlatego też każdy przypadek choroby psychicznej powinien być dokładnie rozpatrywany. Aby określić stopień odpowiedzialności, należy uwzględnić rodzaj, nasilenie choroby, etap leczenia oraz możliwość istnienia okresów zdrowia[178].

W opinii Casalone, jeżeli ktoś przeżywa depresję, to w swoich zachowaniach jest pod wpływem nieświadomych czynników, których nie należy ignorować. Trzeba wziąć pod uwagę wpływ objawów depresji na wolę, ale nie można nadawać im znaczenia absolutnej kontroli. Ponadto ważne jest także odróżnienie obiektywnej oceny czynów u osób będących w depresji od ich subiektywnego poczucia odpowiedzialności, grzechu i winy. Może w ich przypadku dojść do pomylenia objawu choroby z grzechem. W przypadku ludzkich działań, oprócz aspektu ludzkiego, ważne jest także podkreślenie aspektu nadprzyrodzonego. Istnieje relacja pomiędzy życiem psychicznym a świętością, do której wszyscy są powołani, nie wyłączając chorych[179].

Olejnik odnosi się do chorych cierpiących na zaburzenia afektywne dwubiegunowe, czyli zaburzenie, w którym występują okresy podwyższonego nastroju zwane manią oraz stany depresyjne. W okresach manii u osób tych wzmożony nastrój zmniejsza odpowiedzialność za akty agresji, nieopanowania, bluźnierstwa, złorzeczenia oraz lekkomyślne

---

[176] Por. E. Cófreces Merino, R. García de Haro, *Teologia moralna fundamentalna*, Kraków 2004, s. 197–198.

[177] Por. S. Olejnik, *W kręgu moralności chrześcijańskiej*, dz. cyt., s. 70.

[178] H. Bless, *Zarys psychiatrii duszpasterskiej*, Warszawa 1980, s. 74–79.

[179] Por. C. Casalone, *Depression, références morales subjectives et objectives. Réflexion de théologie morale*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 223–224.

decyzje dotyczące rozporządzania dobrami materialnymi. W odniesieniu do stanów depresyjnych, gdy mamy do czynienia z przygnębieniem, ociężałością i niechęcią do działania, wówczas do pozytywnie wykonywanych działań można stosować miarę pełnej odpowiedzialności. Natomiast zaniedbania, czyli działania, które nie są wykonane, należy oceniać łagodnie. Autor zwraca również uwagę na zmiany nastroju występujące u kobiet w okresie menstruacji, ciąży i po urodzeniu dziecka oraz w okresie klimakterium. Stany te mogą być również uznane za stany zmniejszonej odpowiedzialności[180]. Natomiast Kheriaty i Cihack twierdzą, że depresja wpływa na całego człowieka, jego postrzeganie, myślenie, uczucia, wolę i działanie, zatem ten patologiczny stan może złagodzić moralną winę ludzkiego postępowania. Objawy występujące w zaburzeniach depresyjnych zwykle krępują wolne działanie człowieka, przez co zmniejszają jego odpowiedzialność moralną[181].

Bywa, że osobom będącym w depresji, bądź one same nieświadome swojego stanu przypisują sobie różne grzechy. Jednym z nich może być grzech lenistwa. Zdaniem A. Zwolińskiego, lenistwo rozumiane jest jako ciągłe unikanie jakiegokolwiek wysiłku, zarówno fizycznego, jak i duchowo-intelektualnego oraz moralnego[182]. Lenistwo może wyrażać się poprzez opieszałość, czyli powolne i niedbałe wykonywanie obowiązków, opóźnianie działań i odkładanie ich na później, jak również przez unikanie pracy i niepodejmowane jakiegokolwiek wysiłku. Może ono także odnosić się do sfery duchowo-religijnej i polega na skracaniu, opuszczaniu oraz niedbałym podejmowaniu praktyk religijnych oraz ćwiczeń duchowych[183]. Zdaniem Cófrecesa Merino i Garcíi de Haro, człowiek leniwy ucieka przed pracą oraz obowiązkami wobec Boga i ludzi, zwłaszcza tymi, którym trudno sprostać, ponieważ nie sprzyjają one wygodnemu życiu i wymagają poświęceń. Lenistwo samo w sobie jest grzechem i może prowadzić do wielu innych wad i grzechów, jak również zaniedbywania obowiązków rodzinnych, zawodowych czy

---

[180] Por. S. Olejnik, *W kręgu moralności chrześcijańskiej*, dz. cyt., s. 99.

[181] Por. A. Kheriaty, J. Cihak, *Katolicki przewodnik po depresji,* dz. cyt., 2013, s. 131–134.

[182] Por. A. Zwoliński, *Siedem grzechów głównych. Lenistwo*, Radom 2008, s. 9.

[183] Tamże, s. 9–10.

apostolskich. W walce z lenistwem pomóc może gorliwość i pracowitość. Pomocne może być także pilne wypełnianie swoich obowiązków oraz dobrych uczynków[184].

Bardzo często osoby będące depresji skarżą się na poczucie braku siły i energii, które ograniczają ich aktywność. Bywa, że sami postrzegają się jako osoby leniwe, niezdolne do jakiejkolwiek pracy albo są uważane za leniwe przez osoby postronne. Zdaniem Święcickiego, niektórzy, a zwłaszcza rodzina, przypisują bliskiej osobie cierpiącej z powodu depresji wiele niedoskonałości. Jako że osoby te mają problemy z wykonywaniem nieraz najprostszych czynności oraz zwykle przesypiają znaczną część dnia, toteż najczęściej zarzuca się im lenistwo. Zwykle dzieje się tak, ponieważ rodzina nie ma świadomości, że trudności, jakie towarzyszą wykonywaniu codziennych czynności, są typowym objawem depresji. Zachowanie osoby chorej na depresję nie ma nic wspólnego z lenistwem, a samo lenistwo nie może być rozpatrywane z medycznego punktu widzenia, gdyż pojęcie to nie mieści się w granicach psychopatologii [185].

Również z teologicznego punktu widzenia przypisywanie chorym na depresję grzechu lenistwa jest nieuzasadnione. Błąd ten może pojawić się w codziennych relacjach z innymi i zwykle wynika on z ludzkiej ignorancji oraz braku zrozumienia. Zdaniem Zwolińskiego, lenistwo może wynikać ze stanu zdrowia, jednak głównie jest ono powiązane z ludzką wolą[186]. Zatem wystarczy postanowienie zmiany oraz podjęcie się pracy i wysiłku, aby nad nim zapanować. Zaś u osób będących w depresji przyczyną braku aktywności jest choroba, której człowiek sam, wysiłkiem własnej woli, nie zawsze jest w stanie pokonać.

Kolejnym problemem związanym ze stanem depresji są dylematy moralne dotyczące odczuwanych uczuć i emocji. U osób będących w depresji uczucia te są przeżywane bardzo intensywnie, zwłaszcza smutek, oraz mogą dominować nad innymi emocjami. Należy rozstrzygnąć, czy uczucia i emocje u osób z depresją mają charakter moralny.

---

[184] Por. E. Cófreces Merino, R. García de Haro, *Teologia moralna fundamentalna*, dz. cyt., s. 531–532.

[185] Por. Ł. Święcicki, *Depresje – definicja, klasyfikacja, przyczyny*, art. cyt., s. 154.

[186] Por. A. Zwoliński, *Siedem grzechów głównych. Lenistwo*, dz. cyt., s. 9.

Problem ten jest podejmowany przez teologów, ponieważ ludzkie uczucia mają wpływ na człowieka, jego decyzje i działania. Według Katechizmu Kościoła katolickiego, uczucia są „naturalnymi składnikami psychiki ludzkiej, stanowią obszar przejściowy i zapewniają więź między życiem zmysłowym a życiem ducha"[187]. Uczucia i emocje mogą również podlegać ocenie moralnej. Katechizm stwierdza, że „uczucia same w sobie nie są ani dobre, ani złe. Nabierają one wartości moralnej w takiej mierze, w jakiej zależą od rozumu i woli (…). Uczucia są moralnie dobre, gdy przyczyniają się do dobrego działania; w przeciwnym razie są moralnie złe (…). Emocje i doznania mogą być przekształcone w cnoty lub zniekształcone w wady (…)"[188].

W myśli teologicznej, jak twierdzą Kheriaty i Cihak, istnieje ścisły związek pomiędzy życiem emocjonalnym a życiem moralnym. Samo doświadczanie emocji nie jest grzechem, gdyż emocje same w sobie są moralnie obojętne. Znaczenie moralne ma zatem to, co człowiek uczyni ze swoimi emocjami, czy jego reakcje na uczucia są okazją do właściwego postępowania i utrwalania go poprzez cnoty, czy też skłonią go do złych działań, które mogą przekształcić się w wady[189]. Potwierdzają to inni teolodzy. Zdaniem Cófrecesa Merino i Garcíi de Haro, uczucia, które mają wpływ na wolne i świadome działanie człowieka, nazywane są uczuciami nieuporządkowanymi, ponieważ nie służą człowiekowi, mogą ograniczać jego wolne działanie, a w skrajnych przypadkach mogą zniewolić człowieka. Wpływ uczuć i emocji może być jednak różny i zależy od ich natężenia oraz śladów, jakie pozostawiają w ludzkiej psychice. Gdy uczucia i emocje całkowicie, w sposób wcześniej niezamierzony, krępują wolność i przysłaniają świadomość człowieka, to wówczas działania podjęte pod ich wpływem nie podlegają ocenie moralnej[190].

Jednymi z uczuć są smutek i przygnębienie, które są reakcją spowodowaną obecnością zła lub brakiem dobra. Należy jednak rozróżnić naturalny smutek, który pojawia się niezależnie od woli człowieka, od

---

187 Katechizm Kościoła katolickiego, nr 1764.

188 Tamże, nr 1763–1764. 1767–1769.

189 Por. A. Kheriaty, J. Cihak, *Katolicki przewodnik po depresji,* dz. cyt., s. 132.

190 Por. E. Cófreces Merino, R. García de Haro, *Teologia moralna fundamentalna*, dz. cyt., s. 181–182.

stanu psychicznego (reakcji związanej ze smutkiem). Wartość moralna uczucia smutku jest związana z miłością i reakcją woli. Istnieje więc smutek dobry, który jest reakcją na istnienie zła i grzechu, oraz smutek zły wynikający z egoizmu i nieuporządkowanej miłości własnej. Można zatem mówić o smutku uporządkowanym, który prowadzi do odrzucenia zła i nawrócenia, oraz o smutku nieuporządkowanym, który zmierza do zdominowania działań człowieka i zawładnięcia jego osoby[191].

Wnioski te można odnieść do ludzi, którzy są w depresji. Ich stany uczuciowe i emocjonalne nie powinny podlegać ocenie moralnej, ponieważ, tak jak u osób zdrowych, są one od nich niezależne i obojętne moralnie. Uczucia te zwykle są intensywne, mają charakter patologiczny i mogą mieć wpływ na wolne i świadome działanie. Zatem można mniemać, że czyny, które podejmowane są pod wpływem tych uczuć, nie zawsze podlegają ocenie moralnej. Zdaniem Kheriaty i Cihak'a, moralny aspekt mogą mieć również te czyny i działania, które dążą do odzyskania zdrowia i są podejmowane w celu pokonania choroby. Jeżeli człowiek z depresją, pomimo cierpienia i braku siły, zmobilizuje się do leczenia, to walka ta w ocenie moralnej jest dobrem oraz może być okazją do praktykowania cnót. Natomiast poddawanie się depresyjnemu smutkowi i depresyjnym myślom, jak również ucieczka w alkohol czy narkotyki, są krzywdzeniem siebie i innych. Trwanie w stanie depresji, bez szukania pomocy, może być od strony moralnej oceniane jako działanie złe[192]. Powstrzymywanie się od leczenia może być działaniem wymierzonym przeciwko sobie, przeciw innym oraz przeciwko wartości, jaką jest ludzkie zdrowie, a nawet życie. Jednak należy mieć również na uwadze to, że osobom z ciężką depresją zwykle brakuje sił fizycznych i psychicznych, aby wziąć odpowiedzialność za własne zdrowie, stąd nie zawsze ocena moralna działań osób cierpiących psychicznie bywa słuszna.

Kolejny problem moralny dotyczy samobójstwa, czyli czynu, w którym człowiek sam odbiera sobie życie. Wiele osób pogrążonych w depresji miewa myśli i skłonności samobójcze, stąd według specjalistów

---

[191] Tamże.

[192] Por. A. Kheriaty, J. Cihak, *Katolicki przewodnik po depresji,* dz. cyt.

depresja może wiązać się ze znacznym ryzykiem samobójstwa. Zdaniem I. Mochnackiej, skuteczną próbę samobójczą podejmuje około 15–25% chorych na depresję (z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym, z depresją nawracającą oraz z depresją w chorobach mózgu)[193]. W związku z tym pojawia się problem odpowiedzialności moralnej u osób, które, będąc w depresji, odbierają sobie życie.

W opinii Zwolińskiego samobójstwo to „akt świadomego i celowego działania, o charakterze gwałtownym (np. przez powieszenie się) lub stopniowym (np. przez zagłodzenie), które prowadzi do śmierci biologicznej"[194]. Jest ono zjawiskiem złożonym, na które wpływa wiele czynników biologicznych, społecznych i psychologicznych. Zwykle przyczyny samobójstwa oraz problemy tych, którzy go dokonują, pozostają nieznane[195]. Również nauczanie Kościoła zwraca uwagę na problem śmierci samobójczej. Jak twierdzi Katechizm Kościoła katolickiego: „Samobójstwo zaprzecza naturalnemu dążeniu istoty ludzkiej do zachowania i przedłużenia swojego życia. Pozostaje ono w głębokiej sprzeczności z należytą miłością siebie. Jest także zniewagą miłości bliźniego, ponieważ w sposób nieuzasadniony zrywa więzi solidarności ze społecznością rodzinną, narodową, ludzką, wobec których mamy zobowiązania. Samobójstwo sprzeciwia się miłości Boga żywego"[196]. Również papież Jan Paweł II w encyklice *Evangelium vitae* uznaje samobójstwo za czyn moralnie niedopuszczalny[197].

Zdaniem Kheraity i Cihack'a, podstawą takiego stanowiska jest uznanie nadrzędnej roli Boga w dysponowaniu ludzkim życiem oraz przyjęcie życia, rozumności i wolności jako Jego daru. Dysponowanie

---

[193] Por. I. Mochnacka, *Samobójstwo – teorie etiologiczne, ocena ryzyka, zasady postępowania i prewencji*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 5 (2005) nr 1, s. 53.

[194] A. Zwoliński, *Samobójstwo jako problem osobisty i publiczny*, Kraków 2013, s. 10.

[195] Por. tamże, s. 9–10.

[196] Katechizm Kościoła katolickiego, nr 2281.

[197] Jan Paweł II stwierdza, że „samobójstwo z obiektywnego punktu widzenia jest aktem głęboko niemoralnym, ponieważ oznacza odrzucenie miłości do samego siebie i uchylenie się od obowiązku wobec sprawiedliwości i miłości wobec bliźniego, wobec różnych wspólnot, do których się należy i wobec społeczeństwa jako całości. W swej najgłębszej istocie jest ono odrzuceniem absolutnej władzy Boga nad życiem i śmiercią (…)". Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, nr 66.

własnym życiem według własnych zasad jest więc błędem i brakiem odpowiedzialności. Na mocy wiary istnieje przekonanie, że człowiek został stworzony przez Boga oraz posiada naturalną skłonność do zachowania i przedłużania życia. Samobójstwo zaś w sprzeciwia się miłości Boga, miłości samego siebie oraz miłości bliźniego, ponieważ nawet w cierpieniu człowiek ma obowiązek zachować życie dla siebie oraz dla innych. Zatem samobójstwo, które jest dokonane przy pełnej świadomości i akceptacji woli, jest czynem niemoralnym[198].

Jednakże stanowisko Kościoła dopuszcza w tej kwestii uwzględnienie czynników, które zmniejszają odpowiedzialność za ten czyn. Katechizm Kościoła katolickiego stwierdza, że: „Ciężkie zaburzenia psychiczne, strach lub poważna obawa przed próbą, cierpieniem lub torturami mogą zmniejszyć odpowiedzialność samobójcy"[199]. Jednocześnie daje nadzieję w kontekście eschatologicznym: „Nie powinno się tracić nadziei dotyczącej wiecznego zbawienia osób, które odebrały sobie życie. Bóg, w sobie wiadomy sposób, może dać im możliwość zbawiennego żalu. Kościół modli się za ludzi, którzy odebrali sobie życie"[200]. Podobnie wypowiada się Jan Paweł II, mówiąc o uwarunkowaniach ograniczających, a nawet znoszących odpowiedzialność moralną. Według Jana Pawła II „(…) określone uwarunkowania psychologiczne, kulturowe i społeczne mogą skłonić do popełnienia czynu tak radykalnie sprzecznego z wrodzoną skłonnością każdego człowieka do zachowania życia, łagodząc lub eliminując odpowiedzialność subiektywną (…)"[201]. Zdaniem Kheraity i Cihack'a, mimo że nauczanie Kościoła jednoznacznie uznaje czyny samobójcze za wykroczenia moralne, to jednak stwierdza się, iż ciężkie zaburzenia psychiczne, do których należą również stany ciężkiej depresji, mogą ograniczać odpowiedzialność za popełnienie samobójstwa. Jak już wiadomo, psychiczny stan depresji jest związany z dużym ryzykiem samobójstwa. W tym stanie świadomość i wolność człowieka mogą być częściowo lub całkowicie wyłączone, co zmniejsza albo zupełnie eliminuje zdolność

---

198 Por. A. Kheriaty, J. Cihak, *Katolicki przewodnik po depresji*, dz. cyt., s. 162–165.
199 Katechizm Kościoła katolickiego, nr 2282.
200 Tamże, nr 2283.
201 Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, nr 66.

do dokonania racjonalnych i wolnych wyborów. Obiektywnie samobójstwo pozostaje czynem niemoralnym, ale w przypadku zaburzeń psychicznych odpowiedzialność za ten czym może być zredukowana, a nawet całkowicie zniesiona[202].

Ponadto człowiek będący w depresji, zdaniem lekarzy, może być pod wpływem negatywnych myśli związanych nie tylko ze śmiercią i samobójstwem, ale również z pesymistyczną wizją przyszłości. Myśli te są myślami patologicznymi i on sam, bez pomocy innych, nie jest w stanie się od nich uwolnić. Jeżeli mają one charakter uporczywy i nawracający, to mogą stanowić poważne zagrożenie dla życia. Ponadto ryzyko samobójstwa u osób z depresją może być związane z poczuciem winy, beznadziejności, lękiem oraz niepokojem[203]. Z drugiej strony, zdaniem Pużyńskiego, motywy podjęcia samobójstwa u osób z depresją mogą być złożone i nie zawsze są związane z chorobą. Decyzja ta może być również podjęta na skutek sytuacji, w której się znajdują, i w związku z realnymi problemami, których nie potrafią rozwiązać[204]. Zatem ocena moralna tego czynu powinna uwzględnić istnienie uporczywych myśli samobójczych oraz innych, często nieznanych, motywów.

Z problemem depresji może być również związany problem eutanazji. W nauczaniu Kościoła katolickiego eutanazja jest określana jako „czyn lub zaniedbanie, które ze swej natury lub w intencji działającego powoduje śmierć w celu uniknięcia wszelkiego cierpienia"[205]. Zdaniem teologów, eutanazja może mieć charakter zabójstwa oraz samobójstwa, które może być podjęte przez osobę chorą samodzielnie albo przy pomocy innych. O eutanazji samobójczej można mówić wówczas, gdy osoba nieuleczalnie chora sama sobie zadaje śmierć, aby skrócić cierpienia związane z nieuleczalną chorobą oraz pod wpływem zwątpienia w możliwość ich znoszenia. Czyn ten może być również wspomagany

---

[202] Por. A. Kheriaty, J. Cihak, *Katolicki przewodnik po depresji,* dz. cyt., s. 165.

[203] Por. W. Datka, M. Siwek, *Najgorsze rozwiązanie. Problematyka samobójstw*, [w:] *Depresja. Wiedzieć aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 154.

[204] Por. S. Pużyński, *Samobójstwa i depresje*, [w:] *Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego: zbiór materiałów szkoleniowych*, red. S. Pużyński, Warszawa 2000, s. 95.

[205] Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, nr 65.

medycznie. Wówczas lekarz, na prośbę chorego, dostarcza choremu truciznę oraz mówi mu, jak ją skutecznie zaaplikować[206].

Problem eutanazji to nie tylko problem teologów, ale również lekarzy, między innymi lekarzy psychiatrów oraz lekarzy i personelu pracującego w opiece długoterminowej i paliatywnej, zajmującej się osobami przewlekle i terminalnie chorymi. Istnieją sytuacje, w których osoba cierpiąca na depresję żąda od swojego lekarza, by ten podał jej środki farmakologiczne, które doprowadzą ją do śmierci. Współcześnie w wielu krajach na świecie, takich jak Japonia, Holandia czy Belgia, eutanazja jest procederem legalnym. Jednocześnie coraz bardziej poszerza się zakres wskazań do jej wykonania, głównie w ramach tak zwanego samobójstwa wspomaganego. Prawo niego mogą mieć między innymi osoby z problemami psychicznymi, w tym osoby z depresją[207].

Proceder ten i argumenty jego zwolenników zwykle stoją w sprzeczności z obecnym stanem wiedzy na temat zaburzeń depresyjnych. Zdaniem Pużyńskiego, decyzje osób domagających się eutanazji często wynikają ze szczególnego stanu emocjonalnego, jakim jest depresja. Ważną rolę może również odegrać brak wsparcia czy osamotnienie. Niekiedy trudno jest rozstrzygnąć, czy decyzja ta jest w pełni świadoma i racjonalna, czy też jest ona przejawem zaburzeń depresyjnych. Ponadto depresja nie jest chorobą nieuleczalną, a zniechęcenie do życia oraz pragnienie śmierci nie są czymś trwałym i zwykle przemijają. Zatem z etycznego punktu widzenia trudno jest uzasadnić eutanazję u osób będących w depresji[208].

Problem eutanazji dotyczy również osób przewlekle oraz terminalnie chorych, u których często dodatkowo stwierdza się depresję. Według J. Iwaszczyszyna, obecność bólu i cierpienia oraz brak należytego

---

[206] Por. A. Zwoliński, *Samobójstwo jako problem osobisty i publiczny*, dz. cyt., s. 207–208.

[207] Na przykład w Holandii przed sądem został uniewinniony lekarz, który po zasięgnięciu opinii lekarza psychiatry dokonał eutanazji wobec osoby cierpiącej na uporczywą depresję. Osoba ta popadła w depresję po śmierci syna. Por. S. Pużyński, *Etyka badań naukowych w psychiatrii*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, t. 3, Wrocław 2012, s. 468.

[208] Por. S. Pużyński, *Etyka badań naukowych w psychiatrii,* art. cyt., s. 467–469.

szacunku i miłości mogą mieć poważne następstwa i wywołać prośbę o eutanazję lub wspomagane samobójstwo. Jednak z doświadczenia lekarskiego wynika, że tego typu reakcje mogą się zmienić, gdy osobom będącym w stanie terminalnym zostaną przywrócone należne im prawa oraz gdy spotkają się z życzliwością i empatią. Wówczas osoby te chcą żyć nadal, pomimo dolegliwości związanych z chorobą oraz poczuciem nieuchronnie zbliżającej się śmierci. Zwykle postulaty zwolenników legalizacji eutanazji stoją w sprzeczności z działaniami terapeutycznymi medycyny paliatywnej, która obecnie może skutecznie zwalczać ból oraz inne objawy choroby, z powodu których chory żąda eutanazji. W zakres tych działań wchodzi również rozpoznawanie depresji[209].

Nauczanie Kościoła w odniesieniu do eutanazji nie zgadza się na wszelkie jej formy. Według Katechizmu Kościoła katolickiego, eutanazja polegająca na odebraniu życia osobom upośledzonym, chorym czy umierającym jest moralnie niedopuszczalna, bez względu na jej motywy i środki[210]. Zaś Jan Paweł II w encyklice *Evangelim vitae* twierdzi, że współcześnie cierpienie jest traktowane jako nieznośny ciężar, od którego trzeba się uwolnić. W przypadku gdy ludzkie życie zostaje uznane za pozbawione sensu, bo jest pogrążone w bólu, to wówczas śmierć staje się wyzwoleniem. Ponadto człowiek niejednokrotnie domaga się, aby społeczeństwo zapewniło mu możliwość decydowania o własnym życiu zgodnie z subiektywnym prawem moralnym. Stąd też pojawia się pokusa eutanazji, która jest godna potępienia[211]. Zdaniem teologów, odbieranie życia człowiekowi, bez względu na stan zdrowia fizycznego czy psychicznego, jest uzurpowaniem sobie prawa, które należy się Bogu, jest przeciwne świętości życia oraz sprzeciwia się piątemu przykazaniu *nie zabijaj*. Również lekarz nie powinien się kierować oceną dotyczącą jakości życia osoby, ale jest zobowiązany zrobić wszystko, aby utrzymać życie nawet wtedy, gdy nie będzie szans na pełne wyzdrowienie[212].

---

[209] Por. J. Iwaszczyszyn, *Filozofia spotkania i dialogu w medycynie paliatywnej*, Kraków 2012, s. 21. 54.

[210] Katechizm Kościoła katolickiego, nr 2277.

[211] Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, nr 64–67.

[212] Por. A. Zwoliński, *Samobójstwo jako problem osobisty i publiczny*, dz. cyt., s. 223.

Zdaniem lekarzy, eutanazja, której szczególną formą jest samobójstwo wspomagane, wynika przede wszystkim z kryzysu współczesnej medycyny, w której, pomimo wielu osiągnięć i postępu w wielu jej dziedzinach, zaniedbuje się rozwój medycyny paliatywnej oraz systemu, w którym wspiera się osoby nieuleczalnie i terminalnie chore. Eutanazji sprzyjają również wysokie koszty leczenia. Ponadto jest ona również przejawem kryzysu rodziny, dla której opieka nad osobą przewlekle chorą bywa zbyt wielkim obciążeniem. Praktykowanie eutanazji jest też sprzeczne z zasadami etyki lekarskiej i narusza ono podstawowe zasady, jakimi kierują się lekarze w swoim postępowaniu, między innymi narusza zasadę ochrony życia bądź zasadę zaufania w relacji lekarz – pacjent. Lekarz, a zwłaszcza lekarz psychiatra, powinien więc odmówić udziału w jakichkolwiek działanich prowadzących do uśmiercania chorych[213].

Można więc stwierdzić, że psychiczny stan depresji charakteryzuje nie tylko dominujący smutek, ale również inne objawy natury psychicznej czy somatycznej. Spektrum doświadczanych emocji i przeżyć może mieć również charakter indywidualny, dlatego też wyróżnia się wiele postaci tego zaburzenia. Podobne przeżycia mogą także występować w innych stanach psychicznych i duchowych, przez co bywają utożsamiane z depresją. Pewne cechy depresji, takie jak smutek czy przygnębienie, znajdują się w opisach przeżyć zawartych w Piśmie Świętym, zwłaszcza w Księdze Hioba. Istotne może okazać się również wyjaśnienie ważnych kwestii natury teologicznomoralnej. Ich rozstrzygnięcie pozwala lepiej zrozumieć osobę będącą w depresji, naturę jej problemów i jej przeżycia. Ma to znaczenie dla spowiedników dla oceny moralnej działań w trakcie sprawowania sakramentu pokuty. Może być również znaczące dla samych chorych oraz ich bliskich w zrozumieniu objawów tej choroby, jaką jest depresja, i związanych z nią problemów natury moralnej.

---

[213] Por. S. Pużyński, *Etyka badań naukowych w psychiatrii,* art. cyt., s. 469.

2. Przyczyny depresji

Każdy problem zdrowotny ma swoją przyczynę, a jej badaniem zajmuje się nauka zwana etiologią[1]. Również na występowanie zaburzeń depresyjnych wpływ mają różnego rodzaju czynniki. W odniesieniu do depresji mówi się o współwystępowaniu wielu przyczyn, czyli jednoczesnym działaniu kilku różnorodnych czynników. Do najważniejszych należą przyczyny natury biologicznej, psychologicznej i społeczno-środowiskowej. Wśród przyczyn natury biologicznej wyróżnia się między innymi czynniki genetyczne, zaburzenia równowagi chemicznej w ośrodkowym układzie nerwowym oraz w funkcjonowaniu układu hormonalnego. Oprócz czynników biologicznych ważną rolę mogą pełnić czynniki natury psychologicznej, na przykład nabyte cechy osobowości oraz sposoby myślenia (tak zwane schematy poznawcze), trudne doświadczenia życiowe oraz sytuacje stresowe, mające miejsce w dzieciństwie lub w życiu dorosłym. Natomiast do przyczyn środowiskowych zalicza się długotrwałe trudności i problemy w rodzinie, w szkole czy w miejscu pracy. Oprócz wymienionych czynników, udział w powstawaniu depresji mogą mieć również czynniki religijno-moralne, które zwykle są związane z niewłaściwą religijnością

[1] Etologia to „nauka o przyczynach chorób i czynnikach chorobotwórczych. Przyczyną choroby może być niedobór lub nadmiar jakiegoś niezbędnego czynnika (…) albo działanie na ustrój określonych czynników zwanych chorobotwórczymi (…). Poznanie przyczyny choroby ma istotne znaczenie, pozwala bowiem na właściwe jej leczenie". Por. *Etiologia*, [w:] *Mała Encyklopedia Medycyny*, t. 1, red. T. Rożniatowski, Warszawa 1989, s. 299.

i grzechem osobistym, a także inne przyczyny, takie jak uzależnienia, choroby czy niedobory składników mineralnych w diecie.

1. Czynniki biologiczne

Zdaniem lekarzy, ważną rolę w powstawaniu depresji odgrywają czynniki biologiczne. Świadczy o tym fakt, że w wielu przypadkach u osób chorujących na depresję obserwuje się występowanie tego zaburzenia w rodzinie. Ponadto bywa, że objawy depresji pojawiają się samoistnie bez jakiejkolwiek przyczyny zewnętrznej. Kolejną przesłanką, która wskazuje na rolę czynnika biologicznego w powstawaniu depresji, jest ta, że u wielu osób leczenie farmakologiczne okazuje się skuteczne. Poza tym możliwe do przeprowadzenia badania medyczne niejednokrotnie wskazują na zmiany biologiczne, które zachodzą w mózgu osób cierpiących na depresję[2]. Wśród czynników biologicznych przyczyniających się do powstania depresji, wymienia się czynniki genetyczne, zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego związane z funkcjonowaniem substancji chemicznych zwanych neuroprzekaźnikami, a także powiązane z nimi zaburzenia hormonalne.

Depresja może pojawić się między innymi w wyniku oddziaływania czynników natury genetycznej zwanych *predyspozycją genetyczną*. Świadczy o tym fakt, że osoby cierpiące na depresję mogą mieć w bliższej lub w dalszej rodzinie rodziców, rodzeństwo bądź innych krewnych, którzy chorowali lub chorują na ten typ zaburzenia psychicznego[3]. Potwierdzają to wyniki badań genetycznych, takich jak badania rodzin, bliźniąt i dzieci adoptowanych. Wynika z nich, że istnieje ryzyko zachorowania na depresję nawracającą i depresję występującą ze stanami maniakalnymi, jeśli stwierdzono te typy depresji u któregoś z członków rodziny. Ponadto ryzyko wzrasta wraz ze stopniem

---

[2] Por. S. Pużyński, J. Rybakowski, *Neurobiologia zaburzeń psychicznych,* [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 150.

[3] Por. J. Rybakowski, *Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej*, Poznań 2002, s. 44.

pokrewieństwa. Jest ono wysokie w przypadku, gdy biologiczni rodzice cierpieli na depresję lub gdy choruje na nią jedno z bliźniąt[4].

D. Dudek i A. Wróbel podają, że ryzyko wystąpienia depresji u dzieci, których jeden z rodziców cierpi na zaburzenie afektywne dwubiegunowe, czyli stan depresji występujący na przemian z podwyższonym nastrojem, wynosi 25%, a gdy oboje rodziców choruje na ten typ zaburzenia, to ryzyko zachorowania dziecka wynosi 50%–70%. W przypadku depresji nawracającej, na którą cierpi rodzic, ryzyko wystąpienia tej choroby u dziecka szacuje się na poziomie 10%–13%. Natomiast gdy na depresję choruje jedno z bliźniąt pochodzące z ciąży jednojajowej, to prawdopodobieństwo wystąpienia depresji u drugiego bliźniaka wynosi 65%. Zaś u bliźniąt pochodzących z ciąży dwujajowej wskaźnik ten wynosi 14%[5].

Jednakże specjaliści podkreślają, że w odniesieniu do czynników genetycznych nie mówi się o dziedziczeniu depresji, lecz o dziedziczeniu predyspozycji (skłonności) do depresji. To oznacza, że osoby z genetyczną skłonnością do depresji mogą, ale nie muszą zachorować. Według Święcickiego, podatność na depresję jest potencjalną podatnością, ukrytym stanem ryzyka, który ujawnia się dopiero w określonych warunkach, na przykład w sytuacjach będących źródłem stresu[6]. Mimo że wykazano rolę czynnika genetycznego w powstawaniu depresji, to nadal nie wiadomo, w jaki sposób przebiega proces dziedziczenia. Prawdopodobnie w tym procesie udział bierze kilka genów. Przyczyny genetyczne mają więc istotne, ale nie wyłączne znaczenie, i przy udziale innych czynników mogą doprowadzić do rozwoju choroby[7].

Kolejna biologiczna przyczyna depresji wynika z zaburzeń w funkcjonowaniu substancji chemicznych zwanych *neuroprzekaźnikami* czy neurotransmiterami. O ich znaczeniu świadczy fakt, że w wielu przypadkach u osób cierpiących na depresję następuje znaczna

---

[4] Por. G. S. Mahli, P. K. Bridges, *Postępowanie w depresji*, Wrocław 2001, s. 35–36; por. K. Kramlinger, *Co radzi lekarz. Depresja*, Warszawa 2006, s. 34.

[5] Por. D. Dudek, A. Wróbel, *Biologiczne podłoże depresji*, [w:] *Depresja. Wiedzieć aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 109–110.

[6] Por. Ł. Święcicki, *Depresja. Zwykła choroba?*, Wrocław 2010, s. 8–9.

[7] Por. D. Dudek, A. Wróbel, *Biologiczne podłoże depresji,* art. cyt., s. 110.

poprawa, gdy przyjmują one leki wpływające na właściwą regulację neuroprzekaźników[8]. Substancje te odgrywają ważną rolę w procesach biochemicznych, mających miejsce w komórkach nerwowych (neuronach)[9]. Wiadomo, że mózg człowieka jest zbudowany z neuronów, zatem zaburzenia w funkcjonowaniu komórek nerwowych powodują zmiany w wielu obszarach ludzkiego mózgu i wywołują objawy depresji. Przyjmuje się, że najważniejszymi substancjami chemicznymi, których niewłaściwe funkcjonowanie może przyczynić się do depresji, są *serotonina*, *noradrenalina* i *dopamina*. Brak ilościowej równowagi wymienionych neuroprzekaźników powoduje zakłócenia w funkcjonowaniu komórek nerwowych, a to z kolei uwidacznia się w wielu objawach charakterystycznych dla depresji[10]. Oprócz serotoniny, noradrenaliny czy dopaminy, klinicyści wskazują na udział w powstawaniu depresji innych neuroprzekaźników, takich jak aminokwas zwany GABA, substancja zwana P, substancji chemicznych zwanych neuropeptydami, do których należą endorfiny, czy niewłaściwie funkcjonujące receptory komórek nerwowych[11].

Kolejnym biologicznym czynnikiem, który może mieć udział w powstawaniu depresji, są zaburzenia w funkcjonowaniu *układu hormonalnego*[12] i związane z tym układem gruczoły wydzielające hormony.

---

[8] Por. S. Pużyński, J. Rybakowski, *Neurobiologia zaburzeń psychicznych,* art. cyt., s. 151–152.

[9] Podstawową rolą neuroprzekaźników jest uczestniczenie w przekazywaniu informacji między komórkami nerwowymi. Aby informacja dotarła z jednej komórki do drugiej, musi przedostać się przez szczelinę synaptyczną (przerwę znajdującą się między neuronami) za pomocą neuroprzekaźnika, wytwarzanego przez część komórki zwanej aksonem. Neuroprzekaźniki, przechodząc przez szczelinę synaptyczną, dostają się do komórki następnego neuronu i łączą się z białkiem zwanym receptorem znajdującym się w błonie komórkowej. Pozostają tam one do czasu, gdy kolejny neuron odczyta informację i prześle ją dalej. Po wykonaniu swojej funkcji, neuroprzekaźniki wypadają z receptora i zostają usunięte lub ponownie wchłonięte do neuronu. Por. D. Dudek, A. Wróbel, *Biologiczne podłoże depresji*, art. cyt., s. 110–111; por. American Medical Association, *Depresja. Zwięzły poradnik*, dz. cyt., s. 67–69.

[10] Por. H. Lôo, T. Gallarda, *Depresja*, Katowice 1999, s. 53–57.

[11] Por. American Medical Association, *Depresja. Zwięzły poradnik*, Warszawa 2002, s. 71–72.

[12] Układ hormonalny składa się z gruczołów, które wytwarzają i uwalniają do krwi substancje chemiczne zwane hormonami. Hormony wraz z krwią wędrują do różnych

Bywa, że u osób cierpiących na depresję lekarze stwierdzają odbiegające od normy stężenia różnych hormonów[13]. Ponadto uważają oni, że istotne znaczenie w powstawaniu depresji mają hormony wytwarzane przez gruczoły *podwzgórza*, *przysadki* i *nadnerczy*[14]. Zaburzenia w funkcjonowaniu tych gruczołów i niewłaściwa ilość wytwarzanych przez nie hormonów w połączeniu z określoną predyspozycją genetyczną oraz stresującymi wydarzeniami mogą u niektórych osób przyczynić się do depresji. Szczególną rolę odgrywa hormon zwany *kortyzolem*, wytwarzany przez korę nadnerczy. Nadmiar tego hormonu wpływa na czynność układu nerwowego i może wywołać depresję. Kluczowe znaczenie może mieć również hormon zwany *kortykolibertyną*, który jest wydzielany przez gruczoł podwzgórza, znajdujący się w mózgu[15].

W literaturze medycznej wymienia się także inne hormony, które mogą mieć udział w powstawaniu depresji. W niektórych chorobach gruczołu tarczycy dochodzi do zaburzeń w wydzielaniu hormonu zwanego *tyroksyną*, co w efekcie, oprócz objawów związanych z chorobą podstawową, może przyczynić się do depresji. Przyczyną zaburzeń depresyjnych mogą być także choroby związane z zaburzeniami w funkcjonowaniu hormonów wyżej wymienianego gruczołu nadnerczy, takie jak choroba Addisona czy zespół Cushinga oraz zaburzenia w funkcjonowaniu przytarczyc. Depresja może być także skutkiem cukrzycy, która jest chorobą wynikającą z niewłaściwej pracy trzustki,

---

części ciała, by wywołać odpowiednie zmiany. Ich funkcją jest regulowanie wielu procesów fizjologicznych, jakie zachodzą w ludzkim organizmie. Por. tamże, s. 74.

[13] Por. R. M. Sapolsky, *Dlaczego zebry nie mają wrzodów? Patofizjologia stresu*, Warszawa 2010, s. 289–290.

[14] Te trzy gruczoły tworzą tzw. oś stresu, zwaną osią przysadkowo-podwzgórzowo-nadnerczową. Gruczoły te aktywują się w czasie działania sytuacji stresowej. Podwzgórze będąc pod wpływem stresu, uwalnia hormon zwany kortykolibertyną, która pobudza przysadkę mózgową do wydzielania hormonu zwanego ACTH. ACTH natomiast powoduje wydzielanie się w nadnerczach hormonów, do których należy m.in. kortyzol. W momencie, gdy stresująca sytuacja ustaje, proces ten zostaje zakończony. Por. D. Dudek, A. Wróbel, *Biologiczne podłoże depresji*, art. cyt., s. 112–113.

[15] Por. K. Twardowska, J. Rybakowski, *Oś limbiczno-podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowa w depresji (przegląd piśmiennictwa)*, „Psychiatria Polska" 30 (1996) nr 5, s. 741–745.

wytwarzającej hormon zwany *insuliną*[16]. Zdaniem specjalistów, wpływ na powstawanie depresji mogą mieć także hormony płciowe. Hormony te, czyli *testosteron* u mężczyzn i *estrogeny* u kobiet, mogą wpływać na centralny układ nerwowy. Działanie hormonów wytwarzanych przez jajniki może przyczynić się do wystąpienia przedmiesiączkowego zaburzenia nastroju, depresji poporodowej czy depresji okresu menopauzy[17]. Wiadomo, że hormony pełnią ważną funkcję w wielu procesach zachodzących w ludzkim organizmie, a także są ściśle powiązane z funkcjami układu nerwowego. Zakłócenia w funkcjonowaniu gruczołów wytwarzających hormony są często skutkiem oddziaływania stresu lub choroby i, według lekarzy, mogą przyczynić się do objawów depresji[18]. Oprócz zaburzeń w pracy gruczołów, przyczyną depresji może być także zwiększona aktywności układu odpornościowego, którą obserwuje się w wielu przewlekłych chorobach. Główną rolę odgrywają w tym przypadku substancje zwane *cytokinami*, które oddziałują na układ nerwowy[19].

Wszystkie omawiane przyczyny biologiczne depresji mają więc związek ze zmianami zachodzącymi w ośrodkowym układzie nerwowym. Zdaniem S. Cervera-Enguix, różne metody badań genetycznych – rodzin, bliźniąt i dzieci adoptowanych, przedstawiają genetyczne podłoże niektórych depresji. Także przy udziale różnych zmian biochemicznych i neuroendokrynologicznych stwierdza się zakłócenia w pracy neuroprzekaźników. Jednak, mimo że szczegółowe mechanizmy biologiczne prowadzące do depresji nadal pozostają niewyjaśnione, to wskazują one na złożony charakter interakcji układu nerwowego i hormonalnego[20].

---

[16] Por. American Medical Association, *Depresja. Zwięzły poradnik*, dz. cyt., s. 107–109.

[17] Por. K. Kramlinger, *Co radzi lekarz. Depresja,* dz. cyt., s. 52–53.

[18] Por. American Medical Association, *Depresja. Zwięzły poradnik*, dz. cyt., s. 74.

[19] Por. R. M. Sapolsky, *Dlaczego zebry nie mają wrzodów? Patofizjologia stresu*, dz. cyt., s. 289.

[20] Por. S. Cerera-Enguix, *La deression, entre le mal-être et la maladie*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 61.

2. Czynniki psychologiczne

Bywa, że u wielu osób depresja rozwija się przy udziale czynników natury psychologicznej. Dotyczy to szczególnie tych przypadków, w których depresja jest reakcją na utratę bliskiej osoby bądź trudną do rozwiązania, stresującą sytuację. Obecność psychologicznych przyczyn depresji potwierdza fakt, że w wielu przypadkach skuteczna okazuje się pomoc psychologa czy terapeuty. W odniesieniu do psychologicznych przyczyn depresji mówi się o czynnikach związanych z pewnymi cechami osobowości, z niewłaściwym myśleniem i poznawaniem świata oraz brakiem umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach.

Psycholodzy podkreślają znaczenie ludzkiej osobowości[21], która może mieć wpływ na powstawanie depresji. Jednocześnie zaznaczają, że nie mówi się o tak zwanym *depresyjnym typie osobowości*, ale o jej cechach, które mogą zwiększać ryzyko pojawienia się depresji. Jednakże, według klinicystów, konkretna cecha osobowości nie może sama w sobie wywołać depresji. Może ona jedynie sprawić, że człowiek posiadający daną cechę jest bardziej na nią narażony[22]. S. Cervera-Enguix wymienia te cechy osobowości, które mogą w niektórych przypadkach przyczynić się do depresji. Są to: neurotyzm, znaczna podatność na stres, niestabilność emocjonalna, nadwrażliwość, zależność od innych, trudności w relacjach z innymi, tendencja do introwersji, niepewność i pesymizm[23]. Inni autorzy zwracają uwagę na

---

[21] Według H. Krzysteczko, *osobowość* to pewien zbiór bardziej lub mniej stałych elementów, które charakteryzuje określona dynamika, podlegająca różnym uwarunkowaniom. Osobowość może podlegać zmianie pod wpływem aktywności samego człowieka oraz wpływów środowiska. Do elementów składowych osobowości zalicza się: popędy i temperament, potrzeby, motywy, postawy, wartości i charakter. Por. H. Krzysteczko, *Osobowość*, [w:] *Psychologia dla teologów*, red. J. Makselon, Kraków 1995, s. 177.

[22] Por. M. Michalska-Leśniewicz, W. Gruszczyński, *Czynniki psychologiczne w depresji*, „Psychiatria" 7 (2010) nr 3, s. 98–99; por. American Medical Association, *Depresja. Zwięzły poradnik*, dz. cyt., s. 99.

[23] Por. S. Cerera-Enguix, *La deression, entre le mal-être et la maladie*, dz. cyt., s. 62.

takie czynniki osobowościowe, jak: perfekcjonizm, wysoka potrzeba osiągnięć, samokrytycyzm czy brak poczucia kontroli[24].

Jedną z cech osobowości, na którą zwracają uwagę specjaliści w związku z depresją, jest *neurotyzm*. Według K. Małyszczaka, osoby neurotyczne to osoby niestabilne emocjonalnie, nerwowe, niepewne siebie, zamartwiające się i narzekające, które cechuje brak poczucia bezpieczeństwa i mała odporność psychiczna. Badania wykazały, że u takich osób istnieje większe ryzyko depresji. Potwierdza to R. T. Mulder, stwierdzając, że neurotyzm jest drugim w kolejności po stresujących wydarzeniach życiowych czynnikiem, który może mieć udział w powstawaniu stanów depresyjnych[25]. Także u osób, zwłaszcza ludzi starszych i kobiet, które cechuje nadmierna psychiczna zależność od innych, istnieje ryzyko wystąpienia depresji. Osoby te mają silną potrzebę wsparcia, opieki i akceptacji, a swoje poczucie własnej wartości uzależniają od tego, co czują i myślą o nich inni[26].

Kolejną cechą osobowości, która może mieć udział w powstawaniu depresji, jest, według V. Edwards, niska samoocena. Osoby z niską samooceną, które nie wierzą w siebie i mają problemy w pokonywaniu trudności życia codziennego, mogą być nią zagrożone. Dotyczy to także osób, które przyjmują *postawę unikającą*, wycofują się z nowych sytuacji, traktują je jako zagrożenie i nie stawiają czoła problemom[27]. Również ludzie, których cechuje *pesymizm*, mogą mieć większą skłonność do depresji w porównaniu do osób o optymistycznym nastawieniu do świata i innych. Pesymiści często obwiniają siebie za przeciwności losu i postrzegają niekorzystne wydarzenia życiowe jako zjawiska trwałe i wszechogarniające[28].

---

[24] Por. M. Michalska-Leśniewicz, W. Gruszczyński, *Czynniki psychologiczne w depresji*, art. cyt., s. 98–99.

[25] Por. K. Małyszczak, *Wpływ neurotyzmu i długotrwałych trudności życiowych w postaci chorób somatycznych na nasilenie objawów depresyjnych i lęku uogólnionego*, Wrocław 2007, s. 15. 26; por. R. T. Mulder, *Depresja a zaburzenia osobowości*, „Medycyna po Dyplomie" 14 (2005) nr 4, s. 72.

[26] Por. M. Michalska-Leśniewicz, W. Gruszczyński, *Czynniki psychologiczne w depresji*, art. cyt., s. 95.

[27] Por. V. Edwards, *Depresja. Jak ją rozpoznać, jak pokonać*, Warszawa 2004, s. 41.

[28] Por. Kramlinger, *Co radzi lekarz. Depresja,* dz. cyt., s. 44.

Predyspozycję do depresji mogą mieć także tak zwani *perfekcjoniści*. Chorobliwe pragnienie doskonałości, jakim jest perfekcjonizm, według wielu badaczy, może mieć związek z depresją. Dotyczy to szczególnie osób, które dążą do ideału, aby zyskać aprobatę innych oraz ludzi żyjących zasadą maksymalizmu i mających wobec siebie wygórowane wymagania[29]. Potwierdzają to duchowni. S. Falvo przyznaje, że perfekcjonizm bywa przyczyną depresji. Perfekcjonista pragnie bowiem wszystko wykonać doskonale, a gdy spotka go porażka, to czuje się przegrany. Ponadto nigdy nie jest zadowolony, nie potrafi dostosować się do nowej sytuacji, krytykuje wszystko i wszystkich[30].

Wielu psychologów podkreśla duże znaczenie, jakie może mieć umiejętność wyrażania swoich emocji, głównie lęku i gniewu. Emocje te, zalegając w ludzkiej psychice, powodują emocjonalne napięcie oraz mogą być również przyczyną obniżonego nastroju[31]. Przyznają to również kapłani. Według Grzywocza, dojrzałe przeżywanie i okazywanie agresji wiąże się z dojrzałą osobowością i zdrowiem psychicznym. Zamykanie tych uczuć w sobie może przyczynić się do depresji i innych problemów emocjonalnych[32].

Do psychologicznych czynników powodujących depresję należą także niektóre przekonania i oczekiwania człowieka. Jednym z nich jest poczucie kontroli osobistej, czyli przekonanie o posiadaniu możliwości wpływu, kontroli nad swoim życiem i nad wydarzeniami z nim związanymi. Osoby, które uznają, że mają wpływ na swoje życie, są bardziej odporne na problemy emocjonalne. Oprócz tego ważną rolę odgrywają tak zwane przekonania egzystencjalne, odnoszące się do przekonań dotyczących sensu własnego istnienia i nadawaniu sensu wydarzeniom życiowym. Brak odpowiedzi na pytania egzystencjalne, które stawia sobie człowiek, może doprowadzić do utraty sensu życia i depresji[33].

---

[29] Por. M. Parzuchowski, *Bolesny ideał*, „Charaktery" (2004) nr 1, s. 47–48.

[30] Por. S. Falvo, *Jak zwyciężyć depresję*, Łódź 2000, s. 48–49.

[31] Por. M. Michalska-Leśniewicz, W. Gruszczyński, *Czynniki psychologiczne w depresji*, art. cyt., s. 96.

[32] Por. K. Grzywocz, *W mroku depresji*, Kraków 2011, s. 44–49.

[33] Por. M. Michalska-Leśniewicz, W. Gruszczyński, *Czynniki psychologiczne w depresji*, art. cyt., s. 97.

Według wielu autorów, depresja może być także reakcją człowieka na przeżycia związane ze stresem pojawiającym się wskutek wydarzeń i sytuacji zarówno negatywnych i traumatycznych (śmierć bliskiej osoby, wypadek czy utrata pracy), jak i uznawanych za pozytywne (zmiana miejsca pracy czy zawarcie związku małżeńskiego). Świadczy o tym fakt, że w niektórych przypadkach depresja jest poprzedzona konkretnym wydarzeniem, mającym najczęściej charakter przypadkowy. Mówi się, że im bardziej traumatyczne i stresujące wydarzenie, to tym większe ryzyko depresji. Jednakże zwraca się uwagę, że nie każda osoba na konkretne trudne wydarzenie odpowie depresją[34]. Potwierdza to K. Kramlinger, według której na przeciwności losu każdy człowiek reaguje indywidualnie. Dla jednych będą one źródłem umocnienia i większej dojrzałości, a u innych mogą przyczynić się do kryzysu psychicznego[35]. Także E. Koszewska i E. Habrat podkreślają, że nie zawsze źródłem stresu są wydarzenia i sytuacje powszechnie uznawane za trudne. Niekiedy przyczyną depresji mogą być na przykład zdarzenia naruszające indywidualny system wartości[36].

W literaturze przedmiotu podkreśla się także wpływ, jaki wywiera długotrwała, trudna sytuacja, będąca źródłem przewlekłego stresu. Ciągłe nierozwiązane problemy, z którymi człowiek próbuje się zmagać, w połączeniu z niekorzystnym wydarzeniem, które nasila już istniejący stres, zwiększają ryzyko wystąpienia depresji. Potwierdza to w swoich badaniach M. Seeligmann, twórca teorii wyuczonej bezradności. Według niego, człowiek, będąc pod wpływem powtarzającego się niekontrolowanego stresu, wynikającego z wielu niekorzystnych sytuacji życiowych, staje się bezradny w radzeniu sobie ze swoimi trudnościami. Sytuacje stresowe mogą mieć wpływ na funkcjonowanie mózgu, na zachowanie i myślenie. W obliczu ciągłego zagrożenia człowiek może odpowiedzieć bezradnością, pesymistycznym myśleniem co do własnych możliwości, a to z kolei może doprowadzić do

---

[34] Por. American Medical Association, *Depresja. Zwięzły poradnik*, dz. cyt., s. 91–93. 96.

[35] Por. K. Kramlinger, *Co radzi lekarz. Depresja*, dz. cyt., s. 34.

[36] Por. E. Habrat, *Wydarzenia życiowe w depresjach typu endogennego a zjawisko lekooporności*, „Psychiatria Polska" 28 (1994) nr 4, s. 467–468.

depresji[37]. Inni zwracają uwagę na *wyczerpanie*, zarówno fizyczne, jak i psychiczne, które może być skutkiem długotrwałej sytuacji stresowej, wymagającej dużej mobilizacji. Wyczerpanie psychiczne może trwać nadal, mimo że trudna sytuacja już dawno minęła, i przyczynić się do depresji[38].

Psycholodzy podkreślają także znaczenie traumatycznych i negatywnych wydarzeń z okresu dzieciństwa. Doświadczenia z dzieciństwa mają wpływ na rozwój dziecka i na umiejętności radzenia sobie z trudnymi doświadczeniami w jego późniejszym życiu[39]. Na związek depresji i niekorzystnych doświadczeń z okresu wczesnego dzieciństwa zwracają uwagę przede wszystkim przedstawiciele psychoanalitycznego nurtu w psychologii, tacy jak M. Klein czy E. Bibring. Zdaniem Klein, negatywna suma doświadczeń dziecka we wczesnym dzieciństwie może przyczynić się do powstania depresyjnego sposobu postrzegania siebie i świata. Natomiast, według koncepcji Bibring'a, niezaspokajanie potrzeb dziecka rodzi w nim poczucie bezradności i depresji[40]. Psychoanalityczne teorie znajdują potwierdzenie w przeprowadzanych badaniach. Wynika z nich, że prawdopodobieństwo zachorowania na depresję wzrasta proporcjonalnie do stopnia ciężkości traumatycznych przeżyć w dzieciństwie[41].

Specjaliści do wydarzeń życiowych zaliczają różnego rodzaju straty. Bywa, że depresja może być reakcją na tego typu doświadczenie. Podręczniki psychiatrii wymieniają rozmaite kategorie strat. Należą do nich między innymi: strata bliskiej osoby w wyniku śmierci lub rozłąki, utrata zdrowia i sprawności fizycznej, utrata poczucia bezpieczeństwa zawodowego i materialnego, utrata prestiżu społecznego czy poczucia własnej wartości[42]. Doświadczenia te mają charakter indywidualny,

---

[37] Por. American Medical Association, *Depresja. Zwięzły poradnik*, dz. cyt., s. 94–95.

[38] Por. I. Koszewska, E. Habrat-Pragłowska, *O depresji, o manii, o nawracających zaburzeniach nastroju*, Warszawa 2003, s. 24.

[39] Por. J. Preston, *Pokonać depresję*, Gdańsk 2003, s. 41.

[40] Podaję za: M. Sariusz-Skąpska, Sz. Rduch, *Psychologiczne podłoże depresji*, art. cyt., s. 116–117.

[41] Por. K. Kramlinger, *Co radzi lekarz. Depresja,* dz. cyt., s. 37.

[42] Por. S. Pużyński, *Choroby afektywne nawracające*, [w:] *Psychiatria. Psychiatria kliniczna*, t. 2, A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, Wrocław 2002, s. 356.

a depresja w tego typu przypadkach może być psychiczną reakcją na stratę i zwykle pojawia się niezależne od woli człowieka.

Depresja może być także skutkiem nabytego w dzieciństwie sposobu poznawania siebie oraz świata. A. Beck, przedstawiciel nurtu psychologii poznawczej, wysunął twierdzenie, że depresja jest spowodowana funkcjonowaniem tak zwanych *schematów poznawczych*, czyli utrwalonych wzorów, które człowiek wykorzystuje do oceny i interpretacji nowych doświadczeń życiowych. Wykorzystywanie tych schematów może utwierdzić człowieka w fałszywym przekonaniu, a przyjęta prawda ma charakter subiektywny i często okazuje się nieadekwatna i niezgodna z faktycznym stanem rzeczy. Innymi słowy, człowiek, który doświadczył w dzieciństwie wielu negatywnych ocen i opinii na swój temat, szczególnie gdy przekazywały je osoby dla niego znaczące (rodzice, nauczyciele), utrwala w sobie specyficzny schemat myślenia i przez pryzmat tego schematu postrzega rzeczywistość. Do utworzenia schematów, które wpływają na postrzeganie, mogą przyczynić się, między innymi, utrata bliskich, powtarzające się negatywne doświadczenia, negatywne oceny innych ludzi, a także wzorce jakich dostarczają rodzice. Według J. Roli, teoria ta opisuje wzorce błędnej interpretacji doświadczeń, a także ma związek z negatywnym, nieadekwatnym i stereotypowym postrzeganiem siebie, świata i przyszłości. W efekcie człowiek postrzega siebie w negatywnym świetle, ma poczucie małej wartości i neguje własne możliwości. W ten sam sposób patrzy na otaczający go świat i widzi tylko negatywne aspekty rzeczywistości. Także z przyszłością nie wiąże sukcesów, co zwykle powoduje poczucie beznadziejności. Taki sposób widzenia siebie i świata może przyczynić się do powstawania depresji[43].

Należy podkreślić, że opisane powyżej przyczyny psychologiczne, wraz z innymi czynnikami, mogą mieć istotne znaczenie w powstawaniu depresji, na co zwraca uwagę wielu psychologów.

---

[43] Por. J. Rola, *Depresja u dzieci*, Kraków 2001, s. 55–57.

3. Czynniki społeczno-środowiskowe

W powstawaniu depresji, oprócz czynników biologicznych i psychologicznych, dużą rolę odgrywają także czynniki społeczno-środowiskowe. Warunki środowiskowe i społeczne, w jakich żyje człowiek, mają istotny wpływ na jego życie psychiczne. Jest to cały system interakcji zachodzących między nim a otoczeniem. Mówi się, że środowisko rodzinne, szkolne czy środowisko pracy, relacje z innymi ludźmi, status społeczny i warunki materialne mogą przyczynić się do wystąpienia zaburzeń psychicznych oraz depresji.

W opinii wielu badaczy źródłem problemów ze zdrowiem psychicznym może być podstawowa komórka społeczna, którą jest rodzina. Według I. Namysłowskiej i A. Siewierskiej, „rodzina odgrywa podstawową rolę w kształtowaniu zdrowia psychicznego dziecka, a tym samym kondycja rodziny ma znaczenie dla zdrowia psychicznego całego społeczeństwa"[44]. Potwierdzają to również teolodzy. J. E. Jiménez Carvajal stwierdza, że rodzina jest naturalną przestrzenią, w której człowiek może zdrowo się rozwijać, wzrastać, wzmacniać swoją tożsamość, dojrzewać i realizować się jako osoba. Ten wzrost w równowadze pozwala mu dojrzeć i otworzyć się na życie społeczne. Z drugiej strony rodzina w dużej mierze może być przyczyną depresji i innych chorób psychicznych. Rozwody, separacje i inne trudne sytuacje mogą powodować reakcje depresyjne w wielu jej przejawach[45].

Zazwyczaj problemy występujące w rodzinie przyczyniają się do depresji u dzieci. Badania dotyczące depresji dziecięcej podawane przez J. Collodos'a Zorraquino dowodzą, że 58% dzieci z depresją należy do rodzin rozbitych, 22% jest dziećmi samotnych matek, 23% utraciło ojca, a 7,6% matkę przed 15 rokiem życia, zaś 23% dzieci ma rodziców po rozwodzie lub żyjących w separacji. Kłótnie rodzinne mają miejsce w 23% przypadków, a 13% depresyjnych dzieci wychowuje się

---

[44] I. Namysłowska, A. Siewierska, *Kondycja polskich rodzin a zdrowie psychiczne*, [w:] *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*, red. J. Cz. Czabała, Warszawa 2000, s. 122.

[45] Por. J. E. Jiménez Carvajal, *Le rôle de la famillie face à la dépression*, [w:] *La dépression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 347–349.

z matką i ojczymem[46]. W literaturze przedmiotu, wśród rodzinnych czynników ryzyka związanych z depresją, wymienia się przede wszystkim: stratę rodzica w wyniku śmierci lub separacji, stratę rodzeństwa, śmierć dziecka, konflikty w rodzinie (między małżonkami oraz między rodzicami a dziećmi), przemoc w rodzinie, choroby czy uzależnienia rodziców, a także utratę więzi, brak budujących relacji, wsparcia czy stosowanie niewłaściwych metod wychowawczych.

Utrata jednego lub obojga rodziców to, według A. Polaino-Lorente, znaczący czynnik mogący mieć wpływ na ryzyko wystąpienia depresji. Dane wynikające z badań przeprowadzonych na czterech grupach 158 kobiet, u których stwierdzono ciężką i przewlekłą depresję, dowodzą, że 22% kobiet straciło matkę, a 17% ojca przed ukończeniem 11 roku życia. Natomiast w grupie kobiet bez depresji wskaźnik ten wynosił odpowiednio 6% i 12%. Jeżeli oprócz czynnika straty rodzica pojawi się kolejny inny czynnik, to wówczas ryzyko wystąpienia depresji wzrasta do 46%[47]. Oprócz śmierci jednego z rodziców, ważną rolę w powstawaniu depresji mogą odegrać inne znaczące wydarzenia rodzinne, takie jak separacja rodziców lub brak jednego z nich trwający rok i dłużej (jest to znaczące dla dzieci przed ukończeniem 17 roku życia), utrata jednego z rodzeństwa (znaczące dla dziecka między 1 a 17 rokiem życia), a także śmierć współmałżonka[48].

Przyczyną depresji zarówno u dzieci, jak i u rodziców, mogą być także konflikty między małżonkami oraz między rodzicami a dziećmi. Psycholodzy zwracają uwagę, że zarówno więź, jaka istnieje między małżonkami, jak i panujące między nimi relacje, mają znaczący wpływ na rozwój osobowości dziecka. Zaburzenia emocjonalne u dzieci, w tym depresja, są często następstwem niezgody panującej między rodzicami, konfliktów, jakie toczą między sobą, czy przeżywanymi trudnościami małżeńskimi. Tacy rodzice bywają zajęci sobą, są skoncentrowani na własnych problemach, nie uczestniczą w życiu swojego

---

[46] Por. J. Collados Zorraquino, *Depresja u dzieci i młodzieży*, Kraków 2002, s. 74.

[47] Por. A. Polaino-Lorente, *Facteurs de la dépression et perspectives thérapeutiques*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 142–143.

[48] Tamże.

dziecka lub też odwrotnie – nadmiernie się w nie angażują[49]. Ponadto, zdaniem M. Michalskiej-Leśniewicz i W. Gruszczyńskiego, nasilenie i długotrwałość konfliktów małżeńskich mogą mieć duży wpływ nie tylko na ujawnienie się depresji, ale także na jej przebieg. Im więcej negatywnych doświadczeń i stanów emocjonalnych, takich jak złość i smutek, występujących w relacjach rodzinnych, tym większe ryzyko depresji. Konflikty te są związane niejednokrotnie z niezgodnymi oczekiwaniami małżonków względem siebie i brakiem umiejętności rozwiązywania problemów[50].

Do depresji mogą również przyczynić się różne formy przemocy. W literaturze podkreśla się, że wszelkie formy wykorzystywania dziecka, szczególnie seksualnego, mają znaczący wpływ na zwiększone ryzyko depresji w życiu dorosłym. Ryzyko to u kobiet wykorzystywanych fizycznie czy seksualnie w dzieciństwie jest czterokrotnie większe niż u kobiet, które nie doświadczyły tego typu przemocy. Ten typ doświadczeń pozostawia bowiem w psychice trwałe ślady. Według Kramlinger, związek pomiędzy wykorzystywaniem seksualnym dziecka a depresją w jego późniejszym życiu jest oczywisty[51].

Do depresji może przyczynić się także osłabienie relacji zarówno między rodzicami i dziećmi, jak i między małżonkami. Obojętność wobec dzieci, brak dla nich czasu, częsta nieobecność rodziców oraz praca zarobkowa za granicą, są, według Grzywocza, przyczyną utraty więzi między rodzicami i dziećmi, i związanej z tym utraty uwagi, intymności i ciepła[52]. Potwierdzają to badania przytaczane przez Collados'a Zorraquino, według których aż ⅓ ze 100 depresyjnych dzieci, mających nie więcej niż 6 lat, ma problemy emocjonalne spowodowane rozłąką z rodziną trwającą dłużej niż pół roku[53]. Dotyczy to

---

[49] Por. W. Radziiłłowicz, B. Szadziewska, E. Sulsa, *Depresja młodzieży w kontekście funkcjonowania rodziny*, [w:] *Psychopatologia okresu dorastania. Wybrane zagadnienia*, red. W. Radziiłłowicz, Kraków 2006, s. 137–139.

[50] Por. M. Michalska-Leśniewicz, W. Gruszczyński, *Czynniki psychologiczne w depresji*, art. cyt., s. 98–99.

[51] Por. K. Kramlinger, *Co radzi lekarz. Depresja*, dz. cyt., s. 38.

[52] Por. K. Grzywocz, *W mroku depresji*, dz. cyt., s. 15.

[53] Por. J. Collados Zorraquino, *Depresja u dzieci i młodzieży*, dz. cyt., s. 74.

także utraty więzi między małżonkami. Utrata więzi partnerskich to, według Grzywocza, efekt współcześnie obserwowanego zatarcia granicy między pokoleniami, gdzie relacja rodzica i dorosłego dziecka (syna, córki) jest silniejsza niż relacja dorosłego dziecka ze swoim mężem (żoną)[54].

Owa utrata istniejących w rodzinie więzi jest często związana z poczuciem samotności i wyobcowania wśród członków rodziny, na co niejednokrotnie zwracają uwagę teolodzy. Zdaniem J. Mastalskiego, współcześnie obserwuje się zanik więzi rodzinnych i alienację domowników, co zwykle doprowadza do samotności. Konsekwencją samotności w rodzinie może być między innymi depresja, która jeszcze bardziej pogłębia poczucie wyalienowania[55]. Także negatywny sposób przeżywania samotności może być, zdaniem Falvo, jednym z czynników depresji. Samotność człowieka wynika z różnych przyczyn, zwykle naturalnych, np. związanych z odejściem dzieci z rodzinnego domu. Jeśli człowiek nie potrafi przezwyciężyć tego stanu, może pogrążyć się w żalu, pesymizmie, nienawiści, zamknąć się w sobie lub wejść desperacko w złe towarzystwo[56]. Niekiedy samotność może być także efektem świadomej rezygnacji z relacji z innymi. Owa tak zwana *tyrania intymności* to, zdaniem Grzywocza, izolowanie się, odrzucenie relacji z innymi i ograniczenie ich tylko do relacji małżeńskich. To niepokojące zjawisko ma miejsce nie tylko w niektórych rodzinach, ale może także odnosić się do osób duchownych i konsekrowanych[57].

Wystąpieniu depresji w obecnym lub późniejszym życiu dziecka może sprzyjać również przyjęcie przez rodziców określonego modelu wychowawczego czy postaw rodzicielskich. Według Grzywocza, rodzice, którzy rozpieszczają dziecko i spełniają wszystkie jego życzenia oraz pragnienia, utrwalają w nim iluzoryczną wizję świata wolnego od strat, przez co w późniejszej konfrontacji z rzeczywistością może ono doświadczyć rozczarowań, smutku i niepokoju. Z drugiej strony,

---

[54] Por. K. Grzywocz, *W mroku depresji*, dz. cyt., s. 17.

[55] Por. J. Mastalski, *Samotność jako skutek przemocy w rodzinie*, „Sosnowieckie Studia Teologiczne" 10 (2011), s. 117. 124–25.

[56] Por. S. Falvo, *Jak zwyciężyć depresję*, dz. cyt. s. 67–68.

[57] Por. K. Grzywocz, *W mroku depresji*, dz. cyt., s. 29–30.

rodzice zbyt wymagający, którzy mają wygórowane i często nierealne oczekiwania wobec swoich dzieci, sprawiają, że często nie potrafią im one sprostać, a w przyszłości mogą przyjąć postawy unikające i obawiać się oczekiwań ze strony innych. Taka postawa, zdaniem psychologów, wiąże się u dzieci z brakiem wiary we własne siły, lękliwością, podejrzliwością czy pobudliwością[58]. Także postawa odtrącająca rodziców, którzy odrzucają swoje dzieci, może przyczynić się do agresywności i nieposłuszeństwa, bezradności oraz problemów w relacjach z innymi, a to wiąże się z ryzykiem depresji. Jednakże postawa zbyt ochraniająca może sprawić, że dziecko stanie się egoistyczne, niedojrzałe emocjonalnie, zbyt pewne siebie, a gdy pozostanie samo – może być nieszczęśliwe, niesamodzielne i bezradne wobec trudnych sytuacji[59]. G. Iniewicz i M. Stachel zwracają uwagę na autorytarny model wychowywania dzieci, który może przyczynić się do depresji. W modelu tym rodzic bardziej zwraca uwagę na porażki dziecka niż na jego sukcesy, jest wobec niego krytyczny i stosuje kary[60].

Oprócz środowiska rodzinnego, także środowisko szkolne może mieć wpływ na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Według Colladosa Zoraquino, szkoła, w której dziecko spędza dużo czasu, podobnie jak rodzina, może mieć znaczenie w powstawaniu depresji. Do depresji u dzieci i młodzieży mogą przyczynić się między innymi niepowodzenia szkolne i gorsze wyniki w nauce[61]. Natomiast, zdaniem W. Kozłowskiego, pośredni wpływ na depresję występującą wśród młodzieży szkolnej mogą mieć trudności ze zrozumieniem treści przekazywanych przez nauczyciela i zawarte w podręcznikach. Trudności te prowadzą do poczucia bezradności i utraty sensu uczenia się, co ostatecznie może doprowadzić do depresji. Ważny jest też styl nauczania, jakim posługuje się nauczyciel na prowadzonych przez siebie lekcjach. Traktowanie ucznia jako biernego odbiorcy przekazywanych informacji

---

[58] Por. tamże; por. W. Radziiłłowicz, B. Szadziewska, E. Sulsa, *Depresja młodzieży w kontekście funkcjonowania rodziny*, art. cyt., s. 137.

[59] Por. tamże, s. 136–137. 163–164.

[60] Por. G. Iniewicz, M. Stachel, *Depresja i samobójstwa*, [w:] *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży*, red. W. Pilecka, Kraków 2011, s. 453.

[61] Por. J. Collados Zorraquino, *Depresja u dzieci i młodzieży*, dz. cyt., s. 74.

może sprawić, że nauczyciel będzie miał mniejszą wiedzę na temat postępów nauczania oraz może nie wiedzieć o trudnościach z jakimi boryka się uczeń. Taki styl nauczania może u uczniów przyczynić się do utraty motywacji i sprzyjać nastrojom depresyjnym. Potwierdzają to badania, które wskazują, iż kłopoty ze zrozumieniem zbyt dużej ilości zbyt trudnego materiału sprzyjają powstawaniu u uczniów poczucia bezsensu uczenia się i depresji[62]. Natomiast J. Augustyn zwraca uwagę na znaczenie postawy nauczyciela wobec ucznia, a także stosunek środowiska rówieśniczego. Bywa, że uczeń doświadcza agresji nie tylko ze strony innych uczniów, ale również ze strony nauczycieli. W takich sytuacjach różne formy agresji szkolnej mogą być więc przyczyną depresji[63]. W odniesieniu do rzeczywistości szkolnej mówi się także o pośrednich przyczynach, związanych z wadliwym systemem szkolnictwa, który koncentruje się na zwiększaniu osiągnięć ucznia i angażowaniu go w zbyt dużą liczbę zajęć pozaszkolnych, kosztem czasu przeznaczonego na zabawę i rozrywkę. Podnoszenie osiągnięć może zwiększać u uczniów lęk przed porażką, powodować wyobcowanie i prowadzić do depresji[64]. Wpływ na depresję u dzieci może mieć także środowisko pozaszkolne, czyli tak zwana *ulica*, gdzie dzieci spędzają wolny czas. Środowisko to dostarcza dziecku rożnych wzorców do naśladowania, niekiedy negatywnych, i bywa, że w środowisku tym dziecko może być narażone na odrzucenie i skrzywdzenie[65].

Do depresji u osób dorosłych mogą przyczynić się również czynniki związane z pracą zawodową takie jak: problemy w miejscu pracy, stresujące sytuacje, brak uznania ze strony pracodawcy, zbyt długi czas pracy, zbytnie obciążenie pracą, narażenie na szkodliwe substancje w miejscu pracy lub brak pracy i przedłużający się okres

---

[62] W. Kozłowski, *System dydaktyczny i wychowawczy jako źródło zagrożeń psychicznego zdrowia dzieci i młodzieży*, [w:] *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*, red. J. Cz. Czabała, Warszawa 2000, s. 41–44.

[63] Por. J. Martinkova, *Ludzie depresyjni prorokami naszych czasów*, [w:] *Rozmowy o księżach, rodzinie i życiu duchowym*, red. J. Augustyn, Kraków 2010, s. 201.

[64] Por. W. Kozłowski, *System dydaktyczny i wychowawczy jako źródło zagrożeń psychicznego zdrowia dzieci i młodzieży*, art. cyt., s. 453.

[65] Por. J. Collados Zorraquino, *Depresja u dzieci i młodzieży*, dz. cyt., s. 76.

bezrobocia. Depresja może być skutkiem stresu, który niejednokrotnie jest związany z wykonywanym zawodem. Według badań, najbardziej szkodliwe dla zdrowia psychicznego są te rodzaje prac czy stanowisk, w których istnieje wysoki poziom wymagań i niski poziom swobody. W takich warunkach u pracowników częściej występują objawy depresji[66]. Obecnie niektórzy pracodawcy zbyt wiele wymagają od swoich podwładnych, nie tylko pod względem zawodowym. Oczekują jak najwyższych kwalifikacji, ale także mają preferencje dotyczące wieku czy wyglądu. Bywa, że pracodawcy są wyniośli, nie szanują pracowników, poniżają ich, lekceważą czy manipulują nimi. Zatem brak szacunku i życzliwości w miejscu pracy oraz uzależnienie od pracodawcy mogą być przyczyną zniechęcenia, syndromu wypalenia i depresji. Ponadto konkurencja między pracownikami, wzrost tempa pracy oraz brak współpracy sprawiają, że praca staje się źródłem stresu i niepokoju[67].

Kolejnym czynnikiem mogącym przyczynić się do depresji jest wydłużenie czasu pracy i zbytnie obciążenie pracą. Według brytyjskich i fińskich naukowców osoby, które pracują 11 godzin na dobę i więcej, są 2,4 razy bardziej narażone na wystąpienie depresji nawracającej niż ci, którzy pracują 7–8 godzin. Stany depresyjne mogą być także skutkiem zbytniego obciążenia pracą[68]. Według badań, w grupie pracujących kobiet istnieje większe ryzyko zachorowania na depresję niż w grupie pracujących mężczyzn. Dzieje się tak dlatego, że pracujące kobiety niejednokrotnie wypełniają obowiązki związane z pracą zawodową i z pracą w domu, przez co są bardziej niż mężczyźni obciążone fizycznie i psychicznie oraz narażone na działanie stresu[69].

---

[66] Por. B. Dudek, *Środowisko pracy jako potencjalne źródło zagrożenia dla zdrowia psychicznego*, [w:] *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*, red. J. Cz. Czabała, dz. cyt., s. 155.

[67] Por. K. Grzywocz, *W mroku depresji*, dz. cyt., s. 21–22; J. Martinkova, *Ludzie depresyjni prorokami naszych czasów*, art. cyt., s. 202–203.

[68] Por. *Zbyt długa praca nie popłaca*, „Gość Niedzielny", www. gosc.pl/doc/1064433 (27.01.2012).

[69] Por. K. Kramlinger, *Co radzi lekarz. Depresja*, dz. cyt., s. 36.

Udział w powstawaniu depresji mogą mieć także niektóre czynniki chemiczne, na które narażony jest pracownik w swoim miejscu pracy. Dotyczy to szczególnie fabryk czy zakładów chemicznych. Według B. Dudka, wybrane substancje chemiczne działają na układ nerwowy i mogą powodować zmiany, które przyczyniają się do powstawania zaburzeń psychicznych. Na przykład, depresja może być wywołana przez narażenie na przewlekłe działanie niskich stężeń rozpuszczalników lub rtęci[70].

Do depresji mogą nie tylko przyczynić się problemy w pracy, ale także utrata pracy i często związany z tą stratą stan bezrobocia. Według B. Makselon-Kowalskiej, utrata pracy jest rozumiana między innymi jako sytuacja trudna, a niekiedy może być ona przez wiele osób traktowana jako wydarzenie traumatyczne. Także bezrobocie jest dla człowieka sytuacją trudną, której towarzyszy poczucie zagrożenia. Według badań, u osób bezrobotnych 2–3 razy częściej niż u pracujących pojawiają się objawy niepokoju i depresji. Ponadto osoby bezrobotne mają większą skłonność do stanów depresyjnych i samobójstw. Ważnym czynnikiem jest także czas trwania bezrobocia. Zdarza się, że osoby, które przez długi okres pozostają bez pracy, popadają w przygnębienie, mogące przerodzić się w stan skrajnej depresji[71].

Przyczyną depresji, według Harta, mogą być także trudności finansowe, często wynikające z niskich dochodów czy utraty pracy. Bywa, że depresja pojawia się u osób, które cenią w życiu wartości materialne, zatem utrata tych wartości może wiązać się z ryzykiem depresji[72]. Duże znaczenie ma również wsparcie, jakie może otrzymać w swoim środowisku rodzina przeżywająca problemy, osoba samotna, pracująca bądź uczeń przeżywający kryzys. Wsparcie to może przybierać różne

---

[70] Por. B. Dudek, *Środowisko pracy, jako potencjalne źródło zagrożenia dla zdrowia psychicznego*, art. cyt, s. 151–152.

[71] Por. B. Makselon-Kowalska, *Bezrobocie jako czynnik zagrożenia dla zdrowia psychicznego*, [w:] *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*, red. J. Cz. Czabała, Warszawa 2000, s. 167–171. 174–176.

[72] Por. A. Hart, *Jak pokonać depresję. Pytania i odpowiedzi na temat depresji*, Warszawa 1994, s. 58–59.

formy – od pomocy materialnej aż po zwykłe towarzyszenie. Wiele badań dowodzi, że wsparcie społeczne wspomaga zdrowie psychiczne i fizyczne, szczególnie w trudnych sytuacjach życiowych. Natomiast brak tego wsparcia może przyczynić się do wystąpienia depresji[73].

Istnieje zatem większe prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń depresyjnych, gdy człowiek napotyka na liczne trudności w postaci zewnętrznych czynników, takich jak traumatyczne i niepożądane zdarzenia, obecne sytuacje powodujące napięcie, przedwczesna śmierć bliskiej osoby, ubóstwo czy niedostateczne wsparcie społeczne. Środowiskowe czynniki mogą mieć zatem swój udział w powstawaniu depresji[74].

4. Czynniki religijno-moralne

Wpływ czynników o charakterze religijnym i moralnym oraz ich udział w powstawaniu depresji jest zazwyczaj pomijany w literaturze medycznej czy psychologicznej. Przyczyną tego stanu rzeczy są zwykle trudności metodologiczne, jakie mają nauki szczegółowe w odniesieniu do rzeczywistości duchowej. Integralne ujęcie problemu depresji i jej przyczyn wymaga uwzględnienia w opracowaniu tych czynników, które mogą być związane ze sferą duchową i religijną. Niestety, uboga literatura w tym zakresie oraz problem depresji niebędący *sensu stricto* problemem teologicznym, ograniczają wyczerpujące opracowanie tego zagadnienia. Niektórzy autorzy, psycholodzy i teolodzy, wskazują na przyczyny depresji, które mogą mieć związek z religijnością i życiem moralnym. Należą do nich między innymi: niewłaściwe przekonania religijne, fanatyczna religijność oparta na rygoryzmie, niedojrzała modlitwa, tłumione poczucie winy czy osobisty grzech człowieka.

W opinii niektórych osób, głównie niewierzących, religia może być przyczyną chorób psychicznych. Dyskusję nad związkiem religii

---

[73] Por. M. Michalska-Leśniewicz, W. Gruszczyński, *Czynniki psychologiczne w depresji*, art. cyt., s. 98.

[74] Por. S. Cerera-Enguix, *La deression, entre le mal-être et la maladie*, dz. cyt., s. 62–63.

i choroby psychicznej zapoczątkował Zygmunt Freud twierdząc, że osobista pobożność przyczynia się do nerwicy natręctw. Stanowisko o szkodliwym wpływie religii na zdrowie psychiczne postulowali także przedstawiciele psychologii radzieckiej[75]. Zdaniem H. Bessa, między religią a chorobą psychiczną nie zachodzi związek przyczynowy, ale przypadkowy. Przekonanie o negatywnym wpływie religii na kondycję psychiczną człowieka jest nieuzasadnione i wynika z fałszywego obrazu religii. Przesadna religijność występująca w niektórych chorobach psychicznych może być nie tyle przyczyną, co skutkiem choroby. Zdrowo ukształtowana religijność i życie moralne nie mogą być przyczyną zaburzeń psychicznych – wręcz przeciwnie, mogą być czynnikiem wspierającym w chorobie i w powrocie do zdrowia. To jednak nie wyklucza istnienia czynników mających charakter religijny czy moralny, które mogą mieć niekorzystny wpływ na zdrowie psychiczne i przyczynić się do pojawienia choroby[76]. Również Catalan uważa, że „jeśli stan fizyczny lub psychiczny może być przyczyną depresji, to również, przynajmniej częściowo, mogą ją wywołać przyczyny duchowej"[77].

Według literatury, na pojawienie się depresji mają wpływ między innymi niewłaściwe przekonania religijne. B. Grom stwierdza, że niekiedy osoby depresyjne mają nieprawidłowe przekonania dotyczące obrazu Boga albo uważają, że ich popełnione grzechy są zbyt wielkie, by mogły być odpuszczone. Może to wynikać z ukształtowanego w dzieciństwie obrazu Boga jako surowego sędziego, który wpływa

---

[75] Por. S. Kuczkowski, *Psychologia religii*, Kraków1998, s. 263–268.

[76] Bless zwraca uwagę na pięć takich czynników. Pierwszy to *błędne i jednostronne pojęcie o prawdach wiary*, dotyczące Bożej sprawiedliwości, grzechu, szatanie. Drugi czynnik to *niedostateczne wychowanie* moralne, które prowadzi do źle ukształtowanego sumienia (błędnego lub skrupulanckiego). Trzeci czynnik odnosi się do *błędnych praktyk religijnych*, fałszywej i przesadnej pobożności, przekraczającej ludzkie siły. Czwarty, który wymienia autor, to *przecenianie pierwiastka seksualnego*, polegające na jednostronnym i negatywnym podejściu do sytuacji odnoszących się do ludzkiej seksualności. Ostatni, piąty czynnik, dotyczy *nagłego i gwałtownego tłumienia popędów*, które nie powinny być tłumione, lecz rozwijane pod władzą rozumu. Por. H. Bless, *Zarys psychiatrii duszpasterskiej*, Warszawa 1980, s. 58–61.

[77] J. F. Catalan, *Depresja a życie duchowe*, Kraków 2002, s. 45.

na osłabienie poczucia własnej wartości i może być źródłem depresyjnych nastrojów[78]. Natomiast, według A. Grün'a, istnieje pewien typ religijności, który wzmaga występowanie depresji. To religijność, która koncentruje się na poczuciu winy, podkreślająca grzeszną naturę człowieka. U osób dorastających we wspólnotach religijnych, w których wszczepia się poczucie winy, zwykle wzrost religijności łączy się z nasileniem depresji[79].

Przyczyną depresji może być także religijność oparta na obsesyjnym fanatyzmie, w którym podkreśla się znaczenie prawa i jego nadrzędną rolę wobec miłości. Według Falvo, obsesyjne przywiązanie człowieka do praktyk religijnych, wypełnianych codziennie o tej samej porze, może w przypadku niemożności ich wykonania rodzić skrupuły, zdenerwowanie i niepokój, a nawet prowadzić do depresji. Drobiazgowe przestrzegane modlitwy i nadmierne obciążanie się prywatną pobożnością mogą być przyczyną lęku wobec Boga oraz wypaczają obraz Boga jako kochającego Ojca[80].

Do depresji może przyczynić się również, zdaniem Augustyna, niedojrzała modlitwa, przez którą człowiek próbuje manipulować Bogiem, wymagając od Niego spełnienia wszystkich próśb i oczekiwań. W przypadku braku ich spełnienia pojawiają się bunt lub zniechęcenie[81]. Autorzy podkreślają także głęboko skrywane, tłumione poczucie winy u pewnych osób, które może mieć udział w powstawaniu depresji. Osoby te biorą na siebie winę za popełniony czyn, ale nic nie robią, by uwierzyć w przebaczenie, nawrócić się i uporządkować swoje życie[82].

Bywa, że depresja może być skutkiem osobistego grzechu człowieka i jego konsekwencji. Jednakże, według J.M. Wingle'a, byłoby niesprawiedliwe i nieprawdziwe sądzić, że każde cierpienie doświadczane przez człowieka jest wynikiem jego osobistych grzechów. Z drugiej strony grzechy osobiste mogą mieć wpływ na całą ludzką wspólnotę.

---

[78] Por. B. Grom, *Psychologia religii. Ujęcie systematyczne*, Kraków 2009, s. 277.

[79] Por. A. Grün, *Jak przezwyciężyć smutek życia*, Kielce 2009, s. 120.

[80] Por. S. Falvo, *Jak zwyciężyć depresję*, dz. cyt., s. 50–52.

[81] Por. J. Martinkova, *Ludzie depresyjni prorokami naszych czasów*, art. cyt., s. 204.

[82] Por. J. Vanier, *Jak pokonać depresję*, Kraków 2007, s. 22; por. A. Grün, *Jak przezwyciężyć smutek życia*, dz. cyt., s. 121.

Człowiek ponosi konsekwencje złych działań własnych oraz cudzych, a ta solidarność w grzechu dotyczy całej ludzkości[83].

Zdaniem Falvo, grzech osobisty jest przyczyną depresji, gdyż jest on śmiercią ducha, a to silnie wpływa na całego człowieka, zarówno na jego życie psychiczne, jak i fizyczne. Grzech jest fałszywą radością, dającą pozory szczęścia, lecz w rzeczywistości jest on przyczyną smutku. Życie niezgodne z Bożym prawem, zło wyrządzane innym oraz zaniedbywanie obowiązków wobec Boga ciążą w sumieniu, odbierają pokój i radość oraz są przyczyną bólu i niezadowolenia[84]. Wymieniane w literaturze grzechy, takie jak ateizm, okultyzm, nienawiść pycha czy skąpstwo, mogą w pewnych przypadkach być przyczyną depresji czy smutku.

Wielu autorów uważa, że jedną z przyczyn depresji może być zerwanie kontaktu z Bogiem, choć niektórzy polemizują z tym stwierdzeniem, uważając, że wielu ludzi niewierzących nigdy nie wpada w depresję, podczas gdy wielu wierzących księży i zakonników ma problemy z depresją[85]. Jednakże, według innych opinii, zamknięcie się na Boga, a także niezaspokojona potrzeba relacji nie tyle z ludźmi, co z Bogiem, mogą stać się głównym źródłem depresji[86]. Dla Falvo życie z dala od Boga wytwarza wewnętrzną pustkę, której nic nie może wypełnić. Taka postawa, zwana *ateizmem praktycznym*, wyraża się odrzuceniem Boga oraz brakiem zewnętrznych i wewnętrznych dowodów żywej wiary[87]. Potwierdzają to badania nauk szczegółowych. Według J. Czaplińskiego, osoby niepraktykujące charakteryzują się większymi skłonnościami samobójczymi, mniejszym poczuciem szczęścia i są bardziej depresyjne od osób praktykujących, zwłaszcza systematycznie[88].

---

[83] Por. J. M. Wingle, *Refus de la souffrance et recherche du bien-être personnel. Réflexion pastorale*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 241–242.

[84] Por. S. Falvo, *Jak zwyciężyć depresję*, dz. cyt., s. 18. 31–34.

[85] Por. J. Martinkova, *Ludzie depresyjni prorokami naszych czasów*, art. cyt., s. 204.

[86] Por. K. Grzywocz, *W mroku depresji*, dz. cyt., s. 132.

[87] Por. S. Falvo, *Jak zwyciężyć depresję*, dz. cyt., s. 18–21.

[88] Por. J. Czapliński, *Niekliniczne wskaźniki zdrowia psychicznego polaków. Identyfikacja społecznych grup podwyższonego ryzyka*, [w:] *Zdrowie psychiczne. Zagrożenie i promocja*, red. Cz. Czabała, Warszawa 2000, s. 285.

Wielu teologów i duchownych katolickich oraz protestanckich zwraca uwagę na okultyzm jako przyczynę depresji. W opinii protestanckiego autora F. LaHaye'a, każda depresja jest skutkiem opętania oraz kontaktu ze złymi duchami[89]. Także niektórzy katoliccy duchowni i świeccy przychylają się do tej opinii. Według Falvo, niektóre depresje wynikają z przyczyn nadnaturalnych. Osoby mające kontakt z okultyzmem i magią, uczestnicy seansów spirytystycznych, osoby wierzące w horoskopy, wyznawcy sekt, rzucający przekleństwa mogą być pod wpływem złych duchów i popaść w depresję[90]. Również S. Morabito, na podstawie doświadczenia w swojej pracy lekarskiej stwierdza, że osoby będące pod wpływem nieznanej negatywnej siły duchowej cierpią z powodu depresji oraz miewają również inne objawy, jakie występują u osób zniewolonych i opętanych[91].

Przyczyną depresji bywa także grzech nienawiści. Falvo uznaje nienawiść jako jeden z największych grzechów. Wyróżnia on nienawiść skierowaną do innych oraz nienawiść skierowaną do siebie. Pierwsza z nich zabija poczucie wewnętrznego pokoju i degeneruje wszystkie wartości życia. Jest śmiercią duchową dla kogoś, kto ją w sobie nosi, a gromadzona latami – pozostaje utajona w podświadomości i może wywołać postawy wrogości. Natomiast druga z nich wpływa na brak akceptacji własnej osoby, powoduje niezdolność do miłości siebie samego, brak wybaczenia własnych grzechów, zazdrość wobec innych oraz rodzi nastroje pesymistyczne[92].

Jedną z przyczyn depresji mogą być także pycha i skąpstwo. Według Falvo, ci, którzy oddają cześć własnej osobie, wielbią siebie i żyją nieadekwatnym do rzeczywistości obrazem własnej osoby, przypisując sobie wszystkie najlepsze cechy w doskonałym stopniu, mogą popaść w depresję. Grzech skąpstwa natomiast sprawia, że człowiek czuje się zawsze biedny, mimo że niczego mu nie brakuje. Ma potrzebę

---

[89] Por. F. LaHaye, *Jak sobie radzić z depresją*, Lublin 1995, s. 13–14.

[90] Por. S. Falvo, *Jak zwyciężyć depresję*, dz. cyt., s. 71–76.

[91] Por. S. Morabito, *Psychiatra w piekle. Opętanie, szatan, egzorcyzmy – świadectwo naukowca*, Kraków 2011, s. 110, 115, 187, 195.

[92] Por. S. Falvo, *Jak zwyciężyć depresję*, dz. cyt., Łódź 2000, s. 23–27.

posiadania rzeczy materialnych, które chce zagarnąć tylko dla siebie. Skąpstwo, zdaniem autora, nasila się wraz z wiekiem[93].

Źródłem depresji może być także świadomość społecznych skutków grzechu, czyli zła i cierpienia, którego doświadczają inni z powodu czyjegoś osobistego grzechu. Skutki tego grzechu odnoszą się w pewnym stopniu do niektórych czynników psychologicznych i społecznych. Zdaniem Falvo, człowiek może popaść w depresję także na skutek zła wyrządzonego mu w przeszłości. Najbardziej znaczącym złem może być krzywda doświadczana ze strony najbliższych, rodziców czy małżonka. Podobnie krzywdy wyrządzane w szkole ze strony uczniów i nauczycieli oraz doświadczenie niesprawiedliwości, bywają źródłem głębokiego żalu. Autor wspomina również o krzywdach, do których przyczyniają się osoby duchowne. Czasami brak cierpliwości i zrozumienia, upokorzenie czy odrzucenie, mogą doprowadzić do głębokiego zranienia a w skrajnym przypadku – do odejścia od Boga i porzucenia życia sakramentalnego. Także krzywdy doznane w miejscu pracy mogą mieć wpływ na pojawienie się depresji[94]. Potwierdza to także Augustyn zauważając, że krzywdy z okresu dzieciństwa i te doświadczane w obecnym życiu, takie jak molestowanie, przemoc, zdrada małżeńska, brak szacunku w miejscu pracy, u niektórych osób bywają źródłem problemów z depresją. Bycie pod presją w klimacie wykorzystywania i manipulacji, ograniczonej wolności, w poddaniu się woli innych sprawia, że człowiek swoje życie odczuwa jako obce, a ten klimat sprzyja depresyjności[95].

W kontekście religijno-moralnych przyczyn depresji można postawić pytanie, czy depresja może być zawiniona. Otóż wydaje się, że w niektórych przypadkach depresja może być skutkiem grzechu, konsekwencją życia w wewnętrznym nieuporządkowaniu, które powoduje niepokój i niszczy równowagę psychiczną. Można powiedzieć, że niekiedy depresja może wynikać z reakcji na stres, będący skutkiem

---

[93] Tamże, s. 29–30, 43–45.

[94] Tamże, s. 34–39.

[95] Por. J. Martinkova, *Ludzie depresyjni prorokami naszych czasów,* art. cyt., s. 200–201.

życia niezgodnego z *Dekalogiem*, przekraczania przyjętych norm moralnych. W tego typu przypadkach depresja pojawia się z osobistej winy, a więc w pewnych okolicznościach może być zawiniona. Natomiast w przypadku, gdy mamy do czynienia ze społecznymi skutkami grzechu, gdy źródłem depresji jest grzech innego człowieka, powodujący krzywdę i cierpienie, albo źle ukształtowany obraz Boga i religijności, wynikający z doświadczeń z dzieciństwa, to wówczas można mówić o depresji, która jest niezawiniona. Zwykle jednak objawy zaburzeń depresyjnych pojawiają się przy udziale czynników nieświadomych i są skutkiem wydarzeń, na które człowiek nie ma wpływu.

Wyżej omówione religijno-moralne przyczyny depresji mogą mieć pewne znaczenie w powstawaniu depresji. Okazuje się bowiem, że istotne jest życie zgodne z zasadami moralnymi i religijnymi, które sprzyjają pełnej i harmonijnej egzystencji, zwłaszcza u tych osób, dla których wartości religijne i duchowe są ważne i cenne. Zerwanie więzi z Bogiem oraz życie w grzechu mogą mieć wpływ na utratę równowagi psychicznej i sprzyjać nastrojom depresyjnym. Wnioski te wynikają głównie z doświadczenia duszpasterskiego kapłanów, zaś w mniejszym stopniu są oparte na badaniach empirycznych.

5. Inne przyczyny

Oprócz czynników biologicznych, psychologicznych, społeczno-środowiskowych czy religijno-moralnych, autorzy wymieniają także te czynniki powodujące depresję, które są związane z uzależnieniem od alkoholu czy narkotyków, zaburzeniami psychicznymi i chorobami somatycznymi, niedoborem witamin i mikroelementów, a także zatruciami czy z brakiem światła.

Praktyka psychiatryczna wskazuje, że przyczyn depresji należy dopatrywać się także w uzależnieniu od alkoholu. Problem ten, według Koszewskiej i Habrat, jest związany z czynnikami natury biologicznej, psychologicznej i społecznej. U osób ze skłonnością do depresji alkohol może chwilowo poprawiać nastrój i samopoczucie, jednak prowadzi do uzależnienia. Depresja może być także

przejawem długotrwałego nadużywania alkoholu, zespołu abstynencyjnego związanego z zaprzestaniem picia, oraz tak zwanego *głodu alkoholowego*[96].

Zdaniem Kramlinger, przyczyną zaburzeń depresyjnych może być również uzależnienie od narkotyków i innych substancji psychoaktywnych. Osoby uzależnione od narkotyków i leków oraz przyjmujący inne substancje psychoaktywne często cierpią na depresję. Bywa, że problem depresji dotyczy także osób, które ze względu na swój stan zdrowia długotrwale przyjmują leki. Niektóre z nich, poprzez swoje działania niepożądane, mogą przyczynić się do depresji[97].

Niekiedy depresja występuje wskutek niedoboru witamin, składników mineralnych bądź w następstwie zatrucia. Przedłużający się poważny brak niacyny, witamin z grupy B (B1, B6, B12, kwasu foliowego) może wywołać depresję i doprowadzić do wielu chorób. Dotyczy to także zbyt małej ilości składników mineralnych, głównie żelaza, sodu, cynku i magnezu. Depresję może również wywołać zbyt duża ilość wapnia w organizmie oraz zatrucie ołowiem, rtęcią, glinem, arszenikiem czy bizmutem[98].

Do depresji mogą się też przyczynić, zdaniem Kramlinger, inne zaburzenia psychiczne bądź zaburzenia osobowości. Dotyczy to szczególnie zaburzeń lękowych czy zaburzeń łaknienia (*bulimia*, *anoreksja*). Także niektóre zaburzenia osobowości, np. *osobowość z pogranicza*, charakteryzująca się nietrwałością relacji z innymi ludźmi, lękiem przed odrzuceniem, wybuchami gniewu i poczuciem wewnętrznej pustki, mogą powodować depresję[99]. Ponadto choroby somatyczne wpływają niekorzystnie na stan psychiczny człowieka i mogą być przyczyną depresji, która występuje w związku z zaburzeniami czynnościowymi, mającymi miejsce w organizmie, oraz bywa reakcją na stres związany z chorobą i nową niekorzystną sytuacją. Depresję mogą wywołać poważne choroby zakaźne, nowotworowe, choroby

---

[96] Por. I. Koszewska, E. Habrat, *Depresja jest przemijająca*, Warszawa 2000, s. 11–12.
[97] Por. K. Kramlinger, *Co radzi lekarz. Depresja*, dz. cyt., s. 39–40.
[98] Por. American Medical Associaton, *Depresja. Zwięzły poradnik*, dz. cyt., s. 114–115.
[99] Por. K. Kramlinger, *Co radzi lekarz. Depresja*, dz. cyt., s. 44–47.

układu odpornościowego, choroby neurologiczne, metaboliczne czy zaburzenia układu sercowo-naczyniowego[100].

Wpływ na powstawanie depresji ma także fizyczny czynnik związany ze światłem słonecznym. Dotyczy to głównie depresji zimowej. Depresja bywa związana z niedoborem światła, który ma miejsce w okresie jesienno-zimowym. Przy czym, zdaniem Święcickiego, niedobór ten może być efektem długiego przebywania w pomieszczeniach zamkniętych, bez dostępu do światła zewnętrznego[101].

Różnorodność przyczyn depresji ukazuje złożony mechanizm powstawania tej choroby. Z jednej strony istotne okazują się czynniki genetyczne i przyczyny neurochemiczne, jakie zachodzą w ludzkim organizmie, z drugiej zaś strony – czynniki psychologiczne oraz połączone z nimi czynniki społeczno-środowiskowe. Także niewłaściwie przeżywane doświadczenia religijne mogą mieć związek z depresją. Trudno określić, które z nich w większym stopniu wpływają na powstawanie zaburzeń depresyjnych. Niektórzy specjaliści dominującą rolę przyznają czynnikom biologicznym, szczególnie w odniesieniu do depresji nawracającej i depresji w zaburzeniu afektywnym dwubiegunowym, czyli występującej na przemian ze stanami podwyższonego nastroju. Natomiast w przypadku depresji będących reakcją na straty czy niekorzystne wydarzenia, specjaliści podkreślają znaczenie czynników psychologicznych i społeczno-środowiskowych.

---

[100] Por. American Medical Associaton, *Depresja. Zwięzły poradnik*, dz. cyt., s. 107–114.

[101] Por. Ł. Święcicki, *Depresja. Zwykła choroba?*, Wrocław 2010, s. 70.

3. Następstwa depresji

Depresja dla cierpiących na nią osób jest niewątpliwie źródłem ogromnego cierpienia. Oprócz tego niesie ze sobą także wiele innych następstw. Może bowiem przyczynić się do pogorszenia stanu zdrowia zarówno u osób zdrowych, jak i u osób cierpiących z powodu jakiejś choroby somatycznej. Depresja może również doprowadzić do wielu uzależnień i nałogów, nadużywania alkoholu czy narkotyków. Choroba ta może mieć także negatywny wpływ na rodzinę, gdyż bywa źródłem wielu problemów w relacjach małżeńskich i rodzicielskich, zaburzeń w rozwoju psychicznym dzieci i problemów finansowych. Jednak najpoważniejszym skutkiem depresji jest podejmowanie przez osoby chore prób samobójczych, które mogą zakończyć się śmiercią. Następstwa depresji dotyczą także sfery ekonomicznej i są związane ze zwiększonymi kosztami, jakie ponosi państwo w związku z leczeniem i wypłatą zasiłków. Skutki depresji mogą być widoczne również na płaszczyźnie religijnej i moralnej. Bywa, że depresja przyczynia się do osłabienia więzi z Bogiem oraz stoi na przeszkodzie w spełnianiu praktyk religijnych. Jednak zdarza się również, że przeżyte cierpienie jest impulsem do rozwoju duchowego, wzrostu wiary czy spojrzenia na życie z nowej, innej perspektywy.

1. Wpływ depresji na kondycję zdrowotną człowieka

Dane, jakie prezentują nauki medyczne, jednoznacznie wskazują, że depresja może mieć negatywny wpływ na kondycję zdrowotną człowieka.

Negatywne skutki depresji odczuwają zarówno osoby cieszące się dobrym zdrowiem, jak i te, które cierpią z powodu różnych chorób. Według opinii wielu lekarzy depresja negatywnie wpływa nie tylko na stan psychiczny człowieka, ale także na funkcjonowanie całego organizmu. U osób z depresją może dojść do zaburzeń wielu funkcji fizjologicznych, które mogą doprowadzić do choroby. W przypadku zaś osób cierpiących z powodu choroby somatycznej oraz depresji, często dochodzi do pogorszenia stanu zdrowia, wydłużenia czasu leczenia, a w niektórych przypadkach depresja może nawet przyczynić się do śmierci.

Zdaniem lekarzy, depresja wpływa na pogorszenie czynności fizjologicznych, zachodzących w ludzkim organizmie. Zaburzenia depresyjne mogą, na przykład, zwiększać ciśnienie krwi, co w konsekwencji może doprowadzić do chorób serca i zaburzeń pracy przewodu pokarmowego. Depresja może także przejawiać się utratą apetytu. Wówczas człowiek cierpiący na depresję je mniej, co w dłuższej perspektywie może przyczynić się do stanu niedożywienia i osłabienia. Natomiast nadmierny apetyt i objadanie się, które niekiedy są oznaką depresji, mogą powodować otyłość i związane z nią choroby metaboliczne, takie jak cukrzyca. Problemy ze snem, które często występują u osób z depresją, mogą powodować zmęczenie, nadmierną senność w ciągu dnia czy trudności z koncentracją uwagi. Zaburzenia depresyjne mogą także przyczynić się do osłabienia funkcji układu odpornościowego i powstawania chorób nowotworowych[1]. Jednakże wpływ zaburzeń depresyjnych na zdrowie nie tylko jest związany z funkcjonowaniem wielu układów ludzkiego organizmu (np. krwionośnego czy odpornościowego), ale może być również skutkiem występującej w depresji obniżonej aktywności. Według Dudek i Jabłońskiego, człowiek, który jest smutny, zniechęcony do życia, pesymistycznie patrzący w przyszłość oraz nieaktywny,często nie wykazuje chęci, aby dbać o własne zdrowie. Bywa, że u osób cierpiących z powodu depresji następuje ograniczenie codziennej aktywności, w tym aktywności fizycznej, i motywacji

[1] Por. R. Kawat, *Pesymizm zabija, optymizm leczy*, „Wprost" (1999) nr 6 (845), s. 79; por. D. Dudek, M. Jabłoński, *Kiedy nieszczęścia chodzą parami. Depresja w chorobach somatycznych*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 79.

do podjęcia jakichkolwiek działań, co może skutkować obniżeniem sprawności fizycznej, uczuciem osłabienia i utratą witalności[2].

Wielu lekarzy specjalistów podkreśla związek, jaki istnieje pomiędzy depresją a chorobami serca. U jednych osób depresja może być skutkiem chorób serca, psychiczną reakcją na kryzys, którego człowiek doświadcza, gdy jego zdrowie i życie stoi w obliczu zagrożenia. U innych długotrwale utrzymująca się i nie leczona depresja może mieć wpływ na rozwój chorób układu krążenia, a także może pogarszać stan chorego, na przykład po przebytym zawale serca[3]. Zdaniem T. Załogi, badania potwierdzają, że długo trwający obniżony nastrój aż w 150% zwiększa ryzyko chorób serca. Istnieje zatem silny związek pomiędzy depresją a zawałem serca. Świadczy to nie tylko o negatywnym wpływie depresji na zdrowie człowieka, ale również o tym, że wczesne leczenie depresji może mieć duże znaczenie w zapobieganiu chorób układu krążenia[4].

Według I. Krupki-Matuszczyk, depresja częściej przyczynia się do chorób serca niż inne choroby czy dolegliwości, takie jak: nadciśnienie, zwiększone stężenie cholesterolu, cukrzyca i palenie tytoniu. U osób, które cierpią z powodu chorób kardiologicznych, depresja może długo pozostawać nierozpoznana, zacznie utrudniać leczenie i rehabilitację. Współwystępująca depresja jest także związana z ryzykiem nawrotu chorób serca, w tym zawału mięśnia sercowego. Wynika to między innymi z trybu życia, jaki prowadzą osoby będące w depresji. Osoby te częściej niż inne palą papierosy i mogą nie stosować się do zaleceń lekarskich odnośnie do właściwego żywienia czy przyjmowania leków. Depresja u osób po przebytym zawale może być także związana ze zwiększonym ryzykiem śmierci. Wiele badań dowodzi, że kilka miesięcy po zawale serca częściej umierają osoby chore z depresją niż osoby bez tego typu zaburzeń[5]. Potwierdza to także R. C. Ziegelstein,

---

[2] Por. D. Dudek , M. Jabłoński, *Kiedy nieszczęścia chodzą parami. Depresja w chorobach somatycznych*, dz. cyt., s. 79.

[3] Tamże, s. 80–82.

[4] Por. M. Załoga, *Smutek łamie serce*, „Wiedza i Życie" (2006) nr 2, s. 44.

[5] Por. I. Krupka-Matuszczyk, *Depresja w chorobach serca*, „Kardiologia po Dyplomie" 11 (2012) nr 3, s. 57–59.

który podaje, że depresja może przyczynić się do zwiększonego zachorowania i śmiertelności po zawale serca bez względu na to, jak rozległe jest uszkodzenie serca i zaawansowanie choroby. Fakt ten wiąże się między innymi ze stylem życia osób cierpiących na depresję, samotnością, brakiem wsparcia, nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza bądź też z typowymi dla depresji zmianami w układzie nerwowym[6].

Depresja pogarsza także stan osób chorujących na inne choroby przewlekłe czy choroby nowotworowe. Dane z badań medycznych potwierdzają, że u kobiet chorujących na raka piersi i jednocześnie będących w depresji istnieje zagrożenie opóźnienia leczenia, a to wiąże się z pogorszeniem szansy przeżycia. Odnosi się to także do chorych terminalnie, czyli tych, którzy z powodu ciężkiej choroby nie mają szans na wyleczenie czy poprawę stanu zdrowia, a jedynie na przedłużanie życia i uśmierzanie bólu. Zdaniem klinicystów ani lęk, ani ból nie wpływają na czas przeżycia tych chorych, lecz depresja, wsparcie społeczne i nadzieja. Ponadto osoby cierpiące na depresję mogą być narażone na ryzyko zachorowania na cukrzycę. Są także osoby, które cierpią z powodu cukrzycy i depresji. W tych przypadkach, podobnie jak u osób z chorobami serca, depresja zwykle pogarsza stan chorego. Bywa, że osoby, które chorują na cukrzycę i depresję nie uczestniczą w programach edukacyjnych dla nich przeznaczonych, nie wykonują zalecanych ćwiczeń fizycznych, niedokładnie przestrzegają zaleceń lekarskich. Zależność ta występuje także w odniesieniu do osób cierpiących z powodu chorób układu oddechowego. Z badań wynika, że depresja może być przyczyną nieskutecznego leczenia, zaburzeń rozwoju czy pogorszenia jakości życia u chorych na astmę, zarówno u dzieci, jak i u dorosłych[7].

Depresja może również przyczynić się do zmian organicznych w ludzkim mózgu. R. Sapolsky twierdzi, że skutkiem długotrwałej depresji jest stopniowy zanik części mózgu (tak zwana *atrofia*) zwanej hipokampem, który może prowadzić między innymi do pojawienia się problemów z pamięcią. Wiele przeprowadzanych badań wykazuje, że

---

[6] Por. R. C. Ziegelstein, *Depresja po zawale mięśnia sercowego*, „Medycyna po Dyplomie" 11 (2002) nr 11, s. 121–126.

[7] Por. R. M. Sobel, D. Markov, *Wpływ lęku i zaburzeń nastroju na choroby somatyczne, czyli niedobrze się martwić*, „Medycyna po Dyplomie" 16 (2007) nr 5, s. 144–148.

u osób chorych na przewlekłą depresję dochodzi także do zmniejszenia części mózgu zwanej korą czołową[8]. Podobnie Woydyłło, powołując się na naukową publikację, stwierdza, że długo trwająca depresja może przyczynić się do zaburzeń sprawności mózgu[9]. Doniesienia o wpływie depresji na funkcję i strukturę ośrodkowego układu nerwowego są między innymi skutkiem przeprowadzonych w tym zakresie badań i sformułowania na ich podstawie tak zwanej *teorii neurogenezy*. Według tej teorii komórki nerwowe znajdujące się w ludzkim mózgu podlegają *neurogenezie*, czyli procesowi odbudowy, w którym dochodzi do powstawania nowych neuronów. Proces ten nasila się w trakcie uczenia się, aktywności fizycznej, natomiast zostaje on osłabiony pod wpływem czynników stresowych, powodujących zwiększenie wydzielania hormonów (glikokortykoidów) czy używania substancji psychoaktywnych. Depresja jest uznawana za stan, który doprowadza do istotnego zaburzenia tego procesu[10].

Można zatem stwierdzić, że związek między depresją a zdrowiem okazuje się niezaprzeczalny. Depresja może mieć niekorzystny wpływ na kondycję zdrowotną człowieka, przyczynić się do powstania wielu chorób oraz utrudniać powrót do zdrowia. Negatywny wpływ depresji na kondycję zdrowotną świadczy także o związku i wzajemnej zależności ludzkiej psychiki z biologiczną sferą człowieka, co znajduje swoje potwierdzenie w coraz większej liczbie badań.

2. Uzależnienia i nałogi

Psychiczny stan depresji może być także przyczyną uzależnień i nałogów. Według badań, wśród osób cierpiących na zaburzenia depresyjne około 25–33% nadużywa substancji psychoaktywnych, natomiast

---

[8] Por. R. M. Sapolski, *Dlaczego zebry nie mają wrzodów? Psychofizjologia stresu*, Warszawa 2010, s. 278.

[9] Por. E. Wojdyłło, Bo *jesteś człowiekiem. Żyć z depresją, ale nie w depresji*, Kraków 2012, s. 59–60.

[10] Por. *Neurogeneza*, [w:] *Leksykon manii i depresji*, J. Rybakowski, J. Jaracz, Poznań 2010, s. 86.

38% osób z depresją jest uzależnionych od nikotyny[11]. Człowiek cierpiący z powodu depresji, często nieświadomy problemu, nie zawsze szuka pomocy lekarskiej. Niestety stosuje on różne metody poprawy nastroju, które nie zawsze mają korzystny wpływ na zdrowie, a wręcz przeciwnie – prowadzą do wielu uzależnień, pogarszają stan psychiczny i utrudniają leczenie. Do metod najczęściej stosowanych przez osoby będące w depresji należą picie alkoholu, palenie papierosów, stosowanie leków bez konsultacji z lekarzem bądź też zażywanie narkotyków.

Zdaniem specjalistów, wiele osób cierpiących z powodu depresji sięga po alkohol, co wiąże się zwykle z ryzykiem uzależnienia. Dotyczy to szczególnie osób cierpiących z powodu depresji nawracającej i chorych na zaburzenia afektywne dwubiegunowe. U tych ludzi częstość występowania problemów alkoholowych ocenia się na 20–40%[12]. Alkoholizm może być także skutkiem depresji o lekkim i przewlekłym nasileniu, czyli dystymii oraz stanów depresyjnych będących reakcją na stresujące sytuacje lub chorobę. Ryzyko uzależnienia od alkoholu dotyczy głównie kobiet. Według danych, depresja poprzedza uzależnienie od alkoholu u 31% kobiet oraz u 12% mężczyzn[13]. Zdaniem Jabłońskiego, alkohol jest jednym z tak zwanych domowych sposobów radzenia sobie z przygnębieniem. To także najbardziej rozpowszechniona forma ucieczki od depresji. Alkohol pomaga poprawić samopoczucie, uciec od samotności, choroby, poprawić kontakt i zmniejszyć dystans. Jednakże osoby z niego korzystające często nie liczą się z tym, że niekontrolowane spożywanie różnych ilości alkoholu może stwarzać ryzyko uzależnienia. Wprawdzie po wypiciu alkoholu samopoczucie może się poprawić, ale na krótko, gdyż w okresie trzeźwienia nastrój zwykle się pogarsza i pojawia się rozdrażnienie. Natomiast u osób już uzależnionych, w okresach abstynencji, dochodzi zwykle do nasilenia objawów depresyjnych i lękowych.

---

[11] Por. A. Młodożeniec, *Zagrożenia w depresji*, [w:] *Depresja w praktyce lekarza rodzinnego*, red. M. Jarema, Poznań 2007, s. 58.

[12] Por. *Alkoholizm w chorobach afektywnych*, [w:] *Leksykon manii i depresji*, J. Rybakowski, J. Jaracz, Poznań 2010, s. 11.

[13] Por. A. Kasprowicz-Dąbrowieka, M. Ziółkowski, J. Rybakowski, *Depresja i uzależnienie alkoholowe – potencjalne korelacje rodzinno-genetyczne*, „Psychiatria Polska" 30 (1996,) nr 2, s. 282.

Psychiczny stan depresji jest także odpowiedzialny za szereg następstw związanych z nadużywaniem alkoholu. Do owych następstw należą między innymi: zaniedbywanie rodziny, zaniedbywanie pracy, problemy małżeńskie czy ryzykowne zachowania związane z prowadzeniem samochodu w stanie nietrzeźwym[14]. Ponadto nadużywanie alkoholu wpływa niekorzystnie także na sam przebieg depresji. Może zwiększyć ryzyko zachowań impulsywnych czy agresywnych, przyczynić się do wystąpienia innych zaburzeń psychicznych i problemów ze snem[15].

Kolejnym następstwem depresji może być również palenie papierosów i związane z tym uzależnienie od nikotyny. Palenie papierosów jest bardzo rozpowszechnionym i szkodliwym dla zdrowia nałogiem. Często jest to sposób na rozładowanie wewnętrznego napięcia wywołanego stresem czy psychicznym obciążeniem. Lekarze podkreślają, że zawarta w papierosach nikotyna w sposób łagodny działa przeciwdepresyjnie i przeciwlękowo. Podobnie jak w przypadku alkoholu, działanie to jest jednak krótkotrwałe. Zatem osoby będące w depresji i palące papierosy, są, bardziej niż osoby niepalące, narażone na negatywne dla zdrowia skutki nałogu, takie jak: ostre zatrucie nikotyną, choroby płuc, choroby układu sercowo-naczyniowego, choroby żołądka i jelit oraz choroby nowotworowe. Trudniej też tym osobom zerwać z nałogiem, gdyż objawy związane z odstawieniem toksycznej substancji okazują się bardzo uciążliwe, a to zwykle sprawia, że osoba z depresją zwykle wraca do nałogowego palenia[16].

Niekiedy osoby w depresji sięgają po leki lub narkotyki, które obecnie są coraz bardziej dostępne. Bywa, że osoby te z różnych przyczyn nie udają się do lekarza specjalisty, lecz na własną rękę zdobywają i stosują różne preparaty. Zdobyte leki nie zawsze pomagają i mogą prowadzić do uzależnień, a nawet zatruć. Według Jabłońskiego, istnieją przypadki, gdy chorzy na depresję leczą się lekami, które pochodzą od rodziny, znajomych czy zaprzyjaźnionego lekarza lub z niedozwolonego źródła (obcokrajowcy handlujący na bazarach czy handlarze

---

[14] Por. M. Jabłoński, *Powikłania depresji*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 139–141.

[15] Por. *Alkoholizm w chorobach afektywnych*, art. cyt., s. 11.

[16] Por. M. Jabłoński, *Powikłania depresji,* art. cyt., s. 134–136.

narkotyków). Zdarza się, że stosują oni preparaty, które są sprzedawane w aptece bez recepty. Problem ten dotyczy głównie leków uspokajających i nasennych. Niektóre z nich, przyjmowane przez dłuższy czas i bez konsultacji z lekarzem, mogą przyczynić się do ciężkiego uzależnienia. Uzależnienie to może się rozwinąć już po 2 miesiącach od stosowania danego leku, a jego leczenie jest długie i trudne. W skrajnym przypadku zdobyte leki mogą doprowadzić do ostrego zatrucia, gdy zostaną przyjęte w nadmiernej ilości, czyli przedawkowane, albo gdy celowo zostaną użyte w próbie samobójczej.

Konsekwencjami zatruć lekami są często utrata zdrowia, pobyt w szpitalu i związane z tym długotrwałe leczenie, a w najgorszym przypadku – utrata życia[17]. Potwierdza to J. Jureczko-Wilk, powołując się na opinie lekarzy specjalistów. Wiele osób cierpiących z powodu depresji korzysta z ogólnie dostępnych metod leczenia, leków bez recepty promowanych w środkach masowego przekazu czy leków uspokajających i nasennych, które chwilowo poprawiają nastrój, ale nie leczą choroby. Zwykle długotrwałe przyjmowanie tego typu farmaceutyków może nasilić objawy depresji[18].

Należy więc zauważyć, że u osób cierpiących na depresję może pojawić się problem uzależnienia od alkoholu, nikotyny czy leków. Stosowanie różnych substancji uzależniających zwykle nie jest obojętne dla zdrowia i niejednokrotnie u osób cierpiących na depresję komplikuje powrót do pełnej kondycji psychicznej. Ponadto istnienie uzależnień i nałogów może być dodatkowo źródłem wielu problemów osobistych, rodzinnych czy zawodowych.

3. Podejmowanie prób samobójczych

Bywa, że osoba będąca w depresji próbuje odebrać sobie życie. Jeśli próba ta kończy się powodzeniem, to wówczas akt samobójczy jest

---

[17] Tamże, s. 136–138.

[18] Por. J. Jureczko-Wilk, *Chorzy na smutek*, „Gość Niedzielny" 10 (2007), http://gosc.pl/doc/761626.Chorzy-na-smutek (12.03.2007).

najbardziej tragicznym skutkiem depresji, związanym nie tylko z utratą życia osoby, ale też z cierpieniem rodziny i najbliższych. Zdaniem Kępińskiego, samobójstwo jest jednym z najniebezpieczniejszych i najtrudniejszych problemów dotyczących depresji[19]. Sam problem samobójstwa jest problemem złożonym, badanym w obszarze różnych dziedzin, a wpływ na jego podjęcie mogą mieć różne czynniki, między innymi zdrowotne, psychologiczne i społeczne. Jednym z nich może być depresja[20].

Ze zjawiskiem samobójstwa związane są także inne zachowania, takie jak *próby samobójcze*[21], zwane też *samobójstwem niedokonanym*, które nie zawsze kończą się śmiercią. Próby samobójcze są częścią tak zwanych *zachowań samobójczych*, do których należą także myśli o śmierci, wypowiadanie gróźb dotyczących odebrania sobie życia czy planowanie samobójstwa i jego realizacja. Samobójstwo jest zwykle częścią całego procesu, który doprowadza człowieka do tak tragicznego rozwiązania problemów. Istnieją również zachowania, w których osoba nie chce swojej śmierci, a jedynie dokonuje samookaleczenia czy przedawkowania leku w celu rozładowania napięcia albo zwrócenia na siebie uwagi[22]. W. Datka i M. Siwek nazywają tego typu zachowania *zachowaniami samobójczymi pośrednimi*[23].

Według literatury, depresja może doprowadzić do podjęcia udanej lub nieudanej próby samobójczej czy innych zachowań autodestrukcyjnych. Ryzyko tego typu zachowań u osób z depresją okazuje się wysokie. Choć dane statystyczne są różne, to, według Święcickiego,

---

[19] Por. A. Kępiński, *Melancholia*, Kraków 2001, s. 247.

[20] Por. K. Kramlinger, *Co radzi lekarz. Depresja*, dz. cyt., s. 191–192.

[21] Według A. Gimtrowicz, jest to „działanie podjęte z intencją samobójstwa, bez udziału osób trzecich i tragicznego zakończenia, mogące spowodować samouszkodzenie ciała lub zatrucie"; A. Gmitrowicz, *Problematyka samobójstw*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, Warszawa 2011, s. 198.

[22] Por. tamże, s. 198–199.

[23] Takie zachowanie to „regularne i często nieświadomie podejmowanie śmiertelnego ryzyka, bez zamiaru odebrania sobie życia"; W. Datka, M. Siwek, *Najgorsze rozwiązanie. Problematyka samobójstw*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 150.

50–80% ofiar samobójstw stanowią chorzy na depresję. Samobójstwo jest także przyczyną śmierci 15% osób cierpiących na zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Zatem ważna jest ocena przez lekarza i bliskich ryzyka popełnienia samobójstwa oraz umiejętność dostrzegania tendencji samobójczych i reagowania na nie[24].

Zdaniem lekarzy, zamiar popełnienia samobójstwa może u osoby cierpiącej na depresję być skutkiem uciążliwych objawów, głównie myśli samobójczych czy problemów ze snem, etapu choroby oraz wielu innych okoliczności życiowych. Ryzyko próby samobójczej jest u osób z depresją związane z głębokim poczuciem winy, niepokojem, poczuciem beznadziejności, przekonaniem o znalezieniu się w sytuacji bez wyjścia. Poważnym zagrożeniem są także myśli samobójcze, szczególnie gdy są one uporczywe i mają charakter nawracający. Do próby samobójczej mogą przyczynić się również częste w depresji problemy ze snem. Przedwczesne budzenie się w środku nocy może sprawić, że człowiek czuje się bezradny, bezczynny i osamotniony. Wówczas depresyjne cierpienie jeszcze bardziej się nasila, a to może przyczynić się do podjęcia próby samobójczej[25].

Ryzyko prób samobójczych u osób z depresją może być także związane z etapem i przebiegiem choroby oraz z brakiem opieki lekarskiej. Szczególnie niebezpieczny dla zachowań suicydalnych okazuje się początek choroby, głównie pierwszy rok, w którym osoba próbuje odnaleźć się w nowej sytuacji. Również w końcowym etapie depresji objawy nie ustępują równocześnie, zatem bywa, że poprawie aktywności towarzyszy obniżony nastrój. Jest to stan, w którym osoba nadal jest przygnębiona, ale też bardziej sprawna i aktywna, co sprzyja próbom odebrania sobie życia. Także częste nawroty choroby mogą doprowadzić do samobójstwa, gdyż potęgują pesymizm, osłabiają wiarę w wyzdrowienie, są przyczyną wielu wizyt w szpitalu i problemów rodzinnych. Ryzyko samobójstwa istnieje również po

---

[24] Por. Ł. Święcicki, *Samobójstwo – ocena ryzyka, zapobieganie*, [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji praktyce lekarza rodzinnego*, red. T. Panowski, Ł. Święcicki, Warszawa 2007, s. 248.

[25] Por. W. Datka, M. Siwek, *Najgorsze rozwiązanie. Problematyka samobójstw*, art. cyt., s. 154.

ustąpieniu choroby, szczególnie u tych osób, u których oznaki depresji nie ustąpiły całkowicie, ale trwają nadal z łagodnym nasileniem. Stan ten, zwany przez lekarzy *remisją niepełną*, utwierdza człowieka w przekonaniu o niemożliwości powrotu do pełnego zdrowia oraz może doprowadzić do zachowań autoagresywnych[26]. Próby samobójcze mogą także popełnić te osoby, które nie korzystają z pomocy lekarza specjalisty czy psychologa lub są nieodpowiednio leczone. Zdaniem Kramlinger, czynnikiem zwiększającym zagrożenie samobójstwem jest więc nieleczona lub źle leczona depresja[27].

Przyczyny samobójstwa u osób będących w depresji mogą wynikać z choroby, ale mogą być także skutkiem zaistniałych okoliczności życiowych. Zdaniem A. Grzywy szczególne znaczenie w podejmowaniu prób samobójczych mogą mieć izolacja, brak kontaktu z innymi, osamotnienie czy niemożność uzyskania pomocy. Osoby będące w depresji, dokonujące samobójstwa, są często osobami samotnymi, które nie utrzymują kontaktów z bliskimi, albo są to jedynie kontakty formalne. Jeżeli zaś mają one rodzinę, to zwykle występują w niej konflikty i kryzysy. Bywa, że u osób z depresją samobójcza próba poprzedzona jest jakąś stratą czy niekorzystnym zdarzeniem, na przykład śmiercią bliskiej osoby, odejściem współmałżonka czy dzieci[28].

Istnieją także osoby, które popełniają samobójstwo, gdyż nie widzą sensu swojego życia. Zwykle cierpią na depresję spowodowaną pustką egzystencjalną czy kryzysem utraty sensu. Zdaniem M. Wolickiego, przedstawiciele podejścia w psychologii zwanego *logoterapią* uważają, że tego typu depresja jest związana między innymi z agresją skierowaną ku sobie. Agresja ta zwykle przybiera postać impulsów samobójczych. Samobójstwo jest wówczas skutkiem nie tylko patologicznych zmian w ludzkiej psychice, ale wynika z postawy człowieka wobec własnego losu i wyraża się negacją życia i jego

---

[26] Tamże, s. 155.

[27] K. Kramlinger, *Co radzi lekarz. Depresja*, dz. cyt., s. 191.

[28] Por. A. Grzywa, *Pogranicza psychiatrii. Drogi i bezdroża umysłu*, Lublin 2009, s. 204.

sensu. Zwątpienie w sens życia, pustka i frustracja życiowa mogą więc prowadzić do depresji, rozpaczy, a ostatecznie – do decyzji o samobójstwie[29].

Próba samobójcza u wielu osób zwykle bywa poprzedzona różnymi zachowaniami. Osoby, które chcą popełnić samobójstwo, mogą mówić o swoim zamiarze lub sygnalizować go swoim zachowaniem. Według Kramlinger, niektórzy bezpośrednio mówią swoim bliskim, że chcą skończyć ze swoim życiem, inni zaś mogą to pośrednio komunikować poprzez rozmowę na temat śmierci. Są też i tacy, którzy w ogóle nie ujawniają swoich myśli dotyczących samobójstwa, stronią od ludzi, zamykają się w sobie i wycofują z życia społecznego. Osoby, które planują samobójstwo, mogą dokonywać wielu zmian w swoim życiu, na przykład w swoich zwyczajach czy zachowaniu. Osoby nieśmiałe mogą stać się ekstrawertykami, natomiast te, które były znane ze swojej otwartości, mogą zacząć unikać innych. Niekiedy ci, którzy zamierzają popełnić samobójstwo, porządkują swoje sprawy osobiste czy rozdają swoje rzeczy. Są też osoby, które narażają swoje życie lub zdrowie na utratę poprzez ryzykowne zachowania, takie jak brawurowa jazda samochodem, upijanie się czy nadużywanie narkotyków[30].

Tragicznym w skutkach następstwem depresji może być dokonanie tak zwanego *samobójstwa rozszerzonego.* Według J. Rybakowskiego i J. Jaracza, samobójstwo rozszerzone „polega na zabiciu osoby lub osób bliskich, a następnie siebie"[31]. Ryzyko popełnienia tego typu samobójstwa jest związane głównie z depresją przejawiającą się objawami psychotycznymi. Samobójstwo rozszerzone jest u tych osób skutkiem urojeń, czyli przekonań, że jedynie śmierć chroni przed cierpieniem czy prześladowaniem[32]. Zatem osoby takie dopuszczają

---

[29] Por. M. Wolicki, *Człowiek przełomu tysiącleci wobec masowej triady neurotycznej*, [w:] *Człowiek przełomu tysiącleci. Problemy psychologiczne. Materiały z XXXI Sympozjum Sekcji Psychologii Komisji Episkopatu Polski ds. Nauki. Częstochowa 12–14 września 1999 r.*, red. J. Makselon, B. J. Soiński, Kraków 2000, s. 15–17.

[30] Por. K. Kramlinger, *Co radzi lekarz*, dz. cyt., s. 193–194.

[31] *Samobójstwo rozszerzone*, [w:] *Leksykon manii i depresji*, J. Rybakowski, J. Jaracz, Poznań 2010, s. 101.

[32] Por. Tamże.

się zabójstwa siebie i swoich najbliższych, aby uchronić ich przed zagrożeniami, zwykle wyimaginowanymi. Według Grzywy, ten typ samobójstwa zdarza się niezwykle rzadko i jest trudny do przewidzenia. Może także zostać dokonany przez osoby, u których nie stwierdza się objawów psychotycznych w postaci urojeń, a które przeżyły znaczny kryzys materialny i są w depresji[33].

Samobójstwo nie tylko łączy się z desperacką próbą odebrania sobie życia, ale jest także źródłem ogromnego cierpienia oraz poczucia winy u osób najbliższych oraz u lekarza opiekującego się chorym. Według D. G. Amen i L. C. Routh, udana próba samobójcza osoby będącej w depresji niszczy rodzinę, ponieważ pozostawia osamotnionych rodziców, osierocone dzieci, poczucie winy oraz cierpienie[34]. Natomiast Kramlinger stwierdza, że jedna osoba, która zakończyła życie samobójstwem, pozostawia po sobie wiele osób, które są opuszczone, wstrząśnięte oraz żyją z brzemieniem tego typu śmierci. Również żałoba przeżywana po samobójczej śmierci należy do najbardziej bolesnych[35]. Zdaniem V. Edwards, samobójstwo bliskiej osoby może być źródłem gwałtownych emocji. U osób tych żal po stracie kogoś bliskiego bywa bolesny i obezwładniający oraz przepełniony uczuciem gniewu i poczuciem winy. Często mają one poczucie winy za to, co się stało, i uważają, że powinni zapobiec tej śmierci, zauważyć niepokojące objawy i zrobić wszystko, by do tego nie doszło. Bywa, że następstwa samobójstwa popełnionego przez osobę z depresją trwają przez całe lata. Członkowie rodziny nie rozmawiają ze sobą, dzieci oskarżają się, że nie sprawowały odpowiedniej opieki nad chorym rodzicem, a rodzice, którzy latami żyją w poczuciu winy, że nie zrobili wszystkiego, co by mogło ocalić życie ich dziecka[36].

Zwykle osoby najbliższe w obliczu tak tragicznej sytuacji reagują rozpaczą, żalem, a nawet gwałtownym gniewem. Według Kramlinger, gniew ten bywa skierowany na lekarza, członków rodziny czy

---

[33] Por. A. Grzywa, *Pogranicza psychiatrii. Drogi i bezdroża umysłu,* dz. cyt., s. 204.

[34] Por. D. G. Amen, L. C. Routh. *Leczenie lęków i depresji*, Poznań 2005, s. 357.

[35] Por. K. Kramlinger, *Co radzi lekarz*, dz. cyt., s. 196.

[36] Por. V. Edvards, *Depresja. Jak ją rozpoznać, jak pokonać*, Warszawa 2004, s. 186–187.

na samego siebie. Może on także być skierowany na osobę, która popełniła samobójstwo. Zwykle wyraża się przez pretensje i zarzuty. Samobójcza śmierć jest dla najbliższych osób traumatycznym przeżyciem, które może doprowadzić do stanu emocjonalnego odrętwienia, utraty radości życia czy utraty zainteresowania dotychczasowymi sprawami. Ponadto człowiek, który w wyniku samobójczej śmierci stracił bliską osobę, może, oprócz uczuć związanych z żałobą, doświadczać intensywnego stresu, który, jak wiadomo, wiąże się z ryzykiem depresji[37].

Samobójstwo popełnione przez osobę cierpiącą na depresję może być także źródłem kryzysu u lekarza, który sprawuje opiekę nad chorym. Zdaniem M. Gitlin'a, radzenie sobie z samobójczą śmiercią pacjenta jest najtrudniejszym i najbardziej traumatycznym wydarzeniem w życiu. Bywa, że lekarza i osobę chorą łączy więź, która powstała w trakcie leczenia. Często to właśnie lekarzom chorzy mówią o tym, czego nie powiedzieliby najbliższym. Zdarza się, że osoby noszące się z zamiarem popełnienia samobójstwa zgłaszają się do lekarza na krótko przed próbą samobójczą. Zatem strata pacjenta w wyniku samobójstwa może być dla niego źródłem cierpienia i może wiązać się z lękiem czy depresją. Często wiadomość o samobójczej śmierci wywołuje szereg reakcji, takich jak: szok, niedowierzanie, smutek, wstyd, uczucie straty, poczucie winy czy obawa przed obciążeniem odpowiedzialnością. Taka tragedia może utwierdzić lekarza w przekonaniu o bezcelowości terapii oraz skłonić go do refleksji nad błędami, jakie mógł popełnić zajmując się pacjentem[38].

Z powyższych danych wynika więc, że próby samobójcze mogą być konsekwencją przeżywanej depresji. Ponadto depresja jest uznawana za najczęstsze zaburzenie psychiczne, które może przyczynić się do samobójczej śmierci. To sprawia, że w przypadku tych osób należy liczyć się z pojawieniem się zachowań suicydalnych oraz próbować im przeciwdziałać.

---

[37] Por. K. Kramlinger, *Co radzi lekarz*, dz. cyt., s. 196–197.

[38] M. Gitlin, *Następstwa tragedii – reakcja psychiatry na samobójstwo pacjenta*, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria" (2008), nr 3–4, s. 41–43; por. R. Frierson, M. Melikian, P. C. Wadman, *Podstawy oceny ryzyka samobójstwa. Sposób przeprowadzania wywiadów i dobór metod leczenia*, „Medycyna po Dyplomie" 12 (2003) nr 3, s. 122.

4. Psychospołeczne następstwa depresji

Depresja może mieć znaczący wpływ na życie osoby i być przyczyną wielu problemów. Zwłaszcza depresja przewlekła i nawracająca mogą przyczynić się do niesprawności, w różnym stopniu komplikującej życie osobiste i zawodowe. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) poziom niepełnosprawności chorych z depresją jest wyższy niż w następstwie innych przewlekłych chorób, takich jak nadciśnienia czy cukrzycy[39]. Skutki te są najbardziej widoczne u osób, które cierpią na zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Ta grupa chorych zasługuje na szczególną uwagę, gdyż w ich przypadku depresja może przyczynić się do niesprawności trwającej niekiedy całe życie[40]. Osoby, które zapadły na ciężką i nawracającą depresję, są także narażone na częste pobyty w szpitalu. W ciągu całego życia mogą doświadczać od 3 do 10 nawrotów choroby, trwających średnio od 3 do 10 miesięcy, a to znacząco wpływa na życie osobiste, rodzinne i zawodowe[41].

Według literatury, problem depresji dotyczy także członków rodziny, w której żyje chory. Zdaniem T. Anatrella'i, bywa, że chorzy cierpiący na ciężką postać depresji są często nieświadomi swojej choroby i wywierają presję na swoich najbliższych. Będąc w fazie choroby, wyczerpują psychicznie rodzinę czy przyjaciół[42]. Niekiedy osoby cierpiące na zaburzenia depresyjne (głównie mężczyźni) są skłonni do przemocy, zwłaszcza fizycznej[43]. Zdaniem lekarzy, obecność osoby chorej na depresję może być dla rodziny bolesnym doświadczeniem i źródłem stresu. Bywa też, że rodzina musi opiekować się chorym, zaspokajać jego potrzeby i pełnić jednocześnie inne obowiązki – zwykle w atmosferze zamętu, izolacji, niepewności czy złości. Niekiedy

---

[39] Podaję za: A. Młodożeniec, *Zagrożenia w depresji*, art. cyt., s. 49.

[40] Por. E. Vieta, *Choroba afektywna dwubiegunowa*, „Medycyna po Dyplomie. Zeszyt Edukacyjny", (2008) nr 3 (6), s. 8.

[41] Por. A. Młodożeniec, *Zagrożenia w depresji*, art. cyt., s. 49.

[42] Por. T. Anatrella, *Préface*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 8–9.

[43] Por. R. C. Carson, J. N. Butcher, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, t. 1, Gdańsk 2011, s. 368.

indywidualne potrzeby członków rodziny są pomijane, gdyż cały swój czas poświęcają choremu. W takiej sytuacji relacje w rodzinie mogą ulec pogorszeniu. Między jej członkami może dojść do konfliktów, odsunięcia się lub uzależnienia. Zatem depresja może negatywnie wpłynąć na funkcjonowanie rodziny, osłabiać jej opiekuńczy system oraz wprowadzać zmiany w ustalonych wcześniej rolach[44].

Zdaniem specjalistów, negatywne skutki depresji mogą być widoczne w relacjach małżeńskich. Choroba ta może doprowadzić do kryzysu między małżonkami, który to kryzys może zakończyć się rozpadem małżeństwa. Według danych, około ⅓ (a nawet połowa) rozpadających się małżeństw boryka się z problemem depresji, gdyż cierpi na nią zwykle jeden ze współmałżonków. Zdarza się, że współmałżonek negatywnie reaguje na zachowanie bliskiej mu osoby będącej w depresji. W takiej sytuacji wzajemne relacje małżeńskie często są nacechowane wrogością i napięciem, a to może jeszcze bardziej pogorszyć psychiczny stan chorego[45]. Według Dudek, jednym ze skutków depresji jest między innymi nadmiar obowiązków, który staje się udziałem męża czy żony. Bywa, że sytuacja osoby chorej jest trudna. Ciężar depresji sprawia, że człowiek nią dotknięty nie jest w stanie wykonywać wielu domowych zajęć, a to niekiedy zmusza współmałżonka do ich przejęcia. Czasem osoba będąca w depresji nie może pracować, pozostaje na długim zwolnieniu lekarskim, traci pracę lub jest na rencie. Wówczas sytuacja materialna rodziny może ulec pogorszeniu, co zmusza męża lub żonę do poszukiwania dodatkowych źródeł dochodu. Także ciężar podejmowania wielu decyzji zwykle należy do współmałżonka-opiekuna[46].

Skutkiem depresji mogą być również problemy z pożyciem małżonków, które negatywnie wpływają na ich relacje. Według Dudek, osoba doświadczająca depresji często ma problemy związane ze współżyciem,

---

[44] Por. D. F. Papolos, J. Papolos, *Przezwyciężyć depresję*, Poznań 1994, s. 294–295; por. J. Krzyżowski, *Depresja*, Warszawa 2002, s. 87.

[45] Por. R. C. Carson, J. N. Butcher, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, dz. cyt., s. 366–367.

[46] Por. D. Dudek, *Depresja w małżeństwie i rodzinie*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 122–123.

które są spowodowane objawami choroby (takimi jak utrata zainteresowań, obojętność, smutek czy przygnębienie), niepożądanym działaniem leków bądź trudnościami z nawiązaniem kontaktu. Owe trudności są dla chorego źródłem dodatkowego cierpienia. Dotyczy to także współmałżonka, który czuje się rozczarowany i ma poczucie straty osoby, którą kochał[47]. Zdaniem D. G. Amen i L. C. Routh, partnerzy niektórych chorych skarżą się, że bliskie im osoby, które są w depresji, nie prowadzą z nimi rozmów i nie okazują im uczuć[48].

Depresja, według Dudek, wpływa także negatywnie na życie towarzyskie małżonków. Rodziny, w których jedna z osób cierpi na depresję, często wycofują się z życia towarzyskiego. Zwiększona liczba obowiązków i brak wolnego czasu w związku z opieką nad chorym przyczyniają się do ograniczenia kontaktów z innymi i izolacji. Także atmosfera związana z chorobą – przesycona smutkiem i jego odpychające zachowanie mogą udzielać się innym, co sprawia, że nie chcą przebywać w ich towarzystwie. Ograniczenie życia towarzyskiego wiąże się z poczuciem wstydu. Niestety stygmatyzacja związana z chorobą psychiczną sprawia, że jest to problem skrywany i wstydliwy. Ograniczenie kontaktów towarzyskich do najbliższej rodziny i przyjaciół zmniejsza też liczbę osób, które mogłyby zostać zaangażowane w udzielanie pomocy[49].

Depresja rodzica może mieć niekorzystny wpływ na dzieci. Zdaniem lekarzy, przewlekły stres związany z chorobą matki lub ojca, brak jego obecności (pobyt w szpitalu), próby samobójcze, zła atmosfera rodzinna, brak właściwej opieki są źródłem cierpienia u dzieci i negatywnie wpływają na ich rozwój[50]. Także według Anatrella'i, depresja ojca, a przede wszystkim matki, często wiąże się z ograniczeniem pozytywnych postaw rodzicielskich, poszanowania własnej wartości, z trudnościami w rozwiązywaniu problemów i frustracją. Zwykle depresyjni rodzice spędzają mniej czasu ze swoimi dziećmi i gorzej się nimi zajmują. Bywa, że dzieci nie otrzymują należytego im wsparcia

---

[47] Tamże, s. 123.
[48] Por. D. G. Amen, L. C. Routh, *Leczenie lęków i depresji*, dz. cyt., s. 374.
[49] Por. D. Dudek, *Depresja w małżeństwie i rodzinie*, art. cyt., s. 122.
[50] Tamże, s. 124.

i często to one starają się wspierać rodziców. Dzieci depresyjnych rodziców mogą być zahamowane, bierne, wątpić w swoje możliwości i mieć trudności w realizowaniu swoich marzeń. Zdaniem autora, im bardziej rodzice są depresyjni, tym bardziej komplikują życie swoim dzieciom[51].

Często w rodzinach, w których jeden z rodziców cierpi na depresję, obserwuje się zerwanie relacji, komunikacji, ograniczenie wspólnych rozmów. Brak ekspresji uczuć między małżonkami oraz między rodzicami i dziećmi nie jest dobrym wzorcem, z którego dzieci mogłyby się nauczyć właściwych relacji i odpowiednich zachowań. Zwykle rodzic, który cierpi na depresję, traci zainteresowanie dziećmi i poświęca im za mało czasu. Dzieci, które pragną ciepła i miłości, a nie otrzymują odpowiedniej dawki pozytywnych uczuć, z reguły obwiniają siebie za to, że nie są kochane. Ponadto depresyjni rodzice często wyrażają niezadowolenie i są wobec swoich dzieci zbyt krytyczni. Młode osoby wychowane w atmosferze krytyki i pesymizmu mogą mieć zaburzony obraz siebie, postrzegają się w negatywnym świetle, ponadto mogą powielać wzorce zachowań rodziców, podobnie myśleć i postępować w późniejszym życiu. Depresja rodzica może mieć również wpływ na wybór stylu wychowania. Czasem jest on zbyt surowy lub zbyt pobłażliwy. Długotrwałe i częste stosowanie kar zarówno słownych, jak i fizycznych, kontrolowanie zachowań dzieci przez wywoływanie poczucia winy i lęków, nieokazywanie im ciepła i miłości mogą przyczynić się do wystąpienia u dziecka depresji czy innych zaburzeń[52].

Według specjalistów, pojawienie się depresji poporodowej u matki ma także niekorzystny wpływ na rozwój niemowlęcia. Zdaniem J. Krzyżowskiego, depresja występująca u kobiet po porodzie wpływa niekorzystnie na rozwój intelektualny dziecka i może być źródłem problemów w relacjach z innymi w jego dorosłym życiu[53]. Potwierdza to M. Wasilewska-Pordes, która w oparciu o wyniki wielu badań stwierdza, że sposób, w jaki matka kontaktuje się z dzieckiem w pierwszych

---

[51] Por. T. Anatrella, *Préface*, art. cyt., s. 9–10.

[52] Por. T. L. Tyra, *Samoocena dzieci z rodzin depresyjnych*, „Psychiatria Polska" 28 (1994) nr 3, s. 335–338.

[53] Por. J. Krzyżowski, *Depresja,* dz. cyt., s. 88.

miesiącach jego życia ma wpływ na jego rozwój poznawczy. Według danych, rozwój intelektualny u dzieci matek cierpiących na depresję bywa gorszy, niż u dzieci których matki nie chorują na ten typ zaburzenia. Jednakże nie sam fakt istnienia depresji u matki wpływa negatywnie na rozwój poznawczy dziecka, ale wynikający z depresji zaburzony kontakt z dzieckiem, nieprawidłowa komunikacja i brak reakcji ze strony matki na potrzeby niemowlęcia. Ponadto zły stan psychiczny matki może być przyczyną zaburzeń emocjonalnych u dziecka, występujących w okresie późnego dzieciństwa[54].

Natomiast w przypadku depresji dziecięcej, choroba ta może być źródłem niepokoju oraz troski ze strony rodziców. W tej sytuacji rodzice często martwią się o przyszłość dziecka, muszą zrezygnować z wielu wcześniejszych oczekiwań, poświęcić mu więcej czasu, uwagi, wsparcia psychicznego czy finansowego. Skutki depresji dotyczą także rodzeństwa, które może przeżywać wiele sprzecznych uczuć. Dzieci, których brat lub siostra cierpi z powodu depresji, mogą mieć poczucie krzywdy oraz czuć zazdrość. Bywa, że rodzice poświęcają swój czas opiekując się dzieckiem będącym w depresji kosztem edukacji i czasu, który powinien zostać poświęcony pozostałym dzieciom. Rodzeństwo może więc czuć się się sfrustrowane oraz mieć żal do rodziców i rodzeństwa, że przez nich znalazło się w tej trudnej sytuacji. Zdrowe dzieci mogą izolować się od przyjaciół, obawiając się zachowań chorego brata lub siostry, albo w obawie przed podejrzeniami związanymi z chorobą. Oprócz tego mogą czuć lęk związany z dziedziczeniem choroby i opieką nad chorym rodzeństwem, gdy rodzice, z racji podeszłego wieku, nie będą już w stanie jej sprawować. Depresja dziecka jest więc źródłem cierpienia jego rodzeństwa, które, przez chorobę, może mieć ograniczoną relację z bratem lub siostrą, może stracić uwagę rodziców, a także oczekiwania, nadzieję i spójne rodzinne życie[55].

Depresja może mieć także negatywny wpływ na życie zawodowe. Zdaniem B. Gruszki-Zych, osoby cierpiące na depresję to zwykle osoby

---

[54] Por. M. Wasilewska-Pordes, *Depresja poporodowa u kobiet*, Kraków 2000, s. 112–116.

[55] Por. D. F. Papolos, J. Papolos, *Przezwyciężyć depresję*, dz. cyt., s. 295, 309–311.

aktywne zawodowo. Jednakże bywa, że tracą one pracę, gdy pracodawca dowiaduje się o chorobie. W takiej sytuacji trudno im znaleźć kolejne zatrudnienie[56]. Poza tym objawy depresji mogą ograniczać lub uniemożliwiać jakąkolwiek aktywność zawodową. A. Credo podkreśla, że człowiek będący w depresji nie jest w stanie pracować, jednak stara się pokonać swoją niesprawność, ukrywa ją przed przełożonym i współpracownikami, ale z czasem załamuje się i zaczyna korzystać z coraz dłuższych zwolnień lekarskich, a to zwykle grozi utratą pracy[57]. Czasami ciężki przebieg depresji uniemożliwia spełnianie obowiązków zawodowych, a u osób młodych może być przeszkodą w zdobyciu wykształcenia i zawodu. Dotyczy to szczególnie osób cierpiących na zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Dane przytaczane przez E. Vieta wskazują, że pogorszenie sytuacji zawodowej u tych osób jest dwukrotnie wyższe niż u innych. Skutkiem tej choroby mogą być też liczne przestępstwa. Osoby takie częściej niż inne są aresztowane, skazywane i odbywają karę więzienia[58].

Zdaniem D. F. Papolos i J. Papoplos, człowiek będący w stanie depresji bywa zmęczony i przygnębiony, natomiast w stanie maniakalnym swoje decyzje podejmuje bez refleksji i pod wpływem impulsu. Osoby chore często nie kontrolują swoich zachowań, mają dużo energii, nieokiełznany popęd i najczęściej nie są w stanie realistycznie ocenić konsekwencji swoich działań. Mogą, na przykład, dokonywać bezsensownych zakupów, przez co zadłużają siebie i rodzinę, czy swoją natarczywością nękać otoczenie. Niekiedy bywają rozdrażnione i agresywne oraz wchodzą w konflikt z prawem. Takie zachowanie osoby chorej na zaburzenia afektywne dwubiegunowe przysparza rodzinie wielu problemów[59].

Oprócz negatywnych następstw depresji, które mogą odczuwać chory i jego rodzina, autorzy zwracają także uwagę na skutki choroby,

---

[56] Por. B. Gruszka-Zych, *Depresja skraca życie*, „Gość Niedzielny" 9 (2008), http://gosc.pl/doc/762439.Depresja-skraca-zycie (4.03.2012).

[57] Por. A. Credo, *Gdy światło nie rozjaśnia, a świat nie ma barw*, „Charaktery" (2002) nr 11, s. 17.

[58] Por. E. Vieta, *Choroba afektywna dwubiegunowa*, dz. cyt., s. 8.

[59] Por. D. F. Papolos, J. Papolos, *Przezwyciężyć depresję*, dz. cyt., s. 300–302.

dotyczące sektora społecznego i finansowego państwa. W tej perspektywie depresja zwykle przyczynia się do obciążeń ekonomicznych związanych z większymi nakładami środków finansowych na służbę zdrowia i jej placówki oraz z wypłatą świadczeń zdrowotnych, zasiłków chorobowych czy rent inwalidzkich. Zdaniem Krzyżowskiego, bezpośrednie koszty wydatków związanych z rozpoznaniem i leczeniem depresji są znaczne. Są to zwykle koszty badań, leków oraz koszty pobytu w szpitalu[60]. Na przykład w Stanach Zjednoczonych w 1999 roku bezpośrednie nakłady finansowe, poniesione w związku z leczeniem chorych na zaburzenia afektywne dwubiegunowe, wyliczono na 60 miliardów dolarów. Dotyczą one opieki szpitalnej, opieki ambulatoryjnej oraz wymiaru sprawiedliwości, który zajmuje się przestępczością osób z tego typu zaburzeniami. Oprócz tego państwo ponosi koszty pośrednie, związane – na przykład – z mniejszą wydajnością w pracy lub utratą zdolności do pracy, instytucjami opiekuńczymi bądź też ofiarami samobójstw. W tym samym roku wyniosły one 30 miliardów dolarów[61]. Według innych szacunków koszty pośrednie są o wiele wyższe niż bezpośrednie i są one znacznym obciążeniem finansowym dla społeczeństwa[62].

Istnieje zatem wiele danych potwierdzających, że skutki depresji nie tylko dotyczą osoby cierpiącej, ale także swoim zakresem obejmują rodzinę, osoby najbliższe i całe społeczeństwo, które zwykle musi ponosić koszty leczenia tej choroby. Bywa, że depresja całkowicie dezorganizuje codzienne życie, ma negatywny wpływ na dzieci i relacje małżeńskie, a nawet może doprowadzić do rozbicia rodziny.

5. Wpływ depresji na życie moralne i religijne

Ważną kwestią, która wiąże się z depresją i sferą religijno-moralną, jest pytanie, czy psychiczny stan depresji może mieć wpływ na życie

---

[60] Por. J. Krzyżowski, *Depresja,* dz. cyt., s. 89.
[61] Por. E. Vieta, *Choroba afektywna dwubiegunowa*, art. cyt., s. 8–9.
[62] Por. J. Krzyżowski, *Depresja,* dz. cyt., s. 89.

religijne, na wiarę chorego i jego wybory moralne. Już św. Tomasz z Akwinu zwraca uwagę na konsekwencje wynikające ze smutku. Dla Akwinaty smutek może pogrążyć człowieka, utrudnia działanie, uniemożliwia naukę, szkodzi ciału i przygnębia ducha. Ponadto sprawia, że człowiek staje się ociężały fizycznie i duchowo, wyklucza nadzieję i obciąża duszę[63]. Według literatury, również smutek występujący w depresji oraz inne jej przejawy mogą mieć wpływ na duchowy rozwój człowieka i jego religijność. Dla jednych autorów depresja może być przeszkodą na drodze duchowej w wypełnianiu chrześcijańskich zobowiązań i praktyk religijnych. Dla innych – samo przeżycie depresji bywa źródłem poczucia sensu, ponieważ doprowadza do nawiązania lub odbudowy relacji z Bogiem i sprawia, że życie nabiera nowej wartości.

Zdaniem M. Golczyńskiej, przebyta depresja często specyficznie zmienia sferę wiary. Bywa, że człowiek po wyjściu z poważnej depresji zaczyna stawiać sobie pytania egzystencjalne, obawia się praktykować religię, modlić się i chodzić do kościoła. To, co jest związane z duchowością i religią, wywołuje u niego niepokój i lęk. Z drugiej zaś strony często jest on pochłonięty problematyką egzystencjalną, doszukuje się swojej winy, zastanawia nad karą i próbuje uchwycić sens życia[64]. Istnieją także opinie, według których przeżywana depresja ma niekorzystny wpływ na życie duchowe i religijne. Negatywne skutki depresji dotyczą głównie uczuć. Zdaniem R. P. Vaughan'a, stan ten często zaciemnia wiarę i przeszkadza w jej praktykowaniu. Niektórzy tracą zainteresowanie swoją religią, czują się opuszczeni przez Boga, a nawet mogą wątpić w Jego istnienie. Inni natomiast mają poczucie winy, które, w ich opinii, jest skutkiem grzechu. Są także i tacy, którzy czują gniew wobec Boga i obwiniają Go za doświadczane zło[65].

---

[63] Por. Św. Tomasz z Akwinu, *Summa teologiczna. Uczucia*, t. 10, Londyn 1967, s. 166–173.

[64] Por. M. Golczyńska, *Depresja – granice zdrowia i choroby*, [w:] *Od depresji. Wybrane materiały z konferencji: „Od depresji do pokoju ducha" zorganizowanej przez Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich. Warszawa–Konstancin 20–22.04.2007*, red. S. Tokarski, Płock 2009, s. 24.

[65] Por. R. P. Vaughan, *Poradnictwo pastoralne a zaburzenia osobowości*, Kraków 1999, s. 174–175.

Osoby cierpiące na depresję mogą odczuwać, że ich relacja z Bogiem uległa osłabieniu, a nawet została zerwana. Bywa, że mają problemy z modlitwą. Według Grün'a, wielu ludzi z depresją przyznaje, że nie potrafi się modlić i twierdzi często, że ich modlitwa jest nieskuteczna. Osoby te czują się jak w czarnej dziurze, której nie mogą pokonać pobożne myśli. Wygląda to tak, jakby modlitwa nie docierała do ich duszy. Czują, że są całkowicie oddzielone od Boga. Często żyją w przeświadczeniu, że wiara jest nieosiągalna i bezużyteczna. Jedyne, co im pozostaje, to zewnętrzne trzymanie się wiary i związanych z nią rytuałów, w nadziei, że kiedyś to odrętwienie duchowe przeminie[66]. Inni natomiast mogą mieć przekonanie, że ich wiara umarła. Zdaniem Grzywocza, osoby te tracą nadzieję i nie modlą się, bo modlitwa staje się udręką i bezsensownym rytuałem. Niekiedy odchodzą ze wspólnoty i zaniedbują swoje dotychczasowe obowiązki, zaprzestają uczestnictwa w niedzielnej Ofierze Eucharystycznej i nabożeństwach. Nie są zdolne do jakiegokolwiek wysiłku, nie potrafią wyjść z domu, by spotkać się z Bogiem i z tego powodu miewają wyrzuty sumienia[67].

Tego typu odczucia są między innymi skutkiem objawów depresji, takich jak smutek, poczucie beznadziei, brak energii, obojętność emocjonalna, niemożność przeżywania przyjemności i poczucie winy. Według M. Chave-Jones, cierpiący na depresję chrześcijanie mają zbyt mało energii, by modlić się do Boga, czytać Pismo Święte czy uczestniczyć w życiu swojej wspólnoty. Objawy depresji działają jak gęsta mgła, która przeszkadza dostrzegać obecność Boga. Brak odczuwania bliskości Boga, wątpliwości religijne i niemożność nawiązania z Nim głębszej relacji przez modlitwę, mogą jeszcze bardziej pogłębić poczucie winy i poczucie życiowej klęski[68]. Doświadczenia osób depresyjnych potwierdzają także badania przytaczane przez psychologów. Z owych badań wynika, że jakość przeżyć religijnych jest uzależniona od stopnia nasilenia depresji. Osoby

---

[66] Por. A. Grün, *Jak przezwyciężyć smutek życia*, Kielce 2008, s. 78. 160–161.

[67] Por. K. Grzywocz, *W mroku depresji*, Kraków 2011, s. 76; por. R. P. Vaughan, *Poradnictwo pastoralne a zaburzenia osobowości*, dz. cyt., s. 175.

[68] Por. M. Chave-Jones, *Jak sobie radzić z depresją. Przyczyny. Osoby podatne. Co można zrobić? Jak pomóc innym*, Warszawa 1993, s. 66–67.

z silną depresją rzadziej, niż osoby z lekką depresją, odwołują się do wiary w Boga. Wiara ma dla nich mniejsze znaczenie, a ich obraz Boga często bywa negatywny. Obojętność emocjonalna, charakterystyczna dla ciężkiej depresji, hamuje więc zdolność do wyrażania uczuć religijnych[69].

Jednak bywają również przypadki, że osoby pogrążone w depresyjnym cierpieniu miewają poczucie obecności Boga. Świadectwa tej obecności przedstawiają R. Cathalan i R. McDonnel. Według autorek, wiele osób czuje, że Bóg jest namacalnie obecny podczas doświadczania depresji. Niektóre osoby czują obecność Boga, który przychodzi do nich na przykład w fali miłości bądź czują go tylko na poziomie intelektualnym[70]. Niekiedy osoby wierzące doświadczają w trakcie trwania choroby okresów wzmożonej religijności. Dotyczy to szczególnie osób, które cierpią na zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Badania przytaczane przez Święcickiego dowodzą, że te właśnie osoby, które doświadczają równocześnie objawów depresji i podwyższonego nastroju czyli manii, są bardziej zaangażowane w praktyki religijne i mają silniejsze przekonanie o ich znaczeniu w swoim życiu. Natomiast ustąpienie objawów choroby u tych chorych, powoduje zmniejszenie zaangażowania religijnego[71].

Dla wielu osób przeżycie depresji może być również źródłem pozytywnych zmian w ich życiu, zwłaszcza duchowym. Doświadczenie to może sprawić, że dotknięty nim człowiek odnajdzie sens życia, dowartościuje i rozwinie swoje życie duchowe. Dla teologa Romano Guardini'ego stany smutku, zwane przez niego melancholią, są oznaką istnienia absolutu, ograniczoności ludzkiego istnienia oraz wezwaniem, by włączyć Boga do swojego życia. Zatem prawdziwy sens melancholii ma wymiar duchowy[72]. Zdaniem Grzywocza, depresja wcale nie musi być przerwą na drodze duchowego rozwoju. Trzeba tylko postawić

---

[69] Por. B. Grom, *Psychologia religii. Ujęcie systematyczne*, Kraków 2009, s. 229–230.

[70] Por. R. Callahan, R. McDonnell, *Modlitwy na depresję. Terapia duchowością*, Warszawa 2005, s. 129–130.

[71] Por. Ł. Święcicki, *Religijność a choroba afektywna dwubiegunowa*, „Medical Tribune" (2011) no. 2, s. 20.

[72] Por. R. Guardini, *O sensie melancholii*, Poznań 2009, s. 57, 59.

pytanie, jaką rolę to przykre doświadczenie może odegrać w życiu. Mówi on o tak zwanym *depresyjnym świetle*, które pozwala dobrze przeżyć depresję. Jest ono często zarówno dla człowieka cierpiącego, jak i jego bliskich przypomnieniem o istnieniu rzeczywistości duchowej[73]. Natomiast, według Anselma Grüna, skutki depresji mogą być postrzegane jako pozytywny aspekt ludzkiej rzeczywistości. Depresja może bowiem prowadzić do tak zwanej *nowej wyrazistości*. Bywa, że osoby cierpiące na depresję widzą wszystko wyraźniej, zauważają wiele istotnych rzeczy w świecie i u innych. Przeżywanie depresji w świetle wiary daje im nowe spojrzenie na chorobę. Paradoksalnie, nawet ciężka depresja, pomimo poczucia obcości Boga, może być drogą zbliżenia do Niego. Ci, którzy w wierze akceptują swoją chorobę, mogą przejść przez nią po to, by na nowo spojrzeć na siebie, swoje życie i Boga[74]. Istnieją ludzie, które wyznają, że depresja była ważną częścią ich życia duchowego. Po chorobie stawali się silniejsi i bardziej zintegrowani. Zatem depresja wpłynęła pozytywnie na ich relacje z Bogiem, innymi i samymi sobą[75].

Zdaniem duchownego Józefa Pierzchalskiego, depresja, pomimo bólu i cierpienia, może zwiększać świadomość wartości życia. Pogodzenie się z chorobą prowadzi w konsekwencji do odzyskania zdolności do cieszenia się życiem. Z jednej strony depresja pozbawia człowieka czegoś, ale z drugiej strony go wzbogaca[76]. Również Jan Paweł II w odniesieniu do chorych na depresję stwierdza, że „może być [ona] drogą do odkrycia nowych aspektów własnej osobowości oraz nowych form spotkania z Bogiem"[77]. Powyższe opinie potwierdzają także niektórzy lekarze. Według Dudek, depresja może być cennym przeżyciem. Dla wielu osób, które doświadczyły depresji, życie nabiera nowej wartości i zaczynają one dostrzegać jego barwy. Autorka odnosi

---

[73] Por. K. Grzywocz, *W mroku depresji*, dz. cyt., s. 78.

[74] Por. A. Grün, *Jak przezwyciężyć smutek życia*, dz. cyt., s. 91–92, 160–162.

[75] Por. K. Hermes, *Przetrwać czas depresji*, s. 29–30.

[76] J. Pierzchalski, *Wiara a depresja*, http://pierzchalski.ecclesia.org.pl/ (3.03.2014).

[77] Jan Paweł II, *Jak pomagać ludziom cierpiącym na depresję? Przemówienie do uczestników międzynarodowej konferencji Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia*, „L'Osservarore Romano" 25 (2004) nr 3 (261), s. 28.

się w tym kontekście do słów św. Pawła do Koryntian: „Moc bowiem w słabości się doskonali" (2 Kor 12, 9b)[78].

Kwestię tę poruszają także chorzy, którzy cierpią nie tylko z powodu depresji, ale również innych zaburzeń psychicznych. Zdaniem członkini Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi"[79], człowiek chory psychicznie, który ma zaburzone przeżywanie świata, może mieć też zaburzone przeżywanie wiary w Boga. Jego osobiste przeżycia religijne mogą niekiedy budzić niezrozumienie otoczenia. Jednak każdy ma różne doświadczenia w tym względzie, zarówno przed chorobą, jak i w trakcie jej trwania. Są osoby, u których dochodzi do przemiany w negatywnym albo w pozytywnym aspekcie. Osoby będące w stanie psychozy, są często pod wpływem fałszywych wyobrażeń dotyczących Boga, które jeszcze bardziej potęgują lęk i frustrację, a także mogą doprowadzić do odwrócenia się od Niego i obarczania odpowiedzialnością za doświadczane zło. Z drugiej zaś strony przeżyte cierpienie może być również oczyszczeniem nadającym życiu nowy sens i zmieniającym jego cele. Dla autorki przeżywanie wiary u osób zmagających się z chorobą psychiczną ma charakter indywidualny i może być niezależne od przebiegu choroby[80].

Odpowiedź na pytanie, czy depresja wpływa ma życie moralne człowieka, nie jest łatwa. Trudności z podjęciem jakiejkolwiek decyzji i zahamowanie psychoruchowe, które są przejawem ciężkiej depresji, mogą wpływać na wartościowanie i dokonywanie wyborów moralnych. Z drugiej zaś strony osoby cierpiące na poważne zaburzenia nastroju, związane z występowaniem epizodów depresji i manii, mogą pod wpływem choroby dokonać wielu czynów uznawanych za niemoralnie. Na przykład mogą one dopuścić się kradzieży, ekscesów seksualnych

---

[78] Por. M. Kuś, *Znieczulenie bolesne [rozmowa z D. Dudek]*, „Charaktery" (2008) nr 5, s. 51.

[79] Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi" to stowarzyszenie, które zrzesza osoby chorujące psychicznie; ma na celu wzajemną pomoc, działalność przeciw stygmatyzacji, działalność edukacyjną oraz ochronę praw i godności osób chorujących psychicznie. Por. Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi", www. otworzciedrzwi.org (10.09.2012).

[80] Por. Barbara, *Duchowość, choroba psychiczna, terapia*, „Dla Nas" (2011) nr 25, s. 16–17.

czy nawet zabójstwa. Jak już wcześniej zostało powiedziane, moralne wybory mogą być nie w pełni wolne i w różnym stopniu ograniczone stanem psychofizycznym chorego, a sumienie człowieka cierpiącego na depresję może być zaciemnione, mieć trudności z wartościowaniem czynów i dokonywaniem wyborów moralnych. Niestety istnieje niewiele danych na ten temat i są to głównie opinie duchownych czy lekarzy.

Zdaniem Kępińskiego, osoby z nerwicą lub depresją będącą reakcją na jakieś wydarzenie życiowe, często mają problem z zachowaniem tak zwanego *porządku moralnego*. Ów porządek bywa u nich chwiejny i jest zależny od nastrojów oraz uczuciowego nastawienia. Działanie tego układu samokontroli słabnie w wyniku podwyższania się nastroju, a rośnie w miarę jego obniżania. Porządek ten, wraz z sumieniem, jest integralną częścią ludzkiej natury, zaś jego zachowanie wymaga dużej dojrzałości uczuciowej. Decyzje natury moralnej należą do najtrudniejszych, wymagają najwięcej wysiłku i są najwyższym sprawdzianem człowieka. Dokonywanie wyboru moralnego wymaga podjęcia decyzji. U niektórych osób to, co zostaje odrzucone, nie znika ze świadomości, ale pozostaje jako nieuzewnętrzniony, niezrealizowany wybór, który może zostać stłumiony i zepchnięty poniżej progu świadomości, gdzie może nabrać katastroficznych rozmiarów i wpłynąć negatywnie na obraz własnej osoby. Często człowiek wybierający dobro, złą możliwość wyboru spycha do podświadomości i w efekcie widzi siebie w gorszym świetle. Tak zwany *układ samokontroli moralnej* u niektórych może zostać skrzywiony przez stworzenie niezgodnego z prawdą obrazu własnej osoby i świata, często wyidealizowanego. Osoby takie wymagają więc od środowiska, w którym żyją, dobroci i sprawiedliwości, co często się nie sprawdza i wywołuje poczucie krzywdy, a – w zetknięciu z wyidealizowanym obrazem własnej osoby – może wzbudzić poczucie winy[81].

Oprócz różnych teorii psychologicznych, istnieją także teorie, które próbują wyjaśnić naturę ludzkiej moralności za pomocą skomplikowanych procesów zachodzących w ludzkim mózgu. Dziedzina

[81] Por. A. Kępiński, *Melancholia*, dz. cyt., s. 130–135.

nauki zwana *neuroetyką* bada, w jaki sposób ludzki mózg przetwarza informacje o charakterze moralnym, a także w jakim stopniu uszkodzenia i nieprawidłowości w działaniu centralnego układu nerwowego mają wpływ na wydawanie sądów moralnych i na motywację do moralnego działania. Na podstawie dotychczas przeprowadzonych badań formułuje się wnioski, według których przetwarzanie przez mózg informacji nacechowanej moralnie jest procesem złożonym. Biorą w nim udział określone części ludzkiego mózgu, takie jak kora skroniowa, układ limbiczny czy ciało migdałowate[82]. Zdaniem R. Stacha, istnieją niepodważalne dowody na to, że zachowania moralne i skuteczność ludzkiego sumienia zależą także od funkcjonowania centralnego układu nerwowego. Zatem o moralności i sumieniu można myśleć również w kategoriach funkcjonowania ludzkiego mózgu[83]. Istnienie badań z zakresu neurotyki świadczy o dowartościowaniu roli sumienia i moralności przez nauki szczegółowe oraz rzuca pewne światło na te zagadnienia, jednak dostępna literatura nie odpowiada w pełni na postawione pytanie, dotyczące wpływu stanów depresyjnych na podejmowanie decyzji o charakterze moralnym.

Można więc stwierdzić, że skutki depresji mają charakter indywidualny i każdy człowiek cierpiący na depresję może w różnym zakresie doświadczać konsekwencji choroby. Zdaniem I. Koszewskiej i E. Habrat-Pragłowskiej, wpływ zaburzeń nastroju, w tym depresji, na życie człowieka może być albo niewielki, albo powodować poważne następstwa. Zależy to od przebiegu choroby oraz od wieku, w którym choroba się rozpoczęła. Zaburzenie mające łagodny przebieg i poprzedzone długimi okresami zdrowia, zwykle nie wywiera znaczącego wpływu na funkcjonowanie osoby. Jeżeli przebieg depresji jest ciężki, to skutki choroby mogą być znaczne i prowadzić do utraty pracy, inwalidztwa czy konfliktów małżeńskich, nierzadko zakończonych rozwodem. W przypadku osób, które doświadczyły choroby w młodym wieku, jej następstwa mogą być znaczące. Może ona bowiem

---

[82] Por. P. Przybysz, W. Dziarnowska, *Dekalog w mózgu*, „Charaktery" (2009) nr 3, s. 74–75.

[83] Por. R. Stach, *Sumienie i mózg. O wewnętrznym regulatorze zachowań moralnych*, Kraków 2012, s. 154–155.

w znacznym stopniu utrudnić zdobycie wykształcenia, zawieranie nowych znajomości, realizację planów życiowych. Gdy choroba pojawi się w wieku późniejszym, to wówczas może mieć wpływ na inne sfery życia. Często konsekwencją depresji może być problem uzależnienia, głównie od alkoholu czy leków[84]. Depresja może mieć też wpływ na życie religijne człowieka, co zwykle uwarunkowane jest nasileniem choroby, dynamiką religijności i osobistym zaangażowaniem w relację z Bogiem.

[84] Por. I. Koszewska, E. Habrat-Pragłowska, *O depresji. O manii. O nawracających zaburzeniach nastroju*, Warszawa 2003, s. 64–65.

4. Leczenie depresji

Osoby cierpiące z powodu depresji zwykle potrzebują specjalistycznej pomocy medycznej. Ze względu na występowanie różnych typów tego zaburzenia, każda osoba wymaga indywidualnego podejścia i właściwej oceny stanu psychicznego. Wybór odpowiedniego leczenia jest często uzależniony od rodzaju i stopnia nasilenia depresji. Obecnie jest wiele możliwości w zakresie pomocy osobom z tym problemem. Dzięki postępowi, jaki ma miejsce w medycynie, istnieje możliwość leczenia coraz lepszymi lekami. Oprócz leczenia farmakologicznego, stosuje się również terapię elektrowstrząsową oraz inne formy terapii, takie jak: głęboka stymulacja mózgu, przezczaszkowa stymulacja magnetyczna, stymulacja nerwu błędnego i terapia światłem. Także różnorodność metod psychoterapeutycznych, wypracowanych przez psychologów, może być skutecznym narzędziem do walki z chorobą. Wybrane formy psychoterapii, a zwłaszcza terapia interpersonalna, terapia psychodynamiczna, terapia poznawczo-behawioralna, terapia małżeńska i rodzinna oraz terapia integratywna, bywają pomocne w rozwiązywaniu wielu problemów osobistych, które mogą być przyczyną depresji. Pomocne w powrocie do zdrowia mogą być również formy aktywizacji chorych poprzez taniec i sztukę, ważne są też troska, pomoc i zrozumienie ze strony osób bliskich, które powinny otoczyć chorego odpowiednią opieką i uczestniczyć w procesie leczenia. Dobrze jest, gdy osoby będące w depresji mogą znaleźć wsparcie we wspólnocie Kościoła. Pomoc ze strony duszpasterzy, a zwłaszcza otwarcie się na łaskę i uzdrawiające działanie Boga w modlitwie

i w sakramentach, mogą przynieść ulgę w cierpieniu oraz być źródłem nadziei i umocnienia.

1. Medyczne i psychologiczne metody leczenia depresji

Najbardziej rozpowszechnioną medyczną formą leczenia depresji jest obecnie farmakoterapia, która polega na przyjmowaniu przez chorego odpowiednio dobranych leków. Aby otrzymać pomoc, osoba z depresją powinna udać się do gabinetu lekarza internisty, lekarza rodzinnego lub lekarza psychiatry, który zapozna się z historią życia pacjenta, zgromadzi potrzebne informacje, postawi diagnozę, a następnie ustali sposób leczenia[1]. Według M. Jaremy, lekarz, podejmując decyzję o rozpoczęciu farmakoterapii, powinien wziąć pod uwagę nie tylko psychiczny stan chorego, lecz także jego aktualną sytuację zdrowotną i życiową[2]. Leczenie farmakologiczne zwykle pomaga, daje ulgę w cierpieniu i jest wymagane szczególnie u tych osób, u których występuje istotne zagrożenie ich życia i zdrowia. Są jednak przypadki, gdy lekarz wyklucza stosowanie leków. Dotyczy to osób, których stan zdrowia nie pozwala na leczenie lekami oraz u chorych z łagodną depresją, których można wyleczyć za pomocą psychoterapii[3]. Według A. Wróbla, leczenie depresji powinno być ustalane indywidualnie, ponieważ u każdej osoby depresja ma inny przebieg i każdy człowiek inaczej reaguje na leki. Odpowiednio dobrany lek może pomóc

---

[1] Por. A. Pyttlik, *Cierpienia współczesnych Hiobów. Studium teologicznomoralne w oparciu o księgę Hioba*, Opole 2007, s. 154–155.

[2] Lekarz, podejmując decyzję o leczeniu, powinien wziąć pod uwagę następujące czynniki: nasilenie i rodzaj objawów (im bardziej nasilone objawy, tym większa konieczność leczenia), wpływ depresji na codzienne funkcjonowanie osoby chorej (leczenie jest konieczne u osób, które z powodu choroby nie mogą wypełniać swoich codziennych obowiązków), stosunku osoby cierpiącej na depresję do swoich objawów (gdy chory podporządkowuje się myślom samobójczym), wsparcie ze strony rodziny (łatwiej podjąć decyzję o leczeniu w przypadku osób samotnych i będących trudnej sytuacji życiowej) czy potwierdzenie rodzinnego występowania depresji. Por. M. Jarema, *Leczenie farmakologiczne depresji*, [w:] *Depresja w praktyce lekarza rodzinnego*, red. M. Jarema, Poznań 2007, s. 79–80.

[3] Por. tamże, s. 80–81.

osobie cierpiącej na depresję, jednak wymaga współpracy z lekarzem i ścisłego stosowania się do jego zaleceń, a także cierpliwości, gdyż poprawa stanu psychicznego może nastąpić dopiero po kilku tygodniach[4]. Potwierdza to Jarema, według którego pierwsze efekty działania leków mogą być widoczne dopiero 10–14 dnia od rozpoczęcia kuracji. Zdaniem lekarzy, leczenie depresji wymaga więc czasu. Jest to zwykle proces długotrwały, a jego efektywność jest uzależniona od wielu czynników[5]. Zwykle trwa ono co najmniej 6 miesięcy. W przypadku nawrotu choroby, czas leczenia może się wydłużyć i trwać od 1 roku do 2 lat. U osób cierpiących z powodu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, w których depresja występuje na przemian z podwyższonymi stanami nastroju (manią), chory powinien przyjmować leki przez długi okres[6].

Leki, które zwykle pomagają osobom w walce z depresją, to tak zwane *leki przeciwdepresyjne*, nazywane powszechnie antydepresantami. Oprócz nich, lekarz może zalecić stosowanie leków uspokajających, nasennych, stabilizujących nastrój czy leków przeciwpsychotycznych. Leki przeciwdepresyjne, wbrew wielu obiegowym opiniom, nie zmieniają osobowości chorego oraz nie powodują uzależnienia, lecz działają na objawy depresji[7]. Zwykle są one skuteczne, ponieważ regulują zaburzoną równowagę znajdujących się w mózgu substancji chemicznych zwanych neuroprzekaźnikami, które u osób z depresją nie funkcjonują prawidłowo. Zatem leki antydepresyjne, działając na znajdujące się w komórkach nerwowych neuroprzekaźniki oraz na inne substancje chemiczne, regulują ich właściwe funkcjonowanie,

---

[4] Por. A. Wróbel, *Zastosowanie leków w leczeniu depresji*, [w:] *Depresja. Wiedzieć aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 159–161.

[5] Czas leczenia osób chorych jest, według lekarzy, uzależniony od rodzaju depresji, nasilenia choroby, odpowiednio dobranego leku i właściwej dawki, współpracy chorego z lekarzem, postawy osoby cierpiącej wobec swojej choroby, a także od tego, czy osoby z depresją cierpią z powodu innych zaburzeń psychicznych, uzależnień czy chorób somatycznych. Por. M. Jarema, *Leczenie farmakologiczne depresji*, [w:] *Depresja w praktyce lekarza rodzinnego*, art. cyt., s. 81.

[6] Por. tamże, s. 82–84.

[7] Por. I. Koszewska, E. Habrat-Pragłowska, *O depresji. O manii. O nawracających zaburzeniach nastroju*, dz. cyt., s. 70–71.

skutkiem czego likwidują lub łagodzą objawy depresji i skracają czas trwania choroby[8]. Niestety niektóre leki stosowane w leczeniu depresji mogą powodować objawy uboczne, zwane też niepożądanymi, które, zdaniem Krzyżowskiego, mogą mieć wpływ na funkcjonowanie osoby chorej i motywację do leczenia, a nawet na przerwanie terapii. Objawy te są zwykle najbardziej nasilone na początku leczenia, a niekiedy utrzymują się przez cały czas przyjmowania danego leku. Osoby chore nie zawsze je akceptują, gdyż mogą one być przyczyną znacznego dyskomfortu[9].

W terapii depresji stosuje się także leki uspokajające i choć, zdaniem lekarzy, nie leczą one depresji, to mogą być stosowane jako lek pomocniczy, który redukuje obecne w depresji problemy ze snem, objawy lęku czy niepokoju[10]. Jednakże stosowanie tych leków przez dłuższy czas może, według Święcickiego, być szkodliwe i podtrzymywać stan podobny do depresji. Zaleca się przyjmowane ich, zwłaszcza na początku leczenia, ostrożnie i pod stałą kontrolą lekarza. W przeciwieństwie do leków przeciwdepresyjnych, niekontrolowane i długotrwałe przyjmowanie leków uspokajających może mieć działanie uzależniające. Dotyczy to również leków nasennych, które też mogą być zalecane osobom chorym na depresję[11]. Bywa, że w leczeniu depresji lekarze specjaliści stosują leki stabilizujące nastrój. Mają one zastosowanie zwłaszcza u chorych cierpiących na zaburzenia afektywne dwubiegunowe, u których występują nawracające stany

---

[8] Por. B. Neumann, D. Detrich, *Depresja nie jest przeznaczeniem*, Kraków 2007, s. 66–68.

[9] Oprócz działania terapeutycznego, tzw. leki przeciwdepresyjne mogą być przyczyną m.in.: suchości w ustach, zaparć, trudności z oddawaniem moczu, zawrotów głowy, trudności we współżyciu intymnym, przyrostu masy ciała, przyspieszonego bicia serca, nudności, zwiększonej potliwości, drżenia mięśni, niepokoju, nerwowości, bezsenności czy zaburzeń żołądkowo-jelitowych. Wystąpienie objawów ubocznych jest uzależnione od rodzaju przyjmowanego leku, a także tolerancji leku, czyli indywidualnej reakcji organizmu osoby chorej. Por. J. Krzyżowski, *Depresja*, Warszawa 2002, s. 107–114.

[10] Por. A. Kalinowski, *Leczenie depresji*, [w:] *Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego. Zbiór materiałów szkoleniowych*, red. S. Pużyński, Warszawa 2000, s. 104.

[11] Por. Ł. Święcicki, *Depresja. Zwykła choroba?*, Wrocław 2010, s. 88–90.

depresji i manii. Leki te, zwane także lekami *normotymicznymi*, wyrównują charakterystyczne dla tego zaburzenia wahania nastroju[12].

Na rynku leków dostępne są opócz tego różnego rodzaju preparaty pochodzenia roślinnego, które mogą mieć działanie antydepresyjne. Zdaniem Pużyńskiego, skuteczność tych leków nie została dotychczas potwierdzona w szerszych badaniach[13]. Jednakże istnieją doniesienia, że preparaty z ziela dziurawca, dostępne w aptekach czy sklepach zielarskich, mogą w nieznacznym stopniu działać antydepresyjnie, szczególnie u chorych na niezbyt nasiloną depresję. Ważne jest, aby o przyjmowaniu tego typu preparatów był poinformowany lekarz i aby chory nie nabywał leków niesprawdzonych[14]. Osoby z depresją, zdaniem J. Meder i M. Sawickiej, mogą pomocniczo stosować także preparaty ziołowe z żeń-szenia czy miłorzębu japońskiego, wspomagające odporność organizmu na stres, a także preparaty z melisy, kozłka lekarskiego czy lawendy, które działają uspokajająco[15].

Bywa, że w niektórych przypadkach leczenie osób z depresją okazuje się nieskuteczne albo stan osoby cierpiącej na depresję jest na tyle ciężki, że wymaga hospitalizacji. Wówczas lekarz może zrezygnować z leczenia pacjenta w poradni i skierować go w inne miejsce, na przykład do szpitala czy na oddział dzienny[16]. Natomiast w przypadku osób, u których poprawa stanu psychicznego jest częściowa i niezadowalająca, lekarz może podjąć decyzję o zmianie leku bądź uzupełnieniu terapii farmakologicznej innymi formami terapii, co, zdaniem specjalistów, znacznie zwiększa możliwość wyzdrowienia[17].

---

[12] Tamże, s. 90–92; por. American Medical Association, *Depresja. Zwięzły poradnik*, Warszawa 2002, s. 166–167.

[13] Por. S. Pużyński, *Leki przeciwdepresyjne*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, socjalne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 105–106.

[14] Por. B. Neumann, D. Detrich, *Depresja nie jest przeznaczeniem*, dz. cyt., s. 78–81; R. Fox-Spencer, *Depresja*, Gliwice 2007, s. 90.

[15] Por. J. Meder, M. Sawicka, *Inne formy leczenia depresji*, [w:] *Depresja w praktyce lekarza rodzinnego*, red. M. Jarema, Poznań 2007, s. 97–99.

[16] Por. I. Koszewska, E. Habrat, *Depresja jest przemijająca*, Warszawa 2000, s. 53.

[17] Por. M. Jarema, *Leczenie farmakologiczne depresji*, art. cyt., s. 82, 92.

W odniesieniu do leków przeciwdepresyjnych i innych, istnieje problem rosnącego ich spożycia. Bywa, że leki tego typu otrzymują osoby, które ich nie potrzebują. Antydepresanty są przez niektórych traktowane jak *pigułki szczęścia*, które rozwiążą każdy problem[18]. Według H. Lôo i T. Gallarda, zjawisko nadmiernego spożywania leków przeciwdepresyjnych bez wskazań lekarskich, a jedynie w celu stymulacji czy poprawy samopoczucia, istnieje, ale zasięg tego zjawiska jest ograniczony. Zdaniem autorów niemożliwe jest naukowe zaprzeczenie lub potwierdzenie rosnącego spożycia leków przeciwdepresyjnych w stosunku do potrzeb społeczeństwa[19].

Istnieje także problem ograniczenia terapii depresji jedynie do leczenia farmakologicznego. Zdarza się, że leki przeciwdepresyjne są przez wielu specjalistów traktowane jako jedyne panaceum. Taki redukcjonizm wyklucza zastosowanie innych form terapii, które mogłyby być u niektórych osób skuteczniejsze niż farmakoterapia. Zdaniem Woydyłło, wielu psychiatrów opowiada się za stosowaniem leków, zwracając uwagę wyłącznie na biologiczny wymiar człowieka, co pozostaje w sprzeczności z najnowszą wiedzą odnośnie do leczenia depresji, wskazującą na istnienie wielu innych skutecznych form pomocy[20].

Oprócz leczenia farmakologicznego, jedną z medycznych metod leczenia jest terapia elektrowstrząsowa (EW lub ECT – *Electronvulsive Therapy*). Metoda ta w opinii społecznej budzi negatywne skojarzenia i odczucia, a na jej temat istnieje wiele obiegowych i fałszywych stwierdzeń. Jednakże, zdaniem lekarzy specjalistów, to

---

[18] Na przykład we Francji obserwuje się duże spożycie leków przeciwdepresyjnych i innych leków psychotropowych. Zdaniem Anatrella, co trzeci mieszkaniec państwa francuskiego zażywa jakiś lek psychotropowy. Z danych raportu urzędu parlamentarnego z czerwca 2006 r. wynika, że Francuzi posiadają dwa razy więcej tego typu leków niż mieszkańcy sąsiednich krajów. Dotyczy to także ludzi młodych. Co czwarta dziewczyna i co piąty chłopiec przyjmują je przed 18 rokiem życia. Por. T. Anatrella, *Préface*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 10–11.

[19] Por. H. Lôo, T. Gallarda, *Depresja*, dz. cyt., s. 103–110.

[20] Por. E. Woydyłło, *Bo jesteś człowiekiem. Żyć z depresją, ale nie w depresji*, s. 72–73. 76.

jedna z najbardziej efektywnych i bezpiecznych metod leczenia wykorzystywanych w psychiatrii. Według M. Siwka i W. Datki, pierwsze jej efekty są widoczne już po tygodniu stosowania, co ma ogromne znaczenie w przypadku tych osób, które są w ciężkiej depresji, a dla których długi czas oczekiwania na poprawę byłby tragiczny w skutkach. Ponadto terapia ta pomaga aż od 70% do 90% chorych, u których leczenie farmakologiczne zawiodło. Zdaniem lekarzy, ta forma terapii jest przede wszystkim zalecana osobom, które są w ciężkiej depresji, mają uporczywe myśli samobójcze, przejawy silnego lęku i niepokoju, a także w przypadku depresji z objawami psychotycznymi, które mogą stwarzać niebezpieczeństwo zagrożenia życia osoby chorej lub innych. Niekiedy osoby z depresją nie chcą przyjmować posiłków czy leków. Bywają i takie osoby, u których stosowane leki okazują się nieskuteczne lub są źle tolerowane. Wówczas terapia elektrowstrząsowa może być dla nich jedyną formą pomocy. Ta forma leczenia jest metodą bezpieczną i może pomóc cierpiącym na depresję kobietom w ciąży i matkom karmiącym piersią, gdyż dotychczas nie stwierdzono niekorzystnego wpływu elektrowstrząsów na ich zdrowie i rozwój dziecka. Istnieją jednak chorzy z depresją, którym nie zaleca się zabiegów elektrowstrząsowych. Dotyczy to szczególnie osób cierpiących z powodu chorób układu krążenia czy chorób układu nerwowego[21].

Leczenie elektrowstrząsowe jest stosowane w szpitalu, zatem wymaga hospitalizacji, czyli umieszczenia osoby chorej na oddziale szpitala wyposażonego w odpowiedni sprzęt. Zabieg ten jest przeprowadzany zgodnie z odpowiednimi procedurami medycznymi[22].

---

[21] Por. M. Siwek, W. Datka, *Elektrowstrząsy*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 179–180. 182–184.

[22] Przed zabiegiem przeprowadza się zalecane badania i konsultacje lekarskie. Osoba cierpiąca na depresję zostaje poddana elektrowstrząsom w specjalnie do tego przygotowanej sali, w obecności lekarza psychiatry, lekarza anestezjologa oraz pielęgniarki. Osobie chorej przykłada się do jednej strony lub obu stron czaszki elektrody podłączone do aparatu i odpowiednio przygotowuje do zabiegu. Po podaniu środka zwiotczającego mięśnie i znieczuleniu narkozą, uśpionemu pacjentowi aplikuje się prąd elektryczny o niskim natężeniu. Prąd przepływający przez mózg miedzy elektrodami wywołuje krótkotrwały napad drgawkowy, który trwa od 30–60 sekund

Podobnie jak w przypadku leków przeciwdepresyjnych, również po tym zabiegu mogą wystąpić objawy niepożądane[23]. Zdaniem specjalistów, terapia elektrowstrząsowa pomaga osobom cierpiącym na depresję, podobnie jak leki przeciwdepresyjne, ale w znacznie szerszym zakresie. Oddziałuje ona nie tylko na funkcjonowanie neuroprzekaźników w komórkach nerwowych, ale także wyrównuje poziomy hormonów i innych substancji chemicznych, które znajdują się w mózgu i są odpowiedzialne za rozwój depresji[24].

Oprócz elektrowstrząsów, istnieją także inne medyczne metody leczenia depresji. Jednakże obecnie nie są przez lekarzy powszechnie stosowane. Jedną z nich jest tak zwana *przezczaszkowa stymulacja magnetyczna* (TMS – *Transcranial Magnetic Stimulation*). Metoda ta jest podobna do elektrowstrząsów z tą różnicą, że zamiast prądu elektrycznego stosuje się pole elektromagnetyczne[25]. Istnieje także forma terapii zwana *stymulacją nerwu błędnego* (VNS – *Vagal Nerve Stimulation*), która, zdaniem specjalistów, w przyszłości może mieć

---

i wywołuje zmiany w pracy mózgu. Jednocześnie za pomocą aparatury kontroluje się pracę serca i przeprowadza zapis fal mózgowych. Po zabiegu chory budzi się i trafia do innej sali, gdzie pozostaje pod obserwacją lekarską, następnie wraca na oddział szpitala albo do domu. Zabiegi te są powtarzane. Wykonuje się je od 2 do 3 razy w tygodniu w liczbie od 6 do 12. Por. T. Zyss, *Inne biologiczne metody leczenia w psychiatrii*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, dz. cyt., s. 568–570; por. K. Kramlinger, *Depresja. Co radzi lekarz*, Warszawa 2006, s. 116–120.

[23] Zdaniem lekarzy, osoby, które przeszły zabieg, mogą skarżyć się na bóle głowy, bóle mięśni, nudności, wymioty, uczucie zmęczenia czy krótkotrwałe zaburzenia pamięci. Bardzo rzadko dochodzi do zaburzeń układu krążenia, trwałych zaburzeń funkcji poznawczych czy śmierci. Por. T. Zyss, *Inne biologiczne metody leczenia w psychiatrii*, art. cyt., s. 563–564. 567–568.

[24] Por. tamże, s. 563–564. 567–568.

[25] Odpowiednie urządzenie, wytwarzające silne pole elektromagnetyczne, przykłada się do głowy osoby chorej. Impuls magnetyczny przenika przez czaszkę do mózgu i pobudza komórki nerwowe. Czas trwania zabiegu wynosi od 20 do 30 minut. Leczenie tą metodą jest dla osoby chorej bezbolesne. Jedynym objawem niepożądanym mogą być przemijające bóle głowy. Codzienne stosowanie tej metody, przez okres nie dłuższy niż 2 tygodnie, może pomóc osobom będącym w depresji. Por. W. Datka, M. Siwek, *Nowe eksperymentalne metody leczenia*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, dz. cyt., s. 189–191; por. K. Kramlinger, *Co radzi lekarz. Depresja.*, dz. cyt., s. 126–127.

szersze zastosowanie w leczeniu depresji. Wymaga ona przeprowadzenia odpowiedniego zabiegu chirurgicznego, polegającego na wszczepieniu choremu do klatki piersiowej specjalnego implantu. Implant ten, po uruchomieniu, wysyła impulsy elektryczne do nerwu błędnego[26], które następnie docierają do mózgu i regulują zaburzoną pracę komórek nerwowych. Nie jest to metoda powszechnie stosowana ze względu na wysokie koszty implantu oraz zabiegu[27]. Zabieg chirurgiczny stosuje się także w przypadku tak zwanej *głębokiej stymulacji mózgu* (DBS – *Deep Brain Stimulation*). Metoda ta polega na wszczepieniu małej elektrody w określonym obszarze mózgu, która jest podłączona do zaprogramowanego generatora impulsów. Zarówno metoda zwana stymulacją nerwu błędnego, jak i głęboka stymulacja mózgu nie są stosowane powszechnie i, zdaniem specjalistów, budzą liczne wątpliwości. Według Święcickiego, wyleczenie depresji za pomocą odpowiedniego zabiegu chirurgicznego jest obecnie niemożliwe[28].

W terapii zaburzeń depresyjnych wykorzystuje się także leczniczą moc światła. Owa metoda, zwana *fototerapią*, polega na codziennym przebywaniu osoby chorej w pomieszczeniu oświetlanym specjalnymi lampami emitującymi bardzo jasne światło, zbliżone do naturalnego. Ta forma terapii stosowana jest głównie u osób cierpiących na tak zwaną depresję sezonową – u których brak odpowiedniej dawki światła słonecznego w okresie jesienno-zimowym w głównej mierze przyczynia się do wystąpienia depresji. Jest to więc próba kompensacji braku światła naturalnego[29]. Można ją jednak stosować także u chorych z innymi rodzajami depresji. Podstawowa kuracja trwa 2 tygodnie i wymaga codziennego przebywania w zasięgu lampy emitującej światło

---

[26] Nerw błędny to długi nerw czaszkowy, który wychodzi z mózgu i dociera do narządów wewnętrznych znajdujących się w klatce piersiowej i jamie brzusznej. Przewodzi on bodźce między mózgiem a narządami. Por. K. Kramlinger, *Co radzi lekarz. Depresja*, dz. cyt., s. 127.

[27] Por. W. Datka, M. Siwek, *Nowe eksperymentalne metody leczenia*, art. cyt., s. 191–192.

[28] Por. Ł. Święcicki, *Depresja. Zwykła choroba?*, dz. cyt., s. 100–101.

[29] Por. American Medical Association, *Depresja. Zwięzły poradnik*, dz. cyt., s. 178.

w czasie od 30 minut do 2 godzin, najlepiej rano. Zdaniem lekarzy, leczenie światłem jest bezpieczne, zwykle dobrze tolerowane i jedynie w rzadkich przypadkach może wywołać objawy niepożądane (na przykład bóle głowy, zmęczenie oczu, bezsenność czy pobudzenie). Kuracja ta może być stosowana zarówno w odpowiednich placówkach medycznych, jak i w domu chorego – po zakupie odpowiedniej do tej terapii lampy[30].

Niektórzy specjaliści donoszą także o skuteczności tak zwanej *deprywacji snu*. Metoda ta polega na pozbawieniu chorego snu. Nieprzespana noc może być skuteczną metodą, która, według doniesień, prowadzi do zmniejszenia nasilenia depresji u ok. 60% chorych, zwłaszcza osób cierpiących na zaburzenia afektywne dwubiegunowe, czyli nawracające stany manii i depresji. Jednakże efekt owej metody nie jest trwały i, zdaniem Święcickiego, może ona być stosowana u osób z depresją wyłącznie jako metoda uzupełniająca[31].

Powyższe medyczne metody leczenia depresji bywają uzupełniane metodami psychologicznymi. Wielu specjalistów opowiada się za łączeniem farmakoterapii z psychoterapią, które to, stosowane razem, powinny skutecznie pomóc w powrocie do zdrowia. Zdaniem Koszewskiej i Habrat, decyzja dotycząca podjęcia psychoterapii jest uzależniona od stopnia nasilenia depresji i jej etapu. Bywa, że na początku objawy choroby dość znacznie utrudniają codzienne funkcjonowanie. Najskuteczniejsze wówczas okazuje się leczenie farmakologiczne i tak zwana pomoc psychologiczna, polegająca na wspieraniu chorego oraz udzielaniu potrzebnych informacji. Dopiero gdy pod wpływem leków stan osoby będącej w depresji ulegnie poprawie, pomoc psychoterapeutyczna może okazać się niezbędna[32]. Osoby cierpiące na depresję mogą poddać się psychoterapii podczas pobytu w szpitalu bądź muszą udać się do odpowiedniej poradni lub gabinetu prywatnego.

---

[30] Por. M. Siwek, W. Datka, D. Dudek, *Różne oblicza depresji*, [w:] *Depresja. Wiedzieć aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, dz. cyt., s. 69.

[31] Ł. Święcicki, *Inne biologiczne metody leczenia*, [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza rodzinnego*, T. Parnowski, Ł. Święcicki, dz. cyt., s. 128–129.

[32] Por. I. Koszewska, E. Habrat, *Depresja jest przemijająca*, dz. cyt., s. 54.

Psychoterapeutą jest najczęściej lekarz, psycholog lub inny pracownik ochrony zdrowia, posiadający odpowiednie kompetencje i właściwe przygotowanie[33].

Psychoterapia w szerokim znaczeniu to, według Pragłowskiej i Popiel, „wszelkie formy oddziaływania psychologicznego na człowieka, które mają przynieść mu ulgę w cierpieniu, złagodzić trudności w radzeniu sobie z problemami, pomóc w przezwyciężeniu dysfunkcji myślenia, emocji czy zachowania"[34]. Zdaniem Sz. Rducha, psychoterapia polega przede wszystkim na rozmowie, podczas której chory dzieli się z terapeutą swoimi uczuciami, myślami i problemami, a terapeuta stara się je zrozumieć, powiązać w kontekście życia chorego i aktualnych objawów choroby, efektem czego osoby z depresją mają możliwość zrozumienia siebie, nabrania dystansu do własnych przeżyć, kształtowania odpowiednich umiejętności, dokonywania zmian, a wreszcie – powrotu do zdrowia. Bywa, że porzucenie dawnego stylu życia i przyjęcie nowego nie jest łatwe. Niekiedy wymaga podjęcia odpowiedzialności i nabrania dystansu, co zwykle jest korzystne, ale czasem bywa bolesne[35].

Psychoterapia wymaga bowiem systematycznych spotkań i współpracy osoby chorej z terapeutą oraz pozytywnej atmosfery, która powinna tym spotkaniom towarzyszyć. Jej skuteczność jest uzależniona od wielu czynników. Według Rducha, o skuteczności psychoterapii decydują między innymi kompetencje terapeuty, przyczyny depresji, nasilenie objawów choroby, jak również osobowość osoby chorej. Ważne są także inne okoliczności, na przykład dostępność psychoterapeuty (zwykle brak go w małych miejscowościach), ograniczony czas psychoterapii w szpitalu czy możliwości finansowe chorego (często musi być finansowana z własnych środków). Tego typu pomoc wymaga

---

[33] Por. J. Aleksandrowicz, J. Cz. Czabała, *Podstawy psychoterapii*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, dz. cyt., s. 263.

[34] E. Pragłowska, A. Popiel, *Psychoterapia depresji*, [w:] *Depresja w praktyce lekarza rodzinnego*, red. M. Jarema, dz. cyt., s. 107.

[35] Por. Sz. Rduch, *Psychologiczne metody leczenia depresji. Czym jest psychoterapia?* [w:] *Depresja. Wiedzieć aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, dz. cyt., s. 199–200.

również ze strony chorego poświęcenia czasu, gotowości do podjęcia zmian, odwagi w konfrontacji z wieloma uczuciami i wspomnieniami[36].

Współcześnie istnieje wiele form psychoterapii. Wykorzystują one różne podejścia i techniki. Według specjalistów, najbardziej skuteczne w walce z depresją są: psychoterapia interpersonalna, terapia psychodynamiczna, terapia poznawczo-behawioralna oraz terapia małżeńska i rodzinna[37]. Dla niektórych pomocna może być także psychoterapia chrześcijańska czy inne, rzadziej stosowane rodzaje. Psychoterapia może być przeprowadzana indywidualnie, czyli przez osobisty kontakt terapeuty i osoby chorej. Może ona mieć także formę grupową.

Psychoterapia interpersonalna (ITP – *Interpersonal Psychotherapy*), według Woydyłło, może mieć charakter krótkoterminowy (trwa od 12 do 16 spotkań). W trakcie jej trwania psychoterapeuta koncentruje się głównie na aktualnych zdarzeniach, jakie mają miejsce w życiu chorego i tych z niedalekiej przeszłości, a szczególnie na relacjach z bliskimi osobami, które to relacje mogą mieć wpływ na powstanie i rozwój depresji. Na przykład, podczas terapii próbuje się rozwiązać problem, jakim jest zbyt silne przywiązanie do drugiej osoby, które uniemożliwia pogodzenie się z jej odejściem, różnego rodzaju konflikty (małżeńskie, rodzinne, pracownicze), problemy z przyjęciem nowych ról społecznych czy też problemy wynikające z braku umiejętności interpersonalnych. Jej głównym celem jest więc uporządkowanie relacji z innymi[38].

W przeciwieństwie do terapii interpersonalnej, terapia psychodynamiczna koncentruje się na przeszłości człowieka. Według H. Buijssena, szuka ona przyczyn depresji we wczesnym dzieciństwie, w nierozwiązanych konfliktach z młodości, które nadal istnieją i powodują depresję. Zadaniem terapeuty jest więc odkrycie tych problemów i konfliktów oraz pozwolenie choremu, by na nowo je przeżył i poznał

---

[36] Por. tamże, s. 197–198. 200.

[37] Por. P. T. Loosen, R. C. Sehlton, *Zaburzenia afektywne*, [w:] *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu*, t. 2, M. H. Ebert, B. Nrcombe, P. T. Loosen, J. F. Leckman, Lublin 2011, s. 492.

[38] Por. E. Woydyłło, *Bo jesteś człowiekiem. Żyć z depresją, ale nie w depresji*, dz. cyt., s. 133–136.

przyczyny obecnych zachowań. Rozwiązanie problemów z przeszłości, według założeń tej terapii, ma celu lepsze zrozumienie obecnej sytuacji chorego. Jednakże wymaga z jego strony zaangażowania związanego z mówieniem o sobie i swoich przeżyciach. Terapia psychodynamiczna może być krótkotrwała (może się składać od 10 do 40 spotkań) i przeznaczona jest dla osób, u których depresja jest spowodowana jakimś wydarzeniem czy kryzysem. Natomiast w innych przypadkach depresji stosuje się dłużej trwającą terapię psychodynamiczną (obejmującą od 50 do 100 spotkań)[39].

Duże znaczenie w leczeniu depresji może mieć również terapia poznawczo-behawioralna. Jest najczęściej stosowaną formą pomocy psychoterapeutycznej. Podczas terapii poznawczo-behawioralnej, która zwykle trwa 20 spotkań, psychoterapeuta współpracuje z osobą chorą oraz koncentruje się na jej problemach, myślach i zachowaniach. Omawia on problemy związane z depresją i inne trudności życiowe, ustala, jaki mają one związek z myślami, emocjami i zachowaniem, a następnie kształtuje umiejętności służące rozpoznawaniu negatywnego myślenia i zastępowania go myśleniem pozytywnym[40]. Według Kramlinger, psychoterapia poznawczo-behawioralna dąży do zmiany negatywnego i pesymistycznego sposobu myślenia, które często jest przyczyną powstawania i utrzymywania się depresji. Bywa, że osoby z depresją negatywnie postrzegają siebie, innych, świat czy przyszłość, a ten utrwalony sposób myślenia często nie jest zgodny z rzeczywistością i negatywnie wpływa na własną samoocenę czy poczucie własnej wartości. Podczas spotkań terapeutycznych osoba chora uczy się rozpoznawać swoje pesymistyczne myśli oraz zastępować je myślami bardziej realistycznymi i pozytywnymi. Terapeuta pomaga osobie będącej w depresji przezwyciężyć ten negatywny sposób myślenia i utrwalać nowy, dzięki czemu może ona sama wpływać na samopoczucie i łatwiej pokonać chorobę[41].

---

[39] Por. H. Buijssen, *Depresja. Poradnik dla przyjaciół i rodziny*, Kraków 2012, s. 63–65.

[40] Por. D. Dudek, M. Sariusz-Skąpska, E. Jurewicz, *Psychoterapia depresji*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, dz. cyt., s. 206–210.

[41] Por. K. Kramlinger, *Co radzi lekarz. Depresja*, dz. cyt., s. 107–109.

Zadaniem terapii poznawczo-behawioralnej jest również zmiana zachowań chorego. Dotyczy to szczególnie osób ze znacznie nasiloną depresją. Zdaniem specjalistów, jest to szczególnie ważne na początku choroby, gdy osoba pogrążona w depresji staje się bierna i ma problemy z codziennym funkcjonowaniem. Zwykle w depresji o ciężkim nasileniu objawy choroby uniemożliwiają systematyczną terapię, dlatego też psychoterapeuta stara się zmotywować chorego do wykonywania najprostszych czynności, nakłania go do walki z chorobą i do współpracy. Ważne jest również nauczenie osoby chorej planowania i organizowania czasu, co przeciwdziała bezczynności i sprzyja odzyskaniu kontroli nad własnym życiem. Dopiero gdy niektóre objawy depresji zaczną ustępować, wówczas terapeuci mogą wraz z osobami chorymi pracować nad zmianą typowego dla depresji negatywnego myślenia[42].

Terapia ta wymaga systematycznych spotkań osoby chorej i terapeuty, jednakże, według Buijssena, terapia poznawczo-behawioralna może być również prowadzona za pośrednictwem Internetu. Polega to na kontakcie osoby chorej z terapeutą przez dostępną w Internecie pocztę e-mail. Jest to szczególnie korzystne dla tych osób, które lubią anonimowość, potrzebują więcej czasu, by opowiedzieć o swoich myślach i przeżyciach, lubią pisać, a zlecone przez terapeutę zadania mogą wykonać w dogodnym dla siebie czasie. Prowadzenie terapii przez Internet może być także korzystne dla terapeuty, ponieważ ta forma kontaktu daje mu więcej czasu na przemyślenie odpowiedzi. Ponadto, zdaniem autora, terapia prowadzona za pośrednictwem Internetu jest równe skuteczna, jak tradycyjne spotkania chorego z terapeutą[43].

Bywa, że przyczyną depresji są problemy małżeńskie czy konflikty rodzinne. Także depresja może być powodem różnych problemów w relacjach z najbliższymi, co zwykle niekorzystnie wpływa na stan chorego i u niektórych osób może opóźniać proces zdrowienia.

---

[42] Por. D. Dudek, M. Sariusz-Skąpska, E. Jurewicz, *Psychoterapia depresji*, art. cyt., s. 207–208.

[43] Por. H. Buijssen, *Depresja. Poradnik dla przyjaciół i rodziny*, dz. cyt., s. 85–87.

Wówczas zaleca się terapię małżeńską lub rodzinną. W owej terapii uczestniczą osoba chora, jej współmałżonek i inni członkowie rodziny[44]. Zdaniem Kramlinger, taka terapia może mieć znaczenie nie tylko dla chorych, ale także dla ich bliskich, ponieważ depresja może być dla nich trudnym doświadczeniem. Zwykle w rodzinach obciążonych depresją obserwuje się problemy z porozumiewaniem się i konflikty między małżonkami. Toteż terapia małżeńska czy rodzinna może pomóc w rozwiązaniu wielu problemów i poprawić relacje w rodzinie. Wymaga to jednak chęci i współpracy wszystkich jej członków[45].

Depresja jest chorobą dotykającą także osoby wierzące, dla których wartości religijne i duchowe są bardzo istotne, dlatego też zwykle szukają terapeuty, który udzieli im pomocy i będzie podzielał ich system wartości. W tego typu przypadkach alternatywną formą pomocy może być tak zwana psychoterapia integratywna o podejściu chrześcijańskim, która w koncepcji osoby odwołuje się do antropologii chrześcijańskiej. Według jednej z przedstawicielek tego podejścia, A. Ostaszewskiej, w trakcie prowadzonej psychoterapii osoby korzystające z pomocy mogą podjąć tematy związane z wiarą, która jest dla nich ważną częścią życia. Jednakże głównym jej celem jest leczenie i pomoc w rozwoju. Na spotkaniach terapeuta korzysta z różnych wypracowanych przez psychologię metod i form terapii, na przykład analizuje przeszłe wydarzenia, mogące mieć wpływ na pojawienie się problemu, odkrywa zablokowane emocje czy pracuje nad zmianą negatywnego myślenia. Terapia ta ma więc pomóc osobie we wprowadzeniu zmian, dzięki którym pozbędzie się ona przyczyn danego problemu oraz wzmocni się psychicznie. Charakterystyczną cechą tego typu terapii jest ujęcie całościowe problemów człowieka i uwzględnienie wszystkich wymiarów jego życia, również duchowego[46].

Jedną z form psychoterapii stosowanej w leczeniu depresji jest też psychoterapia grupowa. Zdaniem D. Dudek, M. Sariusz-Skąpskiej

---

[44] Por. P. T. Loosen, R. C. Sehlton, *Zaburzenia afektywne*, art. cyt., s. 493;

[45] Por. K. Kramlinger, *Co radzi lekarz. Depresja*, dz. cyt., s. 111.

[46] Por. K. Jabłońska, C. Gawryś, *Terapia, a nie ewangelizacja. Z Anną Ostaszewską, prezesem Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich, rozmawiają Katarzyna Jabłońska i Cezary Gawryś*, „Więź" (2009) nr 4 (606), s. 22–32.

i E. Jurewicz, zwykle jest ona prowadzona na oddziałach szpitalnych, gdzie osoby będące w depresji mają okazję spotkać się z terapeutą oraz z innymi chorymi i porozmawiać na określony temat. Dzięki tej formie psychoterapii ludzie z depresją mogą wymienić doświadczenia związane z chorobą, nawiązywać nowe relacje i zdobywać nowe umiejętności. Terapeuta zaś może bliżej poznać wewnętrzny świat i problemy swoich pacjentów, a przez to pomóc im je rozwiązać. Zdarza się, że osoby z depresją mają wiele problemów w relacjach z innymi, izolują się od innych, są samotne i pozbawione wsparcia. Dlatego uczestnicząc w psychoterapii grupowej, mają okazję, by nawiązać bliższy kontakt z osobami mającymi podobne problemy. Mogą liczyć na to, że zostaną wysłuchane i spotkają się ze zrozumieniem. Z drugiej strony osoby będące w depresji mogą pomóc innym, co rodzi satysfakcję i poczucie bycia potrzebnym. Tego typu spotkania są okazją do zdobycia nowych umiejętności, takich jak asertywność. Mogą pomóc w poprawie samooceny, zwiększyć wiarę w siebie oraz odzyskać poczucie kontroli na własnym życiem, myślami, samopoczuciem i zachowaniem. Ponadto psychoterapia grupowa pozwala na odkrycie bogactwa uczuć i emocji, które u osób z depresją nie zawsze są kontrolowane, rozpoznawane i akceptowane. U wielu osób uczestniczących w terapii z czasem budzi się nadzieja na dokonanie zmiany i pokonanie depresji[47].

Dla licznych chorych na depresję podjęcie psychoterapii może być jedną z metod, które mogą pomóc w walce z depresją. Zdaniem specjalistów, metoda jest nie do przecenienia, gdyż daje osobie cierpiącej wsparcie w walce z chorobą, a po wyleczeniu pomaga przybliżyć psychologiczne aspekty problemów oraz zdobyć umiejętności pozwalające je rozwiązywać[48]. Potwierdza to Kramlinger, według której psychoterapia może być niezwykle korzystna i może odegrać ważną rolę w leczeniu depresji o łagodnym i umiarkowanym nasileniu. Może więc pomóc osobie z depresją lepiej zrozumieć siebie, radzić sobie

---

[47] Por. D. Dudek, M. Sariusz-Skąpska, E. Jurewicz, *Psychoterapia depresji*, art. cyt., s. 221–227.

[48] Tamże, s. 203.

z problemami i trudnościami życia codziennego oraz pomóc rozpoznawać i okazywać emocje[49].

W terapii depresji stosuje się także inne metody, które mogą pozytywnie wpływać na przebieg leczenia, samopoczucie osoby cierpiącej na depresję i jej stan psychiczny. Ważna jest również aktywizacja osób z depresją, zatem pomocne są wszystkie formy, które tej aktywizacji służą. Jedną z nich jest *choreoterapia*, czyli terapia tańcem. Taniec daje poczucie satysfakcji, pomaga oderwać się od depresyjnych myśli, umożliwia kontakt z drugim człowiekiem oraz daje możliwość współpracy w grupie. Innymi metodami służącymi odprężeniu, są też terapia relaksacyjna i muzykoterapia. Metody te pozwalają osobie w depresji wyciszyć się, zrelaksować i poddać terapeutycznemu działaniu muzyki. Kolejną formą aktywizacji osób będących w depresji jest metoda zwana *psychorysunkiem*. Rysowanie i jakakolwiek inna forma twórczości dają satysfakcję, pomagają osobie chorej lepiej wyrażać siebie, swoje myśli i uczucia, zaś interpretacja tworzonego dzieła może doprowadzić do ważnych refleksji i przemyśleń[50].

Oprócz odpowiednio dobranej metody terapii, ważny jest także wybór miejsca leczenia. Jest on uzależniony głównie od stanu osoby chorej oraz od dostępności ze względu na miejsce zamieszkania czy ze względu na możliwości finansowe chorego. W Polsce, według Jabłońskiego, leczenie szpitalne zaleca się przede wszystkim dla tych osób, które są w ciężkiej depresji, gdy ich stan nie pozwala na wykonywanie codziennych czynności, jak również tym, którzy mają objawy psychotyczne (na przykład urojenia i omamy). Hospitalizacja wymagana jest również w przypadku tych osób (nawet bez ich zgody), które dokonały próby samobójczej oraz gdy istnieje realne ryzyko jego popełnienia. Na oddziale szpitalnym osoby chore otrzymują natychmiastową pomoc, odpowiednie leczenie, a także mają możliwość uczestniczenia w różnych formach terapii[51].

---

[49] Por. K. Kramlinger, *Co radzi lekarz. Depresja*, dz. cyt., s. 112.

[50] Por. D. Dudek, M. Sariusz-Skąpska, E. Jurewicz, *Psychoterapia depresji*, art. cyt., s. 227–228.

[51] Por. M. Jabłoński, *Gdzie należy leczyć depresję?*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 237–240.

Osoby chore opuszczające szpital lub wówczas, gdy cierpią na depresję o średnim nasileniu, mogą otrzymać pomoc w tak zwanych *oddziałach dziennych*. Przebywają w nich codziennie od rana do popołudnia, a resztę dnia spędzają w domu. Pozostali chorzy mogą natomiast otrzymać pomoc w poradniach zdrowia psychicznego. Zakres pomocy w tego typu placówkach bywa różny. Zwykle osoba cierpiąca na depresję może otrzymać pomoc ze strony lekarza psychiatry i psychologa; jest ona udzielana bezpłatnie. Oprócz tego osoba będąca w depresji może skorzystać odpłatnie z pomocy lekarza psychiatry w ramach prywatnej praktyki lub z pomocy prywatnych poradni psychoterapeutycznych[52].

W procesie zdrowienia istotna może być również postawa specjalisty, który opiekuje się chorym. Według Święcickiego, lekarz lub terapeuta powinien być otwarty na drugiego człowieka i przyjąć tak zwaną postawę terapeutyczną, którą cechują empatia, szczerość i transparentność[53]. Nie bez znaczenia jest także szacunek wobec światopoglądu osoby chorej i wyznawanej przez nią religii. Jednakże w tej kwestii istnieje wiele spornych opinii. Zdaniem wielu specjalistów od zdrowia psychicznego, terapeuta powinien zachować neutralność wobec problemów natury religijnej i duchowej, a także nie oceniać wyborów moralnych pacjenta. Ich zdaniem, celem działań psychologicznych jest rozwiązywanie problemów natury emocjonalnej, natomiast problemami natury religijnej powinien zająć się kompetentny kapłan. Inni zaś dopuszczają rozwiązywanie problemów natury religijnej jako integralnego elementu prowadzonej terapii.

Kwestia ta jest również poruszana przez teologów. Zdaniem Kheraity i Cihak'a, wielu chrześcijan, zmagających się z problemem depresji, poszukuje terapeutów, którzy w sferach wiary podzielaliby ich przekonania i z szacunkiem odnosili się do ich wyborów moralnych i aby nie dyskredytowali ich przekonań religijnych. Ich terapeutą powinien być zatem człowiek godny zaufania. Z drugiej zaś strony, jak podkreślają autorzy, kryterium, jakim są wspólne przekonania

---

[52] Tamże.

[53] Por. Ł. Święcicki, *Depresja. Zwykła choroba?*, dz. cyt., s. 104–108.

religijne terapeuty i pacjenta, nie powinny być jedynym kryterium wyboru. Oprócz tego bowiem dobry terapeuta powinien być dobrze wykształcony, kompetentny, empatyczny oraz mający doświadczenie. Niekiedy terapeuta nie musi być zgodny ze swoim pacjentem w kwestiach wyznawanej religii, ale ważne jest, aby do osoby i jego poglądów odnosił się z szacunkiem[54]. Według Augustyna, terapeuta powinien być kulturalny, posiadać odpowiednią wiedzę i mądrość życiową. Wymaga się od niego przestrzegania etyki zawodowej i poszanowania światopoglądu bądź religii wyznawanej przez pacjenta. Jeżeli chory potrzebuje duchowej pomocy, dobrze by było, gdyby odesłał go do kompetentnego kapłana. Natomiast nie powinien, przy pomocy technik psychologicznych, rozwiązywać problemów natury duchowej czy moralnej oraz nie powinien ich lekceważyć. Człowiek wierzący zaś, decydując się na psychoterapię, nie może korzystać z takiej psychologii, która sprowadza doświadczenia religijne i duchowe jedynie do pewnych procesów psychicznych czy też takich, które narzucają właściwe dla danego ujęcia rozwiązania moralne[55].

Istnieje tendencja, zwłaszcza w medycynie amerykańskiej, dążąca do tego, aby zakres leczenia medycznego obejmował również pomoc duchową. Zwolenniczką takiego podejścia jest Ch. Puchalski, według której wszystkie osoby pracujące w systemie opieki zdrowotnej i mające kontakt z chorym, powinny udzielać choremu opieki duchowej, która zapewni mu i jego rodzinie szacunek, godność i miłość. To coś więcej niż pomoc medyczna, to opieka pełna współczucia[56]. Natomiast, zdaniem H. G. Koenig'a, ważna jest świadomość wśród lekarzy, że dla wielu pacjentów, zarówno tych, którzy mają depresję, jak i tych, którzy jej nie mają, religia może mieć duże znaczenie. Powinni więc oni wykorzystać duchowe zasoby chorych, które mogą

---

[54] Por. A. Kheriaty, J. Cihak, *Katolicki przewodnik po depresji. Jak święci, sakramenty i psychiatria mogą pomóc ci wyrwać się spod jej wpływu i odnaleźć utraconą radość*, dz. cyt., s. 211–212.

[55] Por. J. Augustyn, *Artyści dusz*, „Charaktery" (2004) nr 12, s. 37–38.

[56] Por. *Czas przywrócić duszę medycynie. Rozmowa z profesor Christianą Puchalski. The George Washington University School of Medicine, Waszyngton, Stany Zjednoczone*, „Gazeta Konferencyjna", Warszawa (2013), s. 1–2.

dawać wsparcie w radzeniu sobie z chorobą, nauczyć się dyskutować o religii i duchowości z pacjentami i pomóc im korzystać z tych przekonań, które mogą być dla nich głównym źródłem pocieszenia i nadziei[57].

Można zatem stwierdzić, że istnieje wiele metod leczenia depresji. Zwykle stosuje się terapię farmakologiczną (głównie leki przeciwdepresyjne), która w większości przypadków skutecznie zwalcza objawy choroby. W leczeniu depresji stosuje się jednak wybrane formy psychoterapii. Niekiedy łączy się terapię farmakologiczną z psychoterapią. Osoby cierpiące na zaburzenia depresyjne zwykle wymagają opieki ze strony lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza psychiatry lub/i psychoterapeuty. Obecnie mogą one liczyć na pomoc medyczną i psychologiczną, jednak nie zawsze pomoc ta bywa dostępna ze względu na długi okres oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty bądź też zbyt drogie usługi zdrowotne świadczone w placówkach niepublicznych.

2. Udział rodziny i innych środowisk w działaniach terapeutycznych

Oprócz specjalistycznej pomocy medycznej czy psychologicznej ważne jest, aby osoba będąca w depresji otrzymała wsparcie i niezbędną pomoc ze strony członków rodziny i przyjaciół, ponieważ odpowiednia postawa najbliższych może mieć pozytywny wpływ na zdrowie chorego. Również osobiste zaangażowanie chorego poprzez udział w różnych grupach wsparcia może być pomocne w walce z chorobą i jej skutkami.

Bywają wprawdzie przypadki, gdy człowiek cierpiący na depresję jest osobą samotną, nie ma rodziny ani bliskich. Jednak większość z takich osób żyje w rodzinie, ma przyjaciół i znajomych. Na duże znaczenie rodziny w leczeniu depresji zwracają uwagę teolodzy. J. E. Jiménez

---

[57] Por. H. G. Koenig, *Spirituality and depression: a look at the evidence*, „Southern Medical Journal" 100 (2007) no. 7, s. 738.

Carvajal stwierdza, że dobrze zorganizowana rodzina, w której wszyscy mogą rozwijać się jako osoby, to idealne miejsce zapobiegające depresji i pomocne w jej przezwyciężaniu. Rodzina jest zatem wezwana do wspierania swoich członków i ich realizacji w społeczeństwie jako osób indywidualnych, autentycznych i wolnych. Problem depresji może być nawet okazją do odnowy rodziny poprzez nawiązanie konstruktywnego dialogu, choć w niektórych przypadkach wymaga pomocy ze strony specjalistów[58].

Potwierdza to C. Amigo Vallejo, dla którego rodzina jest najlepszą terapią dla osób cierpiących na depresję. Jej wsparcie może okazać się niezbędne, mimo że w niektórych rodzinach często brakuje zrozumienia w odniesieniu do depresji[59]. Także A. Pyttlik podkreśla kluczowe znaczenie członków najbliższej rodziny, a szczególnie współmałżonka, w stosunku do osób z problemem depresji. Ważne są ich obecność i opieka, towarzyszenie i podnoszenie na duchu, dodawanie otuchy, mobilizowanie do walki z chorobą, bez jakichkolwiek wyrzutów, okazywania smutku czy bezradności. Dzięki takiej postawie osoba chora może poczuć się rozumiana. Dobrze jest, gdy rodzina wie jak najwięcej o chorobie, próbuje zrozumieć, co czuje chory, i buduje atmosferę pełną serdeczności, cierpliwości i wyrozumiałości[60].

Również lekarze oraz inni specjaliści, którzy w swojej pracy zawodowej mają kontakt z osobami będącymi w depresji, podkreślają istotną rolę troski i pomocy rodziny. Zdaniem Dudek, wiele rodzin obciążonych depresją przeżywa poważne trudności i kryzysy, spowodowane rozmaitymi problemami. Niekiedy osoba chora spotyka się wśród bliskich z brakiem zrozumienia i negatywnymi postawami. Wynikają one najczęściej z braku odpowiedniej wiedzy na temat choroby, lęku czy poczucia bezradności, a także z wielu narastających strapień, będących

---

[58] Por. J. E. Jiménez Carvajal, *Le rôle de la famillie face à la dépression*, [w:] *La dépression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 349–350.

[59] Por. C. Amigo Vallejo, *L'accompagnement spiritual et pastoral de la personne depressive et de sa famille*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 357.

[60] Por. A. Pyttlik, *Cierpienia współczesnych Hiobów*, dz. cyt., s. 153–154.

następstwem depresji. Dlatego też ważne jest, aby leczeniem były objęte zarówno osoby chore, jak i ich rodziny. W rodzinach obciążonych depresją szczególnie współmałżonek powinien wiedzieć, że to właśnie on może mieć duży wpływ na powrót do zdrowia swojego męża czy żony[61]. Ponadto dla osoby cierpiącej na depresję ważne mogą okazać się kontakty pozarodzinne, wsparcie innych ludzi, znajomych czy przyjaciół. Zdaniem K. J. Hermes, osoby będące w depresji miewają trudności w podtrzymywaniu relacji z innymi. Przyjaźń z drugim człowiekiem może odegrać znaczącą rolę w procesie zdrowienia. Pomocne mogą być osoby, które potrafią słuchać i rozumieć, akceptują chorego i dają wsparcie[62]. Z drugiej zaś strony rodzina i przyjaciele chorego powinni wiedzieć co robić, aby ich pomoc była skuteczna. Wielu autorów daje wskazówki, które mogą okazać się pomocne dla tych, którzy w swojej rodzinie spotykają się z problemem depresji.

Zdaniem wielu autorów, ważna jest wiedza na temat zaburzeń depresyjnych. Aby rodzina mogła pomóc choremu, powinna dowiedzieć się jak najwięcej na temat tej choroby. Kramlinger uważa, że członkowie rodziny, którzy mają większą wiedzę na temat depresji i jej leczenia, mają również więcej możliwości pomocy[63]. Także Hermes twierdzi, że ważne jest, aby wiedzieć cokolwiek o tej chorobie. Dostępna jest literatura na ten temat, a liczne informacje znajdują się w Internecie. Wiedza ta zwiększa bowiem świadomość na temat choroby, jak również pozwala zweryfikować wiele stereotypowych i obiegowych opinii. Dzięki niej wiadomo, że depresja jest poważną chorobą, wymagającą pomocy ze strony specjalisty, a nie słabością charakteru czy lenistwem[64].

Dobrze jest, gdy rodzina zauważy niepokojące zachowania chorego i porozmawia z nim o leczeniu. Według specjalistów, bliscy mogą pomóc uświadomić choremu, że potrzebuje on pomocy oraz znaleźć odpowiedniego lekarza czy terapeutę. Wielu nie wie, że ma depresję.

---

[61] Por. D. Dudek, *Rodzina w roli terapeuty*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, dz. cyt., s. 125–126.

[62] Por. K. J. Hermes, *Przetrwać czas depresji*, Warszawa 2008, s. 18–20.

[63] Por. K. Kramlinger, *Co radzi lekarz. Depresja*, dz. cyt., s. 198.

[64] Por. K. J. Hermes, *Przetrwać czas depresji*, dz. cyt., s. 131.

Niektórzy uważają, że ich cierpienie jest częścią ich osobowości albo skutkiem bolesnego wydarzenia. Dlatego też, w tego typu przypadkach, członek rodziny jest zwykle pierwszą osobą, która zwraca uwagę na niepokojące zachowanie bliskiej mu osoby i, poprzez rozmowę, może podzielić się swoimi obawami oraz namówić ją do szukania pomocy. Zdaniem autorów, osoby bliskie mają nie tylko prawo, ale też obowiązek nakłaniać ją do leczenia, ponieważ choroba, jaką jest depresja, nie jest sprawą indywidualną, i może mieć negatywny wpływ na innych. Bywa, że chory nie jest w stanie samodzielnie szukać pomocy, dlatego w tego typu przypadkach nieodzowna okazuje się właśnie pomoc najbliższych. Należy również liczyć się z wolnością, jaka przysługuje osobom będącym w depresji i prawem do decydowania o sobie – za wyjątkiem okoliczności, w których chory stwarza sytuacje zagrażające życiu, na przykład próbując popełnić samobójstwo. Gdy rodzina podejrzewa, że ich bliska osoba ma depresję, warto również porozmawiać na ten temat z lekarzem[65].

W odniesieniu do chorych na depresję, ważne są również akceptacja, pomoc w rozpoznawaniu pierwszych oznak choroby oraz współpraca w leczeniu. Zdaniem Dudek, depresja wymaga przyjęcia odpowiednich postaw, akceptacji ze strony członków rodziny i pogodzenia się z zaistniałą sytuacją, bez wzajemnych oskarżeń i szukania przyczyn choroby. Rodzina powinna mieć także świadomość, że ma do czynienia z osobą chorą, której zachowanie wynika z choroby, a nie ze złej woli czy złego charakteru. To wymaga także uświadomienia, że depresję można wyleczyć. Bywa, że proces leczenia jest długotrwały. Trzeba więc okazać cierpliwość i być gotowym także na chwile, w których samopoczucie osoby chorej może ulec pogorszeniu. Rola rodziny ważna jest także w okresie zdrowia, gdy objawy depresji ustąpią. Niekiedy zdarza się, że depresja ma charakter nawracający; wówczas bliscy mogą zauważyć pierwsze jej objawy i namówić chorego na wizytę u lekarza. Ważna jest także współpraca w leczeniu. Czasem chorzy nie chcą przyjmować leków i przestrzegać zaleceń lekarza.

---

[65] Por. H. Buijssen, *Depresja. Poradnik dla przyjaciół i rodziny*, dz. cyt., s. 96–107; por. K. J. Hermes, *Przetrwać czas depresji*, dz. cyt., s. 131.

Dobrze jest, gdy bliska osoba przypomina im o lekach czy terminach wizyt u specjalisty[66].

Rodzina może również pomóc choremu w jego codziennych obowiązkach oraz w zwalczaniu objawów choroby. W wielu przypadkach osoba cierpiąca wymaga ze strony bliskich odpowiedniej opieki i wsparcia w przezwyciężaniu bierności, która jest jednym z przejawów depresji. Według Koszewskiej i Habrat, na początku depresji należy pozwolić choremu na wypoczynek czy podjęcie takiej aktywności, na jaką będzie miał ochotę. Jednocześnie osoby bliskie mogą zachęcać go do zrobienia czegokolwiek, okazując mu przy tym swoją pomoc i wsparcie. Zatem namawianie do przezwyciężania bierności i apatii oraz małe próby jakiejkolwiek aktywności podejmowane przez chorych, mogą nieznacznie przyczynić się do poprawy ich samopoczucia. Natomiast nie należy, zdaniem autorów, zmuszać chorego do działania ani nadmiernie angażować w to innych. Tego typu postawy i zachowania nie pomogą, a jedynie mogą zaszkodzić. Zwykle, w miarę upływu czasu, stan chorego na tyle się poprawia, że pozwala na większe zaangażowanie oraz wypełnianie codziennych czynności i obowiązków[67].

Zdaniem specjalistów, ważne może być również, by bliscy osób będących w depresji, w miarę możliwości, powstrzymywali je od podejmowania ważnych życiowych decyzji. Bywa, że osoby z depresją mają problemy z podjęciem jakiejkolwiek decyzji albo podejmują je pod wpływem doświadczanych emocji. Należy wówczas poczekać na poprawę stanu psychicznego, który pozwoli odzyskać sprawność w rozwiązywaniu problemów. Co więcej, osoba z depresją może mieć myśli samobójcze, których nie ujawnia, a w najgorszym razie może próbować odebrać sobie życie. Dlatego nie można lekceważyć tego problemu i próbować delikatnie z nią porozmawiać, a także – powiadomić o tym lekarza[68]. Zdaniem Krzyżowskiego, nie należy uciekać od rozmowy na temat śmierci. Czasem różne sytuacje sprawiają, że człowiek myśli o śmierci; najczęściej wynika to z poczucia beznadziei,

---

[66] Por. D. Dudek, *Rodzina w roli terapeuty*, art. cyt., s. 126–127.
[67] Por. I. Koszewska, E. Habrat, *Depresja jest przemijająca*, dz. cyt., s. 59–61.
[68] Tamże, s. 61–62.

desperacji lub poczucia, że znalazł się on w sytuacji, z której nie ma wyjścia. Wówczas najlepsza może okazać się pomoc specjalisty, a gdy osoba cierpiąca na depresję jest osobą wierzącą, warto zaproponować jej spotkanie z kapłanem[69].

Niekiedy osoby z depresją czują się osamotnione i swoje kontakty ograniczają do najbliższych osób, izolują się od innych i od społeczeństwa. Dlatego tak ważne jest, zdaniem Dudek, aby bliscy pomogli im przełamać wstyd i opór przed ludźmi i przed wychodzeniem z domu[70]. Osoba z depresją, która zwykle izoluje, powinna walczyć z tą tendencją i na miarę własnych możliwości nie ograniczać spotkań towarzyskich, ponieważ przebywanie z innymi dobrze wpływa na nastrój i poprawia samopoczucie[71].

Zdaniem psychologów, nieodzownym elementem pomocy chorym jest udzielanie im szeroko rozumianego wsparcia. Według Woydyłło, duże znaczenie mogą mieć gesty, takie jak: przytulenie, uśmiech, cierpliwe wysłuchanie, pomoc w załatwieniu codziennych sprawunków, w posprzątaniu mieszkania, pomoc w wyjściu z domu, na zakupy czy do kościoła. Ważne może również okazać się wspólne spędzanie czasu – na przykład na słuchaniu muzyki, na modlitwie, na głośnym czytaniu ciekawej książki bądź oglądaniu filmu. Dobrze jest stworzyć wokół osób będących w depresji kręgu zainteresowania i wsparcia po to, aby nie czuły się one samotne i opuszczone[72]. Potwierdza to Hermes, według której osoby bliskie powinny okazać swoje zainteresowanie, wysłuchać chorego, jednocześnie szanując jego prywatność, kiedy nie zechce o sobie mówić. Warto, aby zapytały, jak mogą mu pomóc lub co mogą dla niego zrobić. Ważne jest również, by zapewniły go, że wiele dla nich znaczy i że cieszą się z jego sukcesów[73]. Niekiedy bliscy osób mogą zrobić niewiele, jedynie ich wysłuchać. Jednak, zdaniem Krzyżowskiego, często wystarczy życzliwa chęć pomocy, wysłuchanie

---

[69] J. Krzyżowski, *Depresja*, dz. cyt., s. 96.

[70] Por. D. Dudek, *Rodzina w roli terapeuty*, art. cyt., s. 128.

[71] Por. A. Kheriaty, J. Cihak, *Katolicki przewodnik po depresji*, dz. cyt., s. 199–200.

[72] Por. E. Woydyłło, *Bo jesteś człowiekiem. Żyć z depresją, ale nie w depresji*, dz. cyt., s. 19. 26.

[73] Por. K. J. Hermes, *Przetrwać czas depresji*, dz. cyt., s. 131.

czy poświęcenie chorej osobie trochę czasu. Często zwykła rozmowa może dodać osobie będącej w depresji zarówno otuchy, jak i nadziei[74].

Czasem należy zająć się nie tylko chorym, ale również jego dziećmi. Zdaniem Wojdyłło, ważne jest także, aby pamiętać o dzieciach, które są blisko cierpiącej na depresję matki czy ojca, a którym smutna i napięta atmosfera panująca w domu udziela się szczególnie. Niemowlęciu dobrze jest stworzyć bezpieczne warunki, okazać zainteresowanie i wynagrodzić brak czułego kontaktu z rodzicem. Starszym dzieciom można wytłumaczyć, że depresja matki lub ojca kiedyś minie. Ważne jest także, aby dzieci z powodu depresji rodzica nie rezygnowały z dotychczasowych zabaw, zainteresowań czy przyjemności[75].

Specjaliści zwracają również uwagę na to, aby członkowie rodziny, którzy codziennie przebywają z chorym, potrafili zatroszczyć się o siebie i o swoje własne potrzeby. Kramlinger zauważa, że nie zawsze jest łatwo żyć z osobą chorą na depresję. Ci, którzy zmagają się w rodzinie z problemem depresji, powinni umieć zadbać także o siebie. W tym celu warto zaangażować całą rodzinę do pomocy, starać się zrozumieć własne uczucia i potrzeby oraz w stosowny sposób podzielić się nimi zarówno z chorym, jak i innymi (ze swoim przyjacielem, członkiem rodziny lub duszpasterzem). Dobrze jest mieć czas dla siebie i na realizację tego, co jest źródłem przyjemności i radości[76]. Potwierdza to Preston. Według tego autora, krewni oraz przyjaciele osób będących w depresji mogą mieć potrzeby, których nie wolno im zaniedbywać. Ponadto powinni oni zadbać o własne zdrowie psychiczne. Ważna może być nie tylko świadomość odczuwanych emocji, ale również mówienie o nich bez obwiniania o nie chorego. Przyznanie się do rozpaczy, frustracji czy irytacji, może również pomóc uchronić się przed depresją[77].

Osoby będące w depresji, a także członkowie ich rodzin, oprócz pomocy lekarza specjalisty, mogą otrzymać potrzebne informacje

---

[74] Por. J. Krzyżowski, *Depresja*, dz. cyt., s. 95.

[75] Por. E. Woydyłło, *Bo jesteś człowiekiem. Żyć z depresją, ale nie w depresji*, dz. cyt., s. 24–25.

[76] Por. K. J. Hermes, *Przetrwać czas depresji*, dz. cyt., s. 132.

[77] Por. J. Preston, *Pokonać depresję*, Gdańsk 2003, s. 130–131.

i pomoc ze strony wielu działających w Polsce i na świecie instytucji pozarządowych, stowarzyszeń i klubów[78]. Ważną rolę w walce z chorobą może odegrać uczestniczenie w tak zwanych grupach wsparcia. Na przykład, na wielu oddziałach szpitalnych działają *kluby pacjenta*. Osoby, które poznały się w szpitalu, mogą po jego opuszczeniu spotykać się w klubie pacjenta i uczestniczyć w różnych spotkaniach (wieczorkach, imprezach) oraz w wyjazdach. Spotkania te są okazją, by podtrzymywać nawiązane przyjaźnie, wymieniać się doświadczeniami i wspierać. Jest to szczególnie ważne dla osób samotnych, a także tych, którzy długo zmagają się z chorobą[79]. Oprócz klubów pacjenta, szerokiego wsparcia mogą udzielić *Środowiskowe Domy Samopomocy*. Tam osoby leczące się psychiatrycznie mogą otrzymać pomoc ze strony pracowników socjalnych, skorzystać z konsultacji psychiatrycznej i psychologicznej i rozwijać swoje zainteresowania. Grupy wsparcia dla osób chorujących psychicznie powstają również z inicjatywy stowarzyszeń oraz fundacji[80]. Zdaniem Cechnickiego, w grupach tych osoby chore i członkowie ich rodzin wzajemnie świadczą sobie pomoc, zwłaszcza że łączą ich podobne doświadczenia, przez co czują się bardziej zrozumiane i akceptowane. Oprócz tego wzajemne wspieranie się daje chorym poczucie większej aktywności, samodzielności oraz wpływu na życie własne i innych[81].

---

[78] Do organizacji pozarządowych, działających na terenie naszego kraju, należą między innymi: Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Fundacja Pomocy Chorym na Depresję oraz Chorobę Afektywną Dwubiegunową „Stabilo", Laboratorium Psychoedukacji, Instytut Treningu i Psychoterapii czy Krakowskie Centrum Psychodynamiczne. Por. Ch. Williams, *Pokonać depresję i stan obniżonego nastroju. Technika pięciu pól. Pokażemy ci, jak możesz pomóc sobie sam*, Bielsko-Biała 2008, s. 290.

[79] Por. D. Dudek, M. Sariusz-Skąpska, E. Jurewicz, *Psychoterapia depresji*, art. cyt., s. 228–229.

[80] Na przykład w Krakowie działa Stowarzyszenie „Nowe Braterstwo", które jest pierwszą w Polsce grupą samopomocy. Jej członkowie nie tylko walczą o prawa osób z problemami psychicznymi, ale również w ramach wolontariatu pomagają chorym w ich miejscu zamieszkania bądź w trakcie pobytu w szpitalu psychiatrycznym. Por. *Krakowska Fundacja Hamlet*, http://www.hamlet.org.pl/sds (21.01.2014).

[81] A. Cechnicki, *Wspieranie, (samo)pomoc, umacnianie: nowe role osób chorujących psychicznie w psychiatrii*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne,*

Cierpiący na depresję mają również możliwość korzystania z wielu portali i forów internetowych, z których mogą pozyskać informacje na temat choroby, wymienić się doświadczeniami z innymi chorującymi i także otrzymać wsparcie. Szukanie wsparcia poprzez Internet może być szczególnie pomocne dla osób, które mieszkają z dala od wielkich centrów medycznych oraz dla tych, którzy mają problemy z samodzielnym poruszaniem się[82]. Dla osób będących w depresji i ich bliskich dostępne są też tak zwane *telefony zaufania*[83], przeznaczone dla tych, którzy podejrzewają, że mogą mieć depresję, ale trudno im podjąć decyzję, by udać się do specjalisty. Mogą także skorzystać z niego osoby, które są w trakcie leczenia i mają pytania dotyczące terapii. Rozmowa z ekspertem może pomóc osobom będącym w depresji podjąć decyzję o leczeniu, otrzymać wsparcie i odpowiedź na dręczące ich pytania. Telefon ten jest również skierowany do bliskich, zmagających się w swojej rodzinie z problemem depresji[84].

W przypadku osób przewlekle chorych, samotnych, opuszczonych i zaniedbanych, które nie mają wystarczającego oparcia w rodzinach, potrzebna może być również pomoc ze strony ośrodków pomocy społecznej, które świadczą usługi opiekuńcze. Owa pomoc powinna

---

prawne, publiczne, społeczne, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, dz. cyt., s. 380–381.

[82] Do internetowych stron, które mogą być dla chorych oraz ich bliskich źródłem wiedzy i wsparcia, należą między innymi strony przynależące do różnych stowarzyszeń oraz fundacji, takich jak: Stowarzyszenie „Aktywnie Przeciwko Depresji" (www.depresja.org), Fundacja Pomocy Chorym na Depresję oraz Chorobę Afektywną Dwubiegunową „Stabilo" (www.stabilo.org.pl) oraz strona internetowa działająca pod patronatem fundacji ITAKA – (www.depresja.net.pl oraz www.stopdepresji.pl). W Internecie istnieją także strony zawierające informacje na temat depresji, jak również oferujące fora dyskusyjne i czaty ze specjalistami. Przykładem może być Portal Pomocy Psychologicznej Psychotekst (www.psychotekst.com) czy forum „Depresja" (www.depresjaza.pl). Por. K. J. Hermes, *Przetrwać czas depresji*, dz. cyt., s. 58; Por. Ch. Williams, *Pokonać depresję i stan obniżonego nastroju*, dz. cyt., s. 290; por. R. Fox-Spencer, *Depresja*, dz. cyt., s. 124–125.

[83] Obecnie działa ogólnopolska infolinia dla osób z problemami psychicznymi (22 8858483). Ponadto dostępny jest również antydepresyjny telefon zaufania Fundacji ITAKA (22 6544041). Por. R. Fox-Spencer, *Depresja*, dz. cyt., s. 124–125.

[84] Por. http://stopdepresji.pl/doc/2012_itaka_walczy_z_depresja_informacja_prasowa.pdf (17.12.2013).

polegać na udzielaniu choremu wsparcia w jego codziennych zadaniach, takich jak robienie zakupów, przygotowanie posiłków, wizyty u lekarza oraz załatwianie spraw urzędowych. Niekiedy wystarczy rozmowa czy okazanie troski i samej gotowości do pomocy[85].

Jan Paweł II w swoim przemówieniu do osób cierpiących na depresję podkreśla, że „ci, którzy opiekują się osobami cierpiącymi na depresję, a nie spełniają określonych funkcji terapeutycznych, powinni przede wszystkim dopomagać im w odzyskiwaniu szacunku do samych siebie, wiary we własne umiejętności, zainteresowania przyszłością i woli życia"[86]. Słowa te podsumowują wszystkie działania, które można podjąć wobec osób będących w depresji. Osoby chore, doświadczające w swoim otoczeniu zrozumienia, opieki i troskliwości, mogą mieć więcej motywacji do leczenia i walki z chorobą.

3. Pomoc duszpasterska

Zarówno wparcie ze strony osób z najbliższego otoczenia, jak i pomoc medyczna oraz psychologiczna są bardzo istotne w leczeniu depresji. Jednakże stany depresyjne miewają również osoby, dla których ważne są wartości religijne i duchowe. W wielu parafiach żyją chrześcijanie cierpiący na depresję, dlatego tak istotna może okazać się pomoc duszpasterska oraz ze strony wspólnoty Kościoła. Znaczącą rolę mogą spełniać kapłani sprawujący swoją posługę. Ich wsparcie duchowe oraz moralne może mieć dla osób będących w depresji ważne znaczenie. Ponadto osobiste zaangażowanie chorego poprzez udział w życiu sakramentalnym, modlitwę czy lekturę Pisma Świętego, może być źródłem umocnienia oraz nadziei. Należy jednak zaznaczyć, że nie zawsze wiadomo, czy autorzy, którzy podkreślają znaczenie życia duchowego

---

[85] Por. J. Wciórka, *Terapia społeczna*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, dz. cyt., s. 336–337.

[86] Jan Paweł II, *Jak pomagać ludziom cierpiącym na depresję? Przemówienie do uczestników międzynarodowej konferencji Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia*, art. cyt., s. 28.

i religijnego u osób z depresją, mają na myśli depresję w jej znaczeniu medycznym (zaburzenie psychiczne), czy też w znaczeniu potocznym, a więc rozumianym jako przemijający stan smutku i przygnębienia.

Ważną rolę w duszpasterstwie chorych spełniają kapłani. Według Vaughan'a, osoby będące w depresji różnie tłumaczą swój stan psychiczny. Dla jednych depresja jest problemem duchowym. Są i tacy, którzy swój stan psychiczny interpretują jako etap rozwoju duchowego, znany jako *ciemna noc*. Jeszcze inni szukają spowiednika, gdyż przyczyn swojej depresji upatrują w grzechu albo wiążą ją z brakiem wiary czy problemami osobistymi. Bywa też, że osoby cierpiące z powodu depresji w ogóle nie szukają pomocy, bo są przytłoczone poczuciem beznadziejności i brakiem sił. Ponadto do osób duchownych zwracają się także osoby przygnębione i smutne, obarczone wieloma problemami, a niekoniecznie cierpiące na depresję. Niejednokrotnie kapłan może być w tego typu przypadkach pierwszą osobą, do której człowiek z depresją i człowiek strapiony zwraca się po pomoc[87]. Zdaniem Bogdana de Barbaro, fakt ten znajduje potwierdzenie w badaniach. Osoby z problemami psychicznymi wolą zwracać się o pomoc do kapłana niż do lekarza psychiatry, i zwykle robi tak co piąta osoba z zaburzeniami psychicznymi spośród tych, które nie decydują się na leczenie. Zazwyczaj są to kobiety, osoby mieszkające w małych miejscowościach oraz ludzie religijni, którzy unikają leczenia psychiatrycznego w obawie przed utratą wiary. Rola kapłana w leczeniu osób cierpiących psychicznie, zdaniem specjalisty, jest więc nie do przecenienia[88].

Według N. Autton'a, w każdej parafii bywają osoby z problemami psychicznymi, co więcej duszpasterz niejednokrotnie ma świadomość, że niektórzy z nich borykają się z problemem depresji. Może on wówczas dyskretnie zapytać rodzinę lub przyjaciół o chorego, dowiedzieć się czegoś więcej oraz rozważyć propozycję pomocy. Zwykle jednak osoby, które mają różnego rodzaju problemy same zgłaszają się do

---

[87] Por. R. P. Vaughan, *Poradnictwo pastoralne z zaburzenia osobowości*, Kraków 1999, s. 165. 176.

[88] Por. B. de Barbaro, *Kontekst religijny – duchowość a psychiatria*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybkowski, dz. cyt., s. 705–706.

swojego duszpasterza, by porozmawiać czy poprosić o poradę. W sytuacji gdy do kapłana zgłosi się osoba z problemami duchowymi, a przy okazji okaże się, że może mieć problemy natury psychicznej, to dobrze by było, gdyby dała się namówić na wizytę u specjalisty (psychologa, lekarza psychiatry). Przekazanie osoby z problemami psychicznymi pod opiekę lekarza nie oznacza zerwania z nią relacji i zaprzestania opieki duchowej. Duszpasterz może także pomóc osobie, która powróciła ze szpitala psychiatrycznego i na nowo musi odnaleźć się w swojej społeczności. Ważne jest również przygotowanie wspólnoty parafialnej na przyjęcie osoby z problemem psychicznym w duchu akceptacji, tolerancji i zrozumienia[89].

Skuteczność pomocy udzielanej osobom z problemami psychicznymi zależy między innymi od osobowości i postawy kapłana. Jeżeli z cierpliwością i zrozumieniem wysłucha on osoby, która ma problemy i przeżywa różnego rodzaju trudności, to wówczas może pozytywnie wpłynąć na jej zdrowie duchowe i psychiczne. Taka rozmowa wymaga niekiedy poświecenia czasu, co we współczesnym świecie w którym dominuje gwałtowne tempo życia nie zawsze jest zadaniem łatwym. Ponadto osoba duchowna powinna wzbudzać u innych zaufanie oraz dawać poczucie akceptacji i zrozumienia[90].

Trafne rozeznanie kapłana co do stanu psychicznego i duchowego u osób mających problemy psychiczne wynika również z posiadanej wiedzy na temat zaburzeń psychicznych. Stąd też wielu autorów zaleca, aby duchowni mieli przynajmniej elementarną wiedzę z zakresu psychiatrii czy psychopatologii. Dotyczy to szczególnie tych, którzy mogą często spotykać osoby z zaburzeniami psychicznymi, na przykład kapłani pełniący funkcję kapelanów szpitalnych. Według N. Auttona, wskazane jest, by kapłan opiekujący się chorymi na depresję posiadał podstawową wiedzę dotyczącą zaburzeń psychicznych, aby mógł rozróżniać stany patologiczne od zjawisk psychicznych i duchowych występujących w przeżyciach religijnych. Jednocześnie

---

[89] Por. N. Autton, *Żyją wśród nas. Opieka duszpasterska nad osobami z zaburzeniami psychicznymi*, Warszawa 1981, s. 19–20, 26V28.

[90] Tamże, s. 34–37, 50–52.

należy podkreślić, że głównym zadaniem kapłana jest pomoc duchowa, a nie psychologiczna, chyba że duszpasterz posiada w tym zakresie odpowiednie kompetencje. Powołaniem kapłana jest zbliżanie ludzi do Boga, a dopiero kolejne jego działania mogą służyć osobie chorej powrócić do zdrowia[91]. Podobnie uważa J. Augustyn. Jego zdaniem, duchowny powinien posiadać dobrą znajomość procesów emocjonalnych i psychicznych, ale nie może przekraczać swoich kompetencji i przekształcać swojej pracy duszpasterskiej w praktykę psychoterapeutyczną[92].

W opiece nad osobami cierpiącymi psychicznie istotną rolę mogą odegrać kapelani szpitalni. Zdaniem B. de Barbaro na tych oddziałach psychiatrycznych, gdzie uwzględnia się duchowe potrzeby chorych, kapłani są członkami zespołu terapeutycznego. Kapelani mogą pełnić również funkcję konsultantów, współpracować z lekarzami i innymi osobami zaangażowanymi w terapię i niekiedy pomagają stawiać diagnozę[93]. Według N. Autton'a, zarówno ksiądz, terapeuta i lekarz mogą ze sobą współpracować i każdy z nich może mieć własny wkład w leczenie osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. Okazywanie szacunku personelowi medycznemu, otwartość na współpracę i zaangażowanie we wszystkie działania, które służą chorym w ich powrocie do zdrowia, cierpliwość, zrównoważenie, zdolność do poświecenia to ważne cechy kapelana sprawującego posługę w szpitalu psychiatrycznym. Pacjenci powinni widzieć w nim Sługę Bożego i człowieka modlitwy[94].

W odniesieniu do osób z depresją skuteczność pomocy duchowej jest zwykle uzależniona od ich stanu psychicznego. U osób będących w ciężkiej depresji nie należy wymagać zbytniego zaangażowania

---

[91] Por. tamże, s. 13. 180. Podobnie twierdzi J. Prusak. Uważa on, że księża powinni mieć minimalną wiedzę, by rozpoznawać zaburzenia emocjonalne lub psychiczne, wymagające interwencji psychologicznej lub psychiatrycznej. Ta wiedza nie uprawnia ich jednak do prowadzenia terapii. Nie mogą oni pomagać innym, stosując różnorakie techniki terapeutyczne. Por. K. Jabłońska, C. Gawryś, *Ksiądz w konfesjonale i na kozetce [rozmowa z J. Prusakiem]*, „Charaktery" (2010) nr 5, s. 112–113.

[92] Por. J. Augustyn, *Artyści dusz*, art. cyt., s. 37–38.

[93] Por. B. de Barbaro, *Kontekst religijny-duchowość a psychiatria*, art. cyt., s. 706.

[94] Por. N. Autton, *Żyją wśród nas,* dz. cyt., s. 26. 194–195.

religijnego, a niekiedy trzeba poprzestać na dawaniu pocieszenia oraz wsparcia. Zdaniem J. Augustyna kapłan może zawsze życzliwie porozmawiać i pocieszyć chorego. Nie powinien jednak tym, którzy są w ciężkiej depresji zalecać robienia rachunku sumienia czy mobilizować go do intensywnej modlitwy, gdyż mogło by to nasilić patologiczne poczucie winy oraz pogorszyć samopoczucie[95]. Potwierdza to N. Autton i przytacza autorów, według których osoby cierpiące na głęboką depresję w przebiegu zaburzenia afektywnego dwubiegunowego nie są podatne na wpływy religijne, dlatego też należy powstrzymać się od mówienia im o motywach religijnych, zachęcać do modlitwy czy nawet przyjmowania sakramentów. I dopiero gdy powrócą do zdrowia, można ich zachęcać do jakichkolwiek praktyk. Według autora najwłaściwszym podejściem duszpasterskim będzie podkreślanie pozytywnych elementów zwłaszcza wiary, nadziei i miłości oraz przebaczenia[96].

Również B. Szpakowski twierdzi, że kontakt z osobą będącą w ciężkiej depresji może być utrudniony, ponieważ osoba ta jest zwykle niezdolna do jakiejkolwiek komunikacji, a to może być przeszkodą w należytym sprawowaniu duchowej opieki. Gdy stan chorego się polepszy lub gdy depresja ma łagodny przebieg, to łatwiej jest się porozumieć. Ponadto, autor stwierdza, że w duchowym towarzyszeniu osobie będącej w depresji znaczące może być tak zwane *zestrojenie emocjonalnie*, czyli dostosowanie swoich własnych emocji do emocji osoby chorej, unikanie okazywania radości czy dobrego humoru. Gdy osoba z depresją znajduje się w początkowej fazie leczenia, można zaproponować krótsze spotkania i nie zadawać zbyt wielu pytań. Czasami potrzeba cierpliwości i czasu zanim nastąpi poprawa. Wówczas cierpiący na depresję zacznie mówić więcej o sobie i o swoim cierpieniu. Wysłuchanie jej ze współczuciem, bez bagatelizowania jej słów i użalania się nad nią może znacząco wpłynąć na pogłębienie kontaktu i na proces wychodzenia z depresji. Warto wyjaśnić, że cierpienie jest

---

[95] J. Martinková, *Ludzie depresyjni prorokami naszych czasów [rozmowa z J. Augustynem],* [w:] *Rozmowy o księżach, rodzinie i życiu duchowym*, J. Augustyn, Kraków 2010, s. 197.

[96] Por. N. Autton, *Żyją wśród nas,* dz. cyt., s. 130–131.

naturalną częścią ludzkiej egzystencji i choroba ta nie jest karą za popełnione grzechy[97].

U osób z depresją, w trakcie zdrowienia, może pojawić się coraz większy dystans wobec choroby. Osoba ta uczy się rozróżniać negatywne myśli, zaczyna mieć poczucie wewnętrznej siły i nabiera przekonania, że jest w stanie zapanować nad swoją sytuacją. Dlatego też można dodawać jej otuchy, odwagi i nadziei. Bywają również przypadki nawracającej depresji, czyli sytuacje gdy osoby wyleczone po jakimś czasie po raz kolejny doświadczają objawów choroby. W tego typu przypadkach kierownik duchowy powinien pomóc tej osobie w zaakceptowaniu tej sytuacji. Dobrze jest, gdy kapłan przekaże jej prawdę o miłującym Bogu, który kocha każdego człowieka bez względu na problemy, które go spotykają oraz może posłużyć się przykładami wielu świętych, którzy również doświadczali depresji[98].

Zdaniem wielu autorów wsparciem dla procesu wychodzenia z depresji mogą być sakramenty, a zwłaszcza sakrament pokuty, Eucharystii, namaszczenia chorych, a także modlitwa czy też czytanie Pisma Świętego. Zdaniem N.Autton'a kapłan pomagając osobom cierpiącym psychicznie może zaproponować takie praktyki religijne przez które może przepływać łaska Boga i które mogą przynieść uzdrowienie i spokój ducha. Należy jednak podkreślić, że nie mogą one być traktowane jako środki lecznicze i nie można utożsamiać ich z kolejną formą terapii[99]. Kwestię ta podejmuje również J. Pleskaczyński, według którego kapłan (kierownik duchowy) może zachęcać do modlitwy w takiej formie w jakiej osoby chore mogłyby jej sprostać. Ważna jest również modlitwa wstawiennicza za osobę będącą w depresji. Źródłem duchowego wsparcia może być również odwołanie się do wybranych fragmentów Pisma Świętego i do historii Kościoła czy zaproponowanie odpowiedniej lektury. Dobrze by było, gdyby kapłan zasugerował osobie będącej w depresji, aby starała się uporządkować codzienne

---

[97] Por. B. Szpakowski, *Skrupuły, lęki i depresja. Choroby duszy w kierownictwie duchowym*, [w:] *Sztuka kierownictwa duchowego. Poradnik*, red. J. Augustyn, J. Kołacz, Kraków 2007, s. 445–446.

[98] Por. tamże.

[99] Por. N. Autton, *Żyją wśród nas,* dz. cyt., s. 179–180.

życie. Chodzi tutaj o takie organizowanie własnej aktywności i planowanie dnia, w którym znajdzie się czas zarówno na modlitwę jak i na wypoczynek[100].

Ważnym sakramentem dla osób będących w depresji może okazać się sakrament pokuty, gdyż oprócz swojej podstawowej roli jaką jest odpuszczenie grzechów, może mieć także działanie leczące. Jan Paweł II w adhortacji apostolskiej *Reconciliatio et penitentia* podkreśla, że sakrament pokuty ma również charakter terapeutyczny i leczący. Wynika to z faktu, że w Ewangeliach Chrystus często przedstawiany jest jako lekarz. Papież powołuje się na św. Augustyna, który w odniesieniu do praktyk pokutnych woli leczyć, niż oskarżać, dzięki czemu doświadczanie grzechu nie przeradza się w rozpacz[101]. Zdaniem K. Hermes, sakrament pojednania jest łatwo dostępnym miejscem spotkania z Chrystusem, w którym można doświadczyć Jego leczącej Łaski. Wyjątkowość tego sakramentu polega na tym, że daje on to czego nie dają inne metody leczenia, czyli szczególną przestrzeń, w której człowiek może spotkać się z Bogiem[102].

Sakrament pokuty może być również ważny dla tych osób u których obecny stan przygnębienia, niekoniecznie będący depresją w sensie medycznym, jest skutkiem osobistych grzechów. Według S. Falvo, tylko spowiedź może uwolnić od choroby duchowej, a częste przystępowanie do niej wyzwala człowieka z opresji o charakterze psychologicznym[103]. Podobną opinię wyraża I. Dias twierdząc, że osoby będace w depresji, które są przytłoczone swoimi grzechami mogą przystąpić do sakramentu pojednania. Przyjęcie go sprawia, że Bóg wybacza człowiekowi, unicestwia poczucie winy oraz daje głęboki spokój wewnętrzny[104].

K. Hermes radzi, aby osoba cierpiąca z powodu depresji wybrała sobie stałego spowiednika, najlepiej stałego, przy którym czuje się

---

[100] Por. J. Pleskaczyński, *Depresja jest zawsze próbą duchową*, „Pastores" 25 (2004) nr 4, s. 147–148.

[101] Por. Jan Pawel II, *Reconciliatio et penitentia*, nr 31.

[102] Por. K. Hermes, *Przetrwać czas depresji*, dz. cyt., s. 34

[103] Por. S. Falvo, *Jak zwyciężyć depresję*, dz. cyt., s. 117–118.

[104] Por. I. Dias, *Foi chrétienne et confiance en la vie. Perspective pastorale*, art. cyt., s. 367–368.

swobodnie i któremu może zaufać. Dobrze jest powiadomić kapłana o swoich problemach psychicznych i podzielić się z nim swoimi przeżyciami. Taka informacja może być dla niego ważnym kontekstem w odniesieniu do grzechów, które człowiek ujawnia w sakramencie pokuty. Wiadomo, że niekiedy osobom będącym w depresji trudno jest rozstrzygnąć, które czyny są grzechem, a które przejawem choroby[105]. Dlatego też, według N. Auttona'a, kapłani powinni zwrócić uwagę na to, czy mają do czynienia z rzeczywistym, czy z patologicznym poczuciem winy, jak również zapytać o przyczyny takiego czy innego postępowania[106].

Odpowiednia postawa spowiednika, jego dobre przygotowanie i świadomość obecności Ducha Świętego oraz szczera postawa osoby przystępującej do sakramentu pokuty mogą przynieść korzyści dla jej zdrowia duchowego i psychicznego w depresji. Z opisywanych przez Hermes doświadczeń wynika, że przystępowanie do spowiedzi pomaga osobom cierpiącym na depresję odróżniać skutki choroby od grzechu i zaakceptować zaistniałą sytuację. Poza tym łaska sakramentu wspiera w leczeniu oraz pozwala na doświadczenie miłosierdzia. Niekiedy depresja jest skutkiem zranienia, zatem człowiek ma szansę przebaczyć innym, sobie, a nawet Bogu[107]. Pozytywne skutki sakramentu pokuty zauważa również wspomniany Autton. Dla autora to właśnie sakrament pokuty jest najważniejszym sposobem posługiwania uzdrawiającego, a osoby z niego korzystające, mogą doświadczyć ulgi, nadziei, spokoju czy odzyskać poczucie pewności siebie[108]. Zdaniem Kheriaty i Cihak'a, sakrament pokuty jest także duchowym lekarstwem i choć nie leczy objawów depresji, to jednak może mieć duży wpływ nie tylko na zdrowie duchowe, ale również psychiczne. Właściwie przeżyty, przywraca siły i nadzieję oraz daje uczucie głębokiego pokoju. Jest też okazją do nawrócenia i zmiany. Sakrament pokuty porządkuje życie człowieka i konkretyzuje te sprawy, które oddalają człowieka od Boga, a wyznanie grzechów oczyszcza i daje poczucie ulgi. Ponadto

---

[105] Por. K. Hermes, *Przetrwać czas depresji*, s. 34–37.
[106] Por. N. Autton, *Żyją wśród nas,* dz. cyt., s. 183–185.
[107] Por. K. Hermes, *Przetrwać czas depresji*, dz. cyt., s. 34–37.
[108] Por. N. Autton, *Żyją wśród nas,* dz. cyt., s. 183.

spotkanie ze spowiednikiem może uwolnić od izolacji i rozpaczy, będącej skutkiem grzechu[109].

Oczyszczenie z grzechów w sakramencie pokuty odnawia człowieka duchowo, dzięki czemu jest on przygotowany na zjednoczenie z Chrystusem w sakramencie Eucharystii. Sakrament Eucharystii daje człowiekowi możliwość najbliższej relacji z Bogiem, zatem osoby cierpiące na depresję, przyjmując Chrystusa Eucharystycznego, mogą w bezpośredni sposób zostać obdarowani Jego łaską. Wielu autorów podkreśla ważność tego sakramentu dla osób chorych, w tym będących w depresji. Według J. A. Medina Estevez'a, uczestniczenie w ofierze eucharystycznej może mieć szczególne znaczenie dla chorych na depresję, ponieważ ustanowienie Eucharystii zbiega się z cierpieniem Chrystusa podczas modlitwy w Ogrójcu, męką na krzyżu oraz zmartwychwstaniem. Przyjęcie Chrystusa w sakramencie Eucharystii jest zatem przyjęciem Chrystusa zmartwychwstałego, w pełni Jego chwały. Komunia jest źródłem radości dla wszystkich wiernych, a zwłaszcza tych, którzy cierpią i poprzez swoje cierpienie uczestniczą w męce Chrystusa[110].

Również Hermes podkreśla znaczenie sakramentu Eucharystii dla osób z depresją. Liturgia eucharystyczna wnosi bowiem w życie człowieka głębokie uczucia, które są wzbudzone spotkaniem z Bogiem. To jedyne wydarzenie, które przenika wielki smutek oraz ogrom chwały. Modlitwy odmawiane w trakcie mszy świętej przypominają człowiekowi o tajemnicy stworzenia i odkupienia. Oddawanie Bogu czci, wraz z dziękczynieniem, pozwala lepiej zrozumieć człowiekowi, kim jest on wobec Boga. Oddanie Bogu swoich życiowych spraw i problemów z prośbą o uzdrowienie, pocieszenie i pojednanie, to najlepsza forma uczestniczenia w liturgii eucharystycznej. Człowiek, który zwraca się do Boga, często patrzy na swoje dotychczasowe życie z zupełnie innej perspektywy[111].

---

[109] Por. A. Kheriaty, J. Cihak, *Katolicki przewodnik po depresji*, dz. cyt., s. 275–278.

[110] Por. J. A. Medina Etavez, *Dépression et espérance chrétienne*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 217.

[111] Por. K. Hermes, *Przetrwać czas depresji*, dz. cyt., s. 23–25.

Według Kheriaty i Cihak'a, owa liturgia to najważniejsze wydarzenie, które powinno porządkować ludzkie życie. Uczestnicząc w Najświętszej Ofierze, można ofiarować Bogu wszystkie przeżycia – nie tylko radość, ale też smutek i cierpienie. Dzięki Komunii Świętej zjednoczenie z Chrystusem jest jeszcze pełniejsze. Chrystus jest zawsze realnie obecny w Eucharystii, choć nie wszyscy, a szczególnie osoby będące w depresji, czują Jego obecność. Ważna jest w ich przypadku świadomość, że obecność Boga w Najświętszym Sakramencie jest niezależna od samopoczucia i subiektywnego przeżywania wiary. Skoro sakrament Eucharystii jest dla osoby wierzącej szansą najbliższej relacji z Bogiem, to osoby cierpiące na depresję, jeśli tylko nie są w stanie grzechu ciężkiego, nie powinny unikać przyjmowania Komunii ze względu na swoje złe samopoczucie[112].

Dla Dias'a Eucharystia jest sakramentem, w którym obecny jest Boski Lekarz. Według autora, dla osób cierpiących z powodu depresji znaczące mogą być modlitwy wypowiadane w trakcie sprawowania tego sakramentu, które dają nadzieję. W sakramencie Eucharystii działa sam Chrystus, który może uzdrowić ciało, duszę i ducha[113]. Potwierdza to również M. B. Heron. W trakcie sprawowania liturgii eucharystycznej odmawia się wiele modlitw, które są prośbą o uzdrowienie, a najważniejszą z nich jest modlitwa wypowiadana przed przyjęciem Eucharystii. Zatem człowiek, który uczestniczy we mszy świętej, powinien być bardziej świadomy jej wymiaru uzdrawiającego, a każda Eucharystia, która jest przyjęciem samego Chrystusa, powinna być okazją do uzdrowienia i umocnienia oraz modlitwy w tych intencjach[114]. Również Falvo podkreśla, że sakrament Eucharystii uzdrawia z depresji, bo Jezus jest pełnią życia, a jedność z Nim daje całą pełnię, czyli nowe życie na wszystkich płaszczyznach (duchowej, psychicznej oraz fizycznej). Chrystus obdarowuje człowieka swoim własnym życiem, radością, pokojem i miłością, a Jego przyjęcie oznacza przyjęcie żywej Osoby – uzdrawiającej i wypełniającej całego człowieka darami.

---

[112] Por. A. Kheriaty, J. Cihak, *Katolicki przewodnik po depresji*, dz. cyt., s. 279–281.

[113] Por. I. Dias, *Foi chrétienne et confiance en la vie. Perspective pastorale*, art. cyt., s. 368.

[114] Por. B. M. Heron, *Modlitwa o uzdrowienie*, Kraków 1992, s. 41–44.

Daje On siłę do przezwyciężania trudności, przychodzi, by wyzwolić z pesymizmu i wyleczyć z depresji[115].

Dla osób cierpiących, ważny może okazać się również sakrament namaszczenia chorych. Mogą go przyjąć także te osoby, które przewlekle cierpią z powodu depresji. Sakrament ten może być bowiem źródłem duchowej siły w znoszeniu przykrych dolegliwości związanych z chorobą. Zdaniem M. B. Heron'a, kapłani zwykle ograniczają udzielanie tego sakramentu tylko do osób, które są w niebezpieczeństwie śmierci, a powinni zalecać go częściej osobom chorym i będącym w depresji[116]. Również J. Dias docenia wartość sakramentu chorych i powołując się na własne doświadczenie duszpasterskie, twierdzi, że sakrament ten udzielany osobom chorym daje im moralną odwagę, siłę i duchową pociechę, a czasami nawet może mieć działanie leczące[117]. Podobnie uważa J. A. Medina Estevez – sakrament chorych może być bardzo pomocny dla osób cierpiących na depresję, ponieważ jest on przeznaczony nie tylko dla osób chorych na choroby somatyczne lub w podeszłym wieku, a także dla cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych. Dzięki namaszczeniu mogą one zostać umocnione, a nawet powrócić do zdrowia[118]. Potwierdza to również Autton, gdy pisze, że sakrament namaszczenia może mieć duże znaczenie dla osób psychicznie chorych, gdyż udziela on łaski potrzebnej do walki ze złem, uwalnia od grzechu i duchowej dysharmonii. Może dodawać choremu odwagi i wzbudzać ufność oraz być źródłem głębokiego pokoju i uciszenia[119].

Praktyka duszpasterska pokazuje, że u ludzi cierpiących na depresję pomocna bywa modlitwa. Zdaniem Kheriaty i Cihak'a, człowiek został stworzony przez Boga, na Jego obraz oraz do jedności z Bogiem. Kontakt z Nim jest więc wpisany w naturę człowieka, jest z nią zgodny i jest czymś dobrym. Skoro nawet dobre relacje międzyludzkie

---

[115] Por. S. Falvo, *Jak zwyciężyć depresję*, dz. cyt., s. 119–120.

[116] Por. M. B. Heron, *Modlitwa o uzdrowienie*, dz. cyt., s. 35–39.

[117] Por. I. Dias, *Foi chrétienne et confiance en la vie. Perspective pastorale*, art. cyt., s. 368.

[118] Por. J. A. Medina Estevez, *Dépression et espérance chrétienne*, art. cyt., s. 218.

[119] Por. N. Autton, *Żyją wśród nas,* dz. cyt., s. 187–189.

mają pozytywny wpływ na samopoczucie i zdrowie psychiczne, to tym bardziej korzystna dla zdrowia może stać się modlitewna relacja z Bogiem. Bywa, że człowiek praktykujący modlitwę doświadcza wielu pozytywnych zmian w sobie, zarówno na poziomie duchowym, psychologicznym, jak i fizycznym. Należy jednak pamiętać, że celem modlitwy nie może być jedynie poprawa samopoczucia, ale relacja z Trójjedynym[120]. Z psychologicznego punktu widzenia – co zauważa Makselon – modlitwa może mieć pozytywny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne, lecz terapeutyczne skutki modlitwy trzeba traktować jako nieistotne albo drugoplanowe[121].

Według Kheriaty i Cihak'a, coraz liczniejsze badania naukowe dowodzą, że pozytywny wpływ na zdrowie ludzi z depresją oraz nerwicą mają zwłaszcza modlitwa kontemplacyjna i medytacja. Modlitwa kontemplacyjna jest głęboko zakorzeniona w tradycji chrześcijańskiej i praktykowanie jej zalecało wielu świętych. Owa modlitwa może być również polecana osobom będącym w depresji. Jej praktykowanie przynosi korzyści zarówno na poziomie nadprzyrodzonym, jak i naturalnym. Pozwala bowiem na utrzymanie w świadomości obecności Boga w chwilach codziennej pracy, uspokaja i reguluje rozchwiane emocje[122]. Także J. M. Bereza stwierdza, że medytacja dobrze wpływa na zdrowie psychiczne oraz fizyczne. Może pomóc w rozładowaniu starych urazów, zahamowań, lęków i depresji. Poza tym wpływa na poprawę ogólnego stanu zdrowia[123].

Medytacja chrześcijańska, zdaniem Dias'a, może mieć wpływ na zdrowie osób z depresją, gdyż prowadzi człowieka do osobowego zjednoczenia z trynitarnym Bogiem, w przeciwieństwie do innych niechrześcijańskich praktyk, które mówią o jedności z istotą lub bezosobową siłą. Modlitwa medytacyjna jest skoncentrowana na modlitwie Chrystusa i stale rozprzestrzeniana przez Ducha Świętego w sercu człowieka. Pozwala odłożyć na bok wszystkie myśli, słowa, obrazy,

---

[120] Por. A. Kheriaty, J. Cihak, *Katolicki przewodnik po depresji*, dz. cyt., s. 265.

[121] Por. J. Makselon, *Dynamika religijności*, [w:] *Psychologia dla teologów*, red. J. Makselon, dz. cyt., s. 310.

[122] Por. A. Kheriaty, J. Cihak, *Katolicki przewodnik po depresji*, dz. cyt., s. 264–265.

[123] Por. J. M. Bereza, *Medytacja to nasza inspiracja*, „Charaktery" (2006) nr 8, s. 80.

i kieruje umysł przede wszystkim na Królestwo Boże. Nie wyklucza jednak innych rodzajów modlitwy i sprawia, że człowiek większym szacunkiem darzy sakramenty i lekturę Pisma Świętego. Bez wątpienia może być ona formą duchowego leczenia depresji[124].

Dla osób cierpiących na depresję znacząca może być również modlitwa o uzdrowienie wewnętrzne. Jest to modlitwa wstawiennicza przeznaczona dla wszystkich, ale zwykle proszą o nią osoby chore, cierpiące i uwikłane w różnorodne problemy duchowe. Zdaniem F. Stutzmann, zwykle motywacją do podjęcia modlitwy o uzdrowienie jest pragnienie lepszego samopoczucia, chęć wyjścia z cierpienia i przyjęcia własnych zranień. Ludzie pragną zrzucić z siebie ten ciężar przy pomocy Bożej łaski i na drodze modlitwy. Z drugiej zaś strony choroba bądź inne problemy duchowe mogą stanowić przeszkodę w relacji z Bogiem, zatem podjęcie modlitwy o uzdrowienie może pomóc usunąć przeszkody, które ich od Niego separują[125]. Modlitwa ta jest posługą charyzmatyczną i wymaga od modlących się osób pogłębionej praktyki modlitewnej, formacji medytacyjnej i rozeznania duchowego, a przede wszystkim – ścisłej relacji z Bogiem. Może być praktykowana w ramach kierownictwa duchowego, w utworzonych w tym celu wspólnotach, jak również podczas rekolekcji[126].

Jednak istnieją przypadki, które uniemożliwiają sprawowanie posługi uzdrowienia wewnętrznego. Należą do nich ciężkie choroby psychiczne, w tym głęboka depresja. Osoby w ciężkim stanie psychicznym powinny najpierw skorzystać z pomocy lekarza specjalisty. Uczestniczenie w rekolekcjach, podczas których sprawuje się posługę uzdrowienia wewnętrznego, wobec tych osób może być wykluczone, ponieważ atmosfera rekolekcji sprzyja uwalnianiu emocji, które mogłyby pogorszyć jego stan. Zdarza się jednak, że poza rekolekcjami niektóre osoby cierpiące psychicznie mogą skorzystać także z tej formy modlitwy. Stutzmann cytuje opinie duchownych, między innymi E. Yon czy L. Perru, którzy twierdzą, że – w odniesieniu do osób

---

[124] Por. I. Dias, *Foi chrétienne et confiance en la vie. Perspective pastorale*, art. cyt., s. 374–375.

[125] Por. F. Stutzmann, *Jak zostać uzdrowionym?*, Kraków 2012, s. 134–135. 137–138.

[126] Por. tamże, s. 224–232.

mających problemy psychiczne – modlitwa o uzdrowienie nie powinna zastępować psychoterapii bądź leczenia farmakologicznego. Modlitwa ta może być jedynie wsparciem dla tradycyjnych metod leczenia. Owa modlitewna interwencja, która jest działaniem we współpracy z Duchem Świętym, zwykle daje pozytywne efekty odczuwane przez krótszy lub dłuższy okres. Jednakże u niektórych tego typu posługa jest zakazana. Podjęcie jej może nastąpić jedynie wówczas, gdy chory powróci do względnej równowagi psychicznej. Na przykład u osób z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym, kiedy stan ustabilizuje się, można ostrożnie przeprowadzić modlitwę anamnezy[127], a następnie przejść do modlitwy o uzdrowienie wewnętrzne. Dzięki leczeniu, osoby te mają możliwość kontaktu z prawdziwą rzeczywistością, mogą słuchać duchownego i otworzyć się na Boga. Wówczas uzdrowienie wewnętrzne może przynieść wiele duchowych korzyści[128].

Oprócz modlitwy indywidualnej, pomocne może być również uczestniczenie w różnych formach modlitwy wspólnotowej, na przykład w modlitwie liturgicznej czy nabożeństwach. Zdaniem C. Amigo Vallejo, osoby z depresją powinny również otrzymać wsparcie ze strony społeczności religijnej. Chory na depresję nie powinien być sam, dlatego ważne jest, aby doświadczył bycia razem z innymi, a źródłem tego doświadczenia może być uczestniczenie w modlitwie wspólnotowej[129]. Również Hermes twierdzi, że uczestniczenie we wspólnocie Kościoła może pomóc osobom będącym w depresji przełamać izolację i nawiązać kontakt z Bogiem. Zatem Kościół może być *duchowym szpitalem*, gdzie osoby cierpiące na depresję doświadczają życia we

---

[127] Modlitwa anamnezy to modlitwa obejmująca całą historię życia osoby, która przedstawia jego poszczególne etapy i odnosi je do Boga. Może być szkodliwa dla osób zbyt wrażliwych emocjonalnie, jak również cierpiących na ciężkie zaburzenia psychiczne, ponieważ dotyka ona zranień, które miały miejsce w przeszłości. Może także prowadzić do ujawniania własnych czy rodzinnych tajemnic, a to może ożywić lub uwolnić ukryte dotychczas emocje. Wspomnienia te, zranienia oraz ich skutki są następnie omadlane i oświecane przez Ducha Świętego. Por. F. Stutzmann, *Jak zostać uzdrowionym?*, dz. cyt., s. 247–252.

[128] Por. tamże, dz. cyt., s. 47–48. 159–161.

[129] Por. C. Amigo Vallejo, *L' accompagnement spiritual et pastoral de la personne depressive et de sa famille*, art. cyt., s. 354.

wspólnocie, w jedności z Bogiem oraz innymi[130]. Dla osób z depresją pomocny może być też udział we wspólnotach charyzmatycznych. Zdaniem Dias'a, wiele osób zostaje uzdrowionych z depresji, ponieważ uczestniczy w ruchach Odnowy w Duchu Świętym. Niektórzy doświadczają głębokiego uzdrowienia bolesnych zranień z przeszłości, które mogłyby przyczynić się do rozwoju depresji. Ich życie jest przemienione na rzecz miłości, radości, pokoju i równowagi psychicznej. Dzięki łasce Ducha Świętego, który działa również poprzez Słowo Boże i sakramenty, osoby będące w depresji otrzymują nowe życie[131].

Wsparciem dla modlitwy może być również czytanie Pisma Świętego czy innej lektury duchowej. Treścią czytania duchowego jest Słowo Boże zawarte w Piśmie Świętym, teksty liturgiczne oraz inne teksty o charakterze religijnym, które można czerpać z całego duchowego bogactwa tradycji chrześcijańskiej[132]. Dla osób chorych, w tym cierpiących na depresję, niezwykle pomocna może okazać się refleksja nad wybranymi fragmentami Pisma Świętego. Na terapeutyczne działanie Słowa Bożego zwraca także uwagę papież Benedykt XVI w adhortacji apostolskiej *Verbum Domini* i zaznacza, że istnieje potrzeba głoszenia Słowa Bożego wszystkim tym, którzy cierpią fizycznie, psychicznie lub duchowo. Ponadto spotkanie ze Słowem Bożym może być dla wielu chorych źródłem wiary. Ojciec Święty powtarza prawdę, że Bóg Ojciec jest lekarzem, który pochyla się nad każdym cierpiącym, a Jego Syn Jezus Chrystus przez swoją mękę cierpi ze wszystkimi i przez to przemienia wszystkie słabości. On jest cały czas z tymi, którzy cierpią, poprzez działanie Ducha Świętego w Kościele, przez sakramenty oraz przez osoby niosące pomoc. Według papieża, należy pomagać osobom chorym czytać Pismo Święte nie tylko po to, aby spotkały Chrystusa, ale aby odkryły sens własnego cierpienia[133].

Do osób cierpiących psychicznie należą również osoby z depresją, zatem i one mogą czytać i słuchać tego, co mówi do nich Bóg słowami

---

130 Por. K. J. Hermes, *Przetrwać czas depresji*, dz. cyt., s. 54.

131 Por. N. Autton, *Żyją wśród nas*, dz. cyt., s. 29–30; por. I. Dias, *Foi chrétienne et confiance en la vie. Perspective pastorale*, art. cyt., s. 366–377.

132 Por. D. Wieder, *Zawsze się módlcie*, Kraków 1999, s. 80–81.

133 Por. Benedykt XVI, *Verbum Domini*, nr 106.

Biblii. Dlatego Falvo twierdzi, że Słowo Boże zawarte w Piśmie Świętym jest jednym ze środków leczących z depresji. Bóg w Biblii mówi do człowieka za pomocą swojego Ducha, i w niej człowiek może znaleźć receptę na każdą chorobę. Jednakże, aby zwyciężyć depresję, człowiek musi skonfrontować własne życie z tym, co jest napisane w Piśmie Świętym, i zacząć żyć zgodnie z prawdą objawioną przez Boga[134]. Dla chorych na depresję ważny może okazać się wybór odpowiednich fragmentów Pisma Świętego. Autton radzi, aby kapłani, którzy w swojej codziennej posłudze sprawują opiekę nad osobami cierpiącymi psychicznie, korzystali z Biblii i dokonali wyboru krótkich fragmentów, które osoba chora będzie mogła powtarzać i rozważać. Szczególnie pomocne mogą okazać się te wersety, których systematyczne czytanie będzie źródłem nadziei i wsparcia[135]. Także Falvo zaleca wybór fragmentów wyrażających pozytywne treści i emocje, zwykle przeciwstawne do odczuwanych w depresji, następnie radzi, by wolno je powtarzać, by na trwale zapisały się w pamięci. Taka medytacja, w połączeniu z praktykowaniem życia sakramentalnego, działa, według autora, uzdrawiająco. Osoby smutne powinny więc czytać Pismo Święte, by doświadczyć uzdrowienia i ochronić się przed złem[136]. Podobnie uważa D. Colbert i podkreśla, że wybrane treści Biblii mogą być skutecznym panaceum na występujące w depresji dręczące negatywne myśli. Głośne czytanie fragmentów Pisma Świętego, najlepiej kilka razy dziennie, może przełamać nawyk pesymistycznego myślenia, być źródłem nowego spojrzenia na życie oraz przywrócić radość i spokój[137].

Na znaczenie lektury odpowiednich urywków Pisma Świętego, zwłaszcza tych opisujących historie, w których Bóg pomaga człowiekowi, zwraca uwagę również Dias. Według autora, Stary Testament przedstawia wielu bohaterów, takich jak Abraham, Józef syn Jakuba, Mojżesz, Tobiasz czy Hiob, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji, ale dzięki pomocy Boga uniknęli depresji i rozpaczy. Także psalmy zawierają wersety wyrażające wołanie o pomoc i prezentują Boga jako

---

[134] Por. S. Falvo, *Jak zwyciężyć depresję*, dz. cyt., s. 121–124.
[135] Por. N. Autton, *Żyją wśród nas*, dz. cyt., s. 189–190.
[136] Por. S. Falvo, *Jak zwyciężyć depresję*, dz. cyt., s. 121–124.
[137] Por. D. Colert, *Biblia leczy. Depresja i lęk*, Kraków 2007, s. 73–74.

źródło siły i mocy. Podobne przykłady można odnaleźć w Nowym Testamencie[138]. W Piśmie Świętym jest więc wiele fragmentów, które mogą mieć szczególne znaczenie dla osób cierpiących na depresję i dla opiekujących się nimi kapłanów[139].

Również lekarze potwierdzają, że refleksja nad Pismem Świętym może mieć pozytywny wpływ – nie tylko na osoby chore psychicznie, ale również na opiekujący się nimi personel medyczny. Okazuje się bowiem, że organizowanie spotkań biblijnych i modlitewnych na terenie szpitala czy w innych placówkach medycznych może być pomocne dla osób cierpiących psychicznie w powrocie do pełnego bądź tylko częściowego zdrowia, jak również może okazać się cennym doświadczeniem dla opiekującego się nimi personelu[140]. Według autorów opisujących te spotkania, trudno jest ocenić i wskazać na konkretne

---

[138] Historie Marii Magdaleny, Zacheusza czy Samarytanina, przedstawiane przez ewangelistów, ukazują prawdę o Jezusie, który nie potępia, ale rozumie i przebacza. W Jego towarzystwie osoby społecznie nieakceptowane i odrzucone mogą doświadczać pokoju, przebaczenia i szacunku. Ponadto Nowy Testament podkreśla znaczenie wiary i nadziei. Ilustruje to epizod, w którym Piotr, kroczący po wodzie, nagle zaczyna tonąć, a Jezus zarzuca mu brak wiary. Epizod ten może być odniesiony do osób z depresją, które są zrozpaczone, brakuje im pewności siebie, skupiają na sobie uwagę i zaczynają tonąć w depresji. Natomiast gdy pokładają ufność w Jezusie, to mogą się podnieść i, jak twierdzi autor, chodzić po wodach życia. Nawet w tragicznych przypadkach Judasza, który zdradza Jezusa, i Piotra, który trzykrotnie się Go zapiera. Oboje czują się przygnębieni. Judasz popełnia samobójstwo, a Piotr pokutuje i zostaje przez Jezusa wyróżniony i wybrany na swojego następcę. Przygnębienie ogarnia także uczniów idących do Emaus. Po śmierci swojego Mistrza tracą nadzieję, ale Zmartwychwstały Jezus przyłącza się do nich i wyjaśnia im wszystko. Gdy Go rozpoznają, przestają się smucić i udawszy się do Jerozolimy, stają się Jego świadkami. Por. I. Dias, *Foi chrétienne et confiance en la vie. Perspective pastorale*, art. cyt., s. 362–366.

[139] Tamże.

[140] Na przykład w Klinice Psychiatrycznej Akademii Medycznej w Warszawie podjęto próbę wsparcia terapeutycznego osób chorych psychicznie, w tym również chorych na depresję, wykorzystując duchowe środki zaradcze w postaci lektury Pisma Świętego i modlitwy. Powstaje tam grupa modlitewna otwarta dla wszystkich chętnych pacjentów oraz osoby z personelu (lekarzy, psychologów). W trakcie tych spotkań czyta się fragmenty Nowego Testamentu, a ich uczestnicy dzielą się przemyśleniami na ich temat i próbują odnieść je do własnej sytuacji życiowej. Na zakończenie odbywa się wspólna modlitwa, głównie modlitwa prośby i dziękczynienia. Por. M. Kostecka, M. Wojnar, M. Marzański, E. Bernstein, *O potrzebie pomocy duchowej chorym psychicznie*, „Psychiatria Polska" 29 (1995) nr 5, s. 658–663.

efekty, jednak można stwierdzić, że są one ważnym doświadczeniem duchowym. W ich ocenie, dostrzeżenie i dowartościowanie wymiaru duchowego u pacjentów może mieć pozytywny wpływ na lepsze relacje z chorymi, na pogłębienie więzi terapeutycznej i poprawę atmosfery panującej na oddziale szpitala[141].

Trudno odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób wiara i praktyki religijne u osób będących w depresji mogą pomóc w powrocie do zdrowia. Faktem jest, że nie można pozostać obojętnym na rzeczywistość duchową i religijność chorych, którzy, podobnie jak osoby zdrowe, mogą mieć potrzebę kontaktu z Bogiem. Według Kramlinger, duchowość może mieć wpływ na zdrowie i proces zdrowienia w tym sensie, że zapewnia wsparcie, pociechę oraz wzrost komfortu życia. Natomiast sama duchowość i religijność nie przyczynia się do odzyskania zdrowia. Dlatego też, pomimo ważnej roli, jaką pełni w życiu człowieka, osoby chore powinny poddać się tradycyjnemu leczeniu[142]. Potwierdzają to psycholodzy. Zdaniem Kuczkowskiego, religia, mimo że ma inne zadania niż leczenie chorych, to jednak może być jednym z czynników przyśpieszających powrót do zdrowia, bo pozwala zintegrować osobowość człowieka oraz uwolnić go od wewnętrznych konfliktów[143].

Obecnie znaczenie wiary i duchowości bywa dostrzegane przez wielu lekarzy i terapeutów, którzy przy okazji leczenia mogą wykorzystać potencjał duchowy pacjenta i włączyć go do terapii. Najnowsze badania naukowe potwierdzają, że osoby z depresją, dla których ważne są wartości religijne, szybciej powracają do zdrowia. Przykładem mogą być badania, które podaje S. Szpak. U osób religijnych cierpiących na depresję, u których w terapii wykorzystano słuchanie i omawianie Pisma Świętego oraz rozmowy na tematy religijne i duchowe, zaobserwowano większy spadek depresji i lepsze funkcjonowanie, niż u chorych korzystających jedynie z psychoterapii (poznawczo-behawioralnej). Przebadano również grupę chorych, którzy korzystali tylko z porady

---

141 Por. tamże, s. 658–663.

142 Por. K. Kramlinger, *Depresja*, dz. cyt., s. 146.

143 Por. S. Kuczkowski, *Psychologia religii*, Kraków 1998, s. 264–265.

duszpasterskiej. U tych osób również zaobserwowano poprawę zdrowia. Zatem pomoc religijna może mieć właściwości terapeutyczne, a skuteczność podstawowych metod leczenia może być dużo większa, jeżeli u wierzących pacjentów wykorzysta się ich potencjał religijny i duchowy[144].

Zdaniem M. Estevez'a, osoby z depresją powinny spojrzeć oczami wiary na swoje własne życie, wykorzystać modlitwę i wsparcie ze strony różnych osób i w różnych formach. Przyjęcie pomocy pozwala uniknąć izolacji, bezczynności, utraty kontaktu z rzeczywistością i poczucia własnej wartości oraz pozwala przezwyciężyć ten bolesny i wyczerpujący stan psychiczny. Również wiara, nadzieja i zaufanie do Boga, który wspiera, pomaga i ratuje, są niezbędnymi elementami, służącymi odzyskaniu pozytywnego postrzegania siebie i świata[145]. Natomiast ci, którzy są zaangażowani w pomoc osobom będącym w depresji, według Jana Pawła II, powinni pomóc im we wspólnym przeżywaniu wiary oraz odzyskaniu szacunku i wiary w siebie. Ważne jest włączenie chorych we wspólnotowe przeżywanie wiary w atmosferze miłości, otoczenie ich akceptacją, zrozumieniem i wsparciem. Jan Paweł II podkreśla także znaczenie Pisma Świętego (zwłaszcza psalmów), Eucharystii i modlitwy różańcowej w duchowym rozwoju osób z depresją. Jednocześnie uświadamia, że droga ta powinna przebiegać *małymi krokami*, gdyż może to być związane z wielkim trudem[146].

Jak widać z powyższych analiz, istnieje wiele przesłanek przemawiających za tym, aby leczenie depresji nie opierało się wyłącznie na stosowaniu jednej metody terapii. Osoby cierpiące na depresję powinny otworzyć się na pomoc ze strony drugiego człowieka oraz pomoc ze strony Boga i uwierzyć, że mogą powrócić do zdrowia. W tym celu dobrze jest, aby skorzystały ze specjalistycznej pomocy lekarskiej bądź psychologicznej oraz otworzyły się na leczące działanie łaski poprzez sakramenty i praktyki religijne. Zaś osoby pomagające chorym – aby dołożyły wszelkich starań i pomogły im szybko wrócić do zdrowia.

---

144 Por. S. Szpak, *Długie życie po mszy*, „Charaktery" (2005) nr 2, s. 24–25.
145 Por. J. A. Medina Estevez, *Dépression et espérance chrétienne*, art. cyt, s. 219.
146 Jan Paweł II, *Jak pomagać ludziom cierpiącym na depresję?*, przem. cyt., s. 28.

5. Profilaktyka depresji

W walce z depresją ważne jest nie tylko jej leczenie, ale również podejmowanie odpowiednich działań profilaktycznych. Z lekarskiego punktu widzenia profilaktyka to „działanie i środki stosowane w celu zapobiegania chorobom; likwidacja przyczyn niekorzystnych zjawisk”[1]. Profilaktyka, obok edukacji zdrowotnej i ochrony zdrowia, jest jednym z filarów tak zwanej *promocji zdrowia*, w której zakres wchodzi także *promocja zdrowia psychicznego*[2]. Dzięki profilaktyce można nie tylko przeciwdziałać depresji, ale też zapobiegać jej potencjalnym skutkom, na przykład rozpadowi rodziny czy samobójstwu. Obecnie w zakresie działań profilaktycznych organizowane są, między innymi, akcje skierowane do osób z grup ryzyka, czyli do osób podatnych na depresję. Ponadto promuje się postawy mające na celu zachowanie zdrowia psychicznego. Działania o charakterze profilaktycznym są

---

[1] S. Poznańska, *Profilaktyka*, [w:] *Encyklopedia dla pielęgniarek*, red. J. Bogusz, Warszawa 1989, s. 397.

[2] *Promocja zdrowia* jest to dyscyplina naukowa, której celem jest wspieranie rozwoju oraz zdrowia w odróżnieniu od prewencji, która opiera się na działaniach mających zabezpieczać przed zagrożeniami życia. Promocja zdrowia koncentruje się na działaniach osób i grup, jak również działaniach społecznych i politycznych, które mają kreować zachowania prozdrowotne. Por. L. Grodzki, M. Ziółkowski, B. Łangowska-Grodzka, *Promocja zdrowia psychicznego. Działania na rzecz zdrowia psychicznego*, [w:] *Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. Promocja zdrowia w praktyce pielęgniarki i położnej*, t. 2, red. A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz, Warszawa 2010, s. 157–158.; por. P. Majewicz, *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna*, [w:] *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży. Perspektywa kliniczna*, red. W. Pilecka, Kraków 2011, s. 123–124.

również adresowane do osób chorych, cierpiących na depresję, oraz tych, które się z niej wyleczyły. Owe akcje mogą być także wspierane przez Kościół w ramach właściwych jemu działań duszpasterskich. Ważną rolę w profilaktyce depresji mogą odgrywać wartości duchowe, zwłaszcza wiara, nadzieja i miłość, oraz praktykowanie cnót i życie zgodne z zasadami wiary.

1. Organizowanie akcji prowadzonych wobec osób z grup ryzyka

W ramach działań profilaktycznych ważne mogą okazać się akcje, które są skierowane do osób z grup tak zwanego ryzyka, czyli osób szczególnie narażonych na powstawanie zaburzeń psychicznych, w tym depresji. Tego typu profilaktyka adresowana jest głównie do dzieci i młodzieży, pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych, obciążonych różnego rodzaju chorobami (głównie psychicznymi i przewlekłymi), zaburzeniami osobowości czy niepełnosprawnością. Jej działania skierowane są również do osób dorosłych, zwłaszcza samotnych i znajdujących się w trudnej sytuacji. Taka prewencja polega na tworzeniu programów pomocy, programów profilaktyczno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży, organizacji poradni oraz placówek specjalizujących się we wczesnej diagnozie bądź lokalnych grup wsparcia[3]. Profilaktyce służy również tworzenie i realizowanie programów profilaktycznych, których bezpośrednim celem jest przeciwdziałanie depresji[4].

---

[3] Por. M. Sawicka, *Leczenie środowiskowe w psychiatrii. Praca z rodziną. Psychoedukacja*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, dz. cyt., s. 660; por. D. Forster, *Promocja zdrowia: modele i podejścia*, [w:] *Promocja zdrowia dla wszystkich*, red. S. Pike, D. Forster, dz. cyt., s. 53–54.

[4] Przykładem takiego programu jest Małopolski Program Profilaktyki Depresji „Wyprzedzić smutek". W ramach tego programu dostępne są informacje dotyczące depresji na stronie internetowej, jak również można skorzystać z tak zwanych porad profilaktycznych, które są udzielane przez specjalistów w kilku punktach konsultacyjnych na terenie województwa małopolskiego. Porady te mają formę osobistej rozmowy i są przeznaczone dla osób zdrowych, którzy obawiają się depresji, oraz dla tych, którzy czują się przygnębieni, pragną zapobiec pogorszeniu stanu zdrowia i odzyskać dobre

Zdaniem wielu autorów, osoby młode są szczególnie narażone na wystąpienie depresji i innych zaburzeń psychicznych. Z tego względu uważa się, że ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży powinna być priorytetem. Ma to szczególne znaczenie dla przyszłości, ponieważ troska o zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży to również troska o zdrowie psychiczne osób dorosłych[5]. Dlatego dzieci i młodzież, mający kłopoty osobiste czy rodzinne, powinny otrzymać odpowiednią pomoc ze strony rodziny, szkoły i innych instytucji społecznych. Zdaniem Collados Zoraquino, w profilaktyce depresji ważna jest troska ze strony rodziców, obserwacja dziecka oraz zwrócenie uwagi na niepokojące zachowania. W przypadku występowania wielu problemów rodzinnych, trudnych do rozwiązania, warto wybrać się do specjalisty[6]. Dlatego J. Cz. Czabała podkreśla, jak ważny jest dostęp do specjalistycznej pomocy, zwłaszcza poradni rodzinnych. Ich istnienie daje rodzicom szansę wsparcia w ciężkich sytuacjach, problemach rozwojowych oraz otrzymania informacji o potrzebie opieki psychiatrycznej, gdy u dziecka pojawią się problemy zdrowia psychicznego. Często wielu problemów, z jakimi boryka się rodzina, nie sposób rozwiązać bez pomocy ze strony pracowników socjalnych, organizacji charytatywnych, grup samopomocy i innych specjalistów. Ważne jest, aby w trudnych sytuacjach kryzysowych rodzina nie pozostała sama i mogła liczyć na pomoc. Pozostawienie rodziny bez wsparcia w chwilach, w których nie potrafi sobie sama poradzić, może mieć niekorzystny wpływ na zdrowie psychiczne wszystkich jej członków[7].

---

samopoczucie. Porada ta nie jest zalecana osobom będącym w depresji, które są w trakcie leczenia. Program jest przygotowany przez specjalistów, którzy w swojej pracy pomagają osobom cierpiącym na ciężkie i nawracające zaburzenia depresyjne. Ich zdaniem, depresji można zapobiec. Wystarczy dowiedzieć się co zrobić, by uchronić się przed tą chorobą, a także skorzystać z porad profilaktycznych, dzięki którym można dowiedzieć się, w jaki sposób wiedza ta może mieć praktyczne zastosowanie. Por. *Wyprzedzić smutek. Program Profilaktyki Depresji*, http://profilaktykadepresji.malopolska.pl/ (16.12.2013).

[5] Por. J. Szymańska, *Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w szkole*, Warszawa 2012, s. 2, www.ore.edu.pl/.../index.php? (12.01.2014).

[6] Por. J. Collados Zorraquino, *Depresja u dzieci i młodzieży*, Kraków 2002, s. 130.

[7] Por. J. Cz. Czabała, *Zdrowie psychiczne: definicje, wskaźniki, determinanty, zagrożenia, promocja*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, dz. cyt., s. 580–581.

Dużą rolę w prewencji chorób psychicznych, w tym depresji, może odegrać szkoła. Potwierdza to J. Szymańska. Szkoła może wspierać rozwój uczniów oraz ich zdrowie psychiczne poprzez podejmowanie inicjatyw służących zdrowiu oraz eliminujących czynniki ryzyka, które mogłyby doprowadzić do wystąpienia zaburzeń psychicznych. Na szczególne wsparcie ze strony szkoły powinny liczyć te dzieci, które mają problemy ze zdrowiem oraz niepełnosprawne fizycznie, gdyż, z powodu licznych ograniczeń, są szczególnie narażone na ryzyko wycofania i depresji. Depresja młodzieńcza może być również skutkiem przemocy szkolnej, dlatego należy zwalczać wszelkie jej przejawy. Dla uczniów mających różne problemy oraz dla ich rodziców istotna może być pomoc ze strony pedagoga, psychologa szkolnego, wychowawców i nauczycieli[8]. Wobec dzieci i młodzieży zagrożonych depresją ważną rolę mogą odegrać szkolne programy profilaktyczne dotyczące uzależnień, przemocy i depresji[9].

Istotne mogą być również działania, których celem jest zwalczanie alkoholizmu i narkomanii wśród młodzieży, gdyż zarówno alkoholizm, jak i narkomania są dla nich poważnym zagrożeniem, które nie tylko prowadzi do degradacji, ale również może mieć wpływ na rozwój depresji i pozostałych zaburzeń psychicznych. Prewencja, oprócz innych działań, okazuje się najskuteczniejszym sposobem przeciw uzależnieniom. Polega ona przede wszystkim na uświadomieniu zagrożenia, jakie niosą ze sobą alkohol i narkotyki, poprzez odpowiednie programy

---

[8] Por. J. Szymańska, *Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w szkole*, art. cyt., 4–7. 9–10.

[9] Przykładem może być program zdrowotny realizowany w latach 2012–2015 dla uczniów ponadgimnazjalnych w województwie lubelskim, którego celem jest wczesne wykrywanie zaburzeń depresyjnych u młodzieży. Program ten składa się z trzech etapów. Pierwszy etap dotyczy psychoprofilaktyki i ma rozwijać świadomość uczniów na temat depresji, kształtować zachowania i styl życia korzystny dla zdrowia psychicznego oraz umiejętności dotyczące radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Drugi etap jest związany z wykrywaniem depresji wśród osób młodych, zaś trzeci ma na celu opracowanie metod zapobiegania depresji wśród młodzieży oraz wczesnego ich wykrywania i terapii. Por. *Program zdrowotny – Profilaktyka zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży w wieku 16–17 lat,* Lublin 2012, s. 13–15. (Internet 12.01.2014), por. Kuratorium Oświaty w Lublinie, http://www.kuratorium.lublin.pl/?akc=akt&op=szcz&id=5521 (12.01.2014).

edukacyjne, przeznaczone dla uczniów oraz rodziców. Ważne okazują się również programy, których celem jest budowanie u uczniów poczucia własnej wartości i kształtujące odpowiednie umiejętności pomocne w walce z presją rówieśniczą[10].

Ryzyko depresji może pojawić się także u kobiet, które urodziły dziecko. Zdaniem B. Banasiak-Parzych, z wielu badań wynika, że pomoc ze strony lekarzy, psychologów i pracowników socjalnych udzielana kobietom przed porodem w znacznym stopniu przyczynia się do lepszego wypełniania obowiązków rodzicielskich oraz przeciwdziała rozwojowi depresji poporodowej. Aby zapobiec zaburzeniom depresyjnym, organizuje się również tak zwane *Lokalne Grupy Wsparcia dla Matek*[11], które funkcjonują w wielu krajach pod nazwą *baby group* i oferują młodym matkom potrzebne wsparcie emocjonalne oraz wzajemną pomoc. Oprócz tego zachęca się kobiety, aby same podejmowały inicjatywę i zawiązywały tak zwane *Nieformalne Grupy Wsparcia*. Dotyczy to szczególnie tych kobiet, które po urodzeniu dziecka nie mogą liczyć na pomoc ze strony matki czy krewnej. Dla wielu z nich grupa ta może być bardzo pomocna w rozwiązaniu wielu problemów, odzyskaniu pewności siebie oraz polepszeniu samopoczucia. Ponadto w niektórych krajach przyszłe matki mogą skorzystać z pomocy asystentek porodowych, które towarzyszą kobiecie w ciąży, w trakcie porodu i po porodzie. Rolą asystentki porodowej jest dawanie wsparcia fizycznego i emocjonalnego oraz udzielanie potrzebnych informacji na tematy związane z porodem i macierzyństwem. Wiele badań potwierdza, że ich obecność może także zapobiegać wystąpieniu depresji poporodowej[12].

---

[10] Por. R. C. Carson, J. N. Butcher, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, t. 2, dz. cyt., s. 1000–1003.

[11] W Polsce promocją idei tego typu grup wsparcia zajmuje się Stowarzyszenie na rzecz Niezależnych Inicjatyw Rodzinnych LATΩNA, które, przy współpracy z lokalnymi władzami, organizuje odpowiednio przystosowane pomieszczenia dla młodych mam. Ponadto inicjuje różnego rodzaju akcje informacyjno-edukacyjne, skierowane do osób mających kontakt z kobietami w ciąży i młodymi matkami, na przykład do lekarzy, pielęgniarek i pracowników pomocy społecznej. Por. B. Banasiak-Parzych, *Depresja poporodowa. Kobieta, małżeństwo, rodzina*, Warszawa 2008, s. 101–105.

[12] Tamże, s. 89–92, 97–98, 101–105.

Do grupy osób zagrożonych depresją należą również osoby w podeszłym wieku. Zdaniem H. Szwarc, troska o zdrowie psychiczne seniorów wymaga wielu działań społecznych. Odpowiednia postawa osób z najbliższego otoczenia oraz lekarzy może zapobiec wielu sytuacjom, które mogą przyczynić się do depresji. Osobom starszym należy się wyrozumiałość dla ich potrzeb psychicznych oraz problemów zdrowotnych. Z drugiej strony ważne dla profilaktyki zdrowia psychicznego mogą okazać się działania związane z utrzymaniem aktywności fizycznej i intelektualnej. W ramach działań profilaktycznych należy też coraz lepiej zabezpieczać potrzeby materialne, psychiczne i zdrowotne osób w podeszłym wieku, aby były one aktywne i zadowolone z życia[13].

Do inicjatyw wspierających zdrowie psychiczne osób w podeszłym wieku należy również tworzenie tak zwanych *Uniwersytetów Trzeciego Wieku*. Ich głównym celem jest aktywizacja osób starszych, zwłaszcza samotnych i mających dużo wolnego czasu, poprzez stwarzanie im warunków do ciągłego rozwoju. Owe uniwersytety działają przy wyższych uczelniach i zajmują się organizowaniem wykładów, seminariów, lektoratów języków obcych, zajęć poprawiających sprawność fizyczną oraz różnego rodzaju imprez. Ich działalność może mieć duże znaczenie w realizowaniu zadań profilaktyki. Również dotychczasowe badania i obserwacje potwierdzają, że poprzez udział w zajęciach organizowanych przez uniwersytet, osoby starsze pozbywają się stanów lękowych i depresyjnych będących skutkiem izolacji, z większym optymizmem przyjmują różne zmiany, mają więcej wiary we własne możliwości oraz są bardziej sprawne i zadowolone z życia[14]. Rolę podobną do *Uniwersytetów Trzeciego Wieku* pełnią również *kluby seniora*. Zdaniem I. Muchnickiej-Djakow, dają one ludziom starszym możliwość spotykania się i spędzania wolnego czasu, udziału w wydarzeniach kulturalnych oraz rozwoju zainteresowań. Kluby seniora służą osobom starszym również poprzez świadczenie różnego rodzaju

---

[13] Por. H. Szwarc, *Higiena psychiczna ludzi starych*, [w:] *Zdrowie psychiczne*, red. K. Dąbrowski, Warszawa 1979, s. 495–497.

[14] Tamże, s. 497–498.

usług, udzielanie pomocy i porad. Zapewniają rozrywkę i zaspokajają potrzeby związane z czasem wolnym, tym bardziej, że powstają blisko miejsca zamieszkania[15].

Istotne znaczenie mogą mieć również akcje profilaktyczne przeprowadzane w miejscu pracy. Zdaniem Czabały, osoby, które miewają różne problemy wynikające z trudnych warunków pracy, powinny otrzymać odpowiednią pomoc. Zaleca się też wdrażanie różnego rodzaju programów profilaktycznych odnośnie do zdrowia psychicznego, takich jak programy radzenia sobie z lękiem czy wypaleniem zawodowym, zwłaszcza wobec pracowników z grup tak zwanego ryzyka. Znaczenie prewencyjne mogą mieć także programy wczesnego wykrywania i wczesnej interwencji dla osób z problemami alkoholowymi czy innymi problemami psychicznymi. Znaczące może być wspieranie osób zagrożonych bezrobociem, poprzez tworzenie alternatywnych form pracy oraz szkolenie tych, którzy we wczesnym okresie życia nie mieli możliwości zdobycia odpowiednich kwalifikacji[16].

W odniesieniu do kwestii profilaktycznych, należy podkreślić, jak ważna jest świadomość, że niektóre osoby, a zwłaszcza te, które znajdują się w trudnej sytuacji i w różnego rodzaju kryzysach, mogą stracić równowagę psychiczną i zachorować na depresję. Dlatego wczesna interwencja może pomóc im rozwiązać problemy i uniknąć cierpienia będącego następstwem depresji.

2. Promocja postaw i zachowań zapobiegających depresji

Charakter prewencyjny ma także promocja postaw i zachowań służących zachowaniu zdrowia fizycznego oraz wspieranie zdrowia psychicznego. Obecnie zwraca się uwagę na zachowanie kontroli nad własnym zdrowiem poprzez prowadzenie zdrowego stylu życia. Zdaniem specjalistów, propagowanie odpowiednich zachowań prozdrowotnych

---

[15] Por. I. Muchnicka-Djakow, *Kluby seniora*, [w:] *Encyklopedia Seniora*, red. I. Borsowa, W. Pędlich, J. Piotrowski, T. Rożniatowski, S. Rudncki, Warszawa 1986, s. 139–140.

[16] Por. J. Cz. Czabała, *Zdrowie psychiczne: definicje, wskaźniki, determinanty, zagrożenia, promocja*, dz. cyt., s. 582–583.

jest podstawą wszelkich działań profilaktycznych w zakresie zdrowia psychicznego, ponieważ zarówno zdrowe odżywianie, jak i systematyczne ćwiczenia fizyczne mogą mieć korzystny wpływ na psychikę człowieka – zgodnie z maksymą „w zdrowym ciele, zdrowy duch" – zaś utrata zdrowia często bywa źródłem stresu, który może doprowadzić do depresji[17]. Zatem działania profilaktyczne odnoszące się do depresji powinny obejmować promocję zdrowego stylu życia, wyrażającego się troską o właściwy wypoczynek, aktywność fizyczną i odpowiednie odżywianie. Ważna może być też troska o dobrą kondycję psychiczną poprzez utrzymywanie satysfakcjonujących relacji z innymi, dbanie o dobry klimat w rodzinie, w szkole czy w miejscu pracy oraz kształtowanie takich umiejętności i postaw, które pozwalają lepiej radzić sobie w życiu.

Zdaniem H. Kirschner'a, każdy człowiek posiada określone możliwości zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Należy więc tak postępować, aby nie dopuścić do zbytniego obciążenia. Umiarkowane lub większe zmęczenie nie stanowi zagrożenia dla zdrowia, pod warunkiem, że poprzez odpowiedni odpoczynek człowiek zregeneruje swoje siły. W przypadku, gdy czas przeznaczony na odpoczynek jest niedostateczny, mogą pojawić się oznaki przemęczenia, a więc złe samopoczucie, przygnębienie, zaburzenia snu i poczucie zmęczenia nawet przy niewielkim wysiłku[18].

Troska o właściwy wypoczynek wymaga od człowieka dbałości o higienę snu oraz dbałości o inne formy biernego i czynnego wypoczynku. Sen jest niezbędny dla prawidłowej regeneracji, a jego długość jest zależna od wieku i indywidualnych potrzeb. Ważne jest, aby sen był w miarę regularny i trwał wystarczającą liczbę godzin, czemu sprzyjają prowadzenie odpowiedniego trybu życia i dobra organizacja zajęć. W miarę możliwości należy unikać działań czy sytuacji, budzących negatywne emocje. Warto kłaść się spać o tych samych porach i spożywać lekkostrawny posiłek na 2–3 godziny przed

---

[17] Por. R. C. Carson, J. N. Butcher, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, dz. cyt., s. 997.

[18] Por. H. Kirschner, *Higieniczny tryb życia*, [w:] *Encyklopedia zdrowia*, red. W. S. Gomułka, W. Rewerski, t. 1, Warszawa 2000, s. 366–369.

zaśnięciem. Sen nie powinien być zakłócany przez hałas, światło czy nieodpowiednią temperaturę. Dla właściwej regeneracji człowiek potrzebuje również innych form wypoczynku. Ich wybór powinien być sprawą indywidualną. Zaleca się zarówno formy bierne, jak i czynne. Wypoczynek bierny polega na wyłączeniu się z jakiejkolwiek aktywności i jest on szczególnie zalecany tym, którzy są po ciężkim wysiłku fizycznym lub umysłowym. Natomiast wypoczynek czynny polega na zmianie aktywności na taką, która przynosi odprężenie i jest źródłem przyjemności[19].

Specjaliści zalecają, aby w ramach wypoczynku czynnego uprawiać sport, gimnastykę, bieganie albo inny wysiłek fizyczny, niezwiązany z codzienną pracą. Jest to niezwykle istotne, zwłaszcza że obecnie człowiek ma do niego coraz mniej okazji ze względu na mechanizację w miejscu pracy, poruszanie się środkami transportu i tak zwany siedzący tryb życia. Brak odpowiedniej dawki ruchu może skutkować utratą sprawności fizycznej, a nawet utratą zdrowia. Dlatego tak ważny jest systematyczny wysiłek fizyczny, dostosowany do indywidualnych potrzeb każdej osoby i jej możliwości. W celu podtrzymywania odpowiedniej aktywności fizycznej, zaleca się, między innymi, umiarkowane ćwiczenia gimnastyczne lub inny trening w postaci biegu, marszu oraz spacerów, które, poza tym, że dostarczają niezbędnej dawki ruchu, to mają jednocześnie pozytywny wpływ na emocje i zachowanie równowagi psychicznej[20].

Zdaniem J. Rybakowskiego i J. Jaracza, aktywność fizyczna może również zmniejszać ryzyko zachorowania na depresję, zaś systematyczne ćwiczenia, wykonywane przez osoby z depresją, mogą działać przeciwdepresyjnie i wspierać leczenie[21]. Potwierdza to A. Hart. Według niego, ćwiczenia fizyczne wpływają na poprawę stanu zdrowia i służą poprawie nastroju, ponieważ zwiększają poziom endorfin, czyli odpowiednich substancji obecnych w organizmie człowieka, a także pomagają obniżać poziom hormonów odpowiedzialnych za

---

[19] Por. tamże, s. 369–371.

[20] Por. tamże, s. 371–372.

[21] Por. *Depresja a aktywność fizyczna*, [w:] *Leksykon manii i depresji*, J. Rybakowski, J. Jaracz, Poznań 2010, s. 25.

odczuwanie stresu. Oprócz tego poprawiają jakość snu, wzmacniają system odpornościowy i mobilizują do działania[22].

Dla zachowania dobrego zdrowia ważne jest również właściwe odżywianie. Zdaniem specjalistów, posiłki powinny być bogate w różnego rodzaju składniki odżywcze, takie jak: białka, tłuszcze, węglowodany, witaminy i minerały, oraz odpowiednio zbilansowane, czyli podawane we właściwych ilościach i proporcjach. Liczba posiłków i ich jakość jest uzależniona od wieku, od rodzaju wykonywanej pracy oraz od indywidualnych potrzeb. Specjaliści zalecają również, aby dieta była możliwie urozmaicona i zawierała różnorodne produkty spożywcze[23]. Odpowiednia dieta jest zalecana także osobom będącym w depresji, o czym mówi wielu autorów zajmujących się tym problemem. Zdaniem R. Fox-Spencer, ważne jest zdrowe odżywianie, a zwłaszcza spożywanie produktów zawierających niektóre substancje i witaminy, wpływających pozytywnie na funkcjonowanie układu nerwowego, na przykład nienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3, witamin z grupy B (witamina B6, kwas foliowy, witamina B12) i tryptofanu[24].

Z punktu widzenia profilaktyki zdrowia psychicznego ważne może okazać się utrzymywanie kontaktu z innymi osobami, podtrzymywanie więzi rodzinnych i przyjacielskich, jak również nabywanie takich umiejętności, które sprawiają, że owe kontakty są satysfakcjonujące. Według Kramlinger, wieloletnie badania naukowe potwierdzają, że podtrzymywanie więzi międzyludzkich jest ważnym elementem zdrowia. Ludzie, którzy mają przyjaciół i są z innymi związani emocjonalnie, są zwykle zdrowsi, rzadziej chorują i dłużej żyją. Relacje z drugim człowiekiem są również źródłem poczucia sensu i radości życia. Warto więc poświęcić czas swojej rodzinie, nawiązać kontakt z krewnymi, uczęszczać na różne spotkania i korzystać z zaproszeń[25]. Z punktu widzenia zdrowia psychicznego

---

[22] Por. A. Hart, C. Hart-Weber, *Depresja nastolatka*, Poznań 2007, s. 187.

[23] Por. H. Kirschner, *Odżywianie*, [w:] *Encyklopedia zdrowia*, red. W. S. Gomułka, W. Rewerski, t. 1, dz. cyt., s. 375–384.

[24] Por. R. Fox-Spencer, *Depresja*, Gliwice 2007, s. 98–101.

[25] Por. K. Kramlinger, *Depresja*, Warszawa 2006, s. 143. 145.

ważne jest wyzbywanie się postaw i zachowań egoistycznych oraz egocentrycznych. Dobrze jest, zdaniem S. Lufta, akceptować innych, traktować ich z szacunkiem, troską i empatią oraz być wrażliwym na ich potrzeby, gdyż przyczynia się to do stworzenia dobrego klimatu psychicznego między ludźmi[26].

W trosce o zdrowie psychiczne ważny jest również dobry klimat panujący w rodzinie. Zdaniem K. Wiśniewskiej-Roszkowskiej, fundamentem trwałości relacji rodzinnych i szczęścia są: zaufanie, sprawiedliwość, przyjaźń, poczucie bezpieczeństwa, uwzględnianie potrzeb oraz szacunek dla każdego członka rodziny. Natomiast w rodzinach, w których brakuje kultury współżycia i wzajemnego szacunku dla potrzeb psychicznych jej członków oraz w których panuje wrogość, zwykle dochodzi do rozpadu albo staje się ona źródłem nieszczęścia i wielu cierpień. Dlatego tak ważne jest, aby każdy człowiek doświadczał od najbliższych uznania, pochwały, dobrego słowa, uśmiechu i życzliwości[27].

W tym kontekście pojawia się pytanie, jak wychować dzieci, aby w przyszłości uchronić je przed depresją. Zdaniem specjalistów, duże znaczenie może mieć emocjonalna więź między rodzicem a dzieckiem. Rodzice i opiekunowie powinni zaspokajać potrzeby emocjonalne dziecka, zwłaszcza potrzebę bliskości, ponieważ niedostateczne zaspokajanie tychże potrzeb, szczególnie u małych dzieci, może przyczynić się do depresji. W tym okresie najważniejsze są relacje z osobą najbliższą, a bliskość i kontakt mają tutaj ogromne znaczenie. Złe relacje z dzieckiem, a także zbyt szybka i długa rozłąka oraz długotrwałe pozostawianie go pod opieką innych osób mogą pozostawić ślady w psychice dziecka i przyczynić się do wystąpienia zaburzeń psychicznych[28]. Ufna więź z rodzicami chroni zdrowie psychiczne, pozytywnie wpływa na emocje dziecka i lepsze radzenie sobie w trudnych

---

[26] Por. S. Luft, *Medycyna pastoralna*, Warszawa 2002, s. 108.

[27] Por. K. Wiśniewska-Roszkowska, *Zdrowie a postawy moralne*, Wrocław 1991, s. 73–75.

[28] Por. Szrejer, *Z depresją naucz się walczyć za młodu [rozmowa z J. Kaźmierskim]*, „Medical Tribune" (2013) nr 10, s. 30.

momentach. Dzięki niej dziecko czuje się kochane, ma zaufanie do siebie oraz wierzy, że również w kontakcie z innymi spotka je coś dobrego[29].

Rodzice powinni także zwrócić uwagę na własny sposób życia, własne postawy, zachowania i wybory, ponieważ przekazują swoim dzieciom wzorce i zwykle nieświadomie uczą je, jak postępować. Zwykle dzieci powielają zachowania matki i ojca. Jeżeli rodzice mają problemy emocjonalne, to powinni je uporządkować[30]. Zatem dobrze jest, gdy w trosce o zdrowie psychiczne dziecka, jak również i swoje, potrafią zmieniać siebie. Ponadto, zdaniem Czabały, rodzice powinni zdobyć odpowiednią wiedzę oraz umiejętności potrzebne do wychowania dzieci. Mogą to zrobić we własnym zakresie, skorzystać z pomocy specjalistów (psychologów, położnych) lub wziąć udział w specjalnych, przeznaczonych do tego celu programach. Odpowiednia wiedza powinna dotyczyć głównie znajomości zasad pielęgnacji i opieki nad dzieckiem i kwestii związanych z jego rozwojem. Ważna są także znajomość i wdrażanie niektórych rodzicielskich zachowań, które mogą mieć wpływ na zdrowie psychiczne dzieci[31].

Na zachowanie dobrego stanu zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży ma również wpływ szkoła oraz odpowiednia postawa nauczycieli. Zdaniem Szymańskiej, wpływ na zdrowie psychiczne dzieci ma między innymi poczucie więzi ze szkołą oraz pozytywny i przyjazny klimat panujący w szkole. Nauczyciele powinni dbać o kształtowanie takich postaw, jak otwartość i odpowiedzialność, i zachęcać uczniów do udzielania pomocy innym. Dobrze jest, gdy uczniowie mają okazje do osiągania sukcesów oraz potrafią rozpoznać własne osiągnięcia. Ważne jest również zwiększanie poczucia bezpieczeństwa poprzez niezgodę na obecność agresji i przemocy szkolnej. Działania szkoły powinny być także skoncentrowane na

---

[29] Por. G. Kmita, *Dobre duchy nad kołyską*, „Charaktery" (2008) nr 4, s. 57.

[30] Por. Szrejer, *Z depresją naucz się walczyć za młodu [rozmowa z J. Kaźmierskim]*, art. cyt., s. 30.

[31] J. Cz. Czabała, *Zdrowie psychiczne: definicje, wskaźniki, determinanty, zagrożenia, promocja*, art. cyt., s. 580–581.

podnoszeniu aktywności fizycznej i promocji zdrowego stylu życia, poprzez zachęcanie uczniów do udziału w różnego rodzaju zajęciach sportowych i rekreacyjnych[32]. Według Czabały, bardzo ważnym zadaniem ze strony szkoły jest kształtowanie u uczniów umiejętności rozwiązywania problemów życiowych[33]. Natomiast Pyttlik podkreśla, że znaczące może być wychowanie, które uwzględnia kształtowanie sensownego życia. Rodzice i wychowawcy mogą w głównej mierze zapobiec pustce egzystencjalnej i poczuciu bezsensu życia u dzieci i młodzieży poprzez przekazanie im odpowiednich umiejętności, pozwalających im podejmować właściwe decyzje, planować je i realizować oraz znosić trud związany z pracą. Młode osoby podejmują dobre decyzje wówczas, gdy potrafią rozpoznać swoje własne pragnienia. Potrzebują również dobrze skonstruowanego planu realizacji swoich celów oraz wytrwałości w osiąganiu zamierzeń w atmosferze bezpieczeństwa i wsparcia. Młody człowiek, który potrafi dobrze zaplanować przyszłość i odpowiednio wykorzystać swój czas oraz wytrwale dąży do celu, jest na dobrej drodze do osiągania sukcesów i szczęśliwego życia[34].

Ważnym polem działań profilaktycznych jest też miejsce pracy. Według Czabały, dorosły człowiek większość czasu spędza w pracy, a satysfakcja z wykonywanego zawodu jest podstawowym elementem dobrego samopoczucia. Dlatego zachęca się pracodawców, aby stworzyli i zorganizowali odpowiednie warunki pracy, z których pracownicy byliby zadowoleni. Osoby, które lubią swoją pracę, zwykle pracują lepiej, a to pociąga za sobą również korzyści ekonomiczne. Specjaliści od promocji zdrowia zalecają więc przeprowadzanie szkoleń doskonalących umiejętności personalne i kształtujących umiejętności radzenia sobie ze stresem. Zwracają również uwagę na styl zarządzania, właściwy czas pracy oraz obciążenie pracą, czyli te czynniki, które

---

[32] Por. J. Szymańska, *Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży*, art. cyt., s. 7–10.

[33] J. Cz. Czabała, *Zdrowie psychiczne: definicje, wskaźniki, determinanty, zagrożenia, promocja*, art. cyt., s. 582.

[34] Por. A. Pyttlik, *Cierpienia współczesnych Hiobów. Studium teologicznomoralne w oparciu o Księgę Hioba*, dz. cyt., s. 159.

mogą sprzyjać niezadowoleniu wśród pracowników i przyczynić się do kryzysów psychicznych[35].

Zdaniem specjalistów, ważne jest również kształtowanie takich umiejętności psychicznych, które pozwalają wyrażać własne emocje, lepiej radzić sobie ze stresem i kryzysami psychicznymi. Wielu autorów potwierdza, że odpowiednie postawy i zachowania człowieka mogą również przeciwdziałać depresji. Według Koszewskiej i Habrat-Pragłowskiej, dobrze jest, gdy człowiek potrafi zaprzyjaźnić się sam ze sobą, wybaczać sobie własne niedoskonałości, zmniejszać poziom własnych aspiracji, mówić o odczuwanych emocjach i chronić granice własnej osoby, aby nie były naruszane przez innych[36].

Kramlinger zauważa, że ogólny dobrostan psychiczny zależy od sztuki panowania nad własnymi emocjami. Zarówno gniew, jak i złość to naturalne ludzkie uczucia. Niezdrowe natomiast może okazać się zbyt długie ich wewnętrzne roztrząsanie, tłumienie albo gwałtowne okazywanie. Dlatego też zaleca się, aby człowiek potrafił kontrolować swoje emocje i właściwie się z nimi obchodził. Z kontrolowaniem własnych emocji związane jest przebaczenie. Odczuwany gniew może być dodatkowo podsycany uczuciem urazy, niechęci czy nienawiści wobec tych, którzy wyrządzili krzywdę. Takie bolesne wspomnienia, połączone z pragnieniem zemsty, są zwykle źródłem stresu i mogą mieć negatywny wpływ nie tylko na zdrowie emocjonalne. W tym przypadku wybaczenie jest jedynym sposobem pozbycia się tego typu złych emocji. Zdrowiu psychicznemu sprzyja również to, w jaki sposób człowiek radzi sobie z doświadczeniem straty oraz towarzyszącymi mu uczuciami. Mimo że każdy przeżywa stratę na swój własny sposób, to jednak odpowiednie przeżycie żałoby czy opłakiwanie strat może u wielu osób w znacznym stopniu zmniejszyć ryzyko depresji[37].

Również sposób myślenia, zwłaszcza optymistyczne patrzenie na świat, może mieć znaczenie dla dobrego samopoczucia. Myśli

---

[35] Por. J. Cz. Czabała, *Zdrowie psychiczne: definicje, wskaźniki, determinanty, zagrożenia, promocja*, art. cyt., s. 582–583.

[36] Por. I. Koszewska, E. Habrat-Pragłowska, *O depresji, o manii, o nawracających zaburzeniach nastroju*, dz. cyt., s. 99–100.

[37] Por. K. Kramlinger, *Depresja*, dz. cyt., s. 138–140.

człowieka mogą być zarówno pozytywne, jak i negatywne. Warto jest więc zadbać, aby myśli wypełnione były pozytywnymi treściami, czyli takimi, które są zgodne z rzeczywistością. Służyć temu może uświadomienie sobie przejściowego charakteru przeciwności losu, nieoskarżanie siebie o wszystkie niepowodzenia, zwłaszcza te, na które nie ma się wpływu, szukanie rozwiązania w celu zmiany sytuacji oraz panowanie nad pojawiającymi się negatywnymi myślami[38]. Również O. C. Simonton potwierdza, że sposób, w jaki człowiek myśli, wpływa na to, jak się on czuje i jak żyje. Dlatego też dobrze jest, gdy zwraca uwagę na swoje myśli i na to, czy są one zgodne z rzeczywistością. Warto w tym celu pielęgnować i rozwijać zdrowe przekonania filozoficzne, duchowe i religijne[39].

W trosce o swoje zdrowie psychiczne człowiek powinien zdobyć takie umiejętności, które pomogą mu radzić sobie w trudnych sytuacjach. Zdaniem Kramlinger, każda osoba posiada indywidualną odporność na stresujące sytuacje. Jedni radzą sobie ze swoimi problemami lepiej, inni natomiast gorzej. Aby zapobiec destrukcyjnemu wpływowi stresu, można między innymi starać się rozpoznać jego przyczyny oraz starać się je usunąć. Przyczyną stresu mogą być zarówno okoliczności zewnętrzne, takie jak praca, problemy rodzinne, nieprzewidziane sytuacje, jak i perfekcjonizm lub podejmowanie zobowiązań przekraczających własne możliwości. Wiele z tych przyczyn jest od człowieka niezależnych, dlatego też walka z nimi nie ma sensu, inne zaś warto rozpoznać i zmienić. Sposobem na obniżenie napięcia emocjonalnego spowodowanego stresem może być planowanie dnia. Służą temu sporządzanie rozkładu zajęć, ustalanie priorytetów, dobra organizacja czasu i przestrzeni oraz elastyczność w realizacji zadań[40].

Wymienione powyżej postawy i zachowania mogą odgrywać pewną rolę w profilaktyce depresji i wiele danych z literatury wskazuje na ich prewencyjny charakter. Wymaga to od człowieka wzięcia

---

[38] Tamże, s. 140–141.
[39] Por. O. C. Simonton, *Zdrowe myśli*, „Charaktery" (2005) nr 3, s. 57.
[40] Por. K. Kramlinger, *Depresja*, dz. cyt., s. 141–142.

odpowiedzialności za własne zdrowie, ponieważ prowadzenie tak zwanego zdrowego stylu życia może wiązać się ze zmianą dotychczasowych postaw i zachowań.

3. Minimalizacja objawów i skutków depresji

Wydaje się, że osoby z depresją po zakończeniu leczenia powinny powrócić do normalnego życia. Zwykle tak się dzieje, jednak depresja jest chorobą nawracającą i u niektórych osób może dojść do nawrotów i pogorszenia stanu psychicznego. Ponadto choroba ta powoduje wiele negatywnych skutków, często zaburza życie rodzinne i zawodowe, utrudnia powrót do pracy lub kontynuację edukacji. Dlatego istnieje potrzeba odpowiednich działań zapobiegawczych i rehabilitacyjnych w celu uniknięcia bądź rozwiązania problemów, z jakimi muszą borykać się osoby, które doświadczyły depresji.

Profilaktyka u osób cierpiących na nawracające zaburzenia depresyjne jest, zdaniem lekarzy, związana głównie z działaniami, które mają minimalizować objawy, zapobiegać nawrotom choroby oraz utrzymać dobry stan zdrowia. W tym celu stosuje się leczenie farmakologiczne i inne działania pozamedyczne[41]. Według Jaremy, osobom cierpiącym na nawracające zaburzenia depresyjne w zapobieganiu kolejnym nawrotom depresji pomóc może stosowanie odpowiednich dawek leków przeciwdepresyjnych. Takie profilaktyczne leczenie powinno trwać stosunkowo długo[42]. Zdaniem Koszewskiej i Habrat-Pragłowskiej, stosowanie leków w celach profilaktycznych jest u tych osób korzystne, ponieważ przyczynia się do zmniejszenia bezradności, uczucia strachu i niepewności, poczucia zagrożenia wobec nawrotów choroby oraz pozwala lepiej planować przyszłość i minimalizować skutki choroby[43].

---

[41] Por. I. Koszewska, E. Habrat-Pragłowska, *Żyć z zaburzeniami nastroju. Poradnik dla chorych i ich rodzin. O chorobie afektywnej dwubiegunowej*, dz. cyt., s. 33.

[42] Por. M. Jarema, *Leczenie farmakologiczne depresji*, [w:] *Depresja w praktyce lekarza rodzinnego*, red. M. Jarema, dz. cyt., s. 83.

[43] Por. I. Koszewska, E. Habrat-Pragłowska, *Żyć z zaburzeniami nastroju. Poradnik dla chorych i ich rodzin. O chorobie afektywnej dwubiegunowej*, dz. cyt., s. 34–35.

Zdaniem specjalistów, oprócz profilaktyki farmakologicznej, pomocne mogą się okazać działania psychologiczne. U osób, które wcześniej chorowały na depresję, wskazane są działania skoncentrowane głównie na radzeniu sobie w stresujących sytuacjach, na poprawie relacji z innymi, eliminacji negatywnego myślenia oraz rozpoznawaniu nawrotu choroby[44].

Przeciwdziałanie depresji wiąże się również ze wspomnianym rozpoznawaniem pierwszych oznak nawrotu choroby. Wczesne rozpoznanie objawów depresji oraz podjęcie leczenia może zapobiec jej rozwojowi oraz jej niekorzystnym skutkom. Zdaniem Koszewskiej i Habrat-Pragłowskiej, nawrót depresji mogą zwiastować problemy ze snem, uczucie niepokoju, niechęć do porannego wstawania, poczucie braku sił, potrzeba izolacji, zaniedbywanie kontaktów towarzyskich, pogorszenie pamięci, dolegliwości bólowe i rozważania związane z sensem życia. W przypadku wystąpienia powyższych oznak choroby, należy zgłosić się do lekarza. Ponadto ci, którzy cierpią na depresję nawracającą, powinni unikać nadmiernych przeciążeń, zwłaszcza psychicznych. Dlatego też zaleca się prowadzenie uregulowanego trybu życia, przestrzeganie higieny snu, ustalenie hierarchii ważności w wypełnianiu obowiązków, rozłożenie pracy na etapy i ocenę poziomu wymagań wobec swoich możliwości[45].

Zdaniem lekarzy, w zapobieganiu depresji ważną rolę może odegrać psychoedukacja. Według Viety, celem psychoedukacji jest przekazanie chorym teoretycznych oraz praktycznych informacji, które pomogą im zrozumieć chorobę i radzić sobie z jej konsekwencjami. Działania psychoedukacyjne realizuje się między innymi poprzez informowanie chorych na temat choroby, uświadamianie znaczenia wczesnego rozpoznawania objawów oraz zapobieganie zachowaniom samobójczym[46].

---

[44] Por. J. Rybakowski, *Farmakologiczna profilaktyka nawrotów depresji w chorobach afektywnych*, [w:] *Depresja i leki przeciwdepresyjne – 10 lat później. XII Zimowa Szkoła Instytutu Farmakologii PAN. Mogilany 1996*, red. B. Przewłocka, s. 117–118.

[45] Por. I. Koszewska, E. Habrat-Pragłowska, *O depresji, o manii, o nawracających zaburzeniach nastroju*, dz. cyt., s. 102–104.

[46] Por. E. Vieta, *Choroba afektywna dwubiegunowa*, „Medycyna po Dyplomie. Zeszyt Edukacyjny" (2008) nr 3(6), s. 56–57.

Według M. Sariusz-Skąpskiej, udzielanie informacji jest jednym z zadań lekarza psychiatry, psychologa i innych specjalistów. Psychoedukacją może być objęta rodzina chorego. Spotkania z rodziną mogą odbywać się w różnych formach, podczas konsultacji indywidualnych lub spotkań grupowych. Zaletą konsultacji indywidualnych jest to, że umożliwiają one terapeucie zdobycie informacji na temat rodziny, udzielenie wsparcia oraz odpowiedzi na nurtujące ich pytania. Natomiast w spotkaniach grupowych członkowie rodzin mają możliwość wymiany doświadczeń z innymi osobami, borykającymi się z tym samym problemem[47].

Oprócz działań mających na celu utrzymanie jak najlepszego stanu psychicznego u osób z problemem depresji, ważne może okazać się minimalizowanie skutków choroby. Jak twierdzi Kępiński, gdy depresja mija, nie jest łatwo wrócić do zerwanych kontaktów czy powrócić do pracy. Człowiekowi, który ją przeżył, brakuje również dawnej wiary w siebie i czuje, że coś się w nim zmieniło. Może mieć on trudności w kontaktach z najbliższymi oraz w miejscu pracy, które przeszkadzają mu w powrocie do normalnego życia i nie pozwalają na nowo się nim cieszyć[48]. Zdaniem wielu autorów, osoby, które zmagają się w swoim życiu z chorobą psychiczną, nie powinny być wykluczane ze społeczeństwa czy stygmatyzowane, lecz dobrze jest, gdy w miarę swoich możliwości biorą udział w życiu społecznym, pracują i wypełniają swoje codzienne obowiązki. Wielu specjalistów uważa, że osoby chorujące psychicznie powinny jak najszybciej wracać do życia społecznego, do szkoły, pracy i swoich obowiązków, przy należnym wsparciu ze strony najbliższych oraz otoczenia.

Osoby młode zmagające się z depresją powinny otrzymać wsparcie ze strony rodziny, pedagogów i innych osób. Studenci mogą liczyć na pomoc ze strony biur ds. osób niepełnosprawnych (BON), które są obecne na wielu uczelniach wyższych w Polsce. Zdaniem U. Szczocarz, ich głównym celem jest wsparcie osób niepełnosprawnych, ale również

---

[47] Por. M. Sariusz-Skąpska, *Psychoedukacja*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, dz. cyt., s. 231–236.

[48] Por. A. Kępiński, *Melancholia*, dz. cyt., s. 256.

tych, którzy mają problemy ze zdrowiem psychicznym[49]. Osoby z problemami psychicznymi mogą więc, przy pomocy pracowników BON, rozpocząć, kontynuować i zakończyć swoją edukację, niejednokrotnie pokonując przy tym bariery związane z chorobą oraz z dyskryminacją, nieprzychylnymi reakcjami ze strony innych studentów, brakiem zrozumienia ze strony wykładowców czy pracowników administracyjnych uczelni. Wsparcie osób psychiczne chorych w realizacji marzenia, jakim jest zdobycie wyższego wykształcenia, może mieć dla nich duże znaczenie, gdyż niejednokrotnie realizacja tego celu daje nadzieję, motywuje do działania i walki z chorobą oraz wiąże się ze zmianą perspektyw[50].

Częstym problemem osób borykających się z depresją jest podjęcie decyzji dotyczącej powrotu do pracy bądź znalezienia nowego miejsca zatrudnienia. Wiadomo, że praca zawodowa odgrywa ważną rolę, ponieważ pozwala uniknąć bezczynności. Ponadto jest jednym z najlepszych sposobów ochrony zdrowia psychicznego, źródłem kontaktów z innymi, ustala rytm życia oraz daje człowiekowi poczucie przynależności[51]. Tym bardziej ma znaczenie dla osób, które przeżyły depresję i jest dla nich czymś więcej niż tylko sposobem zarobkowania, ponieważ umożliwia powrót do społeczeństwa i daje nadzieję na zmianę. Zdaniem specjalistów, osoby przewlekle chorujące na depresję, powinny podjąć decyzję odnośnie do powrotu do pracy i najlepiej jest,

---

[49] Studenci owi mogą więc otrzymać potrzebne wsparcie psychiczne, informacje związane z procedurami załatwiania wielu spraw na uczelni, pomoc w ustaleniu odpowiedniej strategii działania w celu ukończenia edukacji, pomoc w umożliwieniu zdawania egzaminów w zmienionej formie czy rozłożenia sesji egzaminacyjnej w dłuższym czasie. Zadaniem BON jest więc podjęcie odpowiednich działań, które umożliwią studentowi mającemu problemy ze zdrowiem, ukończyć studia, nie obniżając przy tym wymagań edukacyjnych. Chodzi o wyrównanie szans edukacyjnych bez zmiany harmonogramu i zakresu merytorycznego poszczególnych przedmiotów. Por. U. Szczocarz, *Okiem konsultanta* Bon, [w:] *Moja wędrówka. Refleksje studentów i wykładowców UJ o chorobie psychicznej i studiowaniu,* red. I. Białek, H. Kaszyński, M. Lupa, D. Nowak-Adamczyk, U. Szczocarz, Kraków 2010, s. 35–43.

[50] Tamże.

[51] Por. A. Cechnicki, *Rehabilitacja*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, dz. cyt., s. 356; por. S. Siek, *Higiena psychiczna i autopsychoterapia*, Warszawa 1982, s. 13.

gdyby wróciły do niej w stanie pełnego zdrowia. Jednakże bywa, że po przebytej depresji niektóre objawy jeszcze się utrzymują, dlatego zaleca się, aby rozważyć zmianę pracy bądź zrezygnować z dotychczasowego stanowiska, szczególnie w zawodach wymagających dużej odporności na stres i stabilności emocjonalnej. Decyzja ta powinna być zatem podjęta z uwzględnieniem racjonalnej oceny własnych możliwości. Gdy zaś depresja ma bardzo ciężki przebieg, chory może rozważyć decyzję dotyczącą przejścia na rentę[52].

Dobrze jest, gdy osoby niepełnosprawne psychicznie, będąc w dobrej kondycji psychicznej, mogą pracować. Niestety wielu osobom po kryzysach psychicznych trudno znaleźć jakiekolwiek zatrudnienie. Dlatego w wielu krajach Europy, takich jak: Wielka Brytania, Niemcy Włochy, Holandia, Polska, powstają miejsca pracy chronionej w ramach tak zwanych firm społecznych[53]. Firmy te zatrudniają w większości osoby po przebytej chorobie psychicznej. Ponadto organizują różnego rodzaju kursy, praktyki i staże, rozwijające wiedzę i umiejętności. Uczestniczenie w tego typu szkoleniach umożliwia osobom z problemami psychicznymi podniesienie swoich kompetencji zawodowych oraz zdobycie nowych umiejętności, a sama perspektywa pracy wpływa na zaangażowanie i pobudza możliwości rozwojowe. Zwykle osoby, które są zatrudnione w firmach społecznych, stają się samodzielnymi

---

[52] Por. I. Koszewska, E. Habrat-Pragłowska, *O depresji, o manii, o nawracających zaburzeniach nastroju*, dz. cyt., s. 106–107.

[53] Na przykład w Krakowie działa obecnie kilka takich firm; należą do nich: hotel i restauracja „U Pana Cogito", Centrum Edukacyjne Cogito, firma świadcząca usługi kateringowe Catering – Cogito oraz wypożyczalnia rowerów Cogito. Firmy te powstały z inicjatywy Stowarzyszenia na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej oraz Stowarzyszenia Rodzin „Zdrowie Psychiczne", przy wsparciu i współpracy z wieloma instytucjami i organizacjami. W Krakowie działa również kawiarnia „Cafe Hamlet", która powstała z inicjatywy Fundacji Hamlet. Podobnie jak hotel i restauracja „U Pana Cogito", jest ona miejscem zatrudnienia oraz nauki zawodu dla osób niepełnosprawnych psychicznie. Por. A. Żak, *Straszni inni sami sobie winni*, „Charaktery" (2007) nr 3, s. 45; por. Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, www.stowarzyszenie-rozwoju.eu/programy,90 (28.12.2013); por. Fundacja Hamlet, www.hamlet.org.pl (2.01.2013).

i odpowiedzialnymi pracownikami oraz mogą po pewnym czasie podjąć pracę w innym miejscu[54].

Ponadto osoby po kryzysach psychicznych, które mają problemy ze znalezieniem pracy, mogą uczestniczyć w szkoleniach zawodowych realizowanych w ramach określonych projektów[55]. Osoby te mogą również liczyć na pomoc ze strony trenerów zatrudnienia wspieranego. Jego zadaniem jest pomoc w znalezieniu pracy oraz w jej utrzymaniu osobom niepełnosprawnym, w tym niepełnosprawnym psychicznie, poprzez współpracę z pracodawcami oraz innymi instytucjami pomagającymi osobom niepełnosprawnym, między innymi ośrodkami pomocy społecznej czy urzędami pracy[56].

W trosce o osoby chorujące psychicznie, tworzone są również tak zwane *mieszkania chronione*, które są formą rehabilitacji i wsparcia. W mieszkaniu chronionym osoby te mają szansę nabyć i kształtować odpowiednie umiejętności wymagane do samodzielnego życia, na przykład odpowiedzialność za własne zdrowie, własny rozwój, rozwijanie zainteresowań, kontaktów z innymi czy naukę odpoczynku. W tym celu prowadzone są odpowiednia terapia oraz różnego rodzaju treningi, służące radzeniu sobie w codziennych czynnościach. Mieszkania chronione, podobnie jak firmy społeczne, powstają z inicjatywy stowarzyszeń działających na rzecz osób chorujących psychicznie przy współpracy z organami lokalnych władz[57].

---

[54] Por. A. Żak, *Straszni inni sami sobie winni*, art. cyt., s. 45; por. *Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej*, www.stowarzyszenierozwoju.eu/programy (28.12.2013).

[55] Przykładowo, od 2008 do 2010 r. trwał projekt szkoleń zawodowych pod nazwą *Profesjonalny pracownik hotelu*, który powstał z inicjatywy Stowarzyszenia Rodzin „Zdrowie Psychiczne". Projekt ten miał na celu aktywizację zawodową osób wykluczonych społecznie, podniesienie tych kompetencji, które ułatwią im znalezienie i utrzymanie pracy, pobudzą motywację, zaangażowanie, odpowiedzialność za własne życie, leczenie oraz poprawę kontaktów z innymi. Por. Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne", www.rodziny.info/news?id=63 (2.01.2013).

[56] Por. M. Radwańska, *Działania „od dołu" na rzecz reformy opieki psychiatrycznej. Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne" w Krakowie*, „Rodziny" (2010) nr 7, s. 15.

[57] Por. K. Byra, *Mieszkanie chronione dla osób chorujących psychicznie jako forma rehabilitacji, wsparcia i rozwoju*, „Rodziny" (2008) nr 3, s. 10; por. M. Radwańska, *Działania „od dołu" na rzecz reformy opieki psychiatrycznej. Stowarzyszenie Rodzin*

Działania prewencyjne podejmowane w odniesieniu do depresji powinny chronić również przed podjęciem samobójstwa. Zdaniem H. Pery, celem owych działań powinna być pomoc w przezwyciężaniu kryzysu, wyzwoleniu z choroby psychicznej i powrocie do godnego życia. Samo ratowanie życia po próbie samobójczej nie wystarczy, a osoby, które ją podjęły, nie powinny pozostać same[58]. Działania te wymagają zaangażowania ze strony wielu osób, zwłaszcza osób z najbliższego kręgu oraz specjalistów. Według psychologów, jest to zadanie niezmiernie trudne, ponieważ większość osób z depresją, które zamierzają popełnić samobójstwo, nie zdaje sobie sprawy, że potrzebuje pomocy. Dlatego, zdaniem Mochnackiej, osobą, która może mieć wpływ na udaremnienie próby samobójczej, jest lekarz, gdy odpowiednio wcześnie rozpozna objawy choroby i podejmie właściwe leczenie. Również leczenie profilaktyczne u osób cierpiących na depresję nawracającą może chronić je przed tego typu ryzykownymi zachowaniami. Istotne może być także wsparcie ze strony rodziny oraz wiedza dotycząca zachowań prowadzących do podjęcia samobójczej smierci[59]. Według specjalistów, dobrze by było, gdyby działały odpowiednie programy mające na celu pomoc w rozwiązywaniu problemów i były skierowane do osób zagrożonych samobójstwem. Odnośnie do tej kwestii, istotne mogą być również specjalne szkolenia grup zawodowych (pielęgniarek, policjantów, nauczycieli, duchownych), mających szerokie kontakty w swoim środowisku, zaś ważnym elementem tychże szkoleń powinna być wrażliwość na sygnały świadczące o możliwości samobójstwa[60].

Można zatem stwierdzić, że odpowiednie działania profilaktyczne są ważnym zadaniem każdego człowieka i każdy powinien czuć się

„Zdrowie Psychiczne" w Krakowie, art. cyt., s. 15; por. Fundacja Hamlet, www.hamlet.org.pl/o-fundacji (2.01.2013).

[58] Por. H. Pera, *Sam nie podołam*, „Znak" 29 (1977) nr 2–3 (272–273), s. 178.

[59] Por. I. Mochnacka, *Samobójstwo – teorie etiologiczne, ocena ryzyka, zasady postępowania i prewencji*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej", 5 (2005) nr 1, s. 56–57.

[60] Por. R. C. Carson, J. N. Butcher, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, t. 1, dz. cyt., s. 397.

odpowiedzialny za zdrowie własne i innych. Ich podejmowanie to również zadania dla państwa i jego organów. W ich gestii leży tworzenie odpowiednich ustaw prozdrowotnych i programów profilaktycznych oraz takich rozwiązań systemowych, które zapewnią osobom mającym różnego rodzaju trudności odpowiednią pomoc, wsparcie i opiekę zdrowotną[61].

4. Wskazówki pastoralne wspierające działania profilaktyczne

Ludzkie zdrowie to głównie problem medyczny i domena lekarska. Niemniej jednak zagadnienie to jest również rozpatrywane z teologicznego punktu widzenia. Wielu teologów zwraca uwagę na problem zdrowia, w tym zdrowia psychicznego, oraz jego znaczenie w życiu człowieka. W ich opinii ludzkie zdrowie jest wartością, o którą należy się troszczyć. Zdaniem Olejnika, jest ono cennym dobrem i darem natury. Jednocześnie jest dla człowieka zadaniem moralnym, gdyż jego utrzymanie wymaga refleksji, troski, samokontroli oraz podjęcia wielu działań. Troska ta jest obowiązkiem każdego człowieka, ponieważ dobra kondycja zdrowotna pozwala na realizację i wypełnianie obowiązków wobec rodziny i społeczeństwa. Dlatego należy dbać o zdrowie i w miarę możliwości podejmować takie działania, które przyczynią się do jego utrzymania i uniknięcia choroby[62]. Natomiast P. Morciniec twierdzi, że choć ludzkie zdrowie nie jest wartością absolutną, to ma fundamentalne znaczenie w wypełnianiu zadań życiowych. Jeśli zaś ludzkie zdrowie jest istotne i wymaga ochrony, to działania profilaktyczne powinny być obowiązkiem każdej osoby. Należy zaznaczyć, że troska o zdrowie nie obejmuje jedynie interwencji medycznych, ale podkreśla rolę promocji zdrowia jako fundamentalnej ludzkiej wartości. Jednak promocja zdrowia zwykle nie uwzględnia wymiaru

---

[61] Tamże, s. 999–1000.

[62] Por. S. Olejnik, *Teologia moralna. Życie osobiste i współżycie międzyludzkie*, t. 6, Warszawa 1990, s. 81–82.

duchowego, który ma niezaprzeczalne znaczenie dla dobrego samopoczucia[63].

Według Auttona, profilaktyka powinna zaczynać się już od momentu urodzin i obejmować każdy etap życia człowieka, a Kościół może odegrać doniosłą rolę w działaniach prewencyjnych na rzecz ochrony zdrowia psychicznego poprzez programy wychowania religijnego czy zajęcia dla młodzieży i osób starszych[64]. Zdaniem Jana Pawła II, aby skutecznie przeciwdziałać depresji, ważne jest ukazywanie ludziom (głównie młodym) takich wzorców i praktyk, które będą pomocne w rozwoju na wszystkich płaszczyznach (ludzkiej, psychicznej, moralnej i duchowej). W tym zakresie ważna jest rola nie tylko rodziny czy szkoły, ale też ruchów młodzieżowych i stowarzyszeń parafialnych[65].

W związku z tym, Kościół, w ramach swojej misji pasterskiej, prorockiej i kapłańskiej, powinien podejmować wszelakie działania promujące ludzkie zdrowie oraz wspierające profilaktykę zdrowotną, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki zdrowia psychicznego. Działania pastoralne powinny wyrażać się bezpośrednio poprzez: tworzenie poradni przyparafialnych, tworzenie programów rozwoju duchowego, organizowanie wspólnot, podejmowanie tematów dotyczących ludzkiego zdrowia (w tym zdrowia psychicznego) podczas kazań, katechezy, rekolekcji czy nauk przedmałżeńskich, promowanie zdrowia psychicznego w katolickich środkach społecznego przekazu (w rozgłośniach, w programach telewizyjnych, w katolickiej prasie czy na katolickich stronach internetowych), wspieranie inicjatyw społecznych podejmujących działania profilaktyczne poprzez objęcie ich patronatem, opiekę duchową – szczególnie wobec osób będących w kryzysach, młodych, chorych i starszych, pomoc charytatywną,

---

[63] Por. P. Morciniec, *Prewencja zdrowia – cnota niechciana*, „Sosnowieckie Studia Teologiczne" 8 (2007), s. 111–112.

[64] Por. N. Autton, *Żyją wśród nas. Opieka duszpasterska nad osobami z zaburzeniami psychicznymi*, Warszawa 1981, s. 23–26.

[65] Jan Paweł II, *Jak pomagać ludziom cierpiącym na depresję? Przemówienie do uczestników międzynarodowej konferencji papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia*, art. cyt., s. 28.

uwzględnienie w programach kształcących kapłanów oraz osób konsekrowanych treści związanych ze zdrowiem psychicznym i psychopatologią, organizowanie i udział w konferencjach dotyczących zdrowia psychicznego i depresji oraz troskę o rozwój nauk teologicznych poprzez badania poruszające tematy związane z kwestią zdrowia psychicznego oraz popularyzowanie ich w publikacjach. Troska o ludzkie zdrowie i wszelkie działania prewencyjne powinny mieć również charakter duchowy. Zatem ważna może okazać się postawa osób wierzących, pełna radości i optymizmu, dbanie o rozwój duchowy poprzez pielęgnowanie w sobie wiary, nadziei i miłości, życie w zgodzie z wyznawanymi zasadami wiary oraz dążenie do zdobywania i rozwijania cnót.

Ważną rolę w zapobieganiu zaburzeniom depresyjnym może odegrać tworzenie poradni przyparafialnych[66], w której służą pomocą osoby duchowne i świeckie, głównie specjaliści z zakresu pedagogiki, psychologii, prawa oraz życia rodzinnego. Zdaniem Autton'a, Kościół powinien takie poradnie organizować i najlepiej, gdyby działały w każdej diecezji przy większych parafiach[67]. Z tego typu poradni mogą skorzystać osoby zdrowe, przeżywające kryzysy religijne czy egzystencjalne oraz mające różne trudności życiowe i problemy osobiste. Mogą one otrzymać poradę, wsparcie psychiczne i moralne[68].

---

[66] Obecnie działa wiele poradni przyparafialnych, w których specjaliści służą poradą i pomocą w trudnościach i kryzysach życia osobistego, małżeńskiego czy rodzinnego. Przykładem może być Parafialna Poradnia Życia Rodzinnego, działająca przy Parafii św. Andrzeja Boboli w Białymstoku, czy Parafialna Poradnia Rodzinna przy Parafii św. Jadwigi Śląskiej w Legnicy. Oprócz poradni rodzinnych, funkcjonują również poradnie, w których można otrzymać pomoc ze strony specjalistów zdrowia psychicznego, psychologów klinicznych, psychoterapeutów, duszpasterzy czy pedagogów, na przykład poradnia Ignatianum, działająca przy Akademii Ignatianum w Krakowie. Por. Parafia św. Andrzeja Boboli w Białymstoku. Parafialna Poradnia Życia Rodzinnego, www.abobola.aplus.pl (29.12.2013), por. Akademia Ignatianum w Krakowie, http://www.ignatianum.edu.pl/poradnia-psychologiczno-pedagogiczna-ignatianum-page_532.html (29.12.2013).

[67] Por. N. Autton, *Żyją wśród nas. Opieka duszpasterska nad osobami z zaburzeniami psychicznymi*, dz. cyt., s. 23–26.

[68] Por. M. Szentmártoni, *Psychologia pastoralna*, Kraków 1995, s. 33.

W ramach działań prewencyjnych ważne jest również tworzenie różnego rodzaju programów, wspierających rozwój duchowy i religijny człowieka[69]. Programy te mogą być realizowane przy parafiach bądź w ośrodkach rekolekcyjnych. Kolejnym działaniem duszpasterskim, który może mieć znaczenie w profilaktyce depresji, jest organizowanie wspólnot religijnych. Na ich znaczenie zwraca uwagę J. M. Wingle, który twierdzi, że nowe ruchy i wspólnoty powstające w Kościele, mogą odpowiadać na aktualne potrzeby współczesnego człowieka poprzez zachęcające interpretacje, kreatywne rozwiązania oraz nowatorskie idee duszpasterskie. W wielu wspólnotach podkreśla się znaczenie wiary w życiu, jak również wiary w życie i jego sens oraz znaczenie radości i optymizmu. Idee odnoszą się również do wspólnot parafialnych, które mogą zostać duchowo odnowione i funkcjonować z nową żywotnością. Duże znaczenie może mieć także aktywny udział chrześcijan w życiu wspólnotowym poprzez określenie swojej roli we wspólnocie, wspieranie osób potrzebujących i cierpiących oraz zaangażowanie w działania apostolskie. Zatem to, co jest istotne w kształtowaniu autentycznej wspólnoty chrześcijańskiej, to dążenie do rozwoju indywidualnego oraz wspólnotowego. Wspólnota powinna być również miejscem, w którym osoby przeżywające ciężkie doświadczenia otrzymają wsparcie. Parafie i wspólnoty

---

[69] Przykładem może być Program Rozwoju Duchowego *Wreszcie żyć – 12 kroków ku pełni życia*. Jest to program organizowany w formie warsztatów, przeznaczony dla chrześcijan, mających różnego rodzaju problemy emocjonalne oraz chcących uporządkować swoje życie wewnętrzne. Autorzy tego programu adresują go w szczególności osób uzależnionych i ich bliskich, osób zmagających się z konfliktami, mających niską samoocenę, przeżywających lęki, uwikłanych w toksyczne relacje, skrzywdzonych w dzieciństwie, mających trudności w realizacji zamierzeń, pragnących zmienić swoje życie na lepsze oraz pragnących pogłębić relację z Bogiem. Program łączy elementy psychoedukacji, terapię 12 kroków Anonimowych Alkoholików, teksty biblijne i refleksję psychologiczną, a jego celem jest m.in. pomoc w uporządkowaniu życia uczuciowego i emocjonalnego, nauka radzenia sobie z osobistymi problemami oraz konfrontacja własnego życia ze Słowem Bożym. Por. *Wreszcie żyć 12 kroków ku pełni życia. Warsztat rozwoju duchowego*, http://www.12krokow.com.pl/warsztaty.html (29.12.2013); por. Kościół pw. Św. Barbary, Jezuici–Kraków–Mały Rynek, Wreszcie żyć – 12 kroków ku pełni życia http://www.swbarbara.jezuici.pl/index.php?page=wreszcie-zyc-12-krokow-ku-pelni-zycia&hl=pl_pl (29.12.2013).

muszą więc mieć większą świadomość roli, jaką pełnią, aby były dla chrześcijan źródłem radości pochodzącej z zaangażowania, silnego poczucia solidarności oraz pełnej świadomości obecności Boga[70]. W odniesieniu do depresji dobrze by było, gdyby powstawały wspólnoty skupiające osoby chore psychicznie, będące w różnego rodzaju kryzysach czy mające problemy emocjonalne. W takich wspólnotach osoby te mogłyby otrzymać wsparcie i pomoc oraz pogłębić relację z Bogiem[71].

Jednym z działań pastoralnych, wspierających profilaktykę depresji, może być podejmowanie tematów dotyczących ludzkiego zdrowia, zdrowia psychicznego i depresji podczas kazań, katechez, rekolekcji i nauk przedmałżeńskich. Zdaniem Autton'a, wiele działań profilaktycznych w zakresie zdrowia psychicznego może zostać podjętych podczas nauk przygotowujących do przyjęcia sakramentów bierzmowania i małżeństwa[72]. W profilaktyce zaburzeń psychicznych ważną rolę odegrać może promowanie zdrowia psychicznego w środkach społecznego przekazu, katolickich rozgłośniach, programach telewizyjnych, w katolickiej prasie czy na katolickich stronach internetowych. Upowszechnianie wiedzy na temat depresji i zdrowia psychicznego sprawia, że rośnie świadomość społeczna dotycząca zaburzeń psychicznych i maleje dystans wobec osób chorujących psychicznie. Większa świadomość społeczna eliminuje również

---

[70] Por. J. M. Wingle, *Refus de la souffrance et recherche du bien – être personnel. Réflexion pastorale*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 250–254.

[71] Przykładem takiej grupy jest chrześcijańska grupa wsparcia i wspólnota „Zwróceni Ku Słabości" z Katowic. Działa ona w ramach Fundacji Format i jest grupą wsparcia dla osób z problemami psychicznymi. Do zadań wspólnoty należą m.in. pomoc w poszukiwaniu miejsca pracy i zamieszkania osobom, które są w trudnej sytuacji materialnej, motywowanie do podjęcia decyzji dotyczącej leczenia czy terapii lub wspieranie osób będących w jej trakcie, organizowanie spotkań z psychologiem, lekarzem, doradcą zawodowym czy kapłanem, wykładów z zakresu psychologii, filozofii i religii oraz wyjazdów integracyjnych dla osób chorych i zdrowych oraz innych wycieczek, zajęć aktywizujących i tanecznych imprez integracyjnych. Por. http://www.zwroceniku slabosci.org (9.01.2014).

[72] Por. N. Autton, *Żyją wśród nas*, dz. cyt., s. 23–24.

stereotypy pojawiające się w obiegowych opiniach, a powstające głównie z braku wiedzy.

Z punktu widzenia profilaktyki zdrowia psychicznego i depresji, warto również zwrócić uwagę na opiekę duchową – szczególnie u osób będących w kryzysach, młodych, chorych i starszych. Zdaniem Autton'a, na szczególną uwagę zasługują dzieci i młodzież w okresie dojrzewania. Tutaj opieka ze strony kapłana może pomóc przejść przez trudności związane z okresem adolescencji. Także osoby będące w wieku średnim powinny zostać otoczone opieką duszpasterską ze względu na zmiany i problemy, jakie niejednokrotnie mają miejsce w ich życiu. Poświęcenie im uwagi, pomoc duchowa oraz zachęta do aktywności nie tylko na polu religijnym, mogą uchronić je przed załamaniem psychicznym i pustką egzystencjalną. Działaniami profilaktycznymi powinny zostać objęte również osoby w podeszłym wieku, które wymagają szczególnej troski ze strony Kościoła. Częste wizyty duszpasterskie oraz zaangażowanie ich w życie parafii bywa dla nich znaczące i może chronić przed poczuciem odrzucenia i zapomnienia[73]. Nie bez znaczenia jest także kształtowanie sumienia i poczucia odpowiedzialności, zwłaszcza u osób młodych. Zdaniem Pyttlika, wyrabianie czujnego sumienia, wraz z ukazywaniem przez wychowawców i osoby duchowne spraw i wartości godnych pożądania, może w znacznym stopniu uchronić człowieka przed pustką egzystencjalną[74].

Wsparciem w profilaktyce depresji może być także pomoc ze strony kapłana wobec tych, u których pojawiają się pierwsze objawy depresji. Autton podkreśla, że opiekunowie duchowi mogą je rozpoznać i udzielić pomocy, zanim choroba się rozwinie. Jest to zadanie trudne, ponieważ na początkowym etapie rozwoju choroby powierzchowny kontakt z tymi osobami może nie wskazywać na istnienie niepokojących objawów. Jednak podczas dogłębnej rozmowy kapłan może dostrzec, że ma do czynienia z chorobą psychiczną. W tym przypadku osoba duchowna powinna przede wszystkim uświadomić osobie,

---

[73] Por. tamże, s. 23–26.

[74] Por. A. Pyttlik, *Cierpienia współczesnych Hiobów*, dz. cyt., s. 160.

z którą ma kontakt, w jakim jest stanie psychicznym i jak ważne jest leczenie. Jest to szczególnie istotne w przypadku tych, którzy są depresji. Ich stan może doprowadzić do samobójstwa, zatem dobrze jest, gdy kapłan może temu przeciwdziałać oraz wie, gdzie osoba z problemami psychicznymi może szukać pomocy[75].

Kapłani mogą odegrać swoją rolę w profilaktyce zaburzeń psychicznych jako kapelani, doradcy pastoralni, kaznodzieje, spowiednicy bądź kierownicy duchowi. W swojej służbie człowiekowi mogą wspierać, nieść pomoc i dawać nadzieję osobom strapionym, chorym, starszym i przeżywającym różnego rodzaju kryzysy. Zdaniem H. Bless'a, w profilaktyce zaburzeń psychicznych znaczącą rolę może odegrać opieka religijna. Dzięki pomocy ze strony kapłana, osoby po przebytej chorobie mogą powrócić do zaniedbanych wcześniej praktyk religijnych. Ponadto ludzie Kościoła mogą przyczynić się do profilaktyki zaburzeń psychicznych poprzez pomoc moralną i finansową, inicjatywy wspierające rodziny oraz wpłaty na instytucje charytatywne i społeczne, które troszczą się o zdrowie psychiczne[76].

W trosce o to zdrowie, należy również uwzględnić odpowiednie treści nauczania w programach kształcących kapłanów. W zakresie studium, na wyższych seminariach duchownych powinny znaleźć się przedmioty – głównie z medycyny pastoralnej, w ramach których seminarzyści mogą dowiedzieć się więcej na temat zaburzeń psychicznych. Pozwoli to nie tylko uświadomić duchownym czym jest choroba psychiczna, ale też jak trzeba postępować wobec osób mających problemy psychiczne. Do działań wspierających promocję zdrowia psychicznego należy również udział ludzi Kościoła w konferencjach dotyczących tegoż zdrowia i depresji oraz troska o rozwój nauki, poprzez podejmowanie tego typu zagadnień i rozpowszechnianie ich w publikacjach.

Człowiek powinien również zadbać o rozwój duchowy i żyć w zgodzie z zasadami wiary. Według Wingle, dobrze jest, gdy chrześcijanie dają świadectwo harmonijnego życia, idą przez życie z optymizmem

---

[75] Por. N. Autton, *Żyją wśród nas*, dz. cyt., s. 14–16.

[76] Por. H. Bless, *Zarys psychiatrii duszpasterskiej*, Warszawa 1980, s. 288–290.

i nadzieją, i akceptują codzienne wyzwania. Każdy chrześcijanin powinien przeżywać swoje życie jako celebrację, co objawia się radością bycia z innymi, twórczością oraz poświęceniem doczesnej rzeczywistości planom Bożym. Postawa ta powinna być realistyczna, zakorzeniona w dojrzałej wierze i nadziei, pojednaniu i akceptacji samego siebie. Warto również wykorzystać swoje osobiste talenty, aby przemieniać świat i kulturę zgodnie z Bożym planem[77]. Również papież Franciszek, w encyklice *Evangelii gaudium*, stwierdza, że wielkim niebezpieczeństwem współczesnego świata jest smutek, zagrażający również osobom wierzącym. Chrześcijanie powinni więc odnowić spotkanie z Chrystusem i czerpać radość ze zbawienia. Nawet te osoby, które smucą się z powodu poważnych trudności, powinny pozwolić, aby pośród cierpienia budziła się w nich radość wiary jako tajemnicza, ale mocna ufność[78].

Istotną rolę w profilaktyce depresji mogą pełnić cnoty, takie jak wiara, nadzieja i miłość. Na ich potrzebę zwraca uwagę G. Danneels. Dla autora, współczesne społeczeństwo odznacza się pewną *depresyjnością*, co znaczy, że współczesność cechuje brak ideałów, kryzys wnętrza, istnienie przemocy oraz wzrost zachorowań na depresję, zaś pierwszymi ofiarami tego *przygnębiającego społeczeństwa* są ludzie młodzi. Dlatego potrzebne są wiara, nadzieja i miłość. Na wierze, nadziei i miłości powinno być zbudowane całe życie chrześcijańskie. Te trzy cnoty nie mogą się bez siebie obyć. Zarówno nadzieja nie może żyć bez wiary, jak i wiara bez nadziei. Nadzieja zaś przeradza się w miłość, bo kto ufa Bogu i Go kocha, ten powinien czynić dobro dla innych. Również miłość do drugiego człowieka jest znakiem miłości Boga. Tak więc te trzy cnoty, jakimi są wiara, nadzieja i miłość, są dla człowieka konieczne i powinny się przejawiać w codziennym zachowaniu, aby mógł on pokonać współczesne, depresyjne tendencje[79].

---

[77] Por. J. M. Wingle, *Refus de la souffrance et recherche du bien – être personnel. Réflexion pastorale*, art. cyt. 250–254.

[78] Fraciszek, *Evangelii gaudium*, nr 2. 3. 6.

[79] Por. G. Danneels, *Nadzieja. Społeczeństwo dotknięte depresją*, Kielce 2007, s. 11–21. 46–50.

Dla chrześcijan i wszystkich ludzi wierzących wiara powinna być ważną życiową wartością. Obecnie teolodzy podkreślają jej znaczenie, o czym świadczy fakt, że ostatnia encyklika – *Lumen fidei*, poświęcona jest właśnie wierze. Według papieża Franciszka, wiara daje człowiekowi światło od Boga, które jest w stanie oświecić całe jego życie. Jest ona również pocieszającą siłą w chwilach cierpienia. I choć cierpienia nie można z życia wyeliminować, to może ono nabrać sensu i być etapem wzrostu w wierze i miłości[80]. Życie zgodne z wiarą może mieć również pewne znaczenie profilaktyczne. Według Kuczkowskiego, istnieją dowody, że wiara usuwa przyczyny psychicznej depresji, redukuje strach i niepokój oraz poczucie niższości, zaspokaja podstawowe potrzeby psychologiczne, napełnia życie radością, obdarza człowieka nową siłą, zmniejsza egoizm i daje poczucie sensu. Wyrażanie swojej wiary poprzez zaangażowanie religijne może również przyczynić się do zapobiegania depresji. Osoby, które posiadają świadomość i żyją w zgodzie z wolą Boga, zwykle nie ulegają przygnębieniu w sytuacjach dla nich niesprzyjających. Przykrości doznawane ze strony innych czy życiowe problemy i kłopoty dla człowieka wiary nabierają innego znaczenia i są interpretowane jako środki duchowego rozwoju. Osoby głęboko religijne bywają przekonane, że doświadczenie choroby, konfliktów i kryzysów nie powinno ich unieszczęśliwiać, lecz jest okazją do modlitwy i zjednoczenia z Bogiem. Ponadto akceptacja własnego losu i woli Bożej może dawać poczucie pokoju, bezpieczeństwa, zadowolenia oraz siłę w nieszczęściu[81]. Natomiast, zdaniem Bless'a, dzięki religii i wierze człowiek może rozwiązać wiele problemów i trudności życiowych oraz odpowiedzieć na wiele pytań i wątpliwości sumienia. Religia między innymi pozwala znaleźć odpowiedzi na pytania dotyczące sensu życia czy sensu cierpienia, powodując ukojenie i spokój duchowy, oraz dodaje duchowej siły i cierpliwości w znoszeniu codziennych trudności[82].

Oprócz wiary, duże znaczenie w utrzymywaniu dobrostanu psychicznego może mieć nadzieja. Według Zwolińskiego, niekiedy

---

[80] Por. Franciszek, *Lumen fidei*, nr 1. 56.
[81] Por. S. Kuczkowski, *Psychologia religii*, Kraków 1998, s. 262–266.
[82] Por. H. Bless, *Zarys psychiatrii duszpasterskiej*, dz. cyt., s. 252.

człowiek spodziewa się trudnych dni, smutku czy przygnębienia, które mogą nadejść wraz z wiekiem i przeciwnościami losu. Dlatego tak ważne jest, aby budować nadzieję i przeciwstawiać się temu wszystkiemu, co może być źródłem rozpaczy. Pomóc w tym mogą modlitwa, zwłaszcza modlitwa wspólnotowa, oraz wsparcie psychologiczne (poprzez zdjęcie z człowieka ciężaru poczucia winy, zachęcenie do spotkania z innymi, przyjaźni, zwrócenie uwagi na to, że pewne sytuacje są przemijające, uwolnienie od tak zwanego przyzwyczajenia się do smutku, wskazanie miłości, którą można ofiarować innym, wprowadzenie w świat radości, humoru i uśmiechu oraz uświadomienie sobie daru Boga, jakim jest życie)[83].

Nadzieja odgrywa ważną rolę w życiu człowieka – nie tylko w życiu doczesnym, ale również ma znaczenie eschatologiczne, gdyż, jak twierdzi Benedykt XVI, nadzieja została dana przez odkupienie. Jest ona niezawodna i dzięki jej mocy człowiek może stawić czoło teraźniejszości, nawet tej najbardziej uciążliwej. Jednak mimo że człowiek w okresie całego życia może posiadać różne nadzieje, które są potrzebne i których spełnienie może okazać się zadowalające, to jednak prawdziwą i wielką nadzieją, która potrafi przetrwać wszystko, jest tylko Bóg. Tylko On jest w stanie zaproponować, to czego człowiek sam nie jest w stanie osiągnąć. Ważne jest również, że człowiek może zawsze żywić nadzieję, zwłaszcza gdy w życiu pojawiają się chwile, w których nie może się niczego spodziewać. Tylko nadzieja, która pochodzi od Boga, na przekór wszelkim niepowodzeniom, może dodać odwagi, aby iść dalej[84].

Nadzieja może również wpływać na kondycję ludzkiej psychiki. Zdaniem D. Kroka, odgrywa ona istotną rolę w funkcjonowaniu psychicznym, ponieważ wiąże się z optymistycznym spojrzeniem w przyszłość, poczuciem własnej skuteczności oraz poczuciem wpływu na swoje życie. Nadzieja jest więc związana z tymi zasobami ludzkiej psychiki, które wpływają na myślenie, odczuwanie, działanie oraz dążenie do celu. Stąd mówi się o pozytywnym wpływie nadziei. Potwierdzają to

---

[83] Por. A. Zwoliński, *Przeciw duchowi*, Kraków 2010, s. 78–82.
[84] Por. Benedykt XVI, *Spe salvi*, nr 1. 27. 30–31. 35.

również badania, według których nadzieja wiąże się z lepszym przystosowaniem psychicznym. Z badań tych wynika, że osoby, które cechują się wysokim poziomem nadziei, charakteryzują się również większą dojrzałością oraz silniej odczuwają pozytywne emocje, takie jak radość czy szczęście, a słabiej emocje negatywne, takie jak smutek czy lęk. Nadzieja odgrywa ważną rolę zwłaszcza u ludzi młodych. Osoby młode posiadające silną nadzieję są bardziej pewne siebie, kreatywne i energiczne oraz wyznaczają sobie ambitne cele. Ponadto są bardziej zadowolone z życia i charakteryzuje je niższy poziom depresji. Zdaniem psychologów, nadzieja pomaga lepiej radzić sobie ze stresem, a także rozwiązywać trudne sytuacje. Jest zatem ważnym składnikiem życia, ponieważ nadaje sens i znaczenie ludzkim działaniom oraz reguluje myśli, emocje i zachowania[85].

Najbardziej znacząca dla ludzkiego życia jest miłość. Wiadomo, że wiele depresji bierze się z braku doświadczania miłości w dzieciństwie czy w życiu dorosłym. Depresja może być skutkiem wielu krzywd, wynikających z niewypełniania najważniejszego przykazania chrześcijan, jakim jest przykazanie miłości[86]. Na potrzebę miłości we współczesnym świecie zwraca uwagę papież Benedykt XVI w encyklice *Deus caritas est*. Papież zwraca uwagę, jak duże znaczenie ma miłość oraz na nowo je odkrywa. Mówi o miłości Boga do człowieka, miłości człowieka do Boga oraz człowieka do człowieka. Ta ostatnia skłania osoby do pełnienia uczynków miłosierdzia wobec potrzebujących. Drugi człowiek, zwłaszcza ten, który znajduje się w trudnej sytuacji, w sposób szczególny powinien doświadczyć ludzkiej miłości. Służy temu między innymi działalność charytatywna Kościoła i wszelkie jej inicjatywy. Dobrze jest, gdy nie brakuje osób zaangażowanych w pomaganie innym, ale ważne jest również, aby owa pomoc była pomocą profesjonalną. Zatem ci, którzy pomagają, powinni być do tego dobrze przygotowani; dobrze, gdy wykazują się troską i uwagą oraz są

---

[85] Por. D. Krok, *Nadzieja czy beznadziejność? Psychologiczne funkcje nadziei w regulacji zdrowia fizycznego i przystosowania psychicznego*, [w:] *Oblicza nadziei. Wykłady otwarte zorganizowane w okresie Wielkiego Postu 2008*, red. M. Worbs, Opole 2008, s. 47. 51.

[86] Por. J. Vanier, *Jak pokonać depresję*, dz. cyt., s. 18. 22. 31.

ludźmi modlitwy[87]. Pomoc innym, a zwłaszcza osobom znajdującym się w trudnej sytuacji i narażonym na depresję, może równiez chronić ich zdrowie psychiczne.

W odniesieniu do depresji zwraca się również uwagę na cnoty moralne. Zdaniem Kheriaty i Cihak'a, siła charakteru i cnoty mogą pomóc w walce ze stresem oraz w walce z depresją. Według poglądów starożytnych filozofów, życie zgodnie z cnotami konsekwentnie rozwijanymi prowadzi do szczęścia. Cnoty to naturalne skłonności do spełniania dobra, które czynią człowieka bardziej ludzkimi, wolnymi i szczęśliwymi. Istnieją cztery cnoty: roztropność, sprawiedliwość, wstrzemięźliwość i męstwo. Roztropność pomaga dokonywać dobrych wyborów w określonych sytuacjach. Sprawiedliwość porządkuje życie społeczne i relacje z innymi poprzez dawanie tego, co im się należy. Wstrzemięźliwość pozwala zachować umiar, zaś męstwo daje odwagę, aby pokonywać trudności i je cierpliwie znosić. Zdaniem autorów, wzrastanie w cnotach i dobre przyzwyczajenia mogą być ważne dla zdrowia psychicznego i duchowego. Dzięki nim człowiek może lepiej radzić sobie ze stresem i różnymi stratami, które mogłyby przyczynić się do wystąpienia depresji. Ponadto ćwiczenie się w cnotach powoduje, że życie człowieka staje się bardziej zintegrowane i zharmonizowane[88]. Potwierdzają to również psycholodzy. Zdaniem E. Trzebińskiej, cnota, w znaczeniu psychologicznym, jest cechą psychiczną, której posiadanie przyczynia się do dobrostanu własnego i innych. Z nich właśnie składa się charakter. Okazuje się, że posiadanie cnót wiąże się z lepszym życiem. Zatem takie cechy, jak samodyscyplina, nadzieja, miłość czy pokora, mogą mieć wpływ nie tylko na lepsze samopoczucie, ale także relacje z innymi, osiągnięcia oraz zdrowie fizyczne i psychiczne[89].

W odniesieniu do profilaktyki depresji, istotne może być również to, aby człowiek kierował się w swoim życiu zasadami zgodnymi z wiarą i moralnością. Bowiem przestrzeganie przykazań i życie zgodne

---

[87] Por. Benedykt XVI, *Deus caritas est,* nr 30–31. 33–34.
[88] Por. A. Kheriaty, J. Cihak, *Katolicki przewodnik po depresji*, dz. cyt., s. 251–255.
[89] Por. E. Trzebińska, *Charakter pełen cnót*, „Charaktery" (2003) nr 3, s. 18.

z Ewangelią może mieć potencjalny wpływ na zdrowie. Na znaczenie życia zgodnego z zasadami moralnymi zwracają uwagę lekarze, na przykład D. Meggé. Dla autora, moralność może mieć ważne znaczenie, zwłaszcza współcześnie, gdy bywa ignorowana zarówno przez wierzących, jak i niewierzących. Niektórzy z lekarzy zalecają, by unikać moralizowania na rzecz okazywania miłości. Nieprzypadkowo obecnie następuje stały wzrost zaburzeń depresyjnych. Niemniej jednak nauka moralna dotyczy ludzkiego szczęścia i mówi nam, jakim być człowiekiem[90]. Natomiast Wiśniewska-Roszkowska twierdzi, że niektóre postulaty profilaktyki, takie jak umiar, spokój, czyste sumienie, zadowolenie z życia i życzliwość wobec świata i ludzi, w znacznym stopniu są zgodne z postulatami moralności[91]. Zatem istnienie zasad moralnych wydaje się być potrzebne, gdyż wskazują one nie tylko na to, jak należy postępować względem Boga i innych ludzi, ale ich realizacja może być także źródłem szczęśliwego życia.

Życie w zgodzie z wolą Boga i dekalogiem, modlitwa, życie sakramentalne, ćwiczenie się w cnotach oraz życie wiarą, nadzieją i miłością mogą być dla chrześcijan cennym wsparciem w ich codziennym życiu. Jednak, według Kherriaty i Cihack'a, życie wiarą nie daje gwarancji, że człowiek będzie wolny od cierpienia i od depresji. Wiara, nadzieja i miłość, modlitwa oraz sakramenty odgrywają ważną rolę w zachowaniu zdrowia psychicznego, lecz nie chronią w pełni przed depresją i innymi zaburzeniami[92]. Nie zmienia to jednak faktu, że mogą mieć potencjalny wpływ na zachowanie zdrowia psychicznego i profilaktykę depresji, o czym świadczy wiele przeprowadzanych badań przytaczanych przez psychologów, lekarzy i teologów. Według Woydyłło, dotychczas w Stanach Zjednoczonych przeprowadzono i opisano 1200 badań naukowych, dotyczących wpływu życia duchowego na ludzkie zdrowie. Z badań tych wynika, że ludzie religijni rzadziej chorują na choroby serca czy depresję. Jeżeli zaś cierpią z powodu z depresji czy innych

---

[90] Por. D. Megglé, *Susciter un lien social dans une société éclatée et dominée par l'individualisme*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 332.

[91] Por. K. Wiśniewska-Roszkowska, dz. cyt., s. 76.

[92] Por. A. Kheriaty, J. Cihak, *Katolicki przewodnik po depresji*, dz. cyt., s. 29–31.

chorób, to szybciej wracają do zdrowia[93]. Zdaniem Kramlinger, wiele badań potwierdza dobroczynny wpływ duchowości na zdrowie, jednak nie wiadomo do końca, na czym to działanie polega. Znaczenie dla ludzkiego zdrowia mogą mieć modlitwa i medytacja, nadzieja oraz poczucie więzi i przynależności do wspólnoty religijnej. Zatem praktyki religijne, które są przejawem życia duchowego, bywają cennym wparciem dla zachowania zdrowia[94].

Również Łukasz Święcicki przytacza badania amerykańskich psychiatrów, z których wynika, że ryzyko depresji u osób, dla których religia i duchowość pełnią ważną rolę w życiu, jest niemal o połowę mniejsze niż u osób, dla których wartości duchowe nie są znaczące. Badania te dowodzą, że większe zaangażowanie religijne znacząco zmniejsza ryzyko wystąpienia depresji[95]. Także J. S. Martins uważa, że duchowe zasoby człowieka mogą zapobiec wielu chorobom psychicznym, zwłaszcza jeśli chodzi o nerwice oraz niektóre typy depresji. Badania pokazują, że duchowość może przeciwdziałać depresji będącej reakcją na trudną i stresującą sytuację[96]. Natomiast u osób chorych, duchowe zasoby mogą przyczynić się do przyspieszenia procesu leczenia. Innymi słowy, autentyczne i regularne życie duchowe może mieć znaczenie prewencyjne, gdyż wzmacnia strukturę osobowości i wspiera większą samoświadomość. Chrześcijanie stale są wzywani do nawrócenia, oczyszczenia i zmiany. Poprzez modlitwę i sakrament pokuty człowiek koncentruje się na sobie i zastanawia się nad własnym życiem. Dzięki życiu duchowemu, osoba wierząca może dostąpić stanu

---

[93] Por. E. Woydyłło, *Bo jesteś człowiekiem. Żyć z depresją, ale nie w depresji*, dz. cyt., s. 243–244.

[94] Por. K. Kramlinger, *Depresja*, dz. cyt., s. 145–146.

[95] Por. Ł. Święcicki, *Duchowość wpływa na ryzyko występowania depresji*, „Medical Tribune" (2012) nr 4, s. 18.

[96] Należy zaznaczyć, że wspierająca rola duchowości dotyczy jedynie procesów psychicznych i nie ma wpływu na procesy biologiczne, które zachodzą w ludzkim organizmie. Polega to na tym, że u osób cierpiących z powodu nerwicy i u niektórych osób z depresją pojawiają się reakcje nieadekwatne do sytuacji, które są utrwalone i przewlekłe. Duchowość może więc pełnić rolę moderatora pomiędzy sytuacją stresową a reakcją depresyjną. Por. Saraiva Martins J., *La dépression: phénomène clinique, antropologie biblique et foi chrétienne*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 45.

łaski. Ponadto wiara w Boga daje poczucie sensu i utrwala przekonania, które mogą dawać poczucie bezpieczeństwa, a wiara w zmartwychwstałego Chrystusa daje człowiekowi nadzieję oraz jest źródłem radości i optymizmu, czyli stanów duchowych przeciwnych do tych, które występują w depresji[97].

Można więc stwierdzić, że istnieje wiele obszarów, w których ludzie Kościoła mogą wspierać oraz podejmować różne inicjatywy służące promocji zdrowia psychicznego i profilaktyce zaburzeń psychicznych. Kościół jest wspólnotą ludzi wierzących, zatem jego członkowie powinni czuć się zobowiązani, by chronić swoje zdrowie psychiczne nie tylko poprzez prowadzenie zdrowego stylu życia, ale również dbając o rozwój religijno-duchowy i życie moralne. Troska o zdrowie fizyczne, psychiczne i duchowe może w wielu sytuacjach uchronić przed problemami ze zdrowiem, zwłaszcza przed depresją.

[97] Por. tamże, s. 43, 45–46.

Zakończenie

Obecnie obserwuje się coraz częstsze występowanie zaburzeń zdrowia psychicznego, głównie depresji. Okazuje się, że jest to problem wielu osób, zarówno tych, których dotyka osobiście, jak i ich rodzin, które niejednokrotnie muszą również dźwigać brzemię choroby. Depresja to także wyzwanie dla lekarzy i terapeutów, którzy pomagają usunąć cierpienie za pomocą odpowiedniej terapii oraz szukają nowych metod leczenia. Z problemem depresji mogą się również zetknąć kapłani pełniący różne funkcje w swojej pracy duszpasterskiej – czy to jako kapelani szpitalni, proboszczowie, wikariusze, czy jako kierownicy duchowi oraz inne osoby zaangażowane w posługę duszpasterską i pomoc charytatywną.

Niniejsza dysertacja stanowi próbę ujęcia problemu depresji z perspektywy teologiczno-moralnej. W nauczaniu Kościoła trudno wyodrębnić jednoznaczne stanowisko odnośnie do depresji. Bezpośrednio na ten temat wypowiada się Jan Paweł II w przemówieniu do chorych na depresję. Temat ten bywa także podejmowany przez kardynałów i biskupów. W nielicznych publikacjach można odnaleźć duchowe doświadczenia osób chorych na depresję oraz kapłanów, którzy problem ten przedstawiają w oparciu o doświadczenia w pracy duszpasterskiej. Niekiedy trudność analizy polega na tym, że nie zawsze wiadomo, czy opisywany stan dotyczy depresji w znaczeniu klinicznym, czy też jest przemijającym stanem smutku i przygnębienia. Zwykle brak w dostępnej literaturze jednoznacznych rozstrzygnięć, dotyczących ważnych zagadnień i problemów natury religijnej czy moralnej. Ponadto

niniejsza analiza dotyczy rzeczywistości religijnej, duchowej oraz psychicznej. Rzeczywistość duchowa jest trudna do uchwycenia i zbadania przez nauki empiryczne. Z drugiej strony, nauki teologiczne, które opisują to, co duchowe, zazwyczaj pomijają problemy natury psychicznej, gdyż tymi zajmują się głównie nauki szczegółowe. Również samo przeżywanie depresji ma charakter indywidualny. Doświadczenia nie są więc jednakowe i trudno w tym zakresie o wskazanie z teologicznego punktu widzenia jednego stanowiska.

Depresja jest zaburzeniem zdrowia psychicznego, które współcześnie dotyka coraz więcej osób. Zaburzenie to wiąże się głównie z pogorszeniem stanu psychicznego i znacznym cierpieniem. Człowiek pogrążony w depresji doświadcza smutku i zniechęcenia albo uczuciowego zobojętnienia. Zwykle czuje się zmęczony i może mieć trudności z wykonywaniem codziennych obowiązków oraz realizacją planów i zamierzeń. Nawet najprostsze czynności bywają dla niego trudne. Osoby cierpiące z powodu depresji mogą mieć niskie poczucie wartości, uważają, że są gorsze od innych oraz czują się winne, nawet gdy nie zrobiły nic złego. Niejednokrotnie wracają do wydarzeń, które są dla nich źródłem przykrości, albo do błędów, których w ich mniemaniu nie można naprawić. Zarówno przeszłość, przyszłość, jak i teraźniejszość są dla nich pasmem udręk i cierpień; nie widzą nadziei na poprawę swojej sytuacji. Człowiek pogrążony w depresji może mieć również myśli samobójcze i próbować odebrać sobie życie. Osoby te miewają ponadto różne dolegliwości natury somatycznej, problemy ze snem lub apetytem. Stan ten trwa zwykle kilka lub kilkanaście miesięcy. Bywa, że niektóre osoby muszą zmagać się z depresją przez całe życie.

Depresja jest więc chorobą (zaburzeniem), a nie jedynie przemijającym stanem przygnębienia, które pojawia się na skutek różnego rodzaju problemów czy trudności życiowych. Przejawia się określonymi objawami, takimi jak obniżony nastrój, zobojętnienie czy poczucie utraty energii. Również czas trwania depresji jest znacznie dłuższy niż przelotnie doświadczane uczucie smutku czy przygnębienia. Depresja może występować z różnym natężeniem. Zwykle decydują o tym liczba oraz intensywność objawów. Ponadto występuje wiele odmian

i rodzajów tego zaburzenia. Bywają osoby, które doświadczają jednego epizodu depresji, ale również takie, które przez całe życie, co jakiś czas, muszą się zmagać z problemem depresji nawracającej. Depresja może być również reakcją na niekorzystną sytuację czy stratę. Wówczas mówi się o tak zwanej reakcji depresyjnej. Istnieje też depresja sezonowa, występująca w okresie zimowym. Osoby młode mogą cierpieć na depresję dziecięcą lub młodzieńczą, zaś kobiety – na depresję poporodową lub depresję okresu menopauzy. Depresja nie omija również mężczyzn i osób w podeszłym wieku (depresja u osób starszych) oraz cierpiących na inne choroby, zwłaszcza przewlekłe. Problem ten dotyczy także tych, dla których istotne miejsce w życiu zajmują wartości religijne. Przyczyną ich cierpienia jest wówczas nie tylko przykry stan psychiczny, ale też brak pozytywnych przeżyć religijnych. Osoby te mogą mieć problemy z modlitwą i, ze względu na swój stan, trudno im uczestniczyć w sakramentach oraz życiu wspólnotowym.

Istnieją również inne stany psychiczne i duchowe, które w swoich przejawach mogą przypominać depresję, gdyż, w różnym natężeniu, mogą objawiać się smutkiem, żalem, rozpaczą, zniechęceniem czy utratą witalności. Stany żałoby, kryzysu psychicznego czy religijnego, rozpaczy i melancholii bywają w swych przejawach podobne do depresji. Również duchowe doświadczenia, takie jak acedia, ciemna noc ducha oraz strapienie duchowe, zawierają w swoich opisach depresyjne cechy. Niekiedy trudno o ich jednoznaczną ocenę, a przedstawiona analiza porównawcza ma jedynie zaznaczyć, że takie stany istnieją. Ich znajomość może mieć znaczenie w rozeznawaniu stanów duchowych, co ma niewątpliwą wartość w kierownictwie duchowym czy w sakramencie pokuty i pojednania.

Pewne formy stanów psychicznych, przepełnionych smutkiem i żalem bądź stanów właściwych depresji można znaleźć w Piśmie Świętym. Zarówno w Starym, jak i w Nowym Testamencie istnieje wiele fragmentów przedstawiających ludzki smutek i jego przyczyny. Na szczególną zaś uwagę zasługuje Księga Hioba i jej główny bohater, który, na skutek licznych strat, zmaga się z ciężką chorobą, cierpieniem i przygnębieniem. Obecność opisów podobnych do depresji na kartach Biblii nie tylko przekazuje pewną prawdę teologiczną, ale również

świadczy o tym, że doświadczenie rozpaczy, smutku, przygnębienia i depresji znane było już w czasach starożytnych. Ponadto przekaz biblijny przedstawia, w jaki sposób radzono sobie ze smutkiem oraz jak go interpretowano.

Zarówno osoby będące w depresji, jak i ich bliscy oraz osoby, które w swojej codziennej pracy lekarskiej czy duszpasterskiej spotykają takich chorych, mogą miewać różne problemy natury moralnej, które wymagają wyjaśnienia. Są to kwestie związane z sumieniem, poczuciem winy, poczuciem grzechu czy odpowiedzialnością moralną. Dyskutowane są takie kwestie, jak problem prób samobójczych podejmowanych w depresji czy zagadnienie eutanazji. W odniesieniu do powyższych, trudno o jednoznaczną ocenę moralną; zwykle jest ona uzależniona od nasilenia depresji. Osoby z depresją, będąc pod wpływem choroby, nie zawsze mogą odpowiadać za swoje czyny lub odpowiadają za nie częściowo, a poczucie grzechu czy poczucie winy może mieć u nich niekiedy charakter patologiczny. Sprawy te mogą być trudne do rozstrzygnięcia i wymagają delikatnego podejścia oraz wyważonych ocen moralnych. Nawet kwestia samobójstwa, choć negatywnie oceniana przez naukę Kościoła, pozostaje kwestią otwartą i nie zawsze podlega ocenie, jeżeli popełni je osoba cierpiąca na zaburzenia psychiczne. Wyjątek stanowi eutanazja, która jest uznawana za czyn niedopuszczalny nie tylko w nauczaniu Kościoła, ale też z punktu widzenia etyki lekarskiej, zaś depresja nie może być wskazaniem do jej wykonania.

Udział w powstawaniu depresji mogą mieć między innymi czynniki natury biologicznej, związane z predyspozycją genetyczną czy zaburzeniami w funkcjonowaniu określonych substancji układu nerwowego i hormonalnego. Ponadto ważną rolę mogą pełnić czynniki psychologiczne – nabyte cechy osobowości i sposoby myślenia, traumatyczne przeżycia w dzieciństwie oraz w życiu dorosłym czy różnego rodzaju straty. Niekiedy przyczyna depresji może być natury społeczno-środowiskowej. Mogą ją wówczas powodować złe relacje panujące w rodzinie, różnego rodzaju konflikty wewnątrzrodzinne, długotrwałe problemy w środowisku szkolnym czy miejscu pracy. Przyczyną depresji bywają niekiedy uzależnienia od alkoholu

czy narkotyków, niedobory witamin czy składników mineralnych. Z analizy tematu wynika, że depresja może być także skutkiem niewłaściwych postaw czy zachowań moralnych i religijnych. Nastrojom depresyjnym mogą sprzyjać odrzucenie Boga, niewłaściwy Jego obraz, fanatyczna religijność oparta na rygoryzmie, osobisty grzech człowieka i doświadczenie krzywdy.

Problem depresji jest nie tylko przyczyną długotrwałego cierpienia, ale również może powodować wiele konsekwencji w życiu osobistym, rodzinnym czy społecznym. Dolegliwość ta może wpływać na pogorszenie kondycji zdrowotnej czy być przyczyną uzależnień i nałogów. Niekiedy osoby cierpiące na depresję sięgają po alkohol lub narkotyki, aby poprawić sobie nastrój lub uciec od swoich problemów. Depresja może również doprowadzić do śmierci. Człowiek chory czuje się osamotniony, miewa myśli samobójcze i niekiedy próbuje targnąć się na swoje życie. Samobójcza śmierć jest najpoważniejszym skutkiem depresji, a, jak wiadomo, problem samobójstw jest poważnym problemem społecznym. Przewlekła depresja może przyczynić się też do niesprawności i skomplikować życie osobiste oraz zawodowe. Problem depresji u jednego z członków rodziny może mieć wpływ na pozostałe osoby. Skutki depresji bywają widoczne w relacjach małżeńskich oraz między rodzicami a dziećmi.

Dla rodziny, a zwłaszcza dla współmałżonka i dzieci, depresja zwykle wiąże się z wieloma problemami i dodatkowymi obowiązkami. Jedne rodziny wychodzą z tej próby zwycięsko, inne zaś nie są w stanie uporać się z trudną sytuacją. Bywa, że depresja jest przyczyną rozwodów oraz rozpadu rodziny. Choroba może mieć również negatywny wpływ na życie zawodowe i przyczynić się do nieobecności w pracy, a nawet jej utraty. Problem ten powoduje również zwiększenie wydatków, jakie musi ponosić państwo z racji płaconych świadczeń zdrowotnych, rent inwalidzkich czy kosztów związanych z opieką zdrowotną. Psychiczny stan depresji może powodować także skutki w sferze religijno-moralnej. Dla jednych depresja może być przeszkodą w przeżywaniu swojej religijności, dla innych bywa pozytywnym duchowym doświadczeniem, dzięki któremu mogą na nowo cieszyć się życiem.

Osoby cierpiące z powodu depresji zwykle wymagają specjalistycznej pomocy lekarskiej czy psychologicznej oraz troski ze strony najbliższych. Większość z nich we właściwym dla siebie czasie jest w stanie uporać się z chorobą. Obecnie skuteczną i dostępną formą leczenia jest leczenie farmakologiczne. Ponadto istnieją inne metody niefarmakologiczne, rzadziej stosowane, takie jak terapia elektrowstrząsowa czy przezczaszkowa stymulacja magnetyczna. Również psychologiczne metody leczenia mogą mieć działanie terapeutyczne, zwłaszcza różne formy psychoterapii, na czele z terapią poznawczo-behawioralną. Leczenie depresji bywa jednak długotrwałe i zwykle wymaga cierpliwości, zaangażowania, a niekiedy podjęcia istotnych zmian w swoim życiu. Dobrze jest, gdy osoby cierpiące na depresję mogą liczyć na pomoc ze strony bliskich, rodziny i przyjaciół. Wsparcie z ich strony, zarówno fizyczne, jak i psychiczne, może mieć pozytywny wpływ na poprawę stanu psychicznego chorych, jednakże wymaga zaangażowania i cierpliwości oraz zdobycia potrzebnych informacji na temat choroby. Również udział w różnego rodzaju formalnych bądź nieformalnych grupach wsparcia, czy korzystanie z pomocy oferowanej przez powołane do tego celu stowarzyszenia, bywają pomocne w walce z depresją. Okazuje się bowiem, że przebywanie w kręgu osób mających podobne problemy może być źródłem nowych doświadczeń i pomaga osobom będącym w depresji wyjść z izolacji. Wsparciem w leczeniu mogą być również pomoc duszpasterska i opieka duchowa.

Dobrze jest, gdy osoby cierpiące z powodu depresji, mogą otrzymać potrzebną pomoc duchową ze strony kompetentnego kapłana czy też innych osób w Kościele. Opieka duszpasterska wymaga od kapłanów troski, zaangażowania i wiedzy z zakresu psychopatologii, a ich działania powinny uwzględniać stan chorego i nasilenie depresji. Osoby cierpiące na depresję mogą również korzystać z sakramentów, zwłaszcza pokuty, Eucharystii i namaszczenia chorych. Sakramenty te są okazją do spotkania się z miłującym i miłosiernym Bogiem. Te widzialne znaki niewidzialnej łaski mogą mieć również działanie terapeutyczne, nieść ukojenie w troskach życia codziennego oraz w cierpieniu. Oprócz sakramentów, pomocna może być również modlitwa, zwłaszcza modlitwa medytacyjna i kontemplacyjna, modlitwa

o uzdrowienie bądź wspólnotowa oraz czytanie odpowiednich fragmentów Pisma Świętego.

Wiadomo, że depresja jest przykrym stanem psychicznym, źródłem ogromnego cierpienia, którego zapewne każdy człowiek chciałby uniknąć. Niestety, nie zawsze jest to możliwe. Troska o własne zdrowie czy też odpowiednie działania sprzyjające zachowaniu równowagi psychicznej mogą jednak potencjalnie zapobiec pojawieniu się depresji. Dlatego tak ważna może okazać się właściwa profilaktyka, zwłaszcza wobec osób narażonych na długotrwałe oddziaływanie stresu i wobec tych, którzy znajdują się w trudnej sytuacji życiowej. Na szczególną uwagę zasługują młodzież, młode matki i osoby w podeszłym wieku. Odpowiednie działania profilaktyczne mogą być również skierowane do ludzi cieszących się zdrowiem i pragnących je zachować. Utrzymanie dobrej kondycji fizycznej (poprzez odpowiednie odżywianie, wypoczynek i uprawianie sportu) oraz formy psychicznej (poprzez utrzymywanie satysfakcjonujących relacji z innymi, kształtowanie umiejętności radzenia sobie ze stresem czy wyrażania emocji) może mieć znaczenie dla zachowania zdrowia psychicznego. Różnymi formami profilaktyki powinny zostać objęte także osoby, które są już po kryzysie psychicznym, lecz nadal muszą zmagać się z przykrymi konsekwencjami choroby i ryzykiem kolejnego nawrotu. Pożądana jest sytuacja, w której mogą one jak najszybciej uczestniczyć w życiu społecznym i powrócić do pracy. W tym celu podejmuje się odpowiednie działania, które mają na celu zminimalizować objawy i skutki choroby. Istotne znaczenie mogą mieć leczenie profilaktyczne, psychoedukacja czy organizowanie szkoleń i różnych form zatrudnienia dla osób będących po kryzysach psychicznych. Działania profilaktyczne oraz prozdrowotne wymagają zwykle zaangażowania ze strony wielu instytucji społecznych, samorządowych i instytucji pożytku publicznego. Ochrona zdrowia wymaga też troski ze strony państwa i tworzenia takich programów profilaktycznych, które obejmowałyby odpowiednie działania w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Wsparciem działań profilaktycznych może być również zaangażowanie Kościoła czy to we wspólne inicjatywy podejmowane przez różnego rodzaju organizacje, czy też na własnym polu, poprzez odpowiednie działania

pastoralne, które mogą pomóc wielu osobom wyjść z kryzysów, a przez to uniknąć problemów ze zdrowiem psychicznym. Do działań tych można zaliczyć: tworzenie przyparafialnych poradni rodzinnych lub poradni specjalistycznych, opiekę duszpasterską – zwłaszcza wobec osób młodych, podejmowanie tematów dotyczących zdrowia psychicznego – czy to na katechezie, czy podczas kazań, rekolekcji, czy też w katolickich środkach masowego przekazu. Duże znaczenie może mieć tworzenie wspólnot dla osób mających problemy psychiczne oraz takich programów rekolekcyjnych, które byłyby skierowane do osób mających różnego rodzaju problemy. Ważna może być również postawa wierzących pełna wiary, nadziei i miłości oraz praktykowanie cnót wstrzemięźliwości, roztropności, męstwa czy umiaru.

Oprócz teoretycznej syntezy, jaką prezentuje niniejsze opracowanie, dysertacja może mieć również praktyczne zastosowanie. Może ona pomóc osobom cierpiącym na depresję oraz ich bliskim lepiej poznać i zrozumieć chorobę. Być może znajdą oni odpowiedź na niektóre nurtujące ich pytania, zwłaszcza kwestie religijno-moralne. Przydatne mogą okazać się również wskazówki pastoralne. Mogą z nich skorzystać kapłani sprawujący opiekę duszpasterską nad osobami z depresją, pomagając tym, którzy znajdują się w różnego rodzaju kryzysach czy też sprawując posługę sakramentalną. Dla personelu medycznego interesujące może być przedstawienie tego problemu nie tylko z medycznego i psychologicznego punktu widzenia, ale również ujęcie go w kontekście religijno-moralnym. Jest to istotne, ponieważ obecnie w opiece medycznej duchowe potrzeby człowieka bywają niedowartościowane lub pomijane. Przedstawiony problem depresji może również pomóc nauczycielom, pedagogom oraz osobom zajmującym się wychowaniem młodych ludzi zwiększyć świadomość, dotyczącą zagrożeń zdrowia psychicznego oraz znaczenia działań profilaktycznych w celu jego ochrony. Z pracy tej mogą skorzystać również wszystkie osoby, które pragną wiedzieć więcej na ten temat. Istnieje również nadzieja, że to opracowanie przyczyni się do zwiększenia uwagi i wrażliwości wobec osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym, gdyż lepsza świadomość dotycząca tego typu zaburzeń, pozwala oswoić lęk przed chorobą oraz chorymi i dostrzec ich potrzeby duchowe.

Dysertacja nie wyczerpuje jednak wszystkich zagadnień związanych z problemem depresji. Istnieje jeszcze wiele kwestii, które nie zostały ujęte, gdyż wykraczają poza ramy omawianego tematu. Problemy te mogłyby być podjęte w innych opracowaniach. Bardzo mało miejsca w literaturze poświęca się profilaktyce samej depresji, dlatego też problem ten powinien zostać szczegółowo rozpatrzony przynajmniej przez nauki związane z ochroną zdrowia. Ponadto brakuje aktualnych opracowań dotyczących psychiatrii pastoralnej. Tego typu pozycja, która zawierałaby aktualną wiedzę z zakresu psychiatrii, byłaby ważna i pomocna nie tylko dla duszpasterzy, ale również dla innych osób zaangażowanych w duszpasterstwo oraz tych, których te problemy interesują. Niewiele też wiadomo na temat skutków, jakie może powodować depresja w życiu religijnym i moralnym. Być może analizy te powinny powstać w ramach innych dyscyplin teologicznych (na przykład w zakresie teologii pastoralnej) czy innych nauk, co nie zmienia faktu, że są one potrzebne, a nawet naglące.

W związku ze wzrastającą liczbą zachorowań na depresję, konieczny jest nie tylko dalszy rozwój badań nad depresją, ale przede wszystkim doskonalenie metod leczenia i metod ułatwiających diagnozę. Zadaniem lekarzy, pedagogów i psychologów jest udzielanie skutecznej pomocy chorym na depresję. Ważne jest, aby osoby będące w depresji oraz ich rodziny nie pozostały z tym problemem same oraz aby otrzymały należne wsparcie ze strony powołanych do tego celu osób i instytucji. Pomoc taka powinna być dostępna dla wszystkich osób cierpiących na depresję, niezależnie od tego, czy mieszkają blisko centrów medycznych, czy na prowincji, daleko od dużych miast.

W walce z depresją znaczącą rolę może odegrać również państwo, które, poprzez powołane przez siebie organy, organizuje i wdraża różnego rodzaju programy wychowawcze czy programy ochrony zdrowia. Stąd też ważna rola polityków i urzędników, którzy powinni zwracać uwagę, by tworzone przez nich programy edukacyjne czy profilaktyczne były tak skonstruowane, aby sprzyjały zachowaniu zdrowia psychicznego oraz uwzględniały treści związane z jego ochroną. Państwo odpowiada również za sprawnie działający system zdrowotny,

który powinien umożliwiać osobom chorym łatwy dostęp do lekarza specjalisty czy możliwość korzystania z różnych metod leczenia. Zadaniem zaś duszpasterzy oraz wiernych jest troska i otwartość wobec osób z problemem depresji oraz włączanie ich do wspólnoty Kościoła i jedności z Chrystusem poprzez sakramenty, modlitwę i rozmowę.

Dzięki wysiłkowi wielu osób – lekarzy, terapeutów, pedagogów, psychologów, duszpasterzy i wszystkich zaangażowanych w służbę drugiemu człowiekowi, problem depresji, co prawda na pewno nie zniknie z podręczników medycznych, ale łatwiej i szybciej będzie można go pokonać oraz ograniczyć jego skutki.

Bibliografia

Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu, Poznań 1996.

Pismo Święte Starego Testamentu. Tom VII–1. Księga Hioba. Wstęp–przekład z oryginału, komentarz–ekskursy, Poznań–Warszawa 1974.

A. Nauczanie Kościoła

Benedykt XVI, *Adhortacja Apostolska o Słowie Bożym w życiu i misji Kościoła „Verbum Domini"* (30.09.2010), Kraków 2010.

Benedykt XVI, *Encyklika o miłości chrześcijańskiej „Deus caritas est"* (25.12.2005), Wrocław 2006.

Benedykt XVI, *Encyklika o nadziei chrześcijańskiej „Spe salvi"* (30.11.2007), Wrocław 2007.

Franciszek, *Adhortacja apostolska o głoszeniu Ewangelii we współczesnym świecie „Evangelii gaudium"* (24.11.2013), Kraków 2013.

Franciszek, *Encyklika o wierze „Lumen fidei"* (29.06.2013), Kraków 2013.

Jan Paweł II, *Adhortacja apostolska o pojednaniu i pokucie „Reconciliatio et paenitentia"* (2.12.1984), Wrocław 1999.

Jan Paweł II, *Adhortacja apostolska o powołaniu i misji świeckich w Kościele i świecie dwadzieścia lat po soborze watykańskim II „Christifideles laici"* (30.12.1988), Wrocław 1999.

Jan Paweł II, *Encyklika o niektórych podstawowych problemach nauczania moralnego Kościoła „Veritatis splendor"* (6.08.1993), Poznań 1993.

Jan Paweł II, *Encyklika o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego „Evangelium vitae"* (25.03.1995), Warszawa 1995.

Jan Paweł II, *Encyklika „Redemptor hominis"* (4.03.1979), [w:] *Encykliki*, Jan XXIII, Paweł VI, Jan Paweł II, Warszawa 1981, s. 219–256.

Jan Paweł II, *Jak pomagać ludziom cierpiącym na depresję? 14 XI – Przemówienie do uczestników międzynarodowej konferencji papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia*, „L'Osservatore Romano" (wyd. pol.) 25 (2004) nr 3 (261), s. 28–29.

Jan Paweł II, *List apostolski o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia „Salvifici doloris"* (11.02.1984), [w:] Jan Paweł II, *Do chorych i cierpiących*, Kraków 2000, s. 35–86.

Katechizm Kościoła katolickiego, Poznań 1994.

B. Literatura przedmiotu

Aalberse M., *Trwoga gruntowania i „noc ciemna" duszy*, [w:] *Depresja, esencja i ciało*, red. J. Santorski, Warszawa 1992, s. 49–77.

Ajlouni K., *Le sens de la dépression et du mal-être considéré selon le point de vue de la religion. Dépression et traitement à la lumière du Coran et de la Sunna*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 263–267.

Akademia Igantianum w Krakowie, http://www.ignatianum.edu.pl/poradnia-psychologiczno-pedagogiczna-ihnatianum-page 532.html (29.12.2013).

Aksamit B., *Depresja [rozmowa z H. Jaklewicz],* „Wysokie Obcasy" (2007) nr 4, s. 34–38.

Aleszko Z., *Terapia poprzez ruch, taniec, sport*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 376–380.

Albisetti V., *Odrobina depresji nie zaszkodzi*, Kielce 2009.

Alechnowicz I., *Budowanie ciała duchowego jako droga umacniania nadziei*, [w:] *Oblicza nadziei. Wykłady otwarte zorganizowane w okresie Wielkiego Postu 2008*, red. M. Worbs, Opole 2008, s. 63–70.

Aleksandrowicz J., *Psychoterapia. Poradnik dla pacjentów*, Warszawa 1993.

Aleksandrowicz J. W., *Psychoterapia medyczna. Teoria i praktyka*, Warszawa 1996.

Aleksandrowicz J., *Zaburzenia nerwicowe*, Warszawa 1998.

Aleksandrowicz J., Czabała J. C., *Podstawy psychoterapii*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 256–268.

Aliverti M., *Histoire de la dépression*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 197–208.

Alkoholizm w chorobach afektywnych, [w:] *Leksykon manii i depresji*, J. Rybakowski, J. Jaracz, Poznań 2010, s. 11.

Althaus D., Hegerl U., Reiners H., *Depresja? Na 111 pytań odpowiada dwóch specjalistów oraz osoba dotknięta depresją*, Poznań 2008.

Altman S., Haeri S., Cohen L. J., Ten A., Barron E., Galynker I. I., Duhamel K. N., *Czynniki prognostyczne nawrotów zaburzeń afektywnych*

dwubiegunowych – przegląd piśmiennictwa, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria" (2007) nr 1, s. 11–27.

Ambrosi J., *Przypadek Karola*, [w:] *Depresja, esencja i ciało*, red. J. Santorski, Warszawa 1992, s. 87–93.

Amen D. G., Routh L. C., *Leczenie lęków i depresji*, Poznań 2005.

American Medical Associaton, *Depresja. Zwięzły poradnik*, Warszawa 2002.

American Psychiatric Association, *Practice guideline for the treatment of patients with Major Depressive Disorder (revision)*, Washington W.A. 2000.

Amigo Vallejo C., *L'accompagnement spirituel et pastoral de la personne dépressive et de sa famille,* [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 353–360.

Anatrella T., *La foi. Une éducation au sens de la personne, de la responsabilité et de l'estime de soi à la lumière du christianisme*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 311–326.

Anatrella T., *Préface*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 7–16.

Anatrella T., *Une société dépressive*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 79–92.

Anderson I. M., Ferrier I. N., Baldwin R. C., Cowen P. J., Howard L., Lewis G., Matthews K., McAllister-Williams R. H., Peveler R. C., Scott J., Tylee A., *Leczenie farmakologiczne zaburzeń depresyjnych – Cz. I: Zalecenia. Aktualizacja wytycznych British Association for Psychopharmacology z 2000 roku, opracowanych zgodnie z zasadami EBM*, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria" (2009) nr 4, s. 11–25.

Anderson I. M., Ferrier I. N., Baldwin R. C., Cowen P. J., Howard L., Lewis G., Matthews K., Mcallister-Williams R. H., Peveler R. C., Scott J., Tylee A., *Leczenie farmakologiczne zaburzeń depresyjnych – Cz. II: Dane naukowe. Aktualizacja wytycznych British Association for Psychopharmacology z 2000 roku, opracowanych zgodnie z zasadami EBM*, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria" (2009) nr 5, s. 59–91.

Anderson I. M., Ferrier I. N., Baldwin R. C., Cowen P. J., Howard L., Lewis G., Matthews K., McAllister-Williams R. H., Peveler R. C., Scott J., Tylee A., *Leczenie farmakologiczne zaburzeń depresyjnych – Cz. III: Dane naukowe cd. Aktualizacja wytycznych British Association for Psychopharmacology z 2000 roku, opracowanych zgodnie z zasadami EBM*, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria" (2009) nr 6, s. 81–101.

Angst J., *Die larvierte Depression in transkultureller Sicht*, [w:] *Die larvierte Depression*, red. P. Kielholz, Bern–Stuttgart–Wien 1973, s. 276–281.

Antkowiak R., *Wprowadzenie do psychoterapii*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej" 2 (2009) nr 1, s. 15–22.

Araszkiewicz A., *Zaburzenia depresyjne i lękowe w podstawowej opiece zdrowotnej – rozpowszechnienie i diagnostyka*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 1 (2001) nr 1, s. 1–10.

Atkinson S., *Jak wydobyć się z depresji*, Warszawa 1995.

Aufauvre B. V. , *Depression and spiritual desolation*, „The Way" 42 (2003) no. 3, s. 47–56.

Augustyn J., *Artyści dusz,* „Charaktery" (2004) nr 12, s. 37–38.

Augustyn J., *Leczenie psychoterapii*, „Znak" 49 (1997) nr 10, s. 38–45.

Augustyn J., *Rozmowy o księżach, rodzinie i życiu duchowym*, Kraków 2010.

Augustyn J., Jedliński K., Santorski J., *Terapia a duszpasterstwo*, Kraków 1995.

Autton N., *Żyją wśród nas. Opieka duszpasterska nad osobami z zaburzeniami psychicznymi*, Warszawa 1981.

Ayen I., *Depressionen in Klimakterium: eine Evaluationsstudie*, Tübingen 2002.

B. a., *Nerwice – depresje – lęki*, Kraków 1995.

Badura-Madej W., *Psychologiczne problemy okresu adolescencji*, [w:] *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*, red. M. Orwid, Warszawa 1981, s. 53–66.

Badura-Madej W., Orwid M., *Czynniki patogenne w zaburzeniach psychicznych u młodzieży*, [w:] *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*, red. M. Orwid, Warszawa 1981, s. 81–92.

Badura-Madej W., Orwid M., *Problemy normy i patologii w psychiatrii młodzieżowej*, [w:] *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*, red. M. Orwid, Warszawa 1981, s. 67–80.

Baker M. W., *Jezus. Największy terapeuta wszechczasów. Psychologiczne przesłanie Ewangelii*, Warszawa 2010.

Baldvin D. S, Hirschfeld R. M. A., *Depresja*, Gdańsk 2001.

Baldvin D. S., Sally C. T., *Depresja a zaburzenia seksualne*, Gdańsk 2000.

Balon R., *Depresja, leki przeciwdepresyjne a seksualność człowieka*, „Psychiatria po Dyplomie" 4 (2007) nr 6, s. 9–17.

Balon R., *Pomyślmy o starszych lekach przeciwdepresyjnych. Dlaczego staramy się ich pozbyć*, „Psychiatria po Dyplomie" 4 (2007) nr 5, s. 69–76.

Bałus W., *Acedia i jej następstwa*, „Znak" 44 (1992) nr 9, s. 72–80.

Bałus W., *Melancholia a nihilizm*, „Znak" 46 (1994) nr 6, s. 67–75.

Bałus W., *Mundus melancholicus: melancholiczny świat w zwierciadle sztuki*, Kraków 1996.

Banasiak-Parzych B., *Depresja poporodowa. Kobieta, małżeństwo, rodzina*, Warszawa 2008.

Banasiak-Parzych B., *Depresja poporodowa. Przyczyny, skutki, zapobieganie*, Warszawa 2007.

Banasiak-Parzych B., *Smutne mamy*, „Charaktery" (2005) nr 5, s. 53–55.

Banaś A., Wichowicz H., Gałuszko M., Jakuszowiak K., *Współchorobowość somatyczna w zaburzeniach depresyjnych*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 5 (2005) nr 2, s. 69–73.

Baranowski P., *Farmakoterapia zaburzenia depresyjno-lękowego mieszanego*, [w:] *Zespoły lękowo-depresyjne: patogeneza, obraz kliniczny i leczenie*, red. K. Małyszczak, T. Pawłowski, Wrocław 2007, s. 139–151.

Barbaro B. de, *Dzieje terapeuty rodzinnego. Od sędziego poprzez eksperta do uczestnika dialogu*, „Znak" 49 (1970) nr 10, s. 28–37.

Barbaro B. de, *Kontekst religijny-duchowość a psychiatria*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 702–712.

Barbaro B. de, *Najlepiej: pomoc równoległa*, „Więź" (2004) nr 2, s. 21–22.

Barbaro B. de, *Podstawy psychoterapii*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, Warszawa 2011, s. 617–651.

Barbaro B. de, *Udręka i opętanie*, „Charaktery" (2002) nr 9, s. 10–15.

Barbaro B. de, Namysłowska I., *Terapia rodzinna*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t.3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 311–329.

Barczewska Z., *Psychologia lepszego życia [rozmowa z E. Trzebińską]*, „Charaktery" (2004) nr 6, s. 30–31.

Barczewska Z., *Wyuczona bezradność [rozmowa z G. Sędkiem]*, „Charaktery" (2003) nr 1, s. 26–27.

Barczyk E., *Depresja, zaburzenia lękowe oraz wzorce zachowań u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca*, Kraków 2006.

Bartoś T, *Spojrzenie wędrowca*, „Znak" 58 (2006) nr 4, s. 42–49.

Bastiaens L., Kennedy M., Trunzo A. C., *Leki przeciwdepresyjne a tendencje samobójcze de novo u dzieci i młodzieży leczonych w poradni zdrowia psychicznego*, „Psychiatria po Dyplomie" 4 (2007) nr 5, s. 77–81.

Beck A. T., *Kognitive Therapie der Depression*, München 1981.

Beck A. T., *Rozwój poznawczego modelu depresji i jego neurobiologiczne korelaty*, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria" (2010) nr 2, s. 17–28.

Becker H., *Depresja i choroby psychosomatyczne*, [w:] *Depresja. Ujęcie psychoanalityczne*, red. K. Walewska, J. Pawlik, Warszawa 1992, s. 218–231.

Benazzi F., *Zaburzenie dwubiegunowe typu II i depresja mieszana*, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria" (2008) nr 2, s. 13–28.

Berestecki P., *Historia mojego studiowania*, [w:] *Moja wędrówka. Refleksje studentów i wykładowców UJ o chorobie psychicznej i studiowaniu*, red. I. Białek, H. Kaszyński, M. Lupa, D. Nowak-Adamczyk, U. Szczocarz, Kraków 2010, s. 84–91.

Bereza B., *Trudne więzi z mężczyznami. Analiza kluczowych momentów psychoterapii pacjentki z rozpoznaną depresją*, [w:] *Psychospołeczne konteksty doświadczania straty*, red. S. Steuden, K. Janowski, Lublin 2009, s. 183–191.

Bereza J. M., *Medytacja to nasza inspiracja*, „Charaktery" (2006) nr 8, s. 80–81.

Beręsiewicz M., *Leki stosowane w profilaktyce chorób afektywnych*, [w:] *Leczenie depresji*, red. S. Pużyński, Warszawa 1992, s. 92–102.

Berlim M. T., Turecki G., *Depresja lekooporna – definicja, ocena i sposoby klasyfikacji. Przegląd aktualnych koncepcji*, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria" (2008) nr 3, s. 63–72.

Bernard S., *Zespół przewlekłego zmęczenia, objawy, leczenie, profilaktyka*, Warszawa 2006.

Berner P., Katschnig H., Pöldinger W., *Was verstehen die Psychiater unter „larvierter Depression"?*, [w:] *Die larvierte Depression*, Hrsg. P. Kielholz, Bern–Stuttgart–Wien 1973, s. 86–95.

Beszłej J. A., Grzesiak M., Chlebowska I., *Psychopatologia ogólna*, [w:] *Psychiatria. Wybrane zagadnienia*, red. A. Kiejna, K. Małyszczak, J. Mazurek, Wrocław 2006, s. 24–35.

Beyond the „baby blues". Postpartum depression is common and treatable, „Harvard Mental Heath Letter" 28 (2011) no. 3, s. 1–3.

Białecka B., *Psychologia a życie duchowe*, Poznań 2008.

Bidzian L., *Depresja psychotyczna – obraz kliniczny, rozpoznawanie, leczenie*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 4 (2004) nr 1, s. 21–26.

Bidzian L., *Depresyjne zaburzenia nastroju u osób w wieku podeszłym*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej" 1 (2008) nr 1, s. 1–11.

Biel S., *Trudności na modlitwie*, [w:] *Co zabrać ze sobą? Po trzecim tygodniu ćwiczeń duchownych*, red. J. Augustyn, Kraków 2011, s. 229–240.

Bielańska A., *Terapia poprzez działania kreatywne*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 361–365.

Bielawska-Batorowicz E., *Menopauza bez depresji*, „Charaktery" (2006) nr 3, s. 66–67.

Bielecki R., *Lenistwo*, „W Drodze" (2010) nr 3 (439), s. 70–76.

Bierkowska B., Rybakowski J., *Choroba afektywna dwubiegunowa z szybką zmianą faz*, „Psychiatria Polska" 28 (1994) nr 4, s. 443–454.

Biernacka D., *Dlaczego powinniśmy pracować*, „Dla Nas" (2009) nr 19, s. 6–7.

Biernacka E., *Kontrowersje wokół skuteczności psychoterapii*, „Medical Tribune" (2010) no. 13, s. 30.

Bilikiewicz A., *Diagnostyka psychiatryczna*, [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1., red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 399–412.

Bilikiewicz A., *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zagadnienia nazewnictwa*, [w:] *Psychiatria dla studentów medycyny. Podręcznik*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa 1992. 1998, s. 107–113.

Bilikiewicz A., *Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych (epidemiologia)*, [w:] *Psychiatria dla studentów medycyny. Podręcznik*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa 1992. 1998, s. 114–120.

Bilikiewicz A., *Starzenie się i zaburzenia psychiczne wieku podeszłego (problemy psychogeriatrii)*, [w:] *Psychiatria dla studentów medycyny. Podręcznik*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa 1992. 1998, s. 383–394.

Bilikiewicz A., *Zaburzenia psychiczne spowodowane chorobą somatyczną*, [w:] *Psychiatria dla studentów medycyny. Podręcznik*, red. A. Bilikiweicz, Warszawa 1992. 1998, s. 202–215.

Bilikiewicz A., *Zaburzenia reaktywne*, [w:] *Psychiatria dla studentów medycyny. Podręcznik*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa 1992. 1998, s. 308–313.

Bilikiewicz A., *Zakres psychiatrii oraz jej miejsce w kulturze i wśród innych dyscyplin nauki*, [w:] *Psychiatria dla studentów medycyny. Podręcznik*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa 1992. 1998, s. 15–22.

Bilikiewicz A., Landowski J., Radziwiłłowicz P., *Psychiatria. Repetytorium*, Warszawa 1999. 2003.

Bilikiewicz A., Pużyński S., *Somatoterapia zaburzeń psychicznych*, [w:], *Psychiatria dla studentów medycyny. Podręcznik*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa 1992. 1998, s. 395–436.

Bilikiewicz A., Wciórka J., Rybakowski J., Pużyński S., *Psychiatria*, t. 3, Wrocław 2003.

Birkmayer W., Neumayer E., Riederer P., *Die larvierte depression beim alten Menschen*, [w:] *Die larvierte Depression*, Hrsg. P. Kielholz, Bern–Stuttgart–Wien 1973, s. 165–172.

Bischkopf J., *Jak żyć z osobami cierpiącymi na depresję*, Kraków 2006.

Blaut A., *Uwaga selektywna i pamięć krótkotrwała w depresji klinicznej*, „Studia Psychologiczne" 41 (2003), z. 1, s. 89–106.

Blazer D. G., *Epidemiologia psychiatryczna*, [w:] *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu*, red. M. H. Ebert, B. Nurcombe, P. T. Loosen, J. F. Leckman, t. 1, Lublin 2011, s. 7–14.

Bless H., *Zarys psychiatrii duszpasterskiej*, Warszawa 1980.

Blöschl L., *Dysfunkcje interpersonalne a stany depresyjne u dzieci i młodzieży*, [w:] *Prace Psychologiczne VI. Wybrane materiały z Międzynarodowej konferencji „Dzieci i młodzież a problemy współczesnego życia – perspektywa psychologiczna. Kraków, maj 1994*, red. W. Pilecka, W. Czajkowski, Kraków 1997, s. 159–166.

Błaszczuk I., *Konceptualizacja depresji poznawczo-behawioralnej*, [w:] *Od depresji: wybrane materiały z konferencji „Od depresji do pokoju ducha" zorganizowanej przez Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich, Warszawa–Konstancin 20–22.04.2007*, red. S. Tokarski, Płock 2009, s. 45–54.

Bogdanowicz E., Kalinowski A., *Terapia depresji lekoopornych*, [w:] *Leczenie depresji*, red. S. Pużyński, Warszawa 1992, s. 116–135.

Bomba J., *Biologiczne problemy okresu dojrzewania i ich psychiczne następstwa*, [w:] *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*, red. M. Orwid, Warszawa 1981, s. 38–53.

Bomba J., *Depresja młodzieńcza*, [w:] *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*, red. M. Orwid, Warszawa 1981, s. 119–138.

Bomba J., *Kwestia zła w psychiatrii*, „Horyzonty Wychowania" (2005) nr 4 (7), s. 101–113.

Bomba J., *O niektórych zagrożeniach psychoterapii. Między deontologią, ideologią a scjentyzmem*, „Znak" 49 (1997) nr 10, s. 12–27.

Bomba J., *Rodzina w dzisiejszej Polsce. Spojrzenie psychiatry*, „Znak" 57 (2005) nr 2, s. 15–20.

Bomba J., *Są takie książki, do których chcemy wracać*, [w:] *Melancholia*, A. Kępiński, Kraków 2001, s. 344–346.

Bomba J., *Stulecie psychoterapii*, „Charaktery" (2000) nr 6, s. 12–16.

Bomba J., Jaklewicz H., *Dynamika depresji u dzieci. Badania longitudinalne*, „Psychiatria Polska" 28 (1994) nr 5, s. 523–534.

Bomba J., Jaklewicz H., *Wpływ czynników biologicznych i rodzinnych na przewlekłe utrzymywanie się depresji u dzieci. Badania longitudinalne*, „Psychiatria Polska" 29 (1995) nr 2, s. 161–173.

Bomba J., Mamrot E., *Problemy epidemiologii zaburzeń psychicznych u młodzieży*, [w:] *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*, red. M. Orwid, Warszawa 1981, s. 92–105.

Boniecki A., *Sakrament, nie psychoterapia*, „Znak" 24 (1972) nr 5, s. 657–659.

Bonowicz W., Dębiec J., *Musimy stać po stronie wszystkich. Z profesor Marią Orwid o etyce w psychoterapii rozmawiają Wojciech Bonowicz i Jacek Dębiec*, „Znak" 49 (1997) nr 10, s. 4–11.

Bonowicz W., Dębiec J., *Polowanie na idee. Spowiedź i psychoterapia [rozmowa z B. de Barbaro, ks. J. Tischnerem, J. Bombą i M. Pilśniakiem OP]*, „Znak" 49 (1997) nr 10, s. 46–59.

Bouras N., Holt G., *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania u osób niepełnosprawnych intelektualnie*, Wrocław 2010.

Borkowska A., *Ocena neuropsychologiczna*, [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 487–499.

Borkowska A., *Zaburzenia funkcji poznawczych w chorobach psychicznych*, Kraków 2005.

Borkowska A., *Znaczenie zaburzeń funkcji poznawczych i możliwości ich oceny w chorobach psychicznych*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej" 2 (2009) nr 1, s. 30–40.

Borowiec A., *Wpływ lęku i depresji na niektóre elementy struktury „modelu drugiej osoby"*, [w:] *Wpływ lęku i depresji na funkcjonowanie psychospołeczne studentów*, red. B. Grochmal-Bach, Kraków 1996, s. 46–58.

Borri A., *Drogi wyjścia z depresji. Czyli jak odzyskać wiarę we własne siły*, Kielce 2006.

Borzucka-Sitkiewicz K., *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia*, Kraków 2006.

Bosacka K., Zagórski S., *Polka na prochach [rozmowa z M. Myszką i M. Połeć]*, „Wysokie Obcasy" (2007) nr 8, s. 28–32.

Bratkiewicz A., Lis-Turlejska M., *Depresja po traumie. Porównanie przebiegu depresji u pacjentów o zróżnicowanym stopniu ekspozycji na traumę*, „Studia Psychologiczne" 43 (2005) z. 4, s. 23–35.

Brent D. A., Pan L., *Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży*, [w:] *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu*, t. 1, red. M. H. Ebert, B. Nurcombe, P. T. Loosen, J. F. Leckman, Lublin 2011, s. 265–270.

Brent D. A., Pan R. J., *Zaburzenia dwubiegunowe*, [w:] *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu*, t. 1, red. M. H. Ebert, B. Nurcombe, P. T. Loosen, J. F. Leckman, Lublin 2011, s. 271–276.

Brodniak W. A., *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*, Warszawa 2000.

Brodniak W. A., *Podstawy socjologiczne współczesnej psychiatrii*, [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 276–293.

Brodniak W. A., Stańczak T., *Rodzina chorego w środowisku społecznym*, [w:] *Społeczne problemy leczenia zaburzeń psychicznych*, red. W. Brodniak, Warszawa 1985, s. 42–48.

Breen R., McCormac J., *Nowe spojrzenie na leczenie depresji. Jak wybrać i jak stosować nowe leki przeciwdepresyjne*, „Medycyna po Dyplomie" 12 (2003) nr 2, s. 48–59.

Brofsky G. L., *Diagnoza zdrowia i rozwoju psychicznego*, [w:] *Zdrowie psychiczne*, red. K. Dąbrowski, Warszawa 1979, s. 129–151.

Bronowski P., *Oparcie społeczne*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 610–614.

Bronowski P., Sawicka M., *Specjalistyczne usługi opiekuńcze jako instrument kompensowania sieci społecznych osób chorych psychicznie*, „Psychiatria Polska" 45 (2011) nr 3, s. 391–403.

Brzezicka-Rotkiewicz A., *Rola lęku i myśli automatycznych w kształtowaniu zaburzeń poznawczych w depresji*, „Studia Psychologiczne" 45 (2007) z. 1, s. 33–42.

Brzezicka-Rotkiewicz A., Sędek G., *Zaburzenia funkcjonowania pamięci operacyjnej w depresji subklinicznej: metodyka poznawczej psychofizyki*, „Studia Psychologiczne" 41 (2003) z. 1, s. 61–87.

Brzezicka A., Kamiński J., *Neurony do szczęścia potrzebne*, „Charaktery" (2010) nr 7, s. 64–68.

Brzoza I., Steciwko A., *Problem występowania lęku i depresji wśród leczonych chorych – wpływ różnych sytuacji klinicznych. Rola i znaczenie pielęgniarki w procesie diagnostyki i leczenia*, [w:] *Pielęgnacyjne i kliniczne aspekty opieki nad chorymi. Wybrane zagadnienia*, t. 1, red. A. Steciwko, M. Wojtal, D. Żurawicka, Wrocław 2008, s. 63–67.

Buijssen H., *Depresja. Poradnik dla przyjaciół i rodziny*, Kraków 2012.

Buksik D., *Zagadnienie sumienia*, [w:] *Podstawowe zagadnienia psychologii religii*, red. S. Głaz, Kraków 2006, s. 293–316.

Bunda M., *Człowiek w martwym polu*, „Polityka" (2006) nr 26, s. 88–89.

Bunda M., *Dialog gulgoczących indorów. Rozmowa z prof. Bohdanem Wasilewskim, psychiatrą, o tym na co chorujemy jako społeczeństw*o, „Polityka" (2006) nr 44, s. 36–39.

Bunda M., *Najzwyklejsza depresja*, „Polityka" (2007) nr 43, s. 40–43.

Bunge G., *Acedia. Duchowa depresja. Nauka duchowa Ewagriusza z Pontu o acedii*, Kraków 2007.

Burns D. D., *Radość życia: terapia zaburzeń nastroju*, Poznań 2005.

Brzezicka-Rotkiewicz A., *Komórki smutne i szare*, „Polityka" (2006) nr 254, s. 86–87.

Bzinkowska D., *Psychoterapia jako metoda leczenia depresji*, [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza rodzinnego*, red. T. J. Parnowski, Ł. Święcicki, Warszawa 2007, s. 131–142.

Byra K., *Mieszkanie chronione dla osób chorujących psychicznie jako forma rehabilitacji, wsparcia i rozwoju*, „Rodziny" (2008) nr 3, s. 10.

Bzinkowska D., *Zaburzenia funkcji poznawczych i metody ich oceny w chorobach afektywnych. Przegląd piśmiennictwa*, „Psychiatria po Dyplomie" (2008) nr 6, s. 82–85.

Cabezas D., *L'accueil des personnes dépressives en milieu médical et hospitalier*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 335–345.

Callahan R., McDonnell R., *Modlitwy na depresję: terapia duchowością*, Warszawa 2005.

Canzler P., *Depresja analityka w relacji terapeutycznej*, [w:] *Depresja. Ujęcie psychoanalityczne*, red. K. Walewska, J. Pawlik, Warszawa 1992, s. 138–168.

Carr A., *Depresja i próby samobójcze wśród młodzieży. Sposoby przeciwdziałania i reagowania*, Gdańsk 2008.

Carr C., *Życie w cieniu depresji*, Gliwice 2008.

Carson R., Butcher J. N., Mineka S., *Psychologia zaburzeń. Człowiek we współczesnym świecie*, t. 1, Gdańsk 2011.

Carson R., Butcher J. N., Mineka S., *Psychologia zaburzeń. Człowiek we współczesnym świecie*, t. 2, Gdańsk 2011.

Casalone P. C., *Dépression, références morales subjectives et objectives. Réflexion de théologie morale*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 221–233.

Catalan J-F., *Depresja a życie duchowe*, Kraków 2002.

Cathcart F., *Cierpienie psychiczne chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową*, „Medycyna po Dyplomie" 16 (2007) nr 1, s. 28–30.

Cave S., *Terapie zaburzeń psychicznych*, Gdańsk 2005.

Cechnicki A., *Rehabilitacja*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 345–358.

Cechnicki A., *Wspieranie, (samo)pomoc, umacnianie: nowe role osób chorujących psychicznie w psychiatrii*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 380–384.

Cedro A., *Gdy światło nie rozjaśnia, a świat nie ma barw*, „Charaktery" (2002) nr 11, s. 15–17.

Cedro A., *Leczenie depresji*, „Charaktery" (2003) nr 1, s. 40.

Cekiera Cz., *Poradnictwo religijne w duszpasterstwie*, [w:] *Podstawowe zagadnienia z psychologii religii*, red. S. Głaz, Kraków 2006, s. 448–476.

Cerańska-Goszczyńska H., Maj-Pucek M., Oppenheim R., *Po porodzie…: karmienie piersią, powrót płodności, depresje i smutki poporodowe*, Gdańsk 1997.

Cervera-Enguix S., *La dépression entre le mal-être et la maladie*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 53–71.

Chabert M., *Le désert refleuria: itinéraire spiritual d'un temps de depression*, Lyon 1984.

Chapman A. H., *Leczenie zaburzeń emocjonalnych: podręcznik dla lekarza praktyka*, Warszawa 1973.

Chave-Jones M., *Jak sobie radzić z depresją. Przyczyny. Osoby podatne. Objawy. Co można zrobić? Jak pomóc innym?*, Warszawa 1993.

Chiles J., *Depresje nastolatków a narkotyki*, Warszawa 1994.

Chirpaz F., *Księga Hioba. Poemat o nadziei*, Poznań 1999.

Chładzińska-Kiejna S., Malyszczak K., *Kierunki teoretyczne w psychoterapii – podstawowe założenia, cele i techniki terapeutyczne*, [w:] *Psychiatria. Wybrane zagadnienia*, red. A. Kiejna, K. Małyszczak, J. Mazurek, Wrocław 2006, s. 145–158.

Chładzińska-Kiejna S., Małyszczak K., *Terapia psychodynamiczna, behawioralna i poznawcza*, [w:] *Psychiatria. Wybrane zagadnienia*, red. A. Kiejna, K. Małyszczak, J. Mazurek, Wrocław 2006, s. 159–172.

Chładzińska-Kiejna S., *Psychologiczne aspekty leczenia lęku i depresji*, [w:] *Zespoły lękowo-depresyjne: patogeneza, obraz kliniczny i leczenie*, red. K. Małyszczak, T. Pawłowski, Wrocław 2007, s. 125–138.

Chodkiewicz J., *Na początku była myśl*, „Charaktery" (2005) nr 6, s. 17–19.

Chodorowski Z., *Geriatria. Główne problemy kliniczne*, Gdynia 2006.

Chodorowski Z., *Geriatria. Postępy w diagnostyce i terapii*, Gdynia 2007.

Chomczyńska-Nowakowska M., *Psychoterapia czyli oswajanie demonów*, „Charaktery" (1997) nr 11, s. 49–50.

Chrzanowska A., *Lista przebojów zaburzeń*, „Charaktery" (2009) nr 10, s. 17–26.

Chrzanowska A., *Choroby czar [rozmowa z B. de Barbaro]*, „Charaktery" (2009) nr 10, s. 27–30.

Cichowicz S., *Zadatki nadziei*, „Znak" 43 (1991) nr 2, s. 88–95.

Ciałkowska M., Adamowski T., Kiejna A., *Rehabilitacja psychiatryczna w Polsce. Przegląd piśmiennictwa polskiego 1990–2007*, „Psychiatria Polska" 43 (2009) nr 3, s. 313–322.

Ciarrocchi J. W., Wicks R. J., *Psychoterapia duchownych i osób zakonnych*, Gdańsk 2008.

Cierpiałkowska L., *Koncepcje interakcyjne i systemowe oraz ich znaczenie dla psychologii klinicznej*, [w:] *Psychologia kliniczna*, t. 1, red. H. Sęk, Warszawa 2010, s. 132–152.

Cierpiałkowska L., *Współczesna psychoanaliza i jej znaczenie dla psychologii klinicznej*, [w:] *Psychologia kliniczna*, t. 1, red. H. Sęk, Warszawa 2010, s. 82–104.

Cierpiałkowska L., Czabała Cz., *Psychoterapia indywidualna i grupowa*, [w:] *Psychologia kliniczna*, t. 1, red. H. Sęk, Warszawa 2010, s. 267–298.

Cierpiałkowska L., Sęk H., *Psychologia kliniczna i psychopatologia – wzajemne zależności*, [w:] *Psychologia kliniczna*, t. 1, red. H. Sęk, Warszawa 2010, s. 65–81.

Ciupak A., Czerniakiewicz A., Marmurowska-Michałowska H., Perzyński J., Wójcicka A., *Poziom depresji w ocenie chorych i terapeutów*, [w:] *Pamiętnik Siódmych Gdańskich Dni Lecznictwa Psychiatrycznego: Jurata, 24–25.09.1993 r.*, red. P. Gałuszko, Z. Nowicki, Gdańsk 1993, s. 117–123.

Ciupak A., *Z badań nad zmianą obrazu siebie pacjentów depresyjnych w przebiegu leczenia zabiegami elektrycznymi*, [w:] *Pamiętnik Siódmych Gdańskich Dni Lecznictwa Psychiatrycznego: Jurata 24–25.09.1993 r.*, red. P. Gałuszko, Z. Nowicki, Gdańsk 1993, s. 105–112.

Cisło M., *Synodalne przesłanie nadziei. Ogólnokościelny synod biskupów 2001*, [w:] *Nadzieja chrześcijańska a nadzieje ludzkie*, red. J. Nagórny, M. Pokrwka, Lublin 2003, s. 19–29.

Clayton A. H., Favit A., *Trudności w leczeniu depresji: dysfunkcje seksualne i przyrost masy ciała*, „Psychiatria po Dyplomie" 5 (2008) nr 1, s. 74–84.

Cófreces Merino E., García de Haro R., *Teologia moralna fundamentalna*, Kraków 2004.

Colbert D., *Biblia leczy. Depresja i lęk*, Kraków 2007.

Collados Zorraquino J., *Depresja u dzieci i młodzieży*, Kraków 2002.

Combs H., Romm S., *Samobójstwa na oddziałach psychiatrycznych: przegląd piśmiennictwa*, „Psychiatria po Dyplomie" 5 (2008) nr 4, s. 20–27.

Copeland M. E., *Jak wygrać z depresją?* , Gliwice 2007.

Cuijpers P., Schoevers R. A., *Przegląd czynników odpowiedzialnych za zwiększoną umieralność chorych na depresję*, „Medycyna po Dyplomie" 14 (2005) nr 11, s. 169–176.

Crocco E. A., Loevenstein D. A., *Aspekty psychiatryczne łagodnych zaburzeń poznawczych*, „Medycyna po Dyplomie" 14 (2005) nr 12, s. 142–148.

Cwynar S., *Postępowanie lekarza niepsychiatry w kontaktach z psychicznie chorymi*, [w:] *Podstawy psychiatrii: podręcznik dla studentów*, red. M. Jarosz, Warszawa 1988, s. 316–322.

Cyrzan H., *Samobójstwo w świętych księgach i tradycji judaizmu, chrześcijaństwa i islamu*, „Przegląd Religioznawczy" (2000) nr 3 (197), s. 113–126.

Czabała J. Cz., *Ankieta „Znaku". Spotkanie chorego*, „Znak" 49 (1997) nr 10, s. 60–65.

Czabała J. Cz., *Czynniki leczące w psychoterapii*, Warszawa 1997.

Czabała J. Cz., *Podstawy psychologiczne współczesnej psychiatrii*, [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 253–257.

Czabała J. Cz., *Wprowadzenie*, [w:] *Zdrowie psychiczne: zagrożenia i promocja*, red. J. Cz. Czabała, Warszawa 2000, s. 5–7.

Czabała J. Cz., *Zdrowie psychiczne: definicje, wskaźniki, determinanty, zagrożenia, promocja*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 575–585.

Czabański A., *Brak zaufania a samobójstwo*, „Zeszyty Karmelitańskie" (2009) nr 1, s. 53–55.

Czabański A., *Samobójstwo – ucieczka ze społeczeństwa*, „Zeszyty Karmelitańskie" (2006) nr 2, s. 55–59.

Czajkowska A., Czajkowski W., *Osobowościowe a aksjologiczne determinanty zachowań studentów. Lęk i depresja jako miary adaptacji – w kierunku interpretacji fenomenologiczno-egzystencjalnej*, [w:] *Wpływ lęku i depresji na funkcjonowanie psychospołeczne studentów*, red. B. Grochmal-Bach, Kraków 1996, s. 36–45.

Czajkowska-Majewska D., *Całun na duszy*, „Polityka" (1999) nr 22, s. 73–76.

Czajkowski W., *Empiryczna interpretacja lęku, depresji i aksjologicznych uwarunkowań zachowania studentów*, [w:] *Prace Psychologiczne VI. Wybrane materiały z Międzynarodowej konferencji „Dzieci i młodzież a problemy współczesnego życia – perspektywa psychologiczna. Kraków maj 1994*, red. W. Pilecka, W. Czajkowski, Kraków 1997, s. 223–232.

Czapliński J., *Czy ciastko truje duszę*, „Charaktery" (2002) nr 11, s. 10–14.

Czapliński J., *Niekliniczne wskaźniki zdrowia psychicznego Polaków. Identyfikacja społecznych grup podwyższonego ryzyka*, [w:] *Zdrowie psychiczne, zagrożenia i promocja*, red. J. Cz. Czabała, Warszawa 2000, s. 231–296.

Czapliński J., *Szczęśliwym chce się bardziej*, „Charaktery" (2004) nr 8, s. 44–46.

Czarnecki D., Ziółkowski M., Łangowska-Grodzka B., Augustyńska B., Opozda K., Markowska A., *Dieta w leczeniu pacjentów z zaburzeniami zdrowia psychicznego*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 7 (2007) nr 3, s. 137–140.

Czerniakiewicz A., *Komentarz do artykułu „Wytyczne rozpoznawania, postępowania i leczenia depresji u młodzieży w ramach podstawowej opieki zdrowotnej"*, „Standardy Medyczne. Pediatria", (2008) nr 4, s. 438.

Czerniakiewicz A., *Zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, Warszawa 2011, s. 270–287.

Ćmiel H., *Teologia moralna szczegółowa*, Częstochowa 2005.

Danilewicz J., *Kochani, dopuszczam się przestępstwa*, „Polityka" (2009) nr 29, s. 26–27.

Daniluk J., Borkowska A., *Zaburzenia funkcji poznawczych i depresja w chorobie Alzheimera, zagadnienia neurobiologiczne*, „Psychiatria" 5 (2008) nr 2, s. 43–50.

Danneels G., *Nadzieja. Społeczeństwo dotknięte depresją*, Kielce 2007.

Datka W., Siwek M., *Najgorsze rozwiązanie. Problematyka samobójstw*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 149–158.

Datka W., Siwek M., *Nowe eksperymentalne metody leczenia*, [w:] *Depresja. Wiedzieć aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 189–192.

Dattilio F. M., Padesky Ch. A., *Terapia poznawcza par małżeńskich*, Kraków 1999.

Dąbkowska M., Kasperowicz-Dąbroiecka A., *Ocena funkcji seksualnych u kobiet leczonych z powodu depresji*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 3 (2003) nr 1, s. 39–42.

Dąbrowski K., *Higiena psychiczna i jej stosunek do nauk pokrewnych*, [w:] *Zdrowie psychiczne*, red. K. Dąbrowski, Warszawa 1979, s. 36–45.

Dąbrowski K., *Co to jest zdrowie psychiczne?*, [w:] *Zdrowie psychiczne*, red. K. Dąbrowski, Warszawa 1979, s. 7–35.

Debattista Ch., Lembke A., *Duża depresja z objawami psychotycznymi: objawy i optymalne postępowanie terapeutyczne*, „Psychiatria po Dyplomie" 5 (2008) nr 6, s. 57–63.

Dejesus R. S., Vickers K. S., Melin G. J., Williams M. D., *Rozpoznawanie depresji i monitorowanie skuteczności leczenia na podstawie Patient Health Questionnaire – 9*, „Medycyna po Dyplomie" 17 (2008) nr 9, s. 113–122.

Demel H., *Das Krankheitsbild der larvierten depression aus praktisch-sozialpsychiatrischer Sicht*, [w:] *Die larvierte Depression*, Hrsg. P. Kielholz, Bern–Stuttgart–Wien 1973, s. 254–258.

Depresja, [w:] *Słownik psychologii*, A. S. Reber, E. S. Reber, Warszawa 2002, s. 137.

Depresja a aktywność fizyczna, [w:] *Leksykon manii i depresji*, J. Rybakowski, J. Jaracz, Poznań 2010, s. 25.

Depresja a żałoba, [w:] *Leksykon manii i depresji*, J. Rybakowski, J. Jaracz, Poznań 2010, s. 26.

Deprimo, [w:] *Słownik łacińsko-polski*, red. K. Kumaniecki, Warszawa 1957, s. 153.

Derdziuk A., *Nadzieja jako owoc głoszenia miłosierdzia*, [w:] *Nadzieja chrześcijańska a nadzieje ludzkie*, red. J. Nagorny, M. Pokrwka, Lublin 2003, s. 167–186.

Deriu F., Cabezas D., Merola R., *Résultats d'une enquête sur la saté mentale et recherches sur la dépression*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 179–193.

Detlef E. D., Neumann B., *Depresja nie jest przeznaczeniem*, Kraków 2007.

Dhossche D. M., *Najnowsze dane dotyczące toksykologii samobójstw*, „Psychiatria po Dyplomie" (2008) nr 4, s. 11–17.

Dias I., *Foi chrétienne et confiance en la vie. Perspective pastorale*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 361–378.

Dobrzyńska E., Cesarz H., Rymaszewska J., Kejna A., *Muzykoterapia*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 6 (2006) nr 2, s. 84–88.

Dodge K. A., *Psychologiczne koncepcje rozwojowe*, [w:] *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu*, t. 1, red. M. H. Ebert, B. Nurcombe, P. T. Loosen, J. F. Leckman, Lublin 2011, s. 119–137.

Dojka E., *Związek pomiędzy depresją a czynnikami ryzyka choroby niedokrwiennej serca u mężczyzn i u kobiet w wieku 45–64 lat w populacji Krakowa*, Kraków [2004].

Dorociak A. Ch., *Współcierpienie jako chrześcijańska postawa wobec człowieka cierpiącego*, [w:] *Problemy zdrowia psychicznego. Ewaluacja kształcenia pielęgniarek i położnych*, red. M. Wojciechowska, Łódź 2010, s. 9–18.

Duda S., *Cierpienie przeciw pustce*, „W Drodze" (2007) nr 3, s. 4–14.

Dudek B., *Środowisko pracy jako potencjalne źródło zagrożenia dla zdrowia psychicznego*, [w:] *Zdrowie psychiczne: zagrożenia i promocja*, red. J. Cz. Czabała, Warszawa 2000, s. 144–168.

Dudek D., *Depresja w małżeństwie i rodzinie*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 121–124.

Dudek D., *Stres i depresja – próba integracji podejścia biologicznego i psychospołecznego*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 2 (2002) nr 1, s. 1–7.

Dudek D., *Rodzina w roli terapeuty*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 125–130.

Dudek D., *Spostrzeganie relacji małżeńskich przez pacjentów depresyjnych i ich współmałżonków w aspekcie stylu poznawczego*, Kraków 1997.

Dudek D., *Zaburzenia depresyjne i jakość życia u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca poddanych zabiegom przezskórnej angioplastyki wieńcowej*, Kraków 2005.

Dudek D., Jabłoński M., *Kiedy nieszczęścia chodzą parami. Depresja w chorobach somatycznych*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 75–107.

Dudek D., Sariusz-Skąpska M., *Psychoterapia depresji*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 203–229.

Dudek D., Siwek M., Grabski B., *Zaburzenia psychiczne w neurologii*, Poznań 2009.

Dudek D., Wróbel A., *Biologiczne podłoże depresji*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 109–113.

Dudek D., Wróbel A., *Drugi biegun. Choroba afektywna dwubiegunowa*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 41–50.

Dudek D., Zięba A., *Człowiek pogrążony w depresji. Objawy choroby*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 25–39.

Dudek D., Zięba A., *Klasyfikacja zaburzeń depresyjnych*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 21–24.

Dudek D., Zięba A., *Wstęp*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 9–11.

Dudek D., Zięba A., Siwek M., Wróbel A., *Depresja*, [w:] *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, red. T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, Gdańsk 2006, s. 108–112.

Dudziak U., *Depresja – ujęcie integralne dla rodzin i duszpasterzy: epidemiologia, symptomatologia, etiologia oraz terapia zaburzeń depresyjnych,* „Roczniki Teologiczne" 55 (2008) z. 10, s. 265–284.

Draguła A., *Duchowość karmi się psychiką*, „Więź" (2004) nr 2, s. 22–23.

Drozd K., Święcicki Ł., *Choroba afektywna sezonowa*, „Medycyna po Dyplomie" 23 (2014) nr 1 (214), s. 63–67.

Drozdowski P., *Indywidualna psychoanalityczna psychoterapia wglądowa. Prezentacja przypadku*, [w:] *Wprowadzenie do psychoterapii*, red. A. Kokoszka, P. Drozdowski, Kraków 1990, s. 105–134.

Drożdż A., *Człowiek człowiekowi. Teologia moralna szczegółowa. Część II*, Tarnów 2001.

Dryden W., Opie S., *Wygrać z depresją*, Kielce 2005.

Dydycz A., *Nadzieje Polaków dziś*, [w:] *Nadzieja chrześcijańska a nadzieje ludzkie*, red. J. Nagórny, M. Pokrywka, Lublin 2003, s. 31–49.

Dziewiecki M., *Antropologiczne podstawy poradnictwa psychologiczno-religijnego*, [w:] *Poradnictwo psychologiczno-religijne. Teoria i praktyka*, red. J. Makselon, Kraków 2001, s. 11–26.

Dziewiecki M., *Człowiek w obliczu sumienia*, [w:] *Wyznawać wiarę dzisiaj. Katecheza dorosłych na podstawie Katechizmu Kościoła katolickiego*, red. S. Łabędwicz, Sandomierz 1999, s. 514–521.

Dziewiecki M., *Między rozpaczą a zawierzeniem*, „Katecheta" 45 (2001) nr 9 (268), s. 54–58.

Dziewiecki M., *Moralny wymiar ludzkiego działania: być człowiekiem to być odpowiedzialnym,* [w:] *Wyznawać wiarę dzisiaj. Katecheza dorosłych na podstawie Katechizmu Kościoła katolickiego*, red. S. Łabędwicz, Sandomierz 1999, s. 483–489.

Ederer E., *Rola psychospołecznej zależności, społecznego wsparcia i społecznego stresu w psychicznym funkcjonowaniu (na przykładzie dziewcząt w wieku dorastania)*, [w:] *Prace Psychologiczne VI. Wybrane materiały z Międzynarodowej konferencji „Dzieci i młodzież a problemy współczesnego życia – perspektywa psychologiczna. Kraków, maj 1994*, red. W. Pilecka, W. Czajkowski, Kraków 1997, s. 177–188.

Edwards V., *Depresja. Jak ją rozpoznać, jak pokonać*, Warszawa 2004.

Eichelberger W., *O współczesnych demonach*, „Charaktery" (2000) nr 12, s. 18–19.

Eichelberger W., *Różnica jako nadzieja*, „Więź" (2009) nr 4, s. 53.

Eisele H., *Kobiety po czterdziestce: problemy wieku przejściowego*, Wrocław 1999.

Ellgring H., *Nonverbal communication in depression*, Cambridge 1989.

Ellis A., *Terapia krótkoterminowa – lepiej, głębiej, trwalej*, Gdańsk 1999.

Entrena Jimenez M. S., *Jak pomagać przygnębionym?*, Kraków 2002.

Ernst E., Pittler M. H., Wider B., *Terapie uzupełniające w leczeniu bólu*, Wrocław 2010.

Etiologia, [w:] *Mała encyklopedia medycyny*, t. 1, red. T. Rożniatowski, Warszawa1989, s. 299.

Evans D., *Emocje: naukowo o uczuciach*, Poznań 2002.

Fajkowska-Stanik M., *W świetle nadziei [rozmowa z ks. J. Pałygą]*, „Charaktery" (2004) nr 1, s. 53–54.

Fajkowska-Stanik M., *Właściciele nastroju*, „Charaktery" (2004) nr 10, s. 16–17.

Fajkowska-Stanik M., Marszał-Wiśniewska M., *Depresja i emocje: ujęcie transakcyjne*, „Studia Psychologiczne" 41 (2003) z. 1, s. 107–132.

Falk W., *Die larviete Depression in der täglichen Praxis*, [w:] *Die larvierte Depression*, Hrsg. P. Kielholz, Bern–Stuttgart–Wien 1973, s. 246–249.

Falvo S., *Jak zwyciężyć depresję*, Łódź 2000.

Faust E., Faust V., *Kleines Wörterbuch der wichtigsten Depressionsbegriffe*, Ravensburg 1987.

Fedeli M., *Temperamenty, charaktery, osobowości*, Kraków 2003.

Fennel M. J. V., *Depresja*, [w:] *Depresja, esencja i ciało*, red. J. Santorski, Warszawa 1992, s. 95–132.

Fernandez E., *Anxiety, depression and anger in pain: research findings and clinical options*, Dallas 2002.

Fijewski P., *Dobry Dawca*, „Charaktery" (2004) nr 11, s. 16–17.

Fijewski P., *Drzwi trzeba zamknąć*, „Charaktery" (2000) nr 6, s. 17.

Fijewski P., *Bez dobrego dawcy*, „Więź" (2003) nr 8–9, s. 43–46.

Filek J., *Filozofowanie pośród cierpienia*, „Znak" 48 (1996) nr 6, s. 82–98.

Florek-Moskal M., *Terapia na haju. Środki halucynogenne leczą depresję*, „Wprost" (2007) nr 8, s. 84–87.

Folks D. G., *Powiązania między zaburzeniami psychicznymi a zespołem jelita drażliwego*, „Medycyna po Dyplomie" 15 (2006) nr 4, s. 194–200.

Folta-Parnowska I., *Dynamika stanów depresyjnych w ujęciu A. Lowena*, [w:] *Depresja, esencja i ciało*, red. J. Santorski, Warszawa 1992, s. 23–30.

Forster D., [w:] *Promocja zdrowia dla wszystkich*, red. S. Pike, D. Forster, Lublin 1998, s. 49–64.

Forte B., *Ewangelia cierpień*, [w:] *Co zabrać ze sobą? Po trzecim tygodniu ćwiczeń duchownych*, red. J. Augustyn, Kraków 2011, s. 57–67.

Fortuna D., *Założenia terapii rodzinnej i małżeńskiej*, [w:] *Wprowadzenie do psychoterapii*, red. A. Kokoszka, P. Drozdowski, Kraków 1990, s. 236–275.

Fox-Spencer R., *Depresja*, Gliwice 2007.

Francis-Cheung T., Grey R., *Mężczyzna w depresji. Co robić, kiedy bliski ci mężczyzna popadł w depresję? Jak pomóc jemu, jak pomóc sobie*, Warszawa 2004.

Frankel L. P., *Kobieta i depresja: jak dotrzeć do swojej wewnętrznej siły*, Gdańsk 2007.

Frankl V., *Homo patiens*, Warszawa 1976.

Freeman D.R., *Kryzys małżeński i psychoterapia*, Warszawa 1991.

Freud Z., *Żałoba i melancholia*, [w:] *Depresja. Ujęcie psychoanalityczne*, red. K. Walewska, J. Pawlik, Warszawa 1992, s. 28–41.

Frierson R. L., Melikan M., Wadman F. C., *Podstawy oceny ryzyka samobójstwa. Sposób przeprowadzania wywiadów i dobór metod leczenia*, „Medycyna po Dyplomie" 12 (2003) nr 3, s. 122–126.

Fries W., Liebenstund I., *Rehabilitacja w chorobie Parkinsona*, Kraków 2007.

Frydecka D., *Interaktywny model rozwoju depresji*, [w:] *Zespoły lękowo-depresyjne: patogeneza, obraz kliniczny i leczenie*, red. K. Małyszczak, T. Pawłowski, Wrocław 2007, s. 77–93.

Gacek M., *Diagnoza*, [w:] *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży. Perspektywa kliniczna*, red. W. Pilecka, Kraków 2011, s. 469–477.

Gadacz T., *Cierpienie i miłosierdzie. Pytania do Józefa Tischnera i Jana Pawła II*, „Znak" 58 (2006) nr 4, s. 21–35.

Galanter M., Glickman L., Dermatis H., Tracy K., McMahon C., *Znaczenie duchowości pacjentów w procesie leczenia*, „Psychiatria po Dyplomie" 6 (2009) nr 1, s. 28–35.

Galarowicz J., *Psychiatria fenomenologiczna, czyli sztuka rozumienia człowieka*, „Znak" 33 (1981) nr 4–5, s. 641–653.

Galińska E., *Muzykoterapia*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 365–376.

Galus K., *Geriatria. Wybrane zagadnienia*, Wrocław 2007.

Galve Moreno P. M., *Dépression et crise religieuse*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 93–103.

Gawryś C., *List do mojego psychoanalityka*, [w:] *Między konfesjonałem a kozetką*, red. K. Jabłońska, C. Gawryś, Warszawa 2010, s. 75–86.

Geisler L. S., *Larvierte Depressionen im internistischen Krankengut*, [w:] *Die larvierte Depression*, Hrsg. P. Kielholz, Bern–Stuttgart–Wien 1973, s. 224–231.

Ghaemi S. N., *Hipokrates i Prozac: kontrowersje związane ze stosowaniem leków przeciwdepresyjnych w terapii zaburzenia afektywnego dwubiegunowego*, „Psychiatria po Dyplomie" 4 (2007) nr 3, s. 45–56.

Ghoge H., Sharma S., Sonawalla S., Parikh R., *Zaburzenia krążenia mózgowego a depresja*, „Medycyna po Dyplomie" 13 (2004) nr 3, s. 129–140.

Gietka E., *Towarzystwa wzajemnej akceptacji*, „Polityka" (2007) nr 8, s. 6–13.

Gilbert P., *Przezwyciężanie depresji. Przewodnik samopomocy w oparciu o techniki poznawczo-behawioralne*, Gdynia 2010.

Gitlin M., *Następstwa tragedii – reakcja psychiatry na samobójstwo pacjenta*, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria" (2008) nr 3, s. 41–46.

Głaz S., *Logoterapia i religia*, [w:] *Podstawowe zagadnienia z psychologii religii*, red. S. Głaz, Kraków 2006, s. 477–489.

Głaz S., *Sens życia a religia. Wymiary filozoficzno-psychologiczne*, Poznań 2006.

Głód F., *Kryzys religijny*, [w:] *Podstawowe zagadnienia psychologii religii*, red. S. Głaz, Kraków 2006, s. 179–200.

Gmitrzak D., *Niedźwiedzi sen*, „Focus" (2005) nr 1, s. 18–20.

Gmitrowicz A., *Problematyka samobójstw*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, Warszawa 2011, s. 197–220.

Godzińska B., *Rzeka smutku*, „Charaktery" (2001) nr 2, s. 57.

Gogola J. W., *Teologia komunii z Bogiem*, Kraków 2003.

Golan Z., *Pojęcie religijności*, [w:] *Podstawowe zagadnienia psychologii religii*, red. S. Głaz, Kraków 2006, s. 71–79.

Golczyńska M., *Depresja – granice zdrowia i choroby*, [w:] *Od depresji: wybrane materiały z konferencji „Od depresji do pokoju ducha" zorganizowanej przez Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich, Warszawa–Konstancin 20–22.04.2007*, red. S. Tokarski, Płock 2009, s. 21–34.

Golczyńska M., *Pracować w zespole*, „Więź" (2004) nr 2, s. 23–24.

Goodman R., Scott S., *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Wrocław 2000.

Gordesch J., Katschnig H., Pöldinger W., Sint P., *Zur Korrelierung psychischer und somatischer Symptome bei Depressionen*, [w:] *Die larvierte Depression*, Hrsg. P. Kielholz, Bern–Stuttgart–Wien 1973, s. 131–138.

Gos T., *Samobójstwo a depresja w świetle ilościowych badań neurohistologicznych mózgu*, Gdańsk 2007.

Góralczyk P., *Rozpacz, obawa, depresja…choroba czy grzechy?*, „Communio" 17 (1997) nr 4 (100), s. 96–109.

Górecki P., *Magnes w mózgu. Pole elektromagnetyczne pomaga leczyć depresję*, „Wprost" (2001) nr 27, s. 82–83.

Górka Z., *Znaczenie chronobiologii dla badań nad lekami przeciwdepresyjnymi i depresją*, Kraków 1993.

Grabowski M., *Wina i sumienie*, „Znak" 48 (1996) nr 7 (494), s. 73–87.

Grabski B., Dudek D., *Współwystępowanie zaburzeń psychicznych a choroba afektywna dwubiegunowa*, Kraków 2007.

Granet R., Levinson R. K., *A jeśli to… depresja*, Warszawa 1999.

Greszta E., *Depresja wieku dorastania. Zachowania rodziców jako czynnik ochronny lub czynnik ryzyka depresji u dorastających dzieci*, Warszawa 2006.

Griffith J.L., Griffith M. E., *Odkrywanie duchowości w psychoterapii*, Kraków 2008.

Grochmal-Bach B., Czajkowski W., Pulak I., *Lękowe i depresyjne determinanty poczucia sensu życia*, [w:] *Wpływ lęku i depresji na funkcjonowanie psychospołeczne studentów*, red. B. Grochmal-Bach, Kraków 1996, s. 64–72.

Grodzki L., Ziółkowski M., Łangowska-Grodzka B., Opozda K., *Działania na rzecz zdrowia psychicznego*, [w:] *Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. Tom II. Promocja zdrowia w praktyce pielęgniarki i położnej*, red. A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz, Warszawa 2010, s. 157–165.

Grom B., *Psychologia religii*, Kraków 2009.

Grulkowski B., *Zagadnienie światopoglądu w poradnictwie psychologicznym*, [w:] *Poradnictwo psychologiczno-religijne. Teoria i praktyka*, red. J. Makselon, Kraków 2001, s. 27–37.

Grunberger B., *Studium o depresji w aspekcie narcyzmu*, [w:] *Depresja. Ujęcie psychoanalityczne*, red. K. Walewska, J. Pawlik, Warszawa 1992, s. 204–217.

Gruszka-Zych B., *Depresja skraca życie*, „Gość Niedzielny" 9 (2008) http://gosc.pl/doc/762439.Depresja-skraca-zycie (4.03.2012).

Grün A., *Czy emocje mogą być grzeszne?*, „Znak" 55 (2003) nr 11, s. 14–25.

Grün A., *Jezus jako terapeuta. Uzdrawiająca moc przypowieści*, Poznań 2009.

Grün A., *Jak przezwyciężyć smutek życia. Duchowe spojrzenie na depresję*, Kielce 2009.

Grün A., *Odmienić świat. Siedem uczynków miłosierdzia*, Kraków 2010.

Grygorczuk A., *Związek zaburzeń depresyjnych nawracających z płcią psychologiczną i sposobami radzenia sobie w sytuacjach stresowych*, „Psychiatria" 5 (2008) nr 1, s. 13–22.

Grządziel K., *Historia leczenia elektrowstrząsami*, „Medical Tribune" (2010) nr 18, s. 32.

Grzywa A., *Piętno choroby psychicznej*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 4 (2004) nr 4, s. 149–152.

Grzywa A., *Pogranicza psychiatrii. Drogi i bezdroża umysłu*, Lublin 2009.

Grzywiak-Kaczyńska M., *Zdrowie psychiczne nauczyciela*, [w:] *Zdrowie psychiczne*, red. K. Dąbrowski, Warszawa 1979, s. 313–330.

Grzywocz K., *Duchowość a depresja*, [w:] *Od depresji: wybrane materiały z konferencji „Od depresji do pokoju ducha" zorganizowanej przez Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich, Warszawa–Konstancin 20–22.04.2007*, red. S. Tokarski, Płock 2009, s. 97–106.

Grzywocz K., *Przesłonięte światło. Duchowość a depresja*, „Zeszyty Formacji Duchowej" (2006) nr 33, Kraków 2006.

Grzywocz K., *W mroku depresji*, Kraków 2012.

Guardini R., *O sensie melancholii*, Poznań 2009.

Guardini R., *Zjawisko sumienia*, „Znak" 48 (1996) nr 7, s. 13–28.

Habrat B., *Zaburzenia depresyjne u osób pijących szkodliwie i uzależnionych od alkoholu*, [w:] *Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego: zbiór materiałów szkoleniowych*, red. S. Pużyński, Warszawa 2000, s. 73–81.

Habrat E., *Psychoterapia depresji endogennych*, [w:] *Leczenie depresji*, red. S. Pużyński, Warszawa 1992, s. 75–87.

Habrat E., *Wydarzenia życiowe w depresjach typu endogennego a zjawisko lekooporności*, „Psychiatria Polska" 28 (1994) nr 4, s. 467–477.

Habrat-Pragłowska E., *Jeśli żałoba trwa zbyt długo*, „Charaktery" (2002) nr 11, s. 18–19.

Habrat E., Święcicki Ł., *Czy zimą musi być smutno*, „Charaktery" (2001) nr 11, s. 55–56.

Habrat E., Wójcik M., *Reaktywność i zapotrzebowanie na stymulację w zespołach depresyjnych*, „Psychiatria Polska" 29 (1995) nr 1, s. 111–120.

Hahn W., *Zaburzenia psychiczne w świetle Biblii. Podstawy biblijnego i profesjonalnego poradnictwa*, Ustroń 2008.

Halík T., *Drzewo ma jeszcze nadzieję*, Kraków 2010.

Hallström C., McClure N., *Depresja. Odpowiedzi na pytania*, Wrocław 2007.

Hammen C. L., *Depresja: modele kliniczne i techniki terapeutyczne dla praktyków i pacjentów*, Gdańsk 2006.

Harris M. D., *Psychospołeczne aspekty cukrzycy ze szczególnym uwzględnieniem depresji*, „Medycyna po Dyplomie" 13 (2004) nr 6, s. 88–96.

Hart A., *Jak pokonać depresję: pytania i odpowiedzi na temat depresji*, Warszawa 1994.

Hart A. D., *Męska depresja*, Poznań 2004.

Hart A. D., Hart-Weber C., *Depresja nastolatka*, Poznań 2007.

Hauck P. A., *Depresja. Dlaczego powstaje i jak ją przezwyciężać*, Warszawa 1994.

Hauser R.J., *Bóg i cierpienie*, [w:] *Co zabrać ze sobą? Po trzecim tygodniu ćwiczeń duchownych*, red. J. Augustyn, Kraków 2011, s. 85–100.

Hauser J., Dmitrzak-Węglarz M., *Badania genetyczne w psychiatrii* [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 102–121.

Heimann H., *Psychobiologie der Depression*, [w:] *Die larvierte Depression*, Hrsg. P. Kielholz, Bern–Stuttgart–Wien 1973, s. 35–54.

Heimann-Szlachcińska H., J. Rybakowski, *Rola depresji w patogenezie choroby niedokrwiennej serca*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 4 (2004) nr 3, s. 95–101.

Heitzman J., *Zaburzenia snu – przyczyna czy skutek depresji? Artykuł redakcyjny*, „Psychiatria Polska" 43 (2009) nr 5, s. 499–511.

Heitzman J., Markiewicz I., *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego – podstawowe zagadnienia*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 473–492.

Heitzman J., Solak M., *Zespół objawów odstawiennych po lekach antydepresyjnych w badaniach naukowych – implikacje dla lekarzy i pacjentów*, „Psychiatria Polska" 43 (2010) nr 5, s. 545–555.

Heitzman J., Solak M., *Zespół odstawienia po lekach antydepresyjnych – problem dla lekarzy i pacjentów*, „Psychiatria Polska" 41 (2007) nr 5, s. 601–613.

Hermes K. J., *Modlitwa o przetrwanie depresji*, Warszawa 2008.

Hermes K. J., *Przetrwać czas depresji*, Warszawa 2008.

Hernas A., *Cierpienie, zło i obecność*, „Znak" 58 (2006) nr 4, s. 50–57.

Heron B. M., *Modlitwa o uzdrowienie*, Kraków 1992.

Herzyk A., *Toksyczny mózg*, „Charaktery" (2003) nr 9, s. 28–30.

Hese R. T., *Miejsce elektrowstrząsów we współczesnej terapii psychiatrycznej*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 7 (2007) nr 1, s. 30–36.

Hese R. T., *Porównanie wyniku terapeutycznego u chorych z lekooporną depresją w przebiegu jednobiegunowych i dwubiegunowych zaburzeń afektywnych leczonych amitryptyliną, mianseryną i jednostronnymi wstrząsami elektrycznymi*, Łódź 1998.

Hese R. T., Zyss T., *Leczenie elektrowstrząsowe oraz inne pokrewne metody stymulacji elektrycznej i magnetycznej*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 234–242.

Hese R. T., Zyss T., *Leczenie elektrowstrząsami w praktyce klinicznej*, Wrocław 2007.

Hesse A. M., *Drogi wyjścia z depresji i lęku. Cień na duszy*, Kraków 2003.

Hessek A., *Styk humanizmu i psychiatrii*, „Znak" 27 (1975) nr 9, s. 1131–1141.

Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Warszawa 2007.

Heszen-Niejodek I., *Twoje zdrowie w twoich rękach*, „Charaktery" (2004) nr 6, s. 28–29.

Hilty D. M., Leamon M. H., Lim R. F., Kelly R. H., Hales R. E., *Rozpoznawanie i leczenie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych w placówkach podstawowej opieki medycznej: krótki przegląd*, 4 (2007) nr 2, s. 45–54.

Hinc M., *Holistycznie*, „Więź" (2009) nr 4, s. 54–55.

Hinchliffe M. K., Hooper D., Roberts F. J., *Melancholia małżeńska*, Warszawa 1987.

Hiob, [w:] *Leksykon postaci biblijnych*, M. Bocian, Kraków 1995, s. 172–181.

Hippius H., Müller I., *Zur Behandlung isolierter Algien mit Antidepressiva*, [w:] *Die larvierte Depression*, Hrsg. P. Kielholz, Bern–Stuttgart–Wien 1973, s. 204–209.

Holt G., Bouras N., *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania u osób niepełnosprawnych intelektualnie*, Wrocław 2010.

Horwood J., *Znaleźć ulgę w depresji: jak pomóc sobie w przejściu przez smutek i zniechęcenie*, Kielce 2005.

Hottowy A., *Styl życia i zachowania zdrowotne jako ważne wyznaczniki zdrowia dzieci i młodzieży*, [w:] *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży. Perspektywa kliniczna*, red. W. Pilecka, Kraków 2011, s. 146–156.

Huflejt-Łukasik M., *Skąd ten smutek*, „Charaktery" (2001) nr 10, s. 57.

Iliffe S., Manthorpe J., *Depresja wieku podeszłego*, Warszawa 2010.

Ilnicka M., *Notatki o chorych w Kościele*, „Znak" 33 (1981) nr 8, s. 1044–1050.

Institute for Clinical Systems Improvement, *Rozpoznawanie i leczenie dużej depresji i zespołów lękowych u osób dorosłych w warunkach podstawowej opieki medycznej*, „Medycyna po Dyplomie. Zalecenia postępowania" (2004) z. 3.

Iniewicz G., *Psychoterapia dzieci i młodzieży*, [w:] *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży. Perspektywa kliniczna*, red. W. Pilecka, Kraków 2011, s. 486–495.

Iniewicz G., Stachel M., *Depresja i samobójstwa*, [w:] *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży. Perspektywa kliniczna*, red. W. Pilecka, Kraków 2011, s. 444–467.

Ionata P., *Psychoterapia a problemy życia religijnego*, Kraków 1991.

Iosifescu D. V., Bankier B., Fava M., *Wpływ chorób somatycznych na leczenie dużej depresji*, „Medycyna po Dyplomie" 14 (2005) nr 5, s. 75–85.

Iwanowicz-Palus G., *Działania na rzecz zdrowia psychicznego kobiet*, [w:] *Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo*

i położnictwo. Tom II. Promocja zdrowia w praktyce pielęgniarki i położnej, red. A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz, Warszawa 2010, s. 175–190.

Iwaszczyszyn J., *Filozofia spotkania i dialogu w medycynie paliatywnej*, Kraków 2012.

Jaeschke R., Siwek M., Grabski B., Dudek D., *Lęk w zaburzeniach psychicznych*, Kraków 2011.

Jaeschke R., Siwek M., Grabski B., Dudek D., *Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych*, „Psychiatria" 7 (2010) nr 5, s. 189–197.

Jagiełło A., *Człowiek w procesie poznawania*, [w:] *Psychologia dla teologów*, red. J. Makselon, Kraków 1995, s. 109–146.

Jabłońska K., *Na początku był sens. Z ks. Krzysztofem Grzywoczem, spowiednikiem i kierownikiem duchowym, rozmawia Katarzyna Jabłońska*, „Więź" (2003) nr 8–9, s. 47–54.

Jabłońska K., Gawryś C., *Ksiądz w konfesjonale i na kozetce [rozmowa z J. Prusakiem]*, „Charaktery" (2010) nr 5, s. 110–113.

Jabłońska K., Gawryś C., *Terapia, a nie ewangelizacja. Z Anną Ostaszewską, prezesem Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich, rozmawiają Katarzyna Jabłońska i Cezary Gawryś*, „Więź" (2009) nr 4, s. 22–35.

Jabłońska K., Gawryś C., *Wyzwania i pułapki psychoterapii. Dyskutują: Bogdan de Barbaro, Bartłomiej Dobroczyński i Artur Mnich oraz Katarzyna Jabłońska i Cezary Gawryś*, „Więź" (2009) nr 4, s. 36–50.

Jabłońska K., Nosowski Z., *Spotkanie. Rozmawiają Wojciech Eichelberger i ks. Krzysztof Grzywocz*, „Więź" (2004) nr 2, s. 4–20.

Jabłoński M., *Gdzie należy leczyć depresję?*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 237–240.

Jabłoński M., *Powikłania depresji*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 131–147.

Jagiełło A., *Działanie ludzkie*, [w:] *Psychologia dla teologów*, red. J. Makselon, Kraków 1995, s. 147–175.

Jagiełło A., *Życie uczuciowe człowieka*, [w:] *Psychologia dla teologów*, red. J. Makselon, Kraków 1995, s. 80–108.

Jakima S., Lew-Starowicz M., *Dysfunkcje seksualne w depresji*, Warszawa 2010.

Jamison K.R., *Niespokojny umysł*, Poznań 2000.

Janik J., Dużyk-Wypich D., *„Kościół jest z nami" czy „Kościół jest dla nas"?*, „Dla Nas" (2009) nr 18, s. 4–8.

Janik J., Wroński K., *O barierach w pracy i zatrudnianiu osób chorujących psychicznie – perspektywa beneficjentów*, „Dla Nas" (2009) nr 19, s. 13–16.

Janus D., *Psychopatologia a religia. Strukturalne zbieżności pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a religią*, Warszawa 2004.

Jaracz J., *Anatomia depresji w świetle wyników badań neuroobrazowych*, „Psychiatria Polska" 42 (2008) nr 6, s. 875–888.

Jaracz J., *Badania neuroobrazowe w psychiatrii*, [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1., red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 507–518.

Jaracz J., *Inwazyjne metody leczenia depresji lekoopornej*, [w:] *Postępy w leczeniu zaburzeń afektywnych*, red. E. Nowakowska, Poznań 2008, s. 168–176.

Jaracz J., *Zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu*, [w:] *Psychiatria. Tom II. Psychiatria kliniczna*, red. A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, Wrocław 2002, s. 115–156.

Jaracz J., Jaracz K., *Depresja po udarze mózgu*, „Psychiatria Polska" 29 (1995) nr 2, s. 263–271.

Jaracz M., Cierpiałkowska L., Borkowska A., *Zaburzenia pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych w okresie częściowej remisji objawów depresji w chorobach afektywnych*, „Psychiatria" 5 (2008) nr 1, s. 23–29.

Jarema M., *Depresja jako problem ogólnomedyczny*, [w:] *Depresja w praktyce lekarza rodzinnego*, red. M. Jarema, Poznań 2007, s. 5–14.

Jarema M., *Leczenie farmakologiczne depresji*, [w:] *Depresja w praktyce lekarza rodzinnego*, red. M. Jarema, Poznań 2007, s. 79–96.

Jarema M., *Leczenie farmakologiczne mieszanych zaburzeń depresyjno-lękowych*, [w:] *Postępy w leczeniu zaburzeń afektywnych*, red. E. Nowakowska, Poznań 2008, s. 141–152.

Jarema M., *Leczenie farmakologiczne w psychiatrii. Leki przeciwpsychotyczne*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, Warszawa 2011, s. 457–494.

Jarema M., *Leki przeciwlękowe*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 135–150.

Jarema M., *Psychiatria w praktyce. Podręcznik dla lekarzy specjalizujących się w psychiatrii i lekarzy innych specjalności*, Warszawa 2011.

Jarema M., *Współpraca chorych w leczeniu zaburzeń psychicznych*, [w:] *Współpraca lekarza z pacjentem w chorobach przewlekłych – compliance, adherence, presistance. Stan obecny i możliwości poprawy*, red. Z. Gaciąg, P. Kuna, „Medycyna po Dyplomie. Wydanie Specjalne" (2008) nr 3, s. 35–38.

Jarosz M., *Co każdy powinien wiedzieć o chorobach psychicznych*, Łódź 2004.

Jarosz M., *Psychologia lekarska*, Warszawa 1983.

Jarosz M., *Psychopatologia ogólna*, [w:] *Podstawy psychiatrii: podręcznik dla studentów*, red. M. Jarosz, Warszawa 1988, s. 13–81.

Jarosz M., *Psychozy reaktywne*, [w:] *Podstawy psychiatrii: podręcznik dla studentów*, red. M. Jarosz, Warszawa 1988, s. 243–252.

Jarosz M., *Rezygnacja z życia. Analiza socjologiczna zjawiska samobójstwa w Polsce*, „Ethos" (1999) nr 3 (47), s. 115–126.

Jarosz M., *Samobójstwa*, Warszawa 1997.

Jawor M., *Depresyjne błędne koło*, „Charaktery" (1997) nr 10, s. 24.

Jaworski R., *Asceza*, [w:] *Podstawowe zagadnienia psychologii religii*, red. S. Głaz, Kraków 2006, s. 376–386.

Jaworski R., *Obciążeni grzechem*, [w:] *Rozwój zintegrowany. Materiały wybrane Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich*, red. R. Jaworski, Płock 2002, s. 99–103.

Jaworski R., *Poradnictwo i terapia w doświadczeniach psychologów chrześcijańskich*, [w:] *Poradnictwo psychologiczno-religijne. Teoria i praktyka*, red. J. Makselon, Kraków 2001, s. 49–57.

Jedliński K., [w:] *Ankieta „Znaku". Spotkanie chorego*, „Znak" 49 (1997) nr 10, s. 65–68.

Jedliński K., *Konstruktywna przyjaźń*, „Więź" (2004) nr 2, s. 24–25.

Jedliński K., *Po co psychoterapia*, „Charaktery" (1998) nr 5, s. 38–40.

Jedliński K., *Podejście integratywne w psychoterapii*, [w:] *Od depresji: wybrane materiały z konferencji „Od depresji do pokoju ducha" zorganizowanej przez Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich, Warszawa–Konstancin 20–22.04.2007*, red. S. Tokarski, Płock 2009, s. 67–77.

Jedliński K., *Sumienie w gabinecie terapeuty*, „Charaktery" (2003) nr 11, s. 18–20.

Jervis G., *Depresja… w poszukiwaniu drogi wyjścia*, Poznań 2005.

Jiang W., Krishnan R. R., *Czy wszyscy pacjenci z chorobą niedokrwienną serca powinni otrzymywać selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny?* „Medycyna po Dyplomie" 15 (2006) nr 2, s. 209–217.

Jiménez Carvajal J. E., *Le rôle de la famillie face à la dépression*, [w:] *La dépression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 347–351.

Jodzio K., Nyka W., Tomczak H., *Depresja u pacjentów z zespołami bólowymi okolicy lędźwiowo-krzyżowej leczonych ambulatoryjnie*, „Psychiatria Polska" 29 (1995) nr 6, s. 809–818.

Johnstone M., *Mój czarny pies. Depresja*, Poznań 2010.

Johnstone A, Johnstone M., *Życie pod psem, który wabi się depresja. Jak opiekować się osobą dotkniętą depresją i nie zaniedbać własnych potrzeb*, Poznań 2010.

Józefik B., *Jesteś cząstką większej całości, czyli terapia systemowa*, „Charaktery" (2005) nr 10, s. 32–33.

Kalinowski A., *Leczenie depresji*, [w:] *Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego: zbiór materiałów szkoleniowych*, red. S. Pużyński, Warszawa 2000, s. 96–112.

Kalinowski A., *Leczenie depresji elektrowstrząsami*, [w:] *Leczenie depresji*, red. S. Pużyński, Warszawa 1992, s. 88–91.

Kanadyjskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kanadyjski Ośrodek Leczenia Zaburzeń Nastroju i Stanów Lękowych (CANMAT), *Zasady leczenia zaburzeń depresyjnych*, Warszawa 2003.

Kantorska-Janiec M., *Klasyfikacja zaburzeń lękowych i depresyjnych*, [w:] *Zespoły lękowo-depresyjne: patogeneza, obraz kliniczny i leczenie*, red. K. Małyszczak, T. Pawłowski, Wrocław 2007, s. 9–16.

Kaplan H. I., Sadock B. J., *Psychiatria kliniczna*, Wrocław 1995.

Kapusta A., *O (której) Godzinie myśli?*, [w:] *Moja wędrówka. Refleksje studentów i wykładowców UJ o chorobie psychicznej i studiowaniu*, red. I. Białek, H. Kaszyński, M. Lupa, D. Nowak-Adamczyk, U. Szczocarz, Kraków 2010, s. 47–50.

Karlińska M., Nehebrecki A., *Najszybciej do celu, czyli terapia krótkoterminowa*, „Charaktery" (2005) nr 12, s. 35.

Karwat R., *Nastrój śmierci. Pesymizm zabija a optymizm leczy*, „Wprost" (1999) nr 6, s. 79.

Kasiłowski P., *Odmienieni przez smutek*, „Pastores" 52 (2011) nr 3, s. 97–101.

Kasper S., Buchkremer G., Dilling H., Gaebel W., Hautzinger M., Holsboer-Trachsler E., Linden M., Möller H-J., Pöldinger W., Wittchen H-U., Wolfersdorf M., *Depresje. Rozpoznawanie i leczenie*, Warszawa 1995.

Kasperowicz-Dąbrowiecka A., Ziółkowski M., Rybakowski J., *Depresja i uzależnienie alkoholowe – potencjalne korelacje rodzinno-genetyczne*, „Psychiatria Polska" 30 (1996) nr 2, s. 281–296.

Kaszyński H., *Profilaktyka w obszarze zdrowia psychicznego*, [w:] *Moja wędrówka. Refleksje studentów i wykładowców UJ o chorobie psychicznej i studiowaniu*, red. I. Białek, H. Kaszyński, M. Lupa, D. Nowak-Adamczyk, U. Szczocarz, Kraków 2010, s. 19–32.

Kaszyński H., *Uczestnictwo zawodowe*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 614–620.

Kaszyński H., Cechnicki A., *Polscy pracodawcy wobec zatrudnienia osób chorujących psychicznie*, „Psychiatria Polska" 45 (2011) nr 1, s. 45–60.

Katona C., Peveler R., Dowrick Ch., Wessely S., Feinmann Ch., Gask L., Lloyd, Williams A. C. de C., Wager E., *Objawy bólu w depresji: definicja i znaczenie kliniczne*, „Medycyna po Dyplomie" 15 (2006) nr 9, s. 191–198.

R. Kawat, *Pesymizm zabija, optymizm leczy*, „Wprost" (1999) nr 6 (845), s. 79.

Kehoe N., *Zmagania z wewnętrznym aniołem. Wiara. Choroba psychiczna. Uzdrowienie*, Kraków 2011.

Keirse M., *Smutek, strata, żałoba. Jak sobie z nimi radzić? Jak pomóc innym?*, Radom 2004.

Kelmendi B., Saricicek A., Sanacora G., *Znaczenie układu glutaminergicznego w patofizjologii i leczeniu zaburzeń nastroju*, „Psychiatria po Dyplomie" 4 (2007) nr 4, s. 18–26.

Kendall P. C., *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, Gdańsk 2004.

Kennedy E., Charles S. C., *Jak pomagać dobrą radą. Poradnik*, Kraków 2010.

Kennedy G. J., *Zmniejszenie ryzyka samobójstw u osób w podeszłym wieku poprzez poprawę opieki nad chorymi na depresję*, „Psychiatria po Dyplomie" 4 (2007) nr 5, s. 82–90.

Kennedy G. J., Feldman B. L., *Zapobieganie depresji: potrzebne od zaraz, ale czy dostępne?*, „Psychiatria po Dyplomie" 5 (2008) nr 1, s. 58–64.

Kennedy S. H., Lam L. W., Nutt D, Thase M. E., *Depresja. Leczyć skuteczniej. Praktyczne zastosowanie zaleceń klinicznych*, Gdańsk 2010.

Kennedy S. H., Rizvi S., *Zaburzenia funkcji seksualnych, depresja i leki przeciwdepresyjne*, „ Medycyna Praktyczna – Psychiatria" (2010) nr 4, s. 29–41.

Kędzielawa D., *Neuropsychologia*, [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 263–275.

Kędziora-Kornatowska K., *Promocja zdrowia w geriatrii,* [w:] *Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. Promocja zdrowia w praktyce pielęgniarki i położnej*, t. 2, red. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz, Warszawa 2010, s. 215–219.

Kępinski A., *Jak leczyć i poznawać człowieka*, Kraków 2005.

Kępiński A., *Melancholia*, Kraków 2001.

Kępiński A., *Poznaj siebie: poradnik według Antoniego Kępińskiego: samotność, lęk, depresja*, Kraków 2006.

Kępiński A., *Próba psychiatrycznej prognozy*, „Znak" 22 (1970) nr 4, s. 385–416.

Kheriaty A., Cihak J., Katolicki przewodnik po depresji. Jak święci, sakramenty i psychiatria mogą pomóc ci wyrwać się spod jej wpływu i odnaleźć utraconą radość, Kraków 2013.

Kiedo E., *Rzeczy bardzo delikatne*, „Więź" (2009) nr 4, s. 13–20.

Kiejna A., *Epidemiologia psychiatryczna*, [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 294–303.

Kiejna A., *Kontekst publiczny – zdrowie publiczne, obciążenia, polityka zdrowotna*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 669–674.

Kiejna A., *Wstęp historyczny*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, Warszawa 2011, s. 1–12.

Kiejna A., Rymaszewska J., Kantorska-Janiec M., *Metody biologicznego leczenia w psychiatrii*, [w:] *Psychiatria. Wybrane zagadnienia*, red. A. Kiejna, K. Małyszczak, J. Mazurek, Wrocław 2006, s. 132–144.

Kienhuis J., *Dajmy uczniom głos*, [w:] *Klient ekspertem. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach i jego zastosowanie w Polsce*, red. J. Kienhuis, T. Świtek, Kraków 2007, s. 93–109.

Kienhuis J., Fletcher M., Rademakers P., De Ruyter-Van Der Wijden J., *Wprowadzenie*, [w:] *Klient ekspertem. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach i jego zastosowanie w Polsce*, red. J. Kienhuis, T. Świtek, Kraków 2007, s. 11–22.

Kielholz P., *Eröffnungsansprache. Zur Psychosomatik depressiver Erkrankungen – Larvierte Depressionen und somatische Äquivalente*, [w:] *Die larvierte Depression*, Hrsg. P. Kielholz, Bern–Stuttgart–Wien 1973, s. 11–13.

Kijaczko S., *Samobójstwo i śmierć. Re-kapitulacja problemu*, [w:] *Samobójstwo. Specyfika problemu, horyzonty badawcze*, red. S. Kijaczko, Opole 2003, s. 109–144.

King R. A., *Zachowania samobójcze u dzieci i młodzieży*, [w:] *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu*, t. 1, red. M. H. Ebert, B. Nurcombe, P. T. Loosen, J. F. Leckman, Lublin 2011, s. 277–285.

Kirschner H., *Higieniczny tryb życia*, [w:] *Encyklopedia zdrowia*, red. W. S. Gomułka, W. Rewerski, t. 1, Warszawa 2000, s. 362–375.

Kirschner H., *Odżywianie*, [w:] *Encyklopedia zdrowia*, red. W. S. Gomułka, W. Rewerski, t. 1, Warszawa 2000, s. 375–384.

Kleszewska A., Albiński R., *Co nam stroi nastroje [rozmowa z D. Watsonem]*, „Charaktery" (2004) nr 10, s. 23–24.

Kliś M., *Stany depresyjne i towarzyszące im zaburzenia społeczno-emocjonalne u dzieci sześcioletnich*, [w:] *Prace Psychologiczne VI. Wybrane materiały z Międzynarodowej konferencji „Dzieci i młodzież a problemy współczesnego życia – perspektywa psychologiczna. Kraków, maj 1994*, red. W. Pilecka, W. Czajkowski, Kraków 1997, s. 167–176.

Kłoczowski J. A., *Psychologia a religia-sic et non*, „Znak" 46 (1994) nr 2, s. 20–29.

Kłoczowski J. A., *Rekolekcje o nadziei*, Kraków 2005.

Kłoczowski J. A., *Sumienie a superego, czyli paradoksalna bliskość Tomasza z Akwinu i Freuda*, „Więź" (2004) nr 2, s. 54–61.

Klein M., *Żałoba i jej związek ze stanami maniakalno-depresyjnymi*, [w:] *Depresja. Ujęcie psychoanalityczne*, red. K. Walewska, J. Pawlik, Warszawa 1992, s. 42–73.

Kliś M., *Świat jak wielka czarna dziura*, „Charaktery" (1999) nr 9, s. 18–19.

Kmita G., *Smutek narodzin*, „Charaktery" (1999) nr 2, s. 18–19.

Knefel K., Hese R.T., *Kwasy Omega-3 a zaburzenia depresyjne, lękowe i schizofrenia*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej" 2 (2009) nr 2, s. 140–145.

Kobierzycki T., *Personalistyczne teorie zdrowia psychicznego (A. Maslow, K. Dąbrowski)*, [w:] *Higiena psychiczna dla studentów medycyny*, red. T. Kobierzycki, Warszawa 1993, s. 7–6.

Koenig H. G., *Religia, duchowość i zdrowie psychiczne*, „Medycyna Praktyczna–Psychiatria" (2010) nr 6, s. 68–80.

Koenig H. G., *Research on religion, spirituality, and mental heath: A reviev*, „The Canadian Journal of Psychiatry" 54 (2009) nr 5, s. 283–291.

Koenig H. G., *Spirituality and Depression: a look at the evidence*, „Southern Medical Journal" 100 (2007) nr 7, s. 737–739.

Koenig H. G., *Religion, spirituality and aging*, „Aging & Mental Health" 10 (2006) nr 1, s. 1–3.

Koenig H. G., McCullough M. E., Larson D. B., *Handbook of religion and health*, New York 2001.

Kohn R., Epstein-Lubow G., *Przebieg i postacie zejściowe depresji u osób w wieku podeszłym*, „Medycyna po Dyplomie" 16 (2007) nr 8, s. 82–88.

Kokoszka A., *Jak pomagał i leczył profesor Antoni Kępiński*, Kraków 1999.

Kokoszka A., *Krótkoterminowa indywidualna psychoterapia w grupie. Geneza i opis metody*, [w:] *Wprowadzenie do psychoterapii*, red. A. Kokoszka, P. Drozdowski, Kraków 1990, s. 183–191.

Kokoszka A., *Podstawowe pojęcia psychoanalitycznej psychoterapii*, [w:] *Wprowadzenie do psychoterapii*, red. A. Kokoszka, P. Drozdowski, Kraków 1990, s. 68–89.

Kokoszka A., *Postępowanie w stanach naglących*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 385–405.

Kokoszka A., *Psychoanalityczna psychoterapia wspierająca*, [w:] *Wprowadzenie do psychoterapii*, red. A. Kokoszka, P. Drozdowski, Kraków 1990, s. 135–182.

Kokoszka A., *Psychoterapia jako metoda leczenia*, [w:] *Wprowadzenie do psychoterapii*, red. A. Kokoszka, P. Drozdowski, Kraków 1990, s. 11–23.

Kokoszka A., Motyka M., *Kontakt psychoterapeutyczny*, [w:] *Wprowadzenie do psychoterapii*, red. A. Kokoszka, P. Drozdowski, Kraków 1990, s. 24–41.

Kokoszka A., Motyka M., *Techniki relaksacyjne i wyobrażeniowe w praktyce*, [w:] *Wprowadzenie do psychoterapii*, red. A. Kokoszka, P. Drozdowski, Kraków 1990, s. 296–317.

Kokoszka A., Motyka M., *Teoretyczne podstawy relaksacji*, [w:] *Wprowadzenie do psychoterapii*, red. A. Kokoszka, P. Drozdowski, Kraków 1990, s. 283–295.

Kokoszka A., Motyka M., *Wprowadzenie do zagadnienia relaksacji*, [w:] *Wprowadzenie do psychoterapii*, red. A. Kokoszka, P. Drozdowski, Kraków 1990, s. 279–282.

Kotlicka-Antczak M., *Psychopatologia*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, Warszawa 2011, s. 13–48.

Kozielecki J. *Psychologia nadziei*, Warszawa 2006.

Kloos A. L., Dubin-Rhodin A., Sackett J. C., Dixon T. A., Weller R. A., Weller E. B., *Wpływ zaburzeń nastroju i ich leczenia na ciężarną, płód i dziecko*, „Psychiatria po Dyplomie" 7 (2010) nr 6, s. 68–73.

Kołodziej J., *Szczęśliwa wina*, „Charaktery" (2002) nr 7, s. 45–46.

Kołodziej J., *Znać swoje granice*, „Więź" (2004) nr 2, s. 25–26.

Kołodziejczyk M., *Piętno świra*, „Polityka" (2004) nr 13, s. 3–10.

Komajda R., Łysiak Z., Seniów J., *Depresja po udarze mózgu*, „Nowa Klinika" 8 (2001) nr 7,8, s. 715–719.

Konarska I., *Żona na zdrowie. Rodzina może mieć silniejszy wpływ na nasze zdrowie niż geny*, „Wprost" (2006) nr 4, s. 76–77.

Konferencja naukowa w Wyższej Szkole Filozoficzno-Pedagogicznej Ignatianum „Jak wygrać z depresją", „Gazeta Lekarska" (2010) nr 5 (118), s. 32–33.

Kornstein S. G., Culpepper L., *Czynniki biopsychospołeczne przyczyniające się do rozwoju depresji w okresie menopauzy*, „Psychiatria po Dyplomie" 5 (2008) nr 2, s. 30–38.

Korolenko C. P., *Pozytywna psychoterapia depresji reaktywnej*, [w:] *Pamiętnik Siódmych Gdańskich Dni Lecznictwa Psychiatrycznego: Jurata 24–25.09. 1993 r.*, red. P. Gałuszko, Z. Nowicki, Gdańsk 1993, s. 371–373.

Korzeniewska-Rybicka I., *Fluoksetyna – lek na chęć do życia*, „Medical Tribune" (2013) nr 7, s. 30.

Korzeniowski L., *Higiena Psychiczna*, [w:] *Encyklopedyczny Słownik Psychiatrii*, red. L. Korzeniowski, S. Pużyński, Warszawa 1986, s. 190.

Korżawska S., *Od depresji do życia*, Warszawa 2008.

Kosińska E., *Psycholog świecki wobec problemów noetycznych. Z doświadczeń psychologa praktyka*, [w:] *Poradnictwo psychologiczno-religijne. Teoria i praktyka*, red. J. Makselon, Kraków 2001, s. 117–123.

Kossakowska-Petrycka K., *Smutek świeżo upieczonych ojców*, „Charaktery" (2003) nr 12, s. 35–36.

Kossobudzki P., *Małpa w depresji*, „Wiedza i Życie" (2005) nr 4, s. 62–63.

Kostecka M., Wojnar M., Marzański M., Bernstein E., *O potrzebie pomocy duchowej chorym psychicznie*, „Psychiatria polska" 29 (1995) nr 5, s. 655–664.

Kostowski W., *Leki przeciwdepresyjne*, [w:] *Farmakologia. Podstawy farmakoterapii. Podręcznik dla studentów medycyny i lekarzy*, red. W. Kostowski, Warszawa 1998, s. 845–863.

Kostowski W., Pużyński S., *Psychofarmakologia doświadczalna i kliniczna*, Warszawa 1996.

Kostyła J., Szarlik A., *Waga słowa. Rozmowa z Jackiem Santorskim, psychologiem*, „Wprost" (1999), nr 43, s. 64–65.

Koszewska I., *O depresji w ciąży i po porodzie*, Warszawa 2010.

Koszewska I., Habrat E., *Depresja jest przemijająca. Poradnik dla chorych i ich rodzin*, Warszawa 2000.

Koszewska I., Habrat-Pragłowska E., *Żyć z zaburzeniami nastroju. Poradnik dla chorych i ich rodzin. O chorobie afektywnej-dwubiegunowej,* Warszawa 2002.

Koszewska I., Habrat-Pragłowska E., *O depresji. O manii. O nawracających zaburzeniach nastroju*, Warszawa 2003.

Kościół pw. Św. Barbary. Jezuici–Kraków–Mały Rynek. Wreszcie żyć – 12 kroków ku pełni życia, [w:] http://www.swbarbara.jezuici.pl/index.php?page=wreszcie-zyc-12-krokow-ku-pelni-zycia&hl=pl_PL (29.12.2013).

Kotlewski T., *Skrupuły a depresja*, [w:] *Świat moralnych lęków. Wokół Reguł o skrupułach św. Ignacego Loyoli*, red. W. Królikowski, Kraków 2010, s. 132–144.

Kotowa K., *Obrazy i języki*, „Więź" (2009) nr 4, s. 55–56.

Kotowa K., *Punkty styczne*, „Więź" (2004) nr 2, s. 26–27.

Kowal A., *Ankieta „Znaku". Spotkanie chorego*, „Znak" 49 (1997) nr 10, s. 68–73.

Kowalik J., Rość D., *Zaburzenia nastroju a jakość życia chorych ze stwardnieniem rozsianym*, [w:] *Problemy zdrowia psychicznego. Ewaluacja kształcenia pielęgniarek i położnych*, red. M. Wojciechowska, Łódź 2010, s. 123–131.

Kowalska K., *Horror, który znamy, jest do przeżycia*, „Wprost" (2010) nr 8, s. 60–61.

Kowalczyk D., *Chorobą XXI wieku będzie depresja*, „Więź" (2004) nr 2, s. 27–29.

Kowalczyk D., *Między grzechem a chorobą*, [w:] *Między konfesjonałem a kozetką*, red. K. Jabłońska, C. Gawryś, Warszawa 2010, s. 23–25.

Kozacki P., *Kościół na drogach człowieka [rozmowa z J. Krupczakiem]*, „W Drodze" (2003) nr 1, s. 8–17.

Kozacki P., Prus W., *Duchowa sukcesja [rozmowa z K. Grzywoczem]*, „W Drodze" (2007) nr 2, s. 39–54.

Kozera P., *Kobiety w okresie ochronnym*, „Charaktery" (2009) nr 1, s. 84–87.

Kozłowska A., *Zaburzenia życia uczuciowego dziecka problemem rodziny: jak pomóc rodzinie i dziecku?*, Warszawa 2005.

Kozłowski W., *Funkcjonowanie szkoły jako potencjalne źródło zagrożeń dla zdrowia psychicznego. System dydaktyczny i wychowawczy jako źródło zagrożeń psychicznego zdrowia dzieci i młodzieży*, [w:] *Zdrowie psychiczne: zagrożenia i promocja*, red. J. C. Czabała, Warszawa 2000, s. 40–58.

Krajewski A., *Choroba Saturna*, „Newsweek Polska" (2007) nr 11, s. 22–24.

Krakowska Fundacja „Hamlet", www.hamlet.org.pl (2.01.2014).

Kramer P. D., *Czym jest depresja*, Poznań 2007.

Kramer P. D., *Wsłuchując się w Prozac*, Warszawa 1995.

Kramlinger K., *Co radzi lekarz. Depresja*, Warszawa 2007.

Kratochvil S., *Podstawy psychoterapii*, Poznań 2003.

Krawczyk K., *Depresja*, Radom 2005.

Kristeva J., *Czarne słońce: depresja i melancholia*, Kraków 2007.

Krok D., *Kontemplacja*, [w:] *Podstawowe zagadnienia psychologii religii*, red. S. Głaz, Kraków 2006, s. 372–375.

Krok D., *Medytacja*, [w:] *Podstawowe zagadnienia psychologii religii*, red. S. Głaz, Kraków 2006, s. 366–371.

Krok D., *Nadzieja czy beznadziejność? Psychologiczne funkcje nadziei w regulacji zdrowia fizycznego i przystosowania fizycznego*, [w:] *Oblicza nadziei. Wykłady otwarte zorganizowane w okresie Wielkiego Postu 2008*, red. M. Worbs, Opole 2008, s. 37–52.

Krok D., *Pojednanie*, [w:] *Podstawowe zagadnienia psychologii religii*, red. S. Głaz, Kraków 2006, s. 334–340.

Krok D., *Pojednanie*, [w:] *Podstawowe zagadnienia psychologii religii*, red. S. Głaz, Kraków 2006, s. 327–333.

Kroplewski Z., *Kryzysy kapłańskie. Analizy psychologiczno-formacyjne*, Kraków 2010.

Król A., *Sezon na depresję [rozmowa z M. Termanem]*, „Charaktery" (2010) nr 2, s. 90–92.

Król-Fijewska M., *Czas na psychoterapię*, „Charaktery" (2005) nr 8, s. 23–25.

Król-Fijewska M., *Na innej płaszczyźnie*, „Więź" (2004) nr 2, s. 29–30.

Król-Kuczkowska A., *Jesienna melancholia*, „Charaktery" (2004) nr 10, s. 47–48.

Królikowski W., *Rozeznanie dobra i zła według Reguł rozeznawania duchów św. Ignacego Loyoli*, „Horyzonty Wychowania (2005) nr 4 (7), s. 271–281.

Krupka-Matuszczyk, *Depresja w chorobach serca*, „Kardiologia po Dyplomie", 11 (2012) nr 3, s. 57–61.

Krysińska K., *Dlaczego ludzie odbierają sobie życie*, „Charaktery" (1998) nr 9, s. 22–25.

Krzemionka D., *Dobre duchy nad kołyską [rozmowa z G. Kmitą]*, „Charaktery" (2008) nr 4, s. 54–57.

Krzemionka D., *Niewidzialni ludzie [rozmowa z A. Cechnickim]*, „Charaktery" (2008) nr 1, s. 52–55.

Krzemionka D., *Pogoda na smutek [rozmowa z M. Karlińską]*, „Charaktery" (2006) nr 9, s. 10–16.

Krzemionka D., *Zerwane więzi [rozmowa z A. Cechnickim]*, „Charaktery" (2008) nr 2, s. 44–47.

Krzemionka-Brózda D., *Gra o życie do końca [rozmowa z B. Pilecką]*, „Charaktery" (2002) nr 1, s. 26–27.

Krzemionka-Brózda D., *Nawet chaos musi być spójny [rozmowa z B. de Barbaro]*, „Charaktery" (2002) nr 9, s. 50–52.

Krzemionka-Brózda D., *Proszę mnie zmienić [rozmowa z L. Grzesiuk]*, „Charaktery" (2006) nr 6, s. 56–58.

Krzemionka-Brózda D., *Trudne szczęście [rozmowa z A. Längle]*, „Charaktery" (1998) nr 11, s. 29–30.

Krzymiński S., *Choroby afektywne*, [w:] *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*, red. S. Krzymiński, Warszawa 1993, s. 34–80.

Krzysteczko H., *Osobowość*, [w:] *Psychologia dla teologów*, red. J. Makselon, Kraków 1995, s. 177–206.

Krzysteczko H., *Pastoral counseling*, [w:] *Poradnictwo psychologiczno-religijne. Teoria i praktyka*, red. J. Makselon, Kraków 2001, s. 171–177.

Krzyżkowiak W., *Depresja i objawy depresyjne po zawale serca i ich uwarunkowania psychospołeczne*, „Psychiatria Polska" 41 (2007) nr 5, s. 679–691.

Krzyżowski J., *Depresja*, Warszawa 2002.

Krzyżowski J., *Kazuistyka psychiatryczna*, Warszawa 2001.

Krzyżowski J., *Psychogeriatria*, Warszawa 2004.

Krzyżowski J., *Trudne problemy w praktyce psychiatrycznej*, Warszawa 2009.

Kubacka-Jasiecka D., *Autodestruktywna tożsamość a kryzys emocjonalny*, [w:] *W kręgu psychologicznej problematyki tożsamości*, red. D. Kubacka-Jasiecka, M. Kuleta, Kraków 2008, s. 253–275.

Kubacka-Jasiecka D., *Interwencja kryzysowa*, [w:] *Psychologia kliniczna*, t. 2, red. H. Sęk, Warszawa 2010, s. 244–272.

Kubera M., *Cytokinowa teoria depresji – potencjalna rola cytokin w wywoływaniu objawów depresji*, Kraków 2003.

Kubera M., *Immunologiczne aspekty zaburzeń homeostazy cynku w depresji*, [w:] *Cynk w fizjologii, patofizjologii i terapii depresji*, red. G. Nowak, Kraków 2001, s. 65–89.

Kuczkowski S., *Poczucie winy w świetle praktyki klinicznej*, „Znak" 25 (1973) nr 8 (230), s. 1013–1030.

Kuczkowski S., *Psychologia religii*, Kraków 1998.

Kuczyńska A., *Piękny stan melancholii: filozofia niedosytu i sztuka*, Warszawa 1999.

Kuhn R., *Die Therapie der larvierten Depression*, [w:] *Die larvierte Depression*, Hrsg. P. Kielholz, Bern–Stuttgart–Wien 1973, s. 194–200.

Kuhn-Gebhart V., *Die Behandlung larvierter Depressionen bei Kindern und Jugendlichen*, [w:] *Die larvierte Depression*, Hrsg. P. Kielholz, Bern–Stuttgart–Wien 1973, s. 160–162.

Kulik A., *Refleksje nad poczuciem sensu życia u młodzieży zaangażowanej w formację religijną*, [w:] *Poradnictwo psychologiczno-religijne. Teoria i praktyka*, red. J. Makselon, Kraków 2001, s. 183–190.

Kuratorium Oświaty w Lublinie, http://www.kuratorium.lublin.pl/?akc=akt&op=szcz&id=5521 (12.01.2014).

Kusz E., *Pójść za pacjentem*, „Więź" (2009) nr 4, s. 56–57.

Kuś M., *Pigułki na smutek*, „Charaktery" (2003) nr 9, s. 51–52.

Kuś M., *Znieczulenie bolesne [rozmowa z D. Dudek]*, „Charaktery" (2008) nr 5, s. 48–51.

Kutscher M. L., Attwood T., Wolff R. R., *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. ADHD, trudności w nauce, zespół Aspergera, zespół Touretta, depresja dwubiegunowa i inne zaburzenia*, Warszawa 2007.

Kutter P., *Szczególne aspekty psychoanalitycznego leczenia depresji*, [w:] *Depresja. Ujęcie psychoanalityczne*, red. K. Walewska, J. Pawlik, Warszawa 1992, s. 169–181.

Kwiatkowska M., *Choroba duszy*, „Newsweek Polska" (2007) nr 11, dod., s. 3.

Kwiatkowska M., *Życie na krawędzi [rozmowa z I. Koszewską]*, „Newsweek Polska" (2007) nr 11, s. 8–12.

Landowski J., *Badania laboratoryjne*, [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 531–539.

Landowski J., *Badania nad biologicznymi uwarunkowaniami zespołów depresyjnych*, [w:] *Depresja i leki przeciwdepresyjne – 10 lat później. XIII Zimowa Szkoła Instytutu Farmakologii PAN. Mogilany 1996*, red. B. Przewłocka, s. 19–25.

Landowski J., *Biologiczne mechanizmy stresu*, [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 177–187.

Landowski J., *Leczenie farmakologiczne w psychiatrii. Leki przeciwlękowe*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, Warszawa 2011, s. 514–533.

Landowski J., *Neuroendokrynologia*, [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 188–197.

Landowski J., *Patogeneza dysfunkcji seksualnych w depresji*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 3 (2003) nr 1, s. 23–25.

Landowski J., *Zaburzenia depresyjne a mechanizmy stresu*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 2 (2002) nr 1, s. 9–13.

Langiewicz W., *Podstawy prawne*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 598–610.

Late-life depression: How to treat patiens with comorbid chronic illness. An interview with Harold G. Koenig, MD, MHSc, „Geriatrics" 54 (1999) no. 5, s. 56–61.

Lawson M., *W obliczu depresji*, Kraków 1994.

Lazarus A. A., *Jak nie wpaść w depresję: 40 szkodliwych przesądów, które zatruwają nam życie*, Kraków 2005.

LaHaye T. F., *Jak sobie radzić z depresją?*, Lublin 1995.

Le Gouès G., Memin Y., Segal H., *Depresja wieku podeszłego*, [w:] *Depresja. Ujęcie psychoanalityczne*, red. K. Walewska, J. Pawlik, Warszawa 1992, s. 182–203.

Leahy R. L., Holland S. J., *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*, New York, London 2000.

Lebovici S., *Depresja u dzieci*, [w:] *Depresja. Ujęcie psychoanalityczne*, red. K. Walewska, J. Pawlik, Warszawa 1992, s. 74–93.

Lech-Sobczak A., *Aspekty socjoepidemiologiczne i kliniczne zespołów depresyjnych w otwartym lecznictwie psychiatrycznym w latach 1972–1981*, Gdańsk 1981.

Leder A., *Nie stawiaj duszy tam*, „Charaktery" (2006) nr 11, s. 17.

Leder S., *Psychoterapia*, [w:] *Psychiatria dla studentów medycyny. Podręcznik*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa 1992, 1998, s. 446–463.

Ledwoch B., *Utrata więzi z własnym doświadczeniem – przypadek depresji pourazowej w kontekście neuropsychologiczno-sądowym*, [w:] *Psychospołeczne konteksty doświadczania straty*, red. S. Steuden, K. Janowski, Lublin 2009, s. 101–107.

Ledwoch M., *Doświadczanie utraty więzi w sytuacji rozwodu*, [w:] *Psychospołeczne konteksty doświadczania straty*, red. S. Steuden, K. Janowski, Lublin 2009, s. 143–149.

Ledwoch M., *Egzystencjalne aspekty depresji: badania empiryczne*, Lublin 2005.

Lemańska W., *O sile emocji pozytywnych: zapobieganie depresji dzieci i młodzieży*, Warszawa 2005.

Leme Lopez J., *Depressive Zustände und Karzinom*, [w:] *Die larvierte Depression*, Hrsg. P. Kielholz, Bern–Stuttgart–Wien 1973, s. 214–220.

Lenze E. J., *Współwystępowanie depresji i lęku u osób w wieku podeszłym*, „Medycyna po Dyplomie" 12 (2003) nr 9, s. 129–136.

Leonard B. E, Healy D., *Zróżnicowane działanie leków przeciwdepresyjnych*, Gdańsk 2000.

Leszek J., Trypka E., *Problemy psychiatryczne u pacjentów w podeszłym wieku*, [w:] *Psychiatria. Wybrane zagadnienia*, red. A. Kiejna, K. Małyszczak, J. Mazurek, Wrocław 2006, s. 185–194.

Levi M. I., *Zarys psychiatrii*, Warszawa 2010.

Levinson R. K., Taylor C., *A jeśli to… depresja sezonowa*, Warszawa 2000.

Liberadzka A., *Oczekiwania*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 421–424.

Lew-Starowicz Z., *Zaburzenia seksualne*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, Warszawa 2011, s. 385–403.

Liberadzka A., *Opuścić przystań*, „Dla Nas" (2009) nr 19, s. 8–9.

Liberadzka A., *Potrzeby i oczekiwania z perspektywy beneficjentów wobec psychiatrii i samorządów lokalnych*, „Dla Nas" (2009) nr 18, s. 17–19.

Lieb K., Hesslinger B., Jacob G., *Przypadki kliniczne z psychiatrii i psychoterapii do przygotowania się do egzaminów ustnych z praktycznymi pytaniami i obszernym komentarzem*, Wrocław 2007.

Lisanby S. H., *Leczenie depresji za pomocą elektrowstrząsów*, „Psychiatria po Dyplomie" 5 (2008) nr 2, s. 17–28.

Littauer F., *Rozpędź czarne chmury*, Warszawa 1996.

Lloyd-Jones D. M, *Duchowa depresja: jej przyczyny i leczenie*, Katowice 1994.

Lolak S., Rashid N., Wise T. N., *Funkcje rozrodcze a zdrowie psychiczne kobiet*, „Medycyna po Dyplomie" 16 (2007) nr 1, s. 132–141.

Loosen P. T., Shelton R. C., *Zaburzenia afektywne*, [w:] *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu*, t. 2, red. M. H. Ebert, B. Nurcombe, P. T. Loosen, J. F. Leckman, Lublin 2011, s. 473–519.

Lôo H., Gallarda T., *Depresja*, Katowice 1999.

López Ibor J. J., *Depressive Äquivalente*, [w:] *Die larvierte Depression*, Hrsg. P. Kielholz, Bern–Stuttgart–Wien 1973, s. 102–120.

Lovestone S., Howard R., *Depresja u osób w podeszłym wieku*, Gdańsk 1999.

Lowen A., *Przypadek depresji*, [w:] *Depresja, esencja i ciało*, red. J. Santorski, Warszawa 1992, s. 31–48.

Lozano Barragan J., *Hommage au Saint-Père*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter,* Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 17.

Lozano Barragan J., *Aspects de la pensée postmoderne et de la dépression*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 23–36.

Luciani J. J., *Warsztaty samodoskonalajace. Program walki z lękiem i depresją*, Gliwice 2008.

Luft S. , *Medycyna pastoralna*, Warszawa 2002.

Łabutin B., *Odzyskać radość*, „Gazeta Wyborcza", 25.11.2009, s. 20.

Łapin J., *Ocena funkcji poznawczych u pacjentów powyżej 55 roku życia leczonych rożnymi grupami leków przeciwdepresyjnych*, Gdańsk 2003.

Łoza B., Czerniakiewicz A., Patejuk-Mazurek I., Roszkowska A., Britmann J., Grzesiewska J., Mosiołek A., *Politerapia zaburzeń depresyjnych. Preferencje polskich psychiatrów*, „Psychiatria" 4 (2007) nr 3, s. 97–104.

Machoń H., *O bezdusznej psychologii i religii bez pytań*, „Charaktery" (2009) nr 6, s. 110–113.

Magiera P., *Diagnostyka i terapia depresji w psychiatrii konsultacyjnej na podstawie doświadczeń własnych*, „Psychiatria Polska" 28 (1994) nr 4, s. 479–487.

Magnano M. D., Genovese M. C., *Leczenie chorób współistniejących i innych chorób ogólnoustrojowych u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów*, „Medycyna po Dyplomie" 15 (2006) nr 4, s. 147–157.

Majewicz P., *Edukacja zdrowotna jako podstawowa forma promocji zdrowia wśród dzieci i młodzieży*, [w:] *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży. Perspektywa kliniczna*, red. W. Pilecka, Kraków 2011, s. 135–146.

Majewicz P., *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna – przedmiot, cele i zadania*, [w:] *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży. Perspektywa kliniczna*, red. W. Pilecka, Kraków 2011, s. 121–134.

Majkowicz M., *Wybrane problemy psychoonkologii z uwzględnieniem zagadnień psychiatrycznych*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej" 1 (2008) nr 2, s. 57–66.

Majkowicz M., Zdun-Ryżewska A., *Ocena jakości życia w zaburzeniach psychicznych – koncepcje, badania, narzędzia pomiaru*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej" 2 (2009) nr 2, s. 100–114.

Makara-Studzińska M., Książek P., Koślak A., Załuska W., Książek A., *Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek*, „Psychiatria Polska" 45 (2011) nr 2, s. 187–195.

Makselon J., *Człowiek jako istota religijna*, [w:] *Psychologia dla teologów*, red. J. Makselon, Kraków 1995, s. 255–281.

Makselon J., *Dynamika religijności*, [w:] *Psychologia dla teologów*, red. J. Makselon, Kraków 1995, s. 283–313.

Makselon J., *Optymalny model poradnictwa psychologiczno-religijnego?*, [w:] *Poradnictwo psychologiczno-religijne. Teoria i praktyka*, red. J. Makselon, Kraków 2001, s. 59–69.

Makselon J., *Psychologia cierpienia*, [w:] *Co zabrać ze sobą? Po trzecim tygodniu ćwiczeń duchownych*, red. J. Augustyn, Kraków 2011, s. 118–126.

Makselon J., *Typologia i dynamika żałoby*, [w:] *Człowiek nieuleczalnie chory*, red. B. L. Block, W. Otrębski, Lublin 1997, s. 111–119.

Makselon-Kowalska B., *Bezrobocie jako czynnik zagrożenia dla zdrowia psychicznego*, [w:] *Zdrowie psychiczne: zagrożenia i promocja*, red. J. Cz. Czabała, Warszawa 2000, s. 167–181.

Malhi G. S., Bridges P. K., *Postępowanie w depresji*, Wrocław 2001.

Malhi G. S., Adams D., Porter R., Wignall A., Lampe L., O'Connor N., Paton M., Newton L. A., Walter G., Taylor A., Berk M., Mulder R. T., *Terapia chorych na depresję: praktyczne zalecenia dotyczące postępowania klinicznego*, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria" (2010) nr 5, s. 7–28.

Małkiewicz-Borkowska M., Namysłowska I., *Przewlekła depresja a relacje w małżeństwie*, „Psychiatria Polska" 29 (1995) nr 6, s. 801–807.

Małyszczak K., Pawłowski T., *Cechy osobowości a podatność na zaburzenia nerwicowe*, [w:] *Zespoły lękowo-depresyjne: patogeneza, obraz kliniczny i leczenie*, red. K. Małyszczak, T. Pawłowski, Wrocław 2007, s. 31–48.

Małyszczak K., Pawłowski T., *Stres i neurotyzm w rozwoju zaburzeń lękowych*, [w:] *Zespoły lękowo-depresyjne: patogeneza, obraz kliniczny i leczenie*, red. K. Małyszczak, T. Pawłowski, Wrocław 2007, s. 65–76.

Małyszczak K., *Wpływ neurotyzmu i długotrwałych trudności życiowych w postaci chorób somatycznych na nasilenie objawów depresyjnych i lęku uogólnionego*, Wrocław 2007.

Małyszczak K., Sieradzki A., *Przebieg i zejście mieszanych zaburzeń lękowo-depresyjnych*, [w:] *Zespoły lękowo-depresyjne: patogeneza, obraz kliniczny i leczenie*, red. K. Małyszczak, T. Pawłowski, Wrocław 2007, s. 65–76.

Małyszczak K., Szewczuk-Bogusławska M., *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych*, [w:] *Psychiatria. Wybrane zagadnienia*, red. A. Kiejna, K. Małyszczak, J. Mazurek, Wrocław 2006, s. 16–23.

Mączka G., Grabski B., Gierowski J. K., Dudek D., *Psychoedukacja grupowa w kompleksowym leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej – doświadczenia krakowskie*, „Psychiatria Polska" 44 (2010) nr 1, s. 89–100.

Mandat T., Nauman P., *Leczenie neurochirurgiczne*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 248–255.

Manley M. R. S., *Psychiatria. Praktyczny przewodnik kliniczny*, Wrocław 2010.

Manthorpe J., Manthorpe S. L., *Depresja wieku podeszłego*, Warszawa 2010.

Marcelli D., *Les états dépressifs à l'adolescence*, Paris 1995.

Marino A., *Widziałem ciemne słońce: doświadczenie depresji*, Warszawa 1995.

Mariańczyk K., *Ekspert w swoich sprawach, czyli terapia poznawczo-behawioralna*, „Charaktery" (2005) nr 9, s. 28–29.

Marinker M., *Po co robić z ludzi pacjentów?* „Znak" 29 (1977) nr 2–3, s. 237–231.

Markowitz J. C., *Interpersonal psychotherapy for dysthymic disorder*, Washington 1998.

Marmurowska-Michałowska H., *Depresja a osobowość*, Lublin 1995.

Marmurowska-Michałowska H., Ciupak A., Wysocka A., *Związki między wybranymi objawami depresji a ich samooceną*, [w:] *Pamiętnik Siódmych Gdańskich Dni Lecznictwa Psychiatrycznego: Jurata 24–25.09.1993 r.*, red. P. Gałuszko, Z. Nowicki, Gdańsk 1993, s. 131–139.

Marmurowska-Michałowska H., Leszczuk A., *Wyniki leczenia depresji nerwicowych*, [w:] *Pamiętnik Siódmych Gdańskich Dni Lecznictwa Psychiatrycznego: Jurata 24–25.09.1993 r.*, red. P. Gałuszko, Z. Nowicki, Gdańsk 1993, s. 125–129.

Markham D., *Pression médiatique et résistance au stress*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 125–133.

Maruszewski T., *Biologiczny ekwipunek*, „Znak" 55 (2003) nr 11, s. 10–13.

Masarczyk R., *Spotkanie z pacjentem czyli duszpasterstwo chorych*, Kraków 2003.

Mast B. T., Vedrody S., *Depresja poudarowa – i podejście biopsychospołeczne*, „Medycyna po Dyplomie" 16 (2007) nr 4, s. 57–64.

Mastalski J., *Samotność jako skutek przemocy w rodzinie*, „Sosnowieckie Studia Teologiczne" 10 (2011), s. 117–128.

Mastalski J., Wrona-Polańska H., *Promocja zdrowia w teorii i praktyce psychologicznej*, Kraków 2009.

Matter J., *Chrześcijanin a depresja*, Warszawa 1999.

Matysiakiewicz J. A., *Objawy depresyjne i lęk u pacjentów po wybranych poważnych zdarzeniach sercowych występujących w przebiegu choroby niedokrwiennej serca*, Katowice 2006.

Maud V., *Depresja w pracy*, Kielce 2006.

Mausch K., *Psychika, system immunologiczny a problemy zdrowia i choroby*, „Psychiatria Polska" 29 (1995) nr 4, s. 435–441.

Marcinkowska E., *VII Dzień Solidarności z Osobami Chorującymi Psychicznie w Krakowie*, „Rodziny" (2008) nr 4, s. 4.

Marliangeas B., *Wina, grzech, przebaczenie*, Kraków 2007.

May G. G., *Ciemna noc duszy. Depresja a kryzys duchowy oczami psychiatry*, Kraków 2012.

März M., *Żegnaj depresjo. Jak pomocna może być wiara*, Pelplin 2010.

McKenzie K., *Zrozumieć depresję*, Gdańsk 2007.

Meder J., *Problemy zdrowia psychicznego kobiet*, Kraków 2003.

Meder J., Sawicka M., *Inne formy leczenia depresji*, [w:] *Depresja w praktyce lekarza rodzinnego*, red. M. Jarema, Poznań 2007, s. 97–106.

Meder J., Sawicka M., *Zaburzenia psychiczne mężczyzn. Wybrane zagadnienia*, Kraków 2009.

Medina Estevez J. A., *Dépression et espérance chrétienne*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 209–219.

Megglé D., *Susciter un lien social dans une société éclatée et dominée par l'individualisme*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris, s. 327–333.

Men and depression, "Harvard Mental Health Letter" 23 (2006) no. 5, s. 1–3.

Mendiboure B., *Strapienie duchowe*, [w:] *Sztuka kierownictwa duchowego. Poradnik*, red. J. Augustyn, J. Kołacz, Kraków 2007, s. 301–310.

Merikangas K. R., Low N. C. P., *Epidemiologia zaburzeń nastroju*, „Medycyna po Dyplomie" 14 (2005) nr 8, s. 114–125.

Messadié G., *Depresja*, „Znak" 22 (1970) nr 4, s. 509–512.

Meures F., *Ćwiczenia duchowne i psychoterapia*, [w:] *Co zabrać ze sobą? Po fundamencie ćwiczeń duchownych*, red. J. Augustyn, Kraków 2008, s. 218–229.

Michalak J., *Choroba duszy. Rozmowa z prof. Stanisławem Pużyńskim, konsultantem krajowym w dziedzinie psychiatrii*, „Przewodnik Lekarza" (2002) nr 3, s. 4–8.

Michalska-Leśniewicz M., Gruszczyński W., *Czynniki psychologiczne w depresji*, „Psychiatria" 7 (2010) nr 3, s. 95–103.

Michalska-Leśniewicz M., Gruszczyński W., *Jakość życia kobiet z zaburzeniami depresyjnymi*, „Psychiatria" 7 (2010) nr 2, s. 53–60.

Michalska-Leśniewicz M., Gruszczyński W., *Psychologiczne wyznaczniki jakości życia kobiet z rozpoznaną depresją*, „Psychiatria Polska" 44 (2010) nr 4, s. 529–541.

Michałowska J., *Depresja w ujęciu poznawczo-behawioralnym*, [w:] *Od depresji: wybrane materiały z konferencji „Od depresji do pokoju ducha" zorganizowanej przez Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich, Warszawa–Konstancin 20–22.04.2007*, red. S. Tokarski, Płock 2009, s. 35–43.

Michałowski S., *Wstęp*, [w:] *Spotkanie z pacjentem, czyli duszpasterstwo chorych*, R. Masarczyk, Kraków 2003, s. 5–7.

Mieścicka-Mellibruda L., *Nie poddawaj się smutkowi*, Warszawa 1992.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków–Warszawa 2000.

Mikus R., *Labirynt duszy*, Poznań 2007.

Miller A., *Dramat udanego dziecka: studia nad powrotem do prawdziwego Ja*, Warszawa 1995.

Ministerstwo Zdrowia, *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r.*, Warszawa 2011.

Misiarczyk L., *Acedia według Ewagriusza z Pontu*, [w:] *Od depresji: wybrane materiały z konferencji „Od depresji do pokoju ducha" zorganizowanej przez Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich, Warszawa–Konstancin 20–22.04.2007*, red. S. Tokarski, Płock 2009, s. 107–121.

Misiarczyk L., *Acedia według Ewagriusza z Pontu*, „Studia Płockie" (2004) t. 32, s. 63–84.

Misiarczyk L., *Osiem „logismoi" w pismach Ewagriusza z Pontu*, Tyniec, Kraków 2007.

Misiurek J, *„Błogosławieni, którzy się smucą" (Mt 5, 4)*, [w:] *Ku szczęściu – bez oszustwa*, red. J. Misiurek, A. J. Nowak, W. Słomka, Lublin 1997, s. 67–76.

Mitarski J., *Z dziejów melancholii*, [w:] A. Kępiński, *Melancholia*, Kraków 2001, s. 268–309.

Mochnacka I., *Samobójstwo – teorie etiologiczne, ocena ryzyka, zasady postępowania i prewencji*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 5 (2005) nr 1, s. 51–57.

Modlińska A., Brzozowska I., Walden-Gałuszko K. de, Janiszewska J., Krakowiak P., *Nowoczesne pielęgniarstwo wobec pacjentów z depresją okresu starości*, [w:] *Problemy zdrowia psychicznego. Ewaluacja kształcenia pielęgniarek i położnych*, red. M. Wojciechowska, Łódź 2010, s. 177–190.

Młodożeniec A., *Zagrożenia w depresji*, [w:] *Depresja w praktyce lekarza rodzinnego*, red. M. Jarema, Poznań 2007, s. 49–78.

Młodożeniec A., Brodniak W. A., *Ryzyko zachowań samobójczych w chorobach psychicznych*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej" 1 (2008) nr 2, s. 82–92.

Mojek S., *Doświadczenie Boga według św. Jana od Krzyża*, [w:] *Bóg i człowiek w doświadczeniu religijnym*, red. W. Słomka, Lublin 1986, s. 181–204.

Moltman J., *Rozważanie o nadziei*, „Znak" 28 (1976) nr 8–9, s. 1248–1267.

Modrzejewska R., Bomba J., *Porównanie objawów depresji młodzieńczej w populacji uczniów krakowskich szkół gimnazjalnych na podstawie analizy wyników*

badań za pomocą inwentarza objawowego 10'B1'w latach 1984 i 2001, „Psychiatria Polska" 43 (2009) nr 2, s. 175–182.

Modrzejewska R., Bomba J., *Porównanie objawów depresji w populacji uczniów krakowskich szkół podstawowych w latach 1984–2001*, „Psychiatria Polska" 43 (2009) nr 2, s. 167–174.

Modrzejewska R., Bomba J., *Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych i używania substancji psychoaktywnych w populacji 17-letniej młodzieży wielkomiejskiej*, „Psychiatria Polska" 44 (2010) nr 4, s. 579–592.

Moody R., *The black veil*, Boston–New York 2002.

Moore R. G., *Cognitive therapy for chronic and persistant depression*, New York 2003.

Morabito S., *Psychiatra w piekle*, Kraków 2012.

Morciniec P., *Prewencja zdrowia – cnota niechciana*, „Sosnowieckie Studia Teologiczne" 8 (2007) s. 109–123.

Morgalla S., *Krótka historia jednej depresji*, [w:] *Co zabrać ze sobą? Po trzecim tygodniu ćwiczeń duchownych*, red. J. Augustyn, Kraków 2011, s. 127–142.

Morgalla S., *Pokonać depresję*, „Życie Duchowe" (2004) nr 38, s. 67–76.

Morrison J., *Kiedy objawy psychiczne maskują choroby ciała*, Gdańsk 2002.

Moryś J., *Podstawy teoretyczne współczesnej psychiatrii*, [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 57–87.

Moskalewicz J., Habrat B., Sierosławski J., Świątkiewicz G., Zieliński A., *Konsekwencje zdrowotne nadużywania substancji psychoaktywnych*, [w:] *Zdrowie psychiczne: zagrożenia i promocja*, red. J. Cz. Czabała, Warszawa 2000, s. 182–211.

Moskwa M., *Być albo nie być*, „Wiedza i Życie" (2003) nr 2, s. 55–60.

Muchnicka-Djakow, *Kluby seniora*, [w:] *Encyklopedia seniora*, red. I. Borsowa, W. Pędich, J. Piotrowski, T. Rożniatowski, S. Rudnicki, Warszawa 1986, s. 139–147.

Mudyń K., *O pokusach bycia nieszczęśliwym*, „Charaktery" (1997) nr 7, s. 28–29.

Mulder R. T., *Depresja a zaburzenia osobowości*, „Medycyna po Dyplomie" 14 (2005) nr 4, s. 69–78.

Murawiec S., *Neurobiologia przeżyć stresowych. Interakcyjny model depresji*, „Albo albo. Problemy psychologii i kultury" (2002) z. 3, s. 45–50.

Murray P., *Złe zdrowie – dobre wieści*, „W Drodze" (2008) nr 6, s. 74–84.

Musiał M., *Głęboko, coraz głębiej, czyli terapia psychoanalityczna*, „Charaktery" (2005) nr 8, s. 24–25.

Müller W., *Jak wyjść z depresji?*, Kraków 2002.

Nagórny J., *Nadzieja chrześcijańska wobec wyzwań współczesności*, [w:] *Nadzieja chrześcijańska a nadzieje ludzkie*, red. J. Nagórny, M. Pokrywka, Lublin 2003, s. 63–100.

Nagurska H., *Organizacja opieki psychiatrycznej w Polsce*, [w:] *Podstawy psychiatrii: podręcznik dla studentów*, red. M. Jarosz, Warszawa 1988, s. 323–331.

Namysłowska I., *Ankieta „Znaku". Spotkanie chorego*, „Znak" 49 (1997) nr 10, s. 73–76.

Namysłowska I., *Psychiatria dzieci i młodzieży (wybrane zagadnienia)*, [w:] *Psychiatria dla studentów medycyny. Podręcznik*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa 1992. 1998, s. 362–382.

Namysłowska I., *Rozwój psychiczny człowieka*, [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 231–252.

Namysłowska I., *Spotkanie z chorobą*, [w:] *Społeczne problemy leczenia zaburzeń psychicznych*, red. W. Brodniak, Warszawa 1985, s. 13–27.

Namysłowska I., *Życie z chorobą*, [w:] *Społeczne problemy leczenia zaburzeń psychicznych*, red. W. Brodniak, Warszawa 1985, s. 27–42.

Namysłowska I., Siewierska A., *Kondycja polskich rodzin a zdrowie psychiczne*, [w:] *Zdrowie psychiczne: zagrożenia i promocja*, red. J. Cz. Czabała, Warszawa 2000, s. 122–143.

Nash J. I., Lomax J. W., *Możliwości w zakresie działań psychodynamicznych i psychospołecznych*, [w:] *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu*, t. 1, red. M. H. Ebert, B. Nurcombe, P. T. Loosen, J. F. Leckman, Lublin 2011, s. 155–167.

Nasierowski T., *Dzieje psychiatrii: główne wydarzenia, osoby i tendencje rozwojowe*, [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 1–56.

Nasierowski T., *Historia zaburzeń nastroju*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 7 (2007) nr 2, s. 75–86.

Nasierowski T., Matsumoto H., *Nadążyć za HIV: nowe doniesienia na temat patofizjologii leczenia zaburzeń psychicznych w przebiegu AIDS*, Warszawa 1997.

Nault J. Ch., *„Acedia", wróg duchowej radości*, „Communio" 24 (2004) nr 6 (144), s. 54–81.

Naumowicz J., *Krzyż Chrystusa znakiem nadziei*, [w:] *Co zabrać ze sobą? Po trzecim tygodniu ćwiczeń duchownych*, red. J. Augustyn, Kraków 2011, s. 30–40.

Nedley N., *Żegnaj depresjo! Poradnik dla osób pragnących odzyskać nadzieję w beznadziei*, Mszczonów 2008.

Neumann B, Dietrich D., *Depresja nie jest przeznaczeniem. Najlepsze sposoby terapii i metody leczenia. Skuteczna pomoc dla osób dotkniętych depresją i ich rodzin*, Kraków 2007.

Neurogeneza, [w:] *Leksykon manii i depresji*, J. Rybakowski, J. Jaracz, Poznań 2010, s. 86.

Nieckuła E., *Depresja w kołysce*, „Wprost" (2010) nr 7 (1411), s. 58–59.

Nieckuła E., *Maski depresji*, „Wprost" (2010) nr 9, s. 60–61.

Nieniewska M., Kokoszka A., *Psychoanalityczna psychoterapia wglądowa*, [w:] *Wprowadzenie do psychoterapii*, red. A. Kokoszka, P. Drozdowski, Kraków 1990, s. 90–104.

Nierenberg A. A., Sussmam N., Trivedi M. H., *Leczenie nawrotów depresji*, „Medycyna po Dyplomie. Zeszyt edukacyjny" (2009) nr 9.

Niewiadomski L., *Integralnie*, „Więź" (2004) nr 2, s. 30–31.

Nissen G., *Die larvierte Depression bei Kindern und Jugendlichen*, [w:] *Die larvierte Depression*, Hrsg. P. Kielholz, Bern–Stuttgart–Wien 1973, s. 141–150.

Nosowski Z., *Ksiądz, czyli człowiek. Psycholog wobec terapii osób duchownych. Z Ewą Kusz rozmawia Zbigniew Nosowski*, „Więź" (2007) nr 6, s. 45–52.

Nouven H. J. M., *Kapłan i jego zdrowie psychiczne*, „W Drodze" (2002) nr 9, s. 52–64.

Nowak G., *Przedmowa*, [w:] *Cynk w fizjologii, patofizjologii i terapii depresji*, red. G. Nowak, Kraków 2001, s. 5–6.

Nowak G., *Współczesne poglądy na mechanizm działania leków przeciwdepresyjnych*, Kraków 1997.

Nowicka A., *Wybrane problemy osób starszych*, Kraków 2006.

Nowicki Z., *Przydatność kliniczna badań poligraficznych snu w endogennych zespołach depresyjnych*, Gdańsk 1990.

Nowosad S., *Nadzieja na „Visio Dei" w życiu moralnym*, [w:] *Nadzieja chrześcijańska a nadzieje ludzkie*, red. J. Nagórny, M. Pokrywka, Lublin 2003, s. 143–166.

Nuber U., *Depressionen*, München 1995.

Nurcombe B., *Formułowanie diagnozy, planowanie leczenia oraz sposoby leczenia dzieci i młodzieży*, [w:] *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu*, t. 1, red. M. H. Ebert, B. Nurcombe, P. T. Loosen, J. F. Leckman, Lublin 2011, s. 167–183.

Nurcombe B., *Psychiatria prewencyjna*, [w:] *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu*, t. 1, red. M. H. Ebert, B. Nurcombe, P. T. Loosen, J. F. Leckman, Lublin 2011, s. 185–192.

Nurcombe B., *Trudności diagnostyczne*, [w:] *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu*, t. 1, red. M. H. Ebert, B. Nurcombe, P. T. Loosen, J. F. Leckman, Lublin 2011, s. 57–75.

Nurcombe B., Ebert M. H., *Badanie psychiatryczne*, [w:] *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu*, t. 1, red. M. H. Ebert, B. Nurcombe, P. T. Loosen, J. F. Leckman, Lublin 2011, s. 37–56.

Nurcombe B., Tramontana M., *Możliwości diagnostyczne u dzieci i młodzieży*, [w:] *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu*, t. 1, red. M. H. Ebert, B. Nurcombe, P. T. Loosen, J. F. Leckman, Lublin 2011, s. 101–117.

Nurnberger J. I., Berrettini W., *Związki zaburzeń psychicznych z genetyką*, [w:] *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu*, t. 1, red. M. H. Ebert, B. Nurcombe, P. T. Loosen, J. F. Leckman, Lublin 2011, s. 15–36.

O'Neil M., *Depression in the Elderly*, „The Journal of Continuing Education in Nursing" 38 (2007) nr 1–2, s. 14–15.

Obuchowski K., *Nadzieja matką mocy, depresja zapadliskiem nieszczęść*, „Charaktery" (2002) nr 11, s. 23–26.

Ojrzyńska M., *Pomagać w zrozumieniu siebie*, [w:] *Między konfesjonałem a kozetką*, red. K. Jabłońska, C. Gawryś, Warszawa 2010, s. 144–147.

Ojrzyńska M., *To, co zwykle*, „Więź" (2009) nr 4, s. 57–58.

Olajossy-Hilkesberger L., *Depresja atypowa – charakterystyka kliniczna*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 7 (2007) nr 2, s. 66–74.

Olech W., *Polska teologia nadziei w okresie posoborowym*, Lublin 2009.

Olejnik S., *W kręgu moralności chrześcijańskiej*, Warszawa 1985.

Olescho H., *Cierpienie jako transcendencja*, „Znak" 40 (1988) nr 12, s. 83–86.

Olié J. P., Macher J-P., Silva J. A. Costa e, *Neuroplastyczność: patofizjologia depresji w nowym ujęciu*, Gdańsk 2004.

Olszewski M., *Żeby lekarz szedł za pacjentem*, „Tygodnik Powszechny" (2009) nr 21, s. 4–5.

Olszewski M., Prusak J., *Nie żyliśmy u Pana Boga za piecem [rozmowa z Z. Milską-Wrzosińską]*, „Tygodnik Powszechny" (2009) nr 21, s. 6–7.

Orwid M., Pietruszewski K., *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Kraków 1995.

Orzeszyna J., *O rehumanizację medycyny*, „Sosnowieckie Studia Teologiczne" 8 (2007) s. 157–172.

Osińska K., *Zdrowie psychiczne człowieka cierpiącego*, [w:] *System wartości i zdrowie psychiczne*, red. B. Hołyst, Warszawa 1990.

Ostaszewska A., *Psychoterapia wzmacnia osoby*, [w:] *Od depresji: wybrane materiały z konferencji „Od depresji do pokoju ducha" zorganizowanej przez Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich, Warszawa–Konstancin 20–22.04.2007*, red. S. Tokarski, Płock 2009, s. 79–96.

Ostrowska K., *Funkcjonowanie szkoły jako potencjalne źródło zagrożeń dla zdrowia psychicznego. Zagrożenia dla zdrowia w funkcjonowaniu szkoły z perspektywy poradnictwa psychologiczno-pedagogicznego*, [w:] *Zdrowie psychiczne: zagrożenia i promocja*, red. J. Cz. Czabała, Warszawa 2000, s. 103–114.

Osuch K., *Tyle zaznałem zła*, [w:] *Co zabrać ze sobą? Po trzecim tygodniu ćwiczeń duchownych*, red. J. Augustyn, Kraków 2011, s. 182–191.

Otffinowska A., *Szczęśliwie, po ludzku*, „Charaktery" (2000) nr 12, s. 28.

Ozimkowski V., *Biegnący umysł*, „Newsweek Polska" (2007) nr 11, dod., s. 5–9.

Padesky Ch. A., Greenberger D., *Umysł pod nastrojem: zmień nastrój poprzez zmianę sposobu myślenia*, Kraków 2004.

Padovani M. H., *Uleczyć zranione emocje. Przezwyciężanie życiowych ran*, Kielce 2000.

Palińska D., Gazdag G., Sobów T., Hese R. T., Kłoszewska I., *Leczenie elektrowstrząsowe w Polsce w 2005 roku – wyniki ankiety przeprowadzonej w polskich szpitalach psychiatrycznych*, „Psychiatria Polska" 42 (2008) nr 6, s. 825–839.

Papakostas G. I., *Stosowanie atypowych leków przeciwpsychotycznych jako postępowanie uzupełniające w terapii dużej depresji opornej na leczenie*, „Psychiatria po Dyplomie" 6 (2009) nr 2, s. 55–60.

Papp M., *Udział receptorów noradrenergicznych i serotonergicznych w mechanizmie działania leków przeciwdepresyjnych*, Kraków 1993.

Papolos D. F., Papolos J., *Przezwyciężyć depresję*, Poznań 1994.

Parafia św. Andrzeja Boboli w Białymstoku. Parafialna Poradnia Życia Rodzinnego, www.abobola.aplus.pl (29.12.2013).

Parker M., Lee Roff L., Klemmack D. L., Koenig H. G., Baker P., Allman R. M., *Religiosity and mental health in southern, community-dwelling older adults*, „Aging & Mental Health", 7 (2003) no. 5, s. 390–397.

Parnowski T., *Depresja schyłku życia*, „Charaktery" (2002) nr 11, s. 20–21.

Parnowski T., *Depresje wieku podeszłego*, [w:] *Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego: zbiór materiałów szkoleniowych*, red. S. Pużyński, Warszawa 2000, s. 54–62.

Parnowski T. J., *Depresje w wieku podeszłym. Naczyniowe czynniki ryzyka i zaburzenia procesów poznawczych*, Warszawa 2005.

Parnowski T. J., *Depresja i choroby ośrodkowego układu nerwowego*, [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza rodzinnego*, red. T. J. Parnowski, Ł. Święcicki, Warszawa 2007, s. 215–245.

Parnowski T. J., *Depresja i choroby somatyczne*, [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza rodzinnego*, red. T. J. Parnowski, Ł. Święcicki, Warszawa 2007, s. 181–205.

Parnowski T. J., *Depresja u osób w wieku podeszłym*, [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza rodzinnego*, red. T. J. Parnowski, Ł. Święcicki, Warszawa 2007, s. 161–180.

Parnowski T. J., *Depresja w chorobie afektywnej dwubiegunowej i chorobie afektywnej jednobiegunowej (ChAD i ChAJ)*, [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza rodzinnego*, red. T. J. Parnowski, Ł. Święcicki, Warszawa 2007, s. 145–153.

Parnowski T. J., *Farmakoterapia depresji*, [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza rodzinnego*, red. T. J. Parnowski, Ł. Święcicki, Warszawa 2007, s. 87–107.

Parnowski T., *Leczenie depresji u osób w podeszłym wieku*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 2 (2002) nr 2, s. 109–113.

Parnowski T., *Psychofarmakoterapia u osób w wieku podeszłym*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 211–221.

Parnowski T., *Starzenie się a zdrowie psychiczne*, „Medycyna po Dyplomie" 20 (2011) nr 7, s. 28–34.

Parry B. L., *Depresja okołomenopauzalna*, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria" (2010) nr 2, s. 9–15.

Parzuchowski M., *Bolesny ideał*, „Charaktery" (2004) nr 1, s. 47–48.

Paszkowska T., *Acedia – demon degradujący istnienie osobowe*, „Roczniki Teologiczne" 52 (2005) z. 5, s. 179–200.

Paszkowska T., *Psychologia w kierownictwie duchowym*, Lublin 2007.

Patil B., *Le sens de la dépression et du mal-être considéré selon le point de vue de la religion. La signification de la dépression et du mal-être dans la perspective de l'hindouisme*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 269–275.

Pausch J., Böhm G., *Jak uniknąć depresji: życie we właściwym rytmie*, Kraków 2004.

Pawlaczyk B., Zakrzewska M., *Biblia a medycyna*, Poznań 2007.

Pawlik J., *Społeczne aspekty depresji*, [w:] *Depresja. Ujęcie psychoanalityczne*, red. K. Walewska, J. Pawlik, Warszawa 1992, s. 232–252.

Pawlukiewicz P., *Potrzebne są środowiska*, „Więź" (2004) nr 2, s. 31–32.

Pawłowski T., *Szczęśliwi wy, którzy teraz płaczecie*, „W Drodze" (1999) nr 5, s. 13–15.

Pawłowski T., Małyszczak K., *Koncepcje współistnienia lęku i depresji*, [w:] *Zespoły lękowo-depresyjne: patogeneza, obraz kliniczny i leczenie*, red. K. Małyszczak, T. Pawłowski, Wrocław 2007, s. 17–29.

Pawłowski T., Małyszczak K., Współistnienie objawów lękowych i depresyjnych w badaniach populacyjnych, [w:] Zespoły lękowo-depresyjne: patogeneza, obraz kliniczny i leczenie, red. K. Małyszczak, T. Pawłowski, Wrocław 2007, s. 95–114.

Pecyna M. B., *Psychologia kliniczna w praktyce pedagogicznej*, Warszawa 1998.

Pera H., *Sam nie podołam*, „Znak" 29 (1977) nr 2–3, s. 149–206.

Perec G., *Człowiek, który śpi*, Warszawa 2003.

Pérez Barreo S. A., *Zapobieganie samobójstwom. Wskazówki dla rodziny*, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria" (2009) nr 1, s. 65–70.

Pertyński T., *Diagnostyka i terapia wieku menopauzalnego*, Wrocław 2004.

Pesso A., *Praca z klientami o skłonnościach samobójczych*, [w:] *Depresja, esencja i ciało*, red. J. Santorski, Warszawa 1992, s. 79–85.

Petit J., *Psychiatria ratunkowa*, Wrocław 2006.

Petiziol A., *Modèles biologiques et modèles psychologiques de la dépression*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 115–123.

Pęcherzewski A., *Bogu dzięki za Freuda!*, [w:] *Między konfesjonałem a kozetką*, red. K. Jabłońska, C. Gawryś, Warszawa 2010, s. 148–152.

Pfau B., *I mille volti della depressione: atlante delle forme espressive della depressione*, Milano 1995.

Piattelli Alberto A., *Le sens de la dépression et du mal-être considéré selon le point de vue de la religion. La vision hébraïqe*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 259–261.

Pichot P., Hassan J., *Larvierte Depression und depressive Äquivalente Probleme der Definition und der Diagnostik*, [w:] *Die larvierte Depression*, red. P. Kielholz, Bern–Stuttgart–Wien 1973, s. 65–80.

Piechowski M. M., *Zdrowie psychiczne jako funkcja rozwoju psychicznego*, [w:] *Zdrowie psychiczne*, red. K. Dąbrowski, Warszawa 1979, s. 91–128.

Piecuch J., *Zapomniana praca nad nadzieją bliźniego*, [w:] *Oblicza nadziei. Wykłady otwarte zorganizowane w okresie Wielkiego Postu 2008*, red. M. Worbs, Opole 2008, s. 71–82.

Pegsa J., *Człowiek, istota moralna. Teologia moralna fundamentalna. Tom I*, Opole 2002.

Pegsa J., *Człowiek, istota moralna. Prawda i wierność. Godność życia ludzkiego. Prawo do życia i ochrona życia. Płciowość jako dar i zadanie. Tom III*, Opole 2000.

Pierzchalski J. *Wiara a depresja*, http://pierzchalski.ecclesia.org.pl/ (3.03.2014).

Piet B., *Samobójstwo rozszerzone*, „Polityka" (2008) nr 38, s. 7.

Pietkiewicz B., *Ofiary jesieni*, „Polityka" (2003) nr 42, s. 20–22.

Pietkiewicz B., *Siostry niszczycielki*, „Polityka" (2006) nr 2, s. 78–81.

Pietkiewicz B., *Śmierć przed życiem*, „Polityka' (1999) nr 8, s. 78–79.

Pietkiewicz B., *Życie po życiu*, „Polityka" (2006) nr 34, s. 66–69.

Pietraszko J., *O relacji między konstruktywnymi i autodestruktywnymi tendencjami psychicznymi i behawioralnymi*, [w:] *Samobójstwo. Specyfika problemu, horyzonty badawcze*, red. S. Kijaczko, Opole 2003, s. 13–39.

Pietrzak M., *Samobójstwo w strukturze życia podmiotowego*, [w:] *Samobójstwo. Specyfika problemu, horyzonty badawcze*, red. S. Kijaczko, Opole 2003, s. 41–52.

Pike S., *Czym jest promocja zdrowia?*, [w:] *Promocja zdrowia dla wszystkich*, red. S. Pike, D. Forster, Lublin 1998, s. 3–16.

Pilecka W., *Skłonności depresyjne u uczniów z odchyleniami w stanie zdrowia i rozwoju w świetle badań testem depresji dla dzieci P. Rossmana*, [w:] *Prace Psychologiczne VI. Wybrane materiały z Międzynarodowej konferencji „Dzieci i młodzież a problemy współczesnego życia – perspektywa psychologiczna. Kraków maj 1994*, red. W. Pilecka, W. Czajkowski, Kraków 1997, s. 211–221.

Pilśniak M., *Pan Bóg się nie obrazi*, „Więź" (2004) nr 2, s. 33–34.

Pilśniak M., *Wolność w spowiedzi*, „W Drodze" (1999) nr 3, s. 10–19.

Pintor S., *La foi. Principaux points de foi sur lesquels il est nécessaire d'insister*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 295–309.

Piotrowski A., *Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych*, [w:] *Psychiatria dla studentów medycyny. Podręcznik*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa 1992, 1998, s. 216–232.

Pitucha M., Samek A. G., *Depresja, jej poziom i obraz. Ilustracja w oparciu o badanie testem MMPI*, [w:] *Wpływ lęku i depresji na funkcjonowanie psychospołeczne studentów*, red. B. Grochmal-Bach, Kraków 1996, s. 26–35.

Pleskaczyński J., *Depresja jest zawsze próbą duchową*, „Pastores" (2004) nr 4, s. 145–148.

Płużek Z., *Kryzys religijny a noc ciemna w ujęciu św. Jana od Krzyża*, [w:] *Rozwój zintegrowany. Materiały wybrane Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich*, red. R. Jaworski, Płock 2002, s. 105–117.

Płużek Z., *Psychologia pastoralna*, Kraków 2002.

Płużek Z., *Psychologiczne aspekty samobójstw*, „Znak" 24 (1972) nr 7–8, s. 944–953.

Płużek Z., Jacyniak A., *Świat ludzkich kryzysów*, Kraków 2006.

Poczucie winy, [w:] *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*, red. L. Korzeniowski, S. Puzyński, Warszawa 1986, s. 400.

Podgórska J., *Smutna radość*, „Polityka" (2008) nr 2, s. 78.

Pogorzelski W., Zaborowski A., *Zaburzenia psychiczne w niektórych chorobach somatycznych*, [w:] *Podstawy psychiatrii: podręcznik dla studentów*, red. M. Jarosz, Warszawa 1988, s. 200–218.

Polaino-Lorente A., *Facteurs de la dépression et perspectives thérapeutiques*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 135–163.

Ponikło T., *Spotkanie bezradnych [rozmowa z J. Naliwajko]*, „Tygodnik Powszechny" (2009) nr 7 (3110), s. 18–19.

Popiel A., *Gdy myśli złe dręczą*, „Charaktery" (2006) nr 11, s. 18–19.

Popiel A., Pragłowska E., *Psychoterapia poznawczo-behawioralna*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 269–275.

Poradowska-Trzos M., Dudek D., Rogóż M., Zięba A., *Porównanie sieci społecznych pacjentów z chorobą afektywną jedno- i dwubiegunową*, „Psychiatria Polska" 41(2007) nr 5, s. 665–667.

Poradowska-Trzos M., Dudek D., Rogóż M., Zięba A., *Sieci społeczne pacjentów depresyjnych*, „Psychiatria Polska" 41(2007) nr 5, s. 651–663.

Porczyk S. *Choroba z głowy*, „Polityka" (2007) nr 43, s. 35–39.

Poseł Z., *Badanie psychiatryczne*, [w:] *Podstawy psychiatrii: podręcznik dla studentów*, red. M. Jarosz, Warszawa 1988, s. 278–298.

Poseł Z., *Choroby psychiczne wywołane przez kiłę*, [w:] *Podstawy psychiatrii: podręcznik dla studentów*, red. M. Jarosz, Warszawa 1988, s. 219–225.

Poseł Z., *Zaburzenia psychiczne spowodowane alkoholem*, [w:] *Podstawy psychiatrii: podręcznik dla studentów*, red. M. Jarosz, Warszawa 1988, s. 183–199.

Posner K., Melvin G. A., Stanley B., *Wykrywanie i monitorowanie zagrożenia samobójstwem w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej*, „Psychiatria po Dyplomie" 5 (2008) nr 4, s. 28–33.

Postoła A., *Choroba psychiatrów*, „Wprost" (2007) nr 19, s. 82–84.

Potemkowski A., *Psychologiczne aspekty stwardnienia rozsianego*, Poznań 2010.

Potoczek A., *Związki pomiędzy ciężkością astmy aspirynowej a współwystępującym z nim zespołem lęku napadowego i depresją*, „Psychiatria Polska" 44 (2010) nr 4, s. 569–578.

Poupard P., *Les idées dépressives du monde contemporain*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 165–178.

Poznańska S., *Pielęgnowanie zdrowia*, [w:] *Domowy poradnik medyczny*, red. K. Janicki, Warszawa 1988, s. 51–71.

Poznańska S., *Profilaktyka*, [w:] *Encyklopedia dla pielęgniarek*, red. J. Bogusz, Warszawa 1989, s. 397.

Pragłowska E., *Metody psychologiczne w diagnostyce psychiatrycznej*, [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 477–486.

Pragłowska E., Popiel A., *Psychoterapia w depresji*, [w:] *Depresja w praktyce lekarza rodzinnego*, red. M. Jarema, Poznań 2007, s. 107–129.

Preston J., *Pokonać depresję*, Gdańsk 2003.

Preston J., Fast J. A., *50 strategii radzenia sobie z depresją*, Warszawa 2009.

Price L. H., Carpenter L. L., Tyrka A. R., *Sole litu jako terapia wzmacniająca w leczeniu chorych na depresję lekooporną: przegląd krytyczny*, „Psychiatria po Dyplomie" 6 (2009) nr 2, s. 62–71.

Prigent Y., Rougier S., *Odzyskać nadzieję: kapłan i psychiatra radzą jak pokonać depresję*, Kraków 2007.

Profilaktyka, [w:] *Mała encyklopedia medycyny*, red. T. Rożniatowski, t. 3, Warszawa 1989, s. 979.

Program zdrowotny – Profilaktyka zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży w wieku 16–17 lat, Lublin 2012.

Prot K., *Aktywność samopomocowa*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 621–626.

Prusak J., *Ciekawość innego*, „Więź" (2009) nr 4, s. 63–65.

Prusak J., *Depresja a rozwój duchowy*, „Życie Duchowe" (2004) nr 38, s. 47–58.

Prusak J., *Depresja a rozwój duchowy*, [w:] *Co zabrać ze sobą? Po trzecim tygodniu ćwiczeń duchownych*, red. J. Augustyn, Kraków 2011, s. 206–225.

Prusak J., *Lot nad kukułczym gniazdem*, „Tygodnik Powszechny" (2009) nr 21, s. 3.

Prusak J., *Walka duchowa w chorobie psychicznej*, „Życie Duchowe" (2007) nr 50, s. 70–76.

Przybycień B., *Zdrowie kobiety*, Kraków [b.r.].

Psychopatologia i syndromologia ogólna, [w:] *Psychiatria dla studentów medycyny. Podręcznik*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa 1992. 1998, s. 47–106.

Pużyński S., *Choroby afektywne*, [w:] *Psychiatria dla studentów medycyny. Podręcznik*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa 1992. 1998, s. 267–282.

Pużyński S., *Choroby afektywne*, [w:] *Podstawy psychiatrii: podręcznik dla studentów*, red. M. Jarosz, Warszawa 1988, s. 109–124.

Pużyński S., *Choroby afektywne nawracające*, [w:] *Psychiatria. Tom II. Psychiatria kliniczna*, red. A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, Wrocław 2002, s. 343–415.

Pużynski S., *Depresja*, [w:] *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*, red. L. Korzeniowski, S. Pużyński, Warszawa 1986, s. 99–100.

Pużyński S., *Depresje i zaburzenia afektywne*, Warszawa 2009.

Pużyński S., *Depresje*, Warszawa 1988.

Pużyński S., *Depresje psychogenne (depresje o przyczynach psychologicznych)*, [w:] *Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego: zbiór materiałów szkoleniowych*, red. S. Pużyński, Warszawa 2000, s. 82–88.

Pużyński S., *Depresje w chorobach somatycznych*, [w:] *Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego: zbiór materiałów szkoleniowych*, red. S. Pużyński, Warszawa 2000, s. 63–72.

Pużyński S., *Etyka badań naukowych w psychiatrii*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 449–471.

Pużyński S., *Leki przeciwdepresyjne*, Warszawa 2005.

Pużyński S., *Leki przeciwdepresyjne*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 65–110.

Pużyński S., *Leki przeciwdepresyjne i zasady farmakoterapii depresji typu endogennego*, [w:] *Leczenie depresji*, red. S. Pużyński, Warszawa 1992, s. 5–27.

Pużyński S., *Postępy farmakoterapii stanów depresyjnych*, [w:] *Depresja i leki przeciwdepresyjne – 10 lat później. XIII Zimowa Szkoła Instytutu Farmakologii PAN. Mogilany 1996*, red. B. Przewłocka, s. 59–69.

Pużyński S., *Przedmowa*, [w:] *Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego: zbiór materiałów szkoleniowych*, red. S. Pużyński, Warszawa 2000, s. 3–4.

Pużyński S., *Samobójstwa i depresje*, [w:] *Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego: zbiór materiałów szkoleniowych*, red. S. Pużyński, Warszawa 2000, s. 89–95.

Pużyński S., *Samobójstwa i zaburzenia psychiczne (zwłaszcza depresje)*, [w:] *Psychiatria dla studentów medycyny. Podręcznik*, red. A. Bilikiewcz, Warszawa 1992. 1998, s. 356–361.

Pużyński S., *Zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Pozycja nozologiczna, klasyfikacje, obraz kliniczny i przebieg. Terapia epizodów, profilaktyka nawrotów*, „Medycyna po Dyplomie" 16 (2007) nr 12, s. 44–49.

Pużyński S., *Zaburzenia depresyjne w podstawowej opiece zdrowotnej*, [w:] *Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego: zbiór materiałów szkoleniowych*, red. S. Pużyński, Warszawa 2000, s. 7–14.

Pużyński S., *Zasady stosowania leków przeciwdepresyjnych w terapii depresji*, „Medycyna po Dyplomie" 11 (2002) nr 8, s. 137–144.

Pużyński S., Koszewska I., Kalinowski A., Bogdanowicz E., Święcicki Ł., *Lekooporność w depresjach endogennych. Część I. Występowanie lekooporności u osób hospitalizowanych po raz pierwszy z powodu endogennego zespołu depresyjnego*, „Psychiatria Polska" 27 (1993) nr 6, s. 673–682.

Pużyński S., Koszewska I., Kalinowski A., Bogdanowicz E., Święcicki Ł., *Lekooporność w depresjach endogennych. Część II. Występowanie lekooporności w kolejnych nawrotach depresji*, „Psychiatria Polska" 28 (1994) nr 1, s. 5–15.

Pużyński S., Rybakowski J., *Neurobiologia zaburzeń psychicznych*, [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 150–176.

Prat M., Léon-Dufour X., *Smutek*, [w:] *Słownik teologii biblijnej*, red. X. Léon-Dufour, Poznań 1994, s. 891–895.

Prusak J., *Ciekawość Innego*, [w:] *Między konfesjonałem a kozetką*, red. K. Jabłońska, C. Gawryś, Warszawa 2010, s. 153–156.

Prusak J., *Religia i duchowość w psychoterapii*, [w:] *Podstawowe zagadnienia z psychologii religii*, red. S. Głaz, Kraków 2006, s. 423–447.

Prusak J., *Psychiatria i religia – partnerzy czy rywale*, [w:] *Między konfesjonałem a kozetką*, red. K. Jabłońska, C. Gawryś, Warszawa 2010, s. 220–236.

Prusak J., *Strapienie i pocieszenie. Jak kierować się uczuciami w życiu duchowym*, [w:] *Co zabrać ze sobą? Po fundamencie ćwiczeń duchownych*, red. J. Augustyn, Kraków 2008, s. 187–198.

Przybysz P., Dziarnowska W., *Dekalog w mózgu*, „Charaktery" (2009) nr 3, s. 74–78.

Pyttlik A., *Cierpienia współczesnych Hiobów. Studium teologicznomoralne w oparciu o Księgę Hioba*, Opole 2007.

Rabe-Jabłońska J., *Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży*, [w:] *Psychiatria. Tom II. Psychiatria kliniczna*, red. A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, Wrocław 2002, s. 416–424.

Rabe-Jabłońska J., *Zaburzenia jedzenia (odżywiania się)*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, Warszawa 2011, s. 363–383.

Rabe-Jabłońska J., *Zaburzenia nerwicowe*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, Warszawa 2011, s. 221–252.

Rabe-Jabłońska J., *Zaburzenia psychiczne związane ze stanem somatycznym*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, Warszawa 2011, s. 253–267.

Rabe-Jabłońska J., Rzewuska M., *Dystymia: rozpoznawanie, obraz kliniczny, przebieg, leczenie*, Wrocław 1999.

Radochoński M., *Podstawy psychopatologii dla pedagogów*, Rzeszów 2001.

Radcliffe T., *Radości i smutki współczesnego kapłaństwa*, „W Drodze" (2003) nr 5, s. 30–46.

Radcliffe T., *Dla radości, którą mu obiecano*, „W Drodze" (2003) nr 6, s. 62–77.

Radwańska M., *Działania „od dołu" na rzecz reformy opieki psychiatrycznej. Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne" w Krakowie*, „Rodziny" (2010), nr 7, s. 15.

Radziwiłłowicz W., Szadziewska B., Sulska E., *Depresja młodzieży w kontekście funkcjonowania rodziny*, [w:] *Psychopatologia okresu dorastania: wybrane zagadnienia*, red. W. Radziwiłłowicz, A. Sumiła, Kraków 2006, s. 123–174.

Raj A., *Depresja u osób w wieku podeszłym*, „Medycyna po Dyplomie" 14 (2005) nr 9, s. 97–107.

Rajewska J., *Depresja i zaburzenia nastroju u kobiet*, [w:] red. A. Warenik-Szymankiewicz, *Problemy zdrowotne kobiet*, „Medycyna po Dyplomie. Wydanie specjalne" (2006) nr 22, s. 45–51.

Rajewska J., *Farmakoterapia zaburzeń afektywnych dwubiegunowych u kobiet*, [w:] *Postępy w leczeniu zaburzeń afektywnych*, red. E. Nowakowska, Poznań 2008, s. 130–140.

Rakowska J. M., *Skuteczność psychoterapii: przegląd badań*, Warszawa 2005.

Rao M., *Depresja u osób cierpiących na choroby somatyczne*, „Psychiatria po Dyplomie", 6 (2009) nr 1, s. 37–44.

Ratkowski F., *To jest po ludzku, normalne*, „Galicyjska Gazeta Lekarska" (2011) nr 6 (125), s. 35–38.

Rduch Sz., *Psychologiczne metody leczenia depresji. Czym jest psychoterapia?*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 193–201.

Real T., *Nie chcę o tym mówić*, Warszawa 2009.

Reicher H., *Jaka jest funkcja zasobów psychospołecznych? Wpływ wsparcia społecznego, strategii radzenia sobie i życiowego stresu na psychologiczne funkcjonowanie młodzieży*, [w:] *Prace Psychologiczne VI. Wybrane materiały z międzynarodowej konferencji „Dzieci i młodzież a problemy współczesnego życia – perspektywa psychologiczna. Kraków maj 1994*, red. W. Pilecka, W. Czajkowski, Kraków 1997, s. 189–202.

Ringel E., *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, Szczecin 1987.

Robinson D. S., *Stosowanie leków przeciwdepresyjnych u kobiet w ciąży: aktualizacja*, „Psychiatria po Dyplomie" 6 (2009) nr 5, s. 57–60.

Rogiewicz M., *Zarys psychoterapii i socjoterapii*, [w:] *Podstawy psychiatrii: podręcznik dla studentów*, red. M. Jarosz, Warszawa 1988, s. 332–354.

Rogowska M., *Ucieczka od życia. Depresja*, „Zeszyty Karmelitańskie" (2006) nr 1 (34), s. 61–66.

Rogóż Z., *Rola czynnika troficznego pochodzenia mózgowego w mechanizmie działania leków przeciwdepresyjnych*, Kraków 2005.

Rola J., *Depresja u dzieci*, Kraków 2001.

Rola J., *Melancholia rodzinna: psychologiczne uwarunkowania zaburzeń depresyjnych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną*, Warszawa 2004.

Rola J., *Upośledzenie umysłowe jako czynnik ryzyka dla depresji dziecięcej*, Warszawa 1996.

Romanowska D., *Lato zimą. Czy nowe metody leczenia depresji zimowej przyniosą ulgę?*, „Wprost" (2000) nr 6, s. 66–67.

Romanowska K., *Wyczołgam się z tego miejsca*, „Newsweek" (2004) nr 3, s. 73–77.

Rome H. P., *Das depressive Syndrom – seine sozialpsychiatrischen Implikationen*, [w:] *Die larvierte Depression*, Hrgs. P. Kielholz, Bern–Stuttgart–Wien 1973, s. 14–27.

Rosellini G., Worden M., *Jutro wzejdzie słońce: jak przetrwać depresję*, Warszawa 1995.

Rosenthal M. S., *Depresja: przyczyny, objawy, jak sobie radzić bez leków*, Warszawa 2002.

Rosenthal T., Naughton B., Williams M., *Geriatria*, Lublin 2009.

Rosenthal D. L., Walker E. F., Seligman M. E. P., *Psychopatologia*, Poznań 2003.

Rosenthal N. E., *Zimowe smutki*, Warszawa 1995.

Rosenthal D. L., Seligman M. E. P., *Psychopatologia*, Warszawa 1994.

Roure L., *La dépression: sémiologie, psychologie, environnement, aspects léguax, traitement*, Paris 1999.

Roy R. L., *Depression*, New York 2005.

Roykiewicz A., *Psychohigieniczne funkcje czasu wolnego*, [w:] *Zdrowie psychiczne*, red. K. Dąbrowski, Warszawa 1979, s. 234–262.

Rozpoznawanie i leczenie dużej depresji i zespołów lękowych u dorosłych w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej, „Medycyna po Dyplomie. Zalecenia postępowania" (2003), z. 11.

Rtk, *Konferencja naukowa w Wyższej Szkole Filozoficzno-Pedagogicznej „Ignatianum". Jak wygrać z depresją?* , „Galicyjska Gazeta Lekarska" (2010) nr 5 (118), s. 32–33.

Rubinkiewicz R., *Biblijno-teologiczna wizja nadziei*, [w:] *Nadzieja chrześcijańska a nadzieje ludzkie*, red. J. Nagórny, M. Pokrywka, Lublin 2003, s. 51–61.

Rudin J., *Psychoterapia i religia*, Warszawa 1992.

Rudniański J., *Nadzieja*, „W Drodze" (1998) nr 11, s. 16–20.

Rybak A., *Wytyczne rozpoznawania, postępowania i leczenia depresji u młodzieży w ramach podstawowej opieki zdrowotnej*, „Standardy Medyczne. Pediatria", 5 (2008) nr 4, s. 432–437.

Rybakowski J., *Choroby afektywne*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, Warszawa 2011, s. 171–195.

Rybakowski J., *Etiologia i patogeneza zaburzeń psychicznych*, [w:] *Psychiatria dla studentów medycyny. Podręcznik*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa 1992. 1998, s. 40–46.

Rybakowski J., *Farmakologiczna profilaktyka chorób psychicznych*, [w:] *Psychiatria dla studentów medycyny. Podręcznik*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa 1992. 1998, s. 437–445.

Rybakowski J., *Farmakologiczna profilaktyka nawrotów depresji w chorobach afektywnych*, [w:] *Depresja i leki przeciwdepresyjne – 10 lat później. XIII Zimowa Szkoła Instytutu Farmakologii PAN. Mogilany 1996*, red. B. Przewłocka, s. 111–120.

Rybakowski J., *Leczenie farmakologiczne w psychiatrii. Leki przeciwdepresyjne*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, Warszawa 2011, s. 494–513.

Rybakowski J., *Leki normotymiczne*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 110–124.

Rybakowski J., *Możliwości leczenia zaburzeń depresyjnych i lękowych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 1 (2001) nr 1, s. 11–18.

Rybakowski J., *Neuroimmunologia zaburzeń psychicznych*, [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1., red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 198–209.

Rybakowski J., *Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej*, Poznań 2008.

Rybakowski J., *Psychiatria ewolucyjna*, [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 219–230.

Rybakowski J., *Standardy długoterminowej farmakoterapii choroby afektywnej dwubiegunowej*, [w:] *Postępy w leczeniu zaburzeń afektywnych*, red. E. Nowakowska, Poznań 2008, s. 115–129.

Rybolt R., *75 sposobów na depresję*, Gdańsk 2009.

Rymaszewska J., *Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych*, [w:] *Psychiatria. Wybrane zagadnienia*, red. A. Kiejna, K. Małyszczak, J. Mazurek, Wrocław 2006, s. 173–184.

Rymaszewska J., Ramsey D., Chładzińska-Kiejna S., Kiejna A., *Czy krótkotrwała ekspozycja na skrajnie niskie temperatury może być pomocna w leczeniu zaburzeń depresyjnych i lękowych*, „Psychiatria Polska" 41 (2007) nr 5, s. 625–636.

Ryn Z. J., *Epicentrum depresji*, „Charaktery" (1998) nr 1, s. 8.

Ryn Z. J., *Oblicza samotności*, „Charaktery" (2004) nr 9, s. 20–21.

Ryn Z. J., *Sens cierpienia*, „Charaktery" (2004) nr 4, s. 61–63.

Ryn Z. J., *Smutek cywilizacji*, „Charaktery" (1998) nr 4, s. 12–16.

Ryn Z. J., *W poszukiwaniu sensu cierpienia*, „Charaktery" (2001) nr 3, s. 54–56.

Rzewuska M., *Farmakoterapia w zaburzeniach afektywnych*, [w:] *Leczenie zaburzeń psychicznych*, red. M. Rzewuska, Warszawa 2000, s. 161–193.

Rzewuska M., *Farmakoterapia w zapobieganiu nawrotom psychoz*, [w:] *Leczenie zaburzeń psychicznych*, red. M. Rzewuska, Warszawa 2000, s. 194–211.

Rzewuska M., *Ograniczenia stosowania leków psychotropowych w okresie ciąży i karmienia piersią*, [w:] *Leczenie zaburzeń psychicznych*, red. M. Rzewuska, Warszawa 2000, s. 11–36.

Rzewuska M., *Psychofarmakoterapia w okresie ciąży i karmienia*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 199–211.

Sadowska M., *Doświadczenie przez rodziców straty w sytuacji choroby psychicznej ich dziecka*, [w:] *Psychospołeczne konteksty doświadczania straty*, red. S. Steuden, K. Janowski, Lublin 2009, s. 60–69.

Salij J., *Ból duchowy*, „Charaktery" (2000) nr 2, s. 38–42.

Salij J., *Częściej przysyłają niewierzący*, „Więź" (2004) nr 2, s. 35–36.

Samek T., Samek A. G., *Miary lęku i depresji w MMPI*, [w:] *Wpływ lęku i depresji na funkcjonowanie psychospołeczne studentów*, red. B. Grochmal-Bach, Kraków 1996, s. 15–25.

Samobójstwo i zachowania samobójcze, [w:] J. Rybakowski, J. Jaracz, *Leksykon manii i depresji*, Poznań 2010, s. 101.

Samobójstwo rozszerzone, [w:] J. Rybakowski, J. Jaracz, *Leksykon manii i depresji*, Poznań 2010, s. 101.

Samochowiec J., *Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu i innymi substancjami psychoaktywnymi*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, Warszawa 2011, s. 81–121.

Samochowiec J., Tymicz A., Wojciechowski B., *Problemy emocjonalne kobiet*, „Medycyna po Dyplomie" 11 (2002) nr 9, s. 75–86.

Sanders C. M., *Jak przeżyć stratę dziecka*, Gdańsk 2001.

Sapolsky R. M., *Dlaczego zebry nie mają wrzodów? Psychofizjologia stresu*, Warszawa 2010.

Saraceno B., *Dépression: faits et perspectives*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 73–78.

Saraiva Martins J., *La dépression: phénomène clinique, antropologie biblique et foi chrétienne*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 37–49.

Sariusz-Skąpska M., *Psychoedukacja*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 231–236.

Sariusz-Skąpska M., Rduch Sz., *Psychologiczne podłoże depresji*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 115–120.

Sarnacka-Mahoney E., *Ciche piekło*, „Polityka" (2002) nr 8, s. 80–81.

Sarnacki A., *Poznanie ludzkich uczuć*, [w:] *Co zabrać ze sobą? Po fundamencie ćwiczeń duchownych*, red. J. Augustyn, Kraków 2008, s. 169–186.

Saul, [w:] *Leksykon postaci biblijnych*, M. Bocian, Kraków 1995, s. 481–486.

Saunders E. F. H., McInnis M. G., *Dowody na konieczność długoterminowego leczenia depresji*, „Psychiatria po Dyplomie" 5 (2008) nr 2, s. 9–16.

Sawicka M., Meder J., *Znaczenie punktu konsultacyjnego doradztwa zawodowego w przełamywaniu niepełnosprawności psychicznej*, „Psychiatria Polska" 42 (2008) nr 6, s. 959–967.

Scelfo J., *Męska choroba*, „Newsweek Polska" (2007) nr 11, dod., s. 14–21

Schachter M., Mitchell D., *Czego nie dowiesz się o depresji od swojego lekarza: bezpieczne, skuteczne i przełomowe metody wyleczenia choroby*, Warszawa 2008.

Scheler M., *O sensie cierpienia*, „Znak" 38 (1986) nr 11–12, s. 3–44.

Schlegel-Zawadzka M., *Cynk i miedź w żywności i żywieniu a zaburzenia zdrowotne*, Kraków 2004.

Schneider B., *Dusza nad przepaścią*, „Charaktery" (2010) nr 6, s. 52–54.

Sawicka M., *Leczenie środowiskowe w psychiatrii. Praca z rodziną. Psychoedukacja*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, Warszawa 2011, s. 653–671.

Säfsten B. J., *La crise suicidare*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 105–114.

Segal Z. V., Williams M. G., Teasdale J. D., *Terapia poznawcza depresji oparta na uważności: nowa koncepcja profilaktyki nawrotów*, Kraków 2009.

Seligman M. E. P., *Optymistyczne dziecko*, Poznań 1997.

Seligman M. E. P., *Optymizmu można się nauczyć: jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*, Poznań 1993.

Selvini A., *Larvierte Depression und Koronarerkrankung*, [w:] *Die larvierte Depression*, Hrsg. P. Kielholz, Bern–Stuttgart–Wien 1973, s. 235–242.

Seremak J., *Błogosławieni smutni*, „Życie Duchowe" (2004) nr 38, s. 30–37.

Seremak J., *Błogosławieni smutni*, [w:] *Co zabrać ze sobą? Po trzecim tygodniu ćwiczeń duchownych*, red. J. Augustyn, Kraków 2011, s. 192–205.

Servan-Schreiber D., *Pokonać stres, lęk i depresję bez leków i psychoanalizy*, Warszawa [2004].

Servas J., *Niepokój i smutek – ku chrześcijańskiemu rozeznaniu*, „Communio" 28 (2008) nr 2, s. 46–63.

Sęk H., *Kierunki behawioralne i podejście poznawcze w psychologii klinicznej*, [w:] *Psychologia kliniczna*, t. 1, red. H. Sęk, Warszawa 2010, s. 105–118.

Sęk H., *Kierunki egzystencjalno-humanistyczne w psychologii klinicznej*, [w:] *Psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, Warszawa 2010, s. 119–131.

Sęk H., *Podstawy psychoprofilaktyki: wybrane zagadnienia teoretyczne*, „Przegląd Psychologiczny" 28 (1985) nr 1, s. 83–98.

Sęk H., *Pojęcia normy, normalności i zdrowia*, [w:] *Psychologia kliniczna*, t. 1, red. H. Sęk, Warszawa 2010, s. 55–64.

Sęk H., *Pomoc psychologiczna w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych*, [w:] *Psychologia kliniczna*, t. 1, red. H. Sęk, Warszawa 2010, s. 246–255.

Sęk H., *Promocja zdrowia i prewencja zaburzeń z perspektywy psychologii*, [w:] *Psychologia kliniczna*, t. 1, red. H. Sęk, Warszawa 2010, s. 256–268.

Sęk H., *Psychologia kliniczna jako dziedzina badań i praktyki*, [w:] *Psychologia kliniczna*, t. 1, red. H. Sęk, Warszawa 2010, s. 19–30.

Sęk H., *Psychologia zaburzeń afektywnych*, [w:] *Psychologia kliniczna*, t. 2, red. H. Sęk, Warszawa 2010, s. 100–119.

Sęk H., Ziarko M., *Działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego w Polsce na tle informacji z innych krajów europejskich*, [w:] *Zdrowie psychiczne, zagrożenia i promocja*, red. J. Cz. Czabała, Warszawa 2000, s. 327–377.

Sękalski C., *Na chorych ręce kłaść będą*, „W Drodze" (2002) nr 3, s. 111–120.

Sharp J., Keefe B., *Psychiatria a ból przewlekły*, „Medycyna po Dyplomie" 15 (2006) nr 12, s. 142–150.

Sheikh R., Weller E. B., Weller R. A., *Depresja przed okresem pokwitania: problemy diagnostyczne i terapeutyczne*, „Medycyna po Dyplomie" 16 (2007) nr 12, s. 37–43. 68.

Shelton R. C., *Interwencje psychofarmakologiczne*, [w:] *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu*, t. 1, red. M. H. Ebert, B. Nurcombe, P. T. Loosen, J. F. Leckman, Lublin 2011, s. 139–142.

Shelton R. C., Papakostas G. I., *Duża depresja oporna na leczenie*, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria" (2010) nr 4, s. 71–78.

Shih H. Ch., *La perspective du bouddhisme*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 277–291.

Shugart M. A., Lopez E. M., *Depresja u dzieci i młodzieży. Kiedy zmienność nastroju powinna budzić niepokój*, „Medycyna po Dyplomie" 12 (2003) nr 2, s. 68–77.

Siek S., *Higiena psychiczna i autopsychoterapia*, Warszawa 1982.

Sikora G., *Miara skuteczności terapii*, „Więź" (2004) nr 2, s. 36–37.

Sikora G., *Nieuniknione napięcie*, „Więź" (2009) nr 4, s. 65–67.

Sikora G., *Trzeba zakreślić granice*, [w:] *Między konfesjonałem a kozetką*, red. K. Jabłońska, C. Gawryś, Warszawa 2010, s. 209–219.

Sikora K., *Wybrane formy pomocy psychologicznej*, [w:] *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży. Perspektywa kliniczna*, red. W. Pilecka, Kraków 2011, s. 477–485.

Siwek M., Datka W., Dudek D., *Elektrowstrząsy*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 177–188.

Siwek M., Datka W., Dudek D., *Różne oblicza depresji*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 51–74.

Siwiak-Kobayashi M., *Depresja i lęk*, [w:] *Depresja i leki przeciwdepresyjne – 10 lat później. XIII Zimowa Szkoła Instytutu Farmakologii PAN. Mogilany 1996*, red. B. Przewłocka, s. 133–138.

Siwiak-Kobayashi M., *„Rozpacz i drżenie" po polsku, japońsku i angielsku: badania transkulturowe nad poznawczymi aspektami zespołów depresyjnych i lękowych*, Warszawa 1989.

Skalski M., *Posępnica*, „Wiedza i Życie" (2001) nr 11, s. 46–47.

Skorupska A., *Psychospołeczne konsekwencje przewlekłej choroby psychicznej a rehabilitacja psychiatryczna*, [w:] *Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa specjalistycznego*, red. A. Czupryna, E. Wilczek-Rużyczka, Warszawa 2010, s. 81–90.

Skrzyński W., *Zaburzenia psychiczne. Wybrane zagadnienia psychologii klinicznej*, Warszawa 2004.

Skynner R., Cleese J., *Co wiemy o depresji*, [w:] *Depresja, esencja i ciało*, red. J. Santorski, Warszawa 1992, s. 7–21.

Słowikowski M., *Powiedz Stop!!!: apatii, depresji, chandrze, nerwicom, stresowi, nadpobudliwości, wewnętrznej pustce, niekontrolowanym emocjom*, Łódź 2004.

Służewa A., *Psychoimmunologiczne aspekty depresji i jej leczenia*, [w:] *Depresja i leki przeciwdepresyjne – 10 lat później. XIII Zimowa Szkoła Instytutu Farmakologii PAN. Mogilany 1996*, red. B. Przewłocka, s. 123–130.

Sobański J. A., *Psychoterapia interpersonalna*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 275–283.

Sobeczko H. J., *Benedykt XVI o chrześcijańskiej nadziei. Wprowadzenie do encykliki Spe salvi*, [w:] *Oblicza nadziei. Wykłady otwarte zorganizowane w okresie Wielkiego Postu 2008*, red. M. Worbs, Opole 2008, s. 7–23.

Sobel R. M., Markow D., *Wpływ lęku i zaburzeń nastroju na choroby somatyczne, czyli niedobrze się martwić*, „Medycyna po Dyplomie" 16 (2007) nr 5, s. 144–149.

Sobolewski Z., *Rozważania o nadziei*, Pelplin 2009.

Sobów T., *Depresja po udarze mózgu: aspekty epidemiologii, patofizjologii, oceny klinicznej i postępowania*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej" 2 (2009) nr 2, s. 124–131.

Sobów T., *Praktyczna psychogeriatria. Rozpoznawanie i postępowanie w zaburzeniach psychicznych u chorych w wieku podeszłym*, Wrocław 2010.

Sobów T., *Zaburzenia psychiczne wywołane organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (otępienia, organiczne zaburzenia psychiczne)*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, Warszawa 2011, s. 49–80.

Sohn Ch. H., Lam R. W., *Leczenie choroby afektywnej sezonowej: różnice między chorobą afektywną jednobiegunową a dwubiegunową*, „Medycyna po Dyplomie" 15 (2006) nr 1, s. 171–179.

Sokołowska K., *Jak pokonałam depresję i nerwicę*, Białystok 2006.

Sokołowska K., *Pokonaj cienie przeszłości. Moje zwycięstwo nad depresją i nerwicą*, Białystok 2010.

Sokołowska M., *Funkcjonowanie szkoły jako potencjalne źródło zagrożeń dla zdrowia psychicznego. Podsumowanie, wnioski, rekomendacje*, [w:] *Zdrowie psychiczne, zagrożenia i promocja*, red. J. Cz. Czabała, Warszawa 2000, s. 115–121.

Sokołowska M., *Funkcjonowanie szkoły jako potencjalne źródło zagrożeń dla zdrowia psychicznego. Założenia ogólne, definicje*, [w:] *Zdrowie psychiczne, zagrożenia i promocja*, red. J. Cz. Czabała, Warszawa 2000, s. 11–13.

Solomon A., *Anatomia depresji: demon w środku dnia*, Poznań 2004.

Solvason M. B., DeBattista Ch., *Dawkowanie leków przeciwdepresyjnych w aktywnej fazie leczenia depresji w przebiegu nawracających zaburzeń depresyjnych*, „Psychiatria po Dyplomie" 6 (2009) nr 6, s. 61–69.

Sołtys K., *Wpływ niekorzystnych wydarzeń życiowych z okresu dzieciństwa na obraz psychopatologiczny wybranych zaburzeń psychicznych w późniejszych okresach życia*, Gdańsk 2002.

Sosnowska D., *Emocje poza kontrolą*, „Znak 55 (2003) nr 11, s. 45–56.

Spaemann R., *Śmierć – samobójstwo – eutanazja*, „Ethos" (1999) nr 3 (47), s. 107–114.

Spinelli M. G., *Psychoza poporodowa. Ocena ryzyka wystąpienia i leczenie*, „ Medycyna Praktyczna – Psychiatria" (2010) nr 1, s. 37–42.

Sprawka K., Wysokiński A., Orzechowska A., Talarowska-Bogusz M., Typel D., Gruszczyński W., *Zaburzenia depresyjne i lękowe w okresie klimakterium*, „Psychiatria" 5 (2008) nr 3, s. 99–104.

Srebrny K., *Dwa porządki*, „Więź" (2004) nr 4, s. 68–69.

Srebrny K., *Uczynić świadomym to, co nieświadome*, „Więź" (2004) nr 2, s. 37–38.

Srebro Z., Lach H., *Stres metaboliczny w chorobach neurodegeneracyjnych i psychicznych*, Kraków 2002.

Stach R., *Uzależnienie od alkoholu a depresja. Możliwość stosowania psychoterapii poznawczej w leczeniu uzależnienia*, Kraków 1991.

Stach R., *Sumienie i mózg. O wewnętrznym regulatorze zachowań moralnych*, Kraków 2012.

Stach R., Zięba A., *Człowiek, depresja, terapia*, Kraków 1992.

Stachewicz K., *O cierpieniu i miłosierdziu*, „Znak" 58 (2006) nr 4, s. 15–20.

Stahl S., *Podstawy psychofarmakologii depresji i choroby afektywnej dwubiegunowej*, Bielsko-Biała 2003.

Stahl S., *Podstawy psychofarmakologii. Leki przeciwdepresyjne*, Gdańsk 2010.

Stańczak T., *Gdzie szukać pomocy*, [w:] *Społeczne problemy leczenia zaburzeń psychicznych*, red. W. Brodniak, Warszawa 1985, s. 203–210.

Stańczakowa T., *Psychiatria środowiskowa i organizacja ochrony zdrowia psychicznego*, [w:] *Psychiatria dla studentów medycyny. Podręcznik*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa 1992. 1998, s. 481–496.

Steciwko A., Wojtal M., Żurawicka D., *Pielęgnacyjne i kliniczne aspekty opieki nad chorymi. Wybrane zagadnienia*, t. 1, Wrocław 2008.

Stein D. J., Hollander E., *Współchorobowość depresji i zaburzeń lękowych: zespół lęku społecznego, zaburzenie stresowe pourazowe, zaburzenie lękowe uogólnione, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne*, Gdańsk 2004.

Steele M. M., Doey T., *Zachowania samobójcze u dzieci i młodzieży. Część I: Etiologia i czynniki ryzyka*, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria" (2008) nr 3, s. 76–91.

Steele M. M., Doey T., *Zachowania samobójcze u dzieci i młodzieży. Część II: Leczenie i profilaktyka*, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria" (2008) nr 4, s. 67–80.

Steiner M., Yonkers K. A., *Depresja u kobiet: zaburzenia nastroju związane z cyklem rozrodczym*, Gdańsk 1999.

Stern J., Phelan M., Wright P., *Psychiatria. Sedno*, t. 1, Wrocław 2008.

Stern J., Phelan M., Wright P., *Psychiatria. Sedno*, t. 2, Wrocław 2008.

Stinissen W., *Kontemplacyjne nastawienie do życia (1)*, „W Drodze" (1999) nr 3, s. 20–30.

Stinissen W., *Kontemplacyjne nastawienie do życia (2)*, „W Drodze" (1999) nr 4, s. 60–65.

Stirling J. D., Hellewell J. S. E., *Psychopatologia*, Gdańsk 2005.

Stochmiałek J., *Przezwyciężanie kryzysów życiowych przez osoby dorosłe*, Warszawa 2009.

Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi", www.otworzciedrzwi.org (10.09.2012).

Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, www.stowarzyszenie-rozwoju.eu/programy,90 (28.12.2013).

Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne" www.rodziny.info/news?id=63 (2.01.2013).

Strada E. A., *Żal, utrata wiary w siebie i depresja: wyzwania diagnostyczne i sposoby leczenia*, „Psychiatria po Dyplomie" 6 (2009) nr 5, s. 41–47.

Stradowski J., *Życzenie śmierci*, „ Focus" (2007) nr 6, s. 68.

Strauss C. J., *Pokonać depresję: proste metody podtrzymywania relacji z osobą cierpiącą na depresję*, Warszawa 2006.

Strączek K., *W czterech ścianach naszych lęków. Z Bogdanem de Barbaro rozmawia Krystyna Strączek*, „Znak" 55 (2003) nr 11, s. 57–70.

Strączek K., Tischner Ł., *Emocje na wolności. Z Czesławem Czabałą, Wojciechem Eichelbergiem i Mirosławem Pilśniakiem OP rozmawiają Krystyna Strączek i Łukasz Tischner*, „Znak" 55 (2003) nr 11, s. 26–44.

Strojnowski J., *Gdy odchodzą bliscy*, „Charaktery" (1998) nr 4, s. 17–19.

Strojnowski J., *Mało znana depresja*, „Charaktery" (1999) nr 2, s. 19.

Strojnowski J., *Psychoterapia*, Warszawa 1985.

Strong V., Waters R., Hibberd C., Murray G., Wall L., Walker J., McHugh G., Walker A., Sharpe M., *Depresja u chorych na nowotwory złośliwe: skuteczność programu terapeutycznego Depression Care for People with Cancer – badanie z randomizacją (SMaRT oncology 1)*, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria" (2009) nr 6, s. 117–120.

Stutzmann F., *Jak zostać uzdrowionym*, Kraków 2012.

Styczeń T., *Świadek prawdy – świadkiem nadziei*, [w:] *Nadzieja chrześcijańska a nadzieje ludzkie*, red. J. Nagórny, M. Pokrywka, Lublin 2003, s. 101–126.

Styron W., *Dotyk ciemności: kronika obłędu*, Gdańsk 1991.

Sussman N., *Ostrzeżenia FDA a wskaźniki samobójstw; niezamierzone skutki*, „Psychiatria po Dyplomie" 6 (2009) nr 2, s. 84–85.

Sutherland N. S., *Pokonać depresję*, Warszawa 2001.

Suwalska A., Rybakowski J., *Biologiczne mechanizmy lekooporności depresji*, „Psychiatria Polska" 30 (1996) nr 5, s. 713–729.

Swenson J. R., *Jakość życia pacjentów z chorobą wieńcową: wpływ depresji*, „Medycyna po Dyplomie" 15 (2006) nr 3, s. 201–210.

Szczepaniak L., *Towarzyszenie w najtrudniejszych chwilach choroby i zdrowienia*, [w:] *Duchowa troska o chorego*, L. Szczepaniak, Kraków 1999, s. 79–90.

Szczocarz U., *Okiem konsultanta BON*, [w:] *Moja wędrówka. Refleksje studentów i wykładowców UJ o chorobie psychicznej i studiowaniu*, red. I. Białek, H. Kaszyński, M. Lupa, D. Nowak-Adamczyk, U. Szczocarz, Kraków 2010, s. 33–43.

Szafrański T., *Obraz kliniczny depresji*, [w:] *Depresja w praktyce lekarza rodzinnego*, red. M. Jarema, Poznań 2007, s. 15–48.

Szarlik A., Kostyła J., *Lekarze dusz*, „Wprost" (1999) nr 43, s. 62–64.

Szawarski Z., *Dwa rodzaje wiedzy medycznej*, „Medycyna po Dyplomie" 11 (2002) nr 12, s. 14–24.

Szelenberger W., *Diagnostyka psychiatryczna: badania neurofizjologiczne,* [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 519–530.

Szelenberger W., *Neurobiologia snu*, [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 210–218.

Szeliga-Lewińska J., *Sposób konstruowania świata przez chorych z epizodem depresyjnym a style radzenia sobie ze stresem*, Gdańsk 2008.

Szentmartoni M., *Psychologia pastoralna*, Kraków 1995.

Szewczyk W., *Poradnictwo pastoralne na przykładzie „Arki" – poradni specjalistycznej i telefonu zaufania w Tarnowie*, [w:] *Poradnictwo psychologiczno-religijne. Teoria i praktyka*, red. J. Makselon, Kraków 2001, s. 141–149.

Szostek A., *Uwagi o formowaniu „ludzi sumienia"* , „Znak" 48 (1996) nr 7, s. 60–72.

Szpak S., *Długie życie po mszy*, „Charaktery" (2005) nr 2, s. 24–26.

Szpakowski B., *Skrupuły, leki i depresja. Choroby duszy w kierownictwie duchowym*, [w:] *Sztuka kierownictwa duchowego. Poradnik*, red. J. Augustyn, J. Kołacz, Kraków 2007, s. 433–447.

Szpakowski B., *Spotkanie w krainie cienia*, „Więź" (2009) nr 4, s. 69–72.

Szrajda J., Opozda K., Łangowska-Grodzka B., Ziółkowski M., Czarnecki D., *Promocja zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży*, [w:] *Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. Tom II. Promocja zdrowia w praktyce pielęgniarki i położnej*, red. A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz, Warszawa 2010, s. 166–174.

Szrejner M., *W szponach depresji [rozmowa z A. Florkowskim]*, „Medical Tribune" (2013) nr 7, s. 22.

Szrejner M., *Z depresją naucz się walczyć za młodu [rozmowa z J. Kaźmierskim]*, „Medical Tribune" (2013) nr 10, s. 30.

Szwarc H., *Higiena psychiczna ludzi starych*, [w:] *Zdrowie psychiczne*, red. K. Dąbrowski, Warszawa 1979, s. 487–498.

Szyguła-Jurkiewicz B., *Jakość życia, depresja i rokowanie odlegle u chorych ze skurczową niewydolnością serca*, Katowice 2009.

Szymańska J., *Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w szkole*, Warszawa 2012, s. 2, www.ore.edu.pl/.../index.php? (12.01.2014).

Szymborski K., *Historia zmagań z chandrą*, „Polityka" (2007) nr 29, s. 14–28.

Szymborski K., *Pigułki szczęścia nie dają*, „Charaktery" (2008) nr 4, s. 36–38.

Szymusik A., *Zdrowie psychiczne*, [w:] *Domowy poradnik medyczny*, red. K. Janicki, Warszawa 1988, s. 72–96.

Szyszkowski W., *Aktualne podejście w leczeniu depresji endogennych*, [w:] *Od depresji: wybrane materiały z konferencji „Od depresji do pokoju ducha" zorganizowanej przez Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich, Warszawa–Konstancin 20–22.04.2007*, red. S. Tokarski, Płock 2009, s. 123–128.

Ściepuro A., *Psychoterapia rodzin w praktyce klinicznej*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 7 (2007) nr 3, s. 128–136.

Ślipko T., *Etyczny problem samobójstwa*, Kraków 2008.

Śliz A., *Samobójstwo w ujęciu socjologicznym*, [w:] *Samobójstwo. Specyfika problemu, horyzonty badawcze*, red. S. Kijaczko, Opole 2003, s. 79–98.

Ślósarska M., Wójcik M., *Porównanie napięcia psychofizycznego osób z psychogennym zespołem depresyjnym i u osób zdrowych*, „Psychiatria Polska" 29 (1995) nr 6, s. 819–826.

Ślósarska M., Wójcik M., *Porównanie poczucia upływu czasu oraz czasu reakcji prostej u chorych z depresją endogenną i u osób zdrowych*, „Psychiatria Polska" 29 (1995) nr 2, s. 243–252.

Ślósarska M., Wójcik M., *Porównanie stanu psychofizjologicznego pacjentów z dwubiegunową chorobą afektywną i osób zdrowych*, „Psychiatria Polska" 29 (1995) nr 1, s. 101–110.

Świderkówna A., *Hiob i tajemnica cierpienia*, [w:] *Co zabrać ze sobą? Po trzecim tygodniu ćwiczeń duchownych*, red. J. Augustyn, Kraków 2011, s. 101–117.

Święcicki Ł., *A jednak działają!*, „Medical Tribune" (2008) nr 5, s. 19.

Święcicki Ł., *A jednak działają! (2)*, „Medical Tribune" (2008) nr 7, s. 19.

Święcicki Ł., *Badanie chorego*, [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza rodzinnego*, red. T. J. Parnowski, Ł. Święcicki, Warszawa 2007, s. 31–55.

Święcicki Ł., *Bez rozwiązania*, „Medical Tribune" (2009) nr 17, s. 17.

Święcicki Ł., *Choroba afektywna sezonowa (depresja zimowa). Monografia z uwzględnieniem wyników badań własnych*, Warszawa 2006.

Święcicki Ł., *Choroba afektywna sezonowa i fototerapia*, [w:] *Leczenie depresji*, red. S. Pużyński, Warszawa 1992, s. 103–109.

Święcicki Ł., *Chore kontrasty*, „Medical Tribune" (2007) nr 10, s. 34.

Święcicki Ł., *Co nie jest depresją, czyli jak nie rozpoznawać depresji?*, „Psychiatria po Dyplomie" 10 (2013) nr 1, s. 25–29.

Święcicki Ł., *Co właściwie leczą leki przeciwdepresyjne?*, „Medical Tribune" (2011) nr 3, s. 18.

Święcicki Ł., *Depresja a seks*, „Medical Tribune" (2007) nr 3, s. 18.

Święcicki Ł., *Depresja – problem lekarza rodzinnego*, [w:] *Psychiatria w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej*, red. S. Pużyński, „Medycyna po Dyplomie. Wydanie specjalne" (2006) nr 1, s. 3–9.

Święcicki Ł., *Depresja zimowa*, „Medical Tribune" (2010) nr 1, s. 17.

Święcicki Ł., *Depresja zimowa*, [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza rodzinnego*, red. T. J. Parnowski, Ł. Święcicki, Warszawa 2007, s. 207–214.

Święcicki Ł., *Depresja zimowa, „Przyjemne jest światło i miło oczom widzieć słońce"*, „Medycyna po Dyplomie" 15 (2006) nr 1, s. 57–63.

Święcicki Ł., *Depresja. Zwykła choroba?*, Wrocław 2010.

Święcicki Ł., *Depresje – definicja, klasyfikacja, przyczyny*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 2 (2002) nr 3, s. 152–159.

Święcicki Ł., *Depresje. Obraz kliniczny, klasyfikacja, przyczyny*, [w:] *Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego: zbiór materiałów szkoleniowych*, red. S. Pużyński, Warszawa 2000, s. 15–45.

Święcicki Ł., *Dobrze się czuję, bo się gimnastykuję*, „Medical Tribune" (2013) nr 12, s. 18.

Święcicki Ł., *Duchowość wpływa na ryzyko występowania depresji*, „Medical Tribune" (2012) nr 4, s. 18.

Święcicki Ł., *Fototerapia depresji*, „Medical Tribune" (2010) nr 2, s. 18.

Święcicki Ł., *Im gorsze życie, tym szybszy nawrót depresji*, „Medical Tribune" (2013) nr 11, s. 18.

Święcicki Ł., *Inne biologiczne metody leczenia*, [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza rodzinnego*, red. T. J. Parnowski, Ł. Święcicki, Warszawa 2007, s. 121–129.

Święcicki Ł., *Klasyfikacje depresji – czy są do czegoś potrzebne?*, [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza rodzinnego*, red. T. J. Parnowski, Ł. Święcicki, Warszawa 2007, s. 21–30.

Święcicki Ł., *Leczenie światłem*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 243–248.

Święcicki Ł., *Leczenie światłem depresji zimowej, opis trzech przypadków*, „Psychiatria Polska", t. 27 (1993) nr 6, s. 667–672.

Święcicki Ł., *Postępowanie terapeutyczne w chorobach afektywnych*, Wrocław 2010.

Święcicki Ł., *Praktyczne zagadnienia związane z rozpoznawaniem zaburzeń afektywnych dwubiegunowych*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej" 1 (2008) nr 2, s. 51–56.

Święcicki Ł., *Przyczyny depresji oczami pacjentów*, „Medical Tribune" (2011) nr 19, s. 17.

Święcicki Ł., *Religijność a choroba afektywna dwubiegunowa*, „Medical Tribune" (2011) nr 2, s. 20.

Święcicki Ł., *Różnicowanie depresji*, [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza rodzinnego*, red. T. J. Parnowski, Ł. Święcicki, Warszawa 2007, s. 67–83.

Święcicki Ł., *Ryzyko interakcji lekowych u osób w podeszłym wieku przyjmujących leki przeciwdepresyjne*, „Geriatria Polska" (2006) nr 3, s. 231–234.

Święcicki Ł., *Ryzyko samobójstwa*, „Medical Tribune" (2007) nr 1, s. 27.

Święcicki Ł., *Samobójstwo – ocena ryzyka, zapobieganie*, [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza rodzinnego*, red. T. J. Parnowski, Ł. Święcicki, Warszawa 2007, s. 247–256.

Święcicki Ł., *Skuteczna metoda zapobiegania depresji poporodowej*, „Medical Tribune" (2013) nr 5, s. 18.

Święcicki Ł., *Spektrum zaburzeń afektywnych*, „Medical Tribune" (2010) nr 17, s. 17.

Święcicki Ł., *Stare leki*, „Medical Tribune" (2010) nr 9, s. 19.

Święcicki Ł., *Strategia postępowania terapeutycznego w depresji*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 6 (2006) nr 4, s. 171–175.

Święcicki Ł., *Stymulacja nerwu błędnego – obiecująca propozycja w depresji lekoopornej?*, „Psychiatria" 4 (2007) nr 3, s. 97–104.

Święcicki Ł., *Tolerancja i bezpieczeństwo leczenia depresji światłem*, „Psychiatria po Dyplomie" 4 (2007) nr 2, s. 68–70.

Święcicki Ł., *Tytoń nie poprawia nastroju*, „Medical Tribune" (2013) nr 7, s. 18.

Święcicki Ł., *Wywiad obiektywny*, [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza rodzinnego*, red. T. J. Parnowski, Ł. Święcicki, Warszawa 2007, s. 57–65.

Święcicki Ł., *Zmiana fazy depresyjnej w maniakalną; stan mieszany*, [w:] *Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza rodzinnego*, red. T. J. Parnowski, Ł. Święcicki, Warszawa 2007, s. 155–160.

Tai M. R. R. M., *Le sens de la dépression et du mal-être considéré selon le point de vue de la religion.La perspective du bouddhisme*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 277–291.

Talarowska M., Florkowski A., Zbolarski K., Gałecki P., *Różnice w przebiegu depresji między kobietami a mężczyznami stwierdzone na podstawie testu MMPI-2*, „Psychiatria Polska" 44 (2010) nr 3, s. 319–328.

Talarowska M., Florkowski A., Gałecki P., Wysokiński A., Zbolarski K., *Funkcje poznawcze w depresji*, „Psychiatria Polska" 43 (2009) nr 1, s. 31–40.

Tańska J., *Jak żyć i nie zwariować*, „Przegląd" (2006) nr 41, s. 61–63.

Tarnowski K., *Sprawiedliwość czy miłosierdzie?*, „Znak" 58 (2006) nr 4, s. 36–41.

Taylor S. E., *Zdrowie jest w nas i wokół nas*, „Charaktery" (2009) nr 7, s. 50–51.

Taylor V. H., Soares C. N., *Choroby układu krążenia u kobiet z depresją: kolejny powód do zmartwień*, „Psychiatria po Dyplomie" 6 (2009) nr 5, s. 49–55.

Taylor C., Levinson R. K., *A jeśli to… depresja sezonowa*, Warszawa 2000.

Tellenbach H., *Smutek – przygnębienie – melancholia. Antropologiczne zjawiska w chrześcijańskiej perspektywie*, „Communio" 11 (1991) nr 1 (61), s. 70–79.

Terlikowski T. P., *Lenistwo, zniechęcenie i zagubienie. Acedia jako kategoria czynu ludzkiego*, „Zeszyty Karmelitańskie" (2004) nr 4 (29), s. 37–40.

Tessore, *Siedem grzechów głównych*, Warszawa 2009.

Thakore J. H., Leonard B. E., *Leki przeciwdepresyjne*, Gdańsk 2000.

Thompson T., Hollon S. D., *Psychoterapia behawioralna i poznawczo-behawioralna*, [w:] *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu*, t. 1, red. M. H. Ebert, B. Nurcombe, P. T. Loosen, J. F. Leckman, Lublin 2011, s. 143–154.

Tokarski S., *Bez absolutyzowania*, „Więź" (2009) nr 4, s. 72–74.

Tokarski S., *Kształtowanie się obrazu Boga i możliwość jego przemiany (droga Hioba)*, [w:] *Od depresji: wybrane materiały z konferencji „Od depresji do pokoju ducha" zorganizowanej przez Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich, Warszawa–Konstancin 20–22.04.2007*, red. S. Tokarski, Płock 2009, s. 129–154.

Tokarski Z., *Rehabilitacja i psychoedukacja chorych psychicznie – zadania dla pielęgniarki*, [w:] *Problemy zdrowia psychicznego. Ewaluacja kształcenia pielęgniarek i położnych*, red. M. Wojciechowska, Łódź 2010, s. 201–207.

Tomczak J. W., *Zaburzenia psychiczne powstałe na podłożu zmian naczyniowych*, [w:] *Podstawy psychiatrii: podręcznik dla studentów*, red. M. Jarosz, Warszawa 1988, s. 139–145.

Tomkiewicz S., *Depresja wieku dojrzewania*, [w:] *Depresja. Ujęcie psychoanalityczne*, red. K. Walewska, J. Pawlik, Warszawa 1992, s. 94–137.

Trickett S., *Lęk i depresja: jak radzić sobie z lękiem i depresją*, Kielce 2006.

Trujillo M., *Zdrowie psychiczne w ujęciu wielokulturowym*, „Psychiatria po Dyplomie" 5 (2008) nr 6, s. 11–23.

Trypka E., Kantorska-Janiec M., *Biologiczne podstawy depresji i lęku*, [w:] *Zespoły lękowo-depresyjne: patogeneza, obraz kliniczny i leczenie*, red. K. Małyszczak, T. Pawłowski, Wrocław 2007, s. 49–64.

Trzebiatowska I. A., *Zaburzenia autoimmunologiczne i ich zmiana w trakcie leczenia u chorych z epizodem depresyjnym*, Gdańsk 2001.

Trzebińska E., *Charakter pełen cnót*, „Charaktery" (2003), nr 3, s. 18–19.

Trzęsowska-Greszta E., *Depresja wieku dorastania: zachowania rodziców jako czynnik ochronny lub czynnik ryzyka depresji u dorastających dzieci*, Warszawa 2006.

Turaj W., *Depresja (II)*, „Poradnik Lekarza Praktyka" 2 (2001) nr 11–12, s. 12–14.

Traczyk A., *Nadziei uczą rodzice*, „Charaktery" (2005) nr 7, s. 51–52.

Turczyński J., *Obraz kliniczny depresji wieku podeszłego na podstawie własnych wieloletnich badań*, Gdańsk 2001.

Turczyński J., Bilikiewicz A., *Depresja u osób w podeszłym wieku*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 2 (2002) nr 2, s. 99–107.

Turner T., *Depresja i lęk: diagnostyka i leczenie*, Gdańsk 2001.

Twardowska A., *Elektrody na depresję*, „Gazeta Wyborcza" 4.11.2009, s. 19.

Twardowska K., Rybakowski J., *Oś limbiczno-podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowa w depresji (przegląd piśmiennictwa)*, „Psychiatria Polska" 30 (1996) nr 5, s. 741–755.

Tylee A., Priest R. G., Roberts A., *Depresja w praktyce lekarza ogólnego*, Gdańsk 1999.

Tymanowska O., *Błędne koło [rozmowa z A. Araszkiewiczem]*, „Medical Tribune", 25 (2009) nr 19, s. 22.

Tymanowska O., *Depresja neurogenezy [rozmowa z J. Rybakowskim]*, „Medical Tribune" (2011) nr 1, s. 24–25.

Tymanowska O., *Nadszedł czas na zmianę koncepcji leczenia depresji*, „Medical Tribune" (2013) nr 9, s. 56–57.

Tyra T. L., *Melancholia rodzinna*, Białystok 1999.

Tyra T. L., *Podstawowe informacje z zakresu psychoterapii*, [w:] *Psychiatria. Skrypt dla studentów medycyny*, red. Z. Falicki, Białystok 1993, s. 277–283.

Tyra T. L., *Relacje małżeńskie pacjentów depresyjnych*, Białystok 1993.

Tyra T. L., *Samoocena dzieci z rodzin depresyjnych*, „Psychiatria Polska" 28 (1994) nr 3, s. 335–344.

Tyszka E., *Ogólna charakterystyka okresu inwolucji*, [w:] *Podstawy psychiatrii: podręcznik dla studentów*, red. M. Jarosz, Warszawa 1988, s. 146–150.

Tyszka E., *Zaburzenia psychiczne związane z okresem inwolucji*, [w:] *Podstawy psychiatrii: podręcznik dla studentów*, red. M. Jarosz, Warszawa 1988, s. 151–162.

Tyszko S., *Geniusz św. Jana od Krzyża*, Poznań 2009.

Uchnast Z., *Osobowe wymiary duchowego rozwoju w podejściu chrześcijańskim*, [w:] *Poradnictwo psychologiczno-religijne. Teoria i praktyka*, red. J. Makselon, Kraków 2001, s. 87–93.

Walecka W., *Ankieta „Znaku". Spotkanie chorego*, „Znak" 49 (1997) nr 10, s. 79–82.

Walcher W., *Die psychogene Auslösung der larvierten endogenen Depression*, [w:] *Die larvierte Depression*, red. P. Kielholz, Bern–Stuttgart–Wien 1973, s. 183–189.

Walden-Gałuszko K. de, *Psychoonkologia*, Kraków 2000.

Walden-Gałuszko K. de, *Zespół depresyjny u chorych w stanie terminalnym*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 4 (2004) nr 2, s. 57–61.

Walewska K., *Człowiek pozbawiony*, [w:] *Depresja. Ujęcie psychoanalityczne*, red. K. Walewska, J. Pawlik, Warszawa 1992, s. 253–292.

Walewska K., *Wstęp*, [w:] *Depresja. Ujęcie psychoanalityczne*, red. K. Walewska, J. Pawlik, Warszawa 1992, s. 11–27.

Walewska E., Wilczek-Różyczka E., *Zaburzenia psychiczne u chorych po zabiegach chirurgicznych*, [w:] *Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa specjalistycznego*, red. A. Czupryna, E. Wilczek-Różyczka, Warszawa 2010, s. 125–136.

Walewski W., *Choroba martwych dusz*, „Polityka" (2004) nr 8, s. 80–81.

Walewski P., *Kaftan na miarę*, „Polityka" (2000) nr 33, s. 3–9.

Walewski P., *Raz górka, raz dołek*, „Polityka" (2005) nr 7, s. 78–79.

Walewski P., *Rozklejona dusza*, „Polityka" (2001) nr 9, s. 79.

Walker J. S., Roback H. B., Welch L., *Podejście psychologiczne i neuropsychologiczne*, [w:] *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu*, t. 1, red. M. H. Ebert, B. Nurcombe, P. T. Loosen, J. F. Leckman, Lublin 2011, s. 77–100.

Wandziel L., *Psychopatologia*, [w:] *Psychiatria. Skrypt dla studentów medycyny*, red. Z. Falicki, Białystok 1993, s. 7–79.

Wandrasz M., *Choroba i cierpienie a religijność*, [w:] *Podstawowe zagadnienia z psychologii religii*, red. S. Głaz, Kraków 2006, s. 511–532.

Warchoł G., *Za smutno by żyć*, „Polityka" (2000) nr 26, s. 103–104.

Wardaszko-Łyskowska H., *Doraźna pomoc psychiatryczna*, [w:] *Psychiatria dla studentów medycyny. Podręcznik*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa 1992. 1998, s. 464–476.

Wasilewska M., *Depresja jako „ucieczka" przed wyzwaniami dorosłości – refleksje terapeutyczne*, [w:] *W kręgu psychologicznej problematyki tożsamości*, D. Kubacka-Jasiecka, M. Kuleta, Kraków 2008, s. 277–289.

Wasilewska M., *Taka smutna, choć mama…*, „Charaktery" (2008) nr 5, s. 78–80.

Wasilewska-Pordes M., *Depresja porodowa u kobiet*, Kraków 2000.

Wasilewska-Pordes M., *Przy nadziei i przy smutku*, „Charaktery" (2002) nr 4, s. 38–39.

Wasilewski D., S. Pużyński, *Ogólnopolska kampania informacyjna „Depresja jest chorobą. Lecz depresję"*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 1 (2001) nr 1, s. 20–21.

Wasilewski D., Wojnar M., Chatizow J., *Depresja a ból: ogólnopolskie badanie epidemiologiczne*, „Psychiatria Polska" 44 (2010) nr 3, s. 435–445.

Wasyluk F., *Spowiedź i psychoterapia*, „Charaktery" (2000) nr 12, s. 38–41.

Waugh A., *Depression and older people*, „Nursing Older People" 18 (2006) nr 8, s. 27–30.

Wciórka B., Wciórka J., *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań*, Warszawa 2008.

Wciórka J., *Klasyfikacje zaburzeń psychicznych*, [w:] *Psychiatria. Tom II. Psychiatria kliniczna*, red. A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, Wrocław 2002, s. 1–41.

Wciórka J., *Modele opieki psychiatrycznej*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 586–597.

Wciórka J., *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 626–634.

Wciórka J., *Narzędzia oceny stanu psychicznego*, [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 413–476.

Wciórka J., *Psychiatria praktyczna dla lekarza rodzinnego*, Warszawa 1992.

Wciórka J., *Psychopatologia: objawy i zespoły zaburzeń psychicznych*, [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 305–398.

Wciórka J., Terapia społeczna, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 330–344.

Wciórka J., *Współczesne klasyfikacje i diagnostyka depresji*, [w:] *Depresja i leki przeciwdepresyjne – 10 lat później. XIII Zimowa Szkoła Instytutu Farmakologii PAN. Mogilany 1996*, red. B. Przewłocka, s. 5–17.

Wciórka J., Prot K., Słpuczyńska-Kossobudzka E., Sosnowska M., *Psychiatria Środowiskowa – ochrona zdrowia psychicznego w społeczności lokalnej*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 635–653.

Wciórka J., Świtaj P., *Kontekst społeczny – psychiatria w świadomości i praktyce społecznej*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 683–690.

Weintraub A., *Joga na depresję*, Warszawa 2005.

Weishaar M. E., *Aaron T. Beck*, Gdańsk 2007.

Wesołowski W., Doliszna N., *Niektóre czynniki wpływające na obraz kliniczny, przebieg i skuteczność terapii chorych na psychozę maniakalno-depresyjną*, „Psychiatria Polska" 29 (1995) nr 1, s. 87–92.

Wesełucha P., Bortnowska H., *Człowiek i jego zdrowie*, „Znak" 29 (1977) nr 2–3 (272–273), s. 143–148.

Westbrook D., *Depresja: pomóż sobie*, Warszawa 2007.

Węglorz-Makuch K., *Jesteś całością tu i teraz, czyli terapia Gestalt*, „Charaktery" (2005) nr 11, s. 30–31.

Wichniak A., *Zaburzenia snu*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, Warszawa 2011, s. 289–314.

Wichowicz H., *Wpływ deksometazonu na dwugodzinny rytm wydzielania kortyzolu u chorych z zespołami depresyjnymi*, Gdańsk 1995.

Wider D., *Zawsze się módlcie*, Kraków 1999.

Widlöcher D., *Les logiques de la dépression*, Paris 1995.

Wieja H., Wieja A., *Pomoc osobie w depresji w oparciu o biblijną koncepcję człowieka*, [w:] *Od depresji: wybrane materiały z konferencji „Od depresji do pokoju ducha" zorganizowanej przez Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich, Warszawa–Konstancin 20–22.04.2007*, red. S. Tokarski, Płock 2009, s. 155–162.

Wichowicz H., *Zaburzenia psychiczne towarzyszące chorobie Parkinsona*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej" 2 (2009) nr 1, s. 1–14.

Wichrowicz C. J., *Zarys teologii moralnej w ujęciu tomistycznym*, Kraków 2002.

Wiggermann K. F., *Spiritualität und Melancholie*, Münsterschwarzach 1998.

Wilczek-Rużyczka E., *Elementy psychiatrii interwencyjnej*, [w:] *Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa specjalistycznego*, red. A. Czupryna, E. Wilczek-Rużyczka, Warszawa 2010, s. 103–112.

Wilczek-Rużyczka E., *Komunikowanie się z chorym psychicznie*, Lublin 2007.

Wilczek-Rużyczka E., Lewandowska J., *Problemy kliniczne w psychiatrii dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia*, [w:] *Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa specjalistycznego*, red. A. Czupryna, E. Wilczek-Rużyczka, Warszawa 2010, s. 137–148.

Wilczek-Rużyczka E., *Profilaktyka depresji*, [w:] *Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. Tom II. Promocja zdrowia w praktyce pielęgniarki i położnej*, red. A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz, Warszawa 2010, s. 191–198.

Wilczek-Rużyczka E., *Stresowe wydarzenia a depresja*, [w:] *Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa specjalistycznego*, red. A. Czupryna, E. Wilczek-Rużyczka, Warszawa 2010, s. 91–101.

Wilczek-Rużyczka E., *Wsparcie społeczne w chorobach przewlekłych i psychicznych*, [w:] *Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa specjalistycznego*, red. A. Czupryna, E. Wilczek-Rużyczka, Warszawa 2010, s. 71–80.

Wilkowska A., *Epizody depresyjne u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej" 1 (2008) nr 1, s. 12–21.

Williams Ch., *Pokonać depresję i stan obniżonego nastroju. Technika pięciu pól. Pokażemy ci, jak możesz pomóc sobie sam*, Bielsko-Biała 2008.

Williams M., Teasdale J., Segal Z., Kabat-Zin J., *Świadomą drogą przez depresję. Wolność od chronicznego cierpienia*, Warszawa 2009.

Wilson G., *Jak uwolnić się od goryczy*, Bielsko Biała 2003.

Wilson M., *Zdrowie, postawy i wartości*, „Znak" 29 (1977) nr 2–3, s. 217–231.

Wilson S., Nutt D., *Diagnostyka i leczenie bezsenności*, „Medycyna po Dyplomie" 15 (2006) nr 1, s. 28–35.

Wind B., *Psychoanaliza a filozofia człowieka*, „Znak" 26 (1974), nr 7–8, s. 882–895.

Wingert P., Kantorowitz B., Romanowska D., *Młodzi w depresji*, „Newsweek" (2002) nr 43, s. 66–81.

Wingle J. M., *Refus de la souffrance et recherche du bien – être personnel. Réflexion pastorale*, [w:] *La depression. Comprendre, aider et surmonter*, Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Paris 2007, s. 235–258.

Winnicka E., *Blues nad kołyską*, „Polityka" (2004) nr 22, s. 92–95.

Wiśniewska-Roszkowska K., *Asceza, moralność, zdrowie*, Warszawa 1983.

Wiśniewska-Roszkowska K., *Zdrowie a postawy moralne*, Wrocław 1991.

Witek S., *Teologia moralna. Tom I, cz. 2*, Lublin 1976.

Witkowska-Ulatowska H., *Wielki smutek młodych ludzi*, „Charaktery" (2002) nr 11, s. 22–23.

Witkowska-Ulatowska H., Namysłowska I., *Depresja wieku rozwojowego*, [w:] *Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego: zbiór materiałów szkoleniowych*, red. S. Pużyński, Warszawa 2000, s. 46–53.

Wirga M., *Odporność utracona i odzyskana*, „Charaktery" (1999) nr 4, s. 12–19.

Włudyga D., *Metronom na depresję*, „Charaktery" (2002) nr 2, s. 46.

Wojdan L., *Podróż w nieznane*, „Więź" (2009) nr 4, s. 74–76.

Wojnar M., Dróżdż W., Araszkiewicz A., Latkowski B., Nowacka-Pawlaczyk D., Urbański R., *Badanie rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów zgłaszających się do lekarzy rodzinnych*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 2 (2002) nr 3, s. 187–197.

Wojnar M., Nowacka-Pawlaczyk D., Czerniakiewicz A., Żmigrodzka I., Waslewski D., *Zaburzenia depresyjne u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej przyjmujących przewlekle benzodiazepiny*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 4 (2004) nr 1, s. 7–15.

Wojtasik K., *Modlitwa*, [w:] *Podstawowe zagadnienia psychologii religii*, red. S. Głaz, Kraków 2006, s. 354–365.

Wojtasik K., *Wiara*, [w:] *Podstawowe zagadnienia psychologii religii*, red. S. Głaz, Kraków 2006, s. 341–353.

Wojtasiński Z. , *Syndrom Michaela Jacksona*, „Wprost" (2010) nr 5 (2010), s. 56–57.

Wolańczyk T., *Psychiatria dziecięca* [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, Warszawa 2011, s. 315–362.

Wolf D., *Zrozumiesz uczucia – pokonasz problemy: jak zwalczać lęki, niepewność, kompleks niższości, poczucie winy, zazdrość i nastroje depresyjne*, Warszawa 2000.

Wolicki M., *Człowiek przełomu tysiącleci wobec masowej triady neurotycznej*, [w:] *Człowiek przełomu tysiącleci. Problemy psychologiczne. Materiały*

z XXXI Sympozjum Sekcji Psychologii Komisji Episkopatu Polski ds. Nauki. Częstochowa 12–14 września 1999, red. J. Makselon, J. Soiński, Kraków 2000, s. 26.

Wolicki M., *Doświadczenie grzechu*, [w:] *Podstawowe zagadnienia psychologii religii*, red. S. Głaz, Kraków 2006, s. 317–318.

Wolicki M., *Doświadczenie łaski*, [w:] *Podstawowe zagadnienia psychologii religii*, red. S. Głaz, Kraków 2006, s. 319–321.

Wolicki M., *Doświadczenie przebaczenia*, [w:] *Podstawowe zagadnienia psychologii religii*, red. S. Głaz, Kraków 2006, s. 322–326.

Wolicki M., *Poradnictwo logoterapeutyczne*, [w:] *Poradnictwo psychologiczno-religijne. Teoria i praktyka*, red. J. Makselon, Kraków 2001, s. 95–103.

Wolicki M., *Psychoterapia egzystencjalno-humanistyczna depresji*, [w:] *Od depresji: wybrane materiały z konferencji „Od depresji do pokoju ducha" zorganizowanej przez Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich, Warszawa–Konstancin 20–22.04.2007*, red. S. Tokarski, Płock 2009, s. 55–66.

Wolpert L., *Depresja – złośliwy smutek: jak rozpoznawać i leczyć*, Warszawa 2001.

Woźniak A., Katarasińska-Pierzgalska K., *Zagadnienia prawne dotyczące postępowania leczniczego w psychiatrii*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, Warszawa 2011, s. 673–690.

Women and depression, "Harvard Mental Heath Letter" 27 (2011) nr 11, s. 1–3.

Wosiński M., *Psychologia a ewangelia*, „Charaktery" (2000) nr 6, s. 38–40.

Woydyłło E., *Bo jesteś człowiekiem. Żyć z depresją ale nie w depresji*, Kraków 2012.

Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, Warszawa 2010.

Wójciak P., Sobieska M., Kostrzewa A., Rybakowski J., *Ocena aktywności wybranych elementów układu odpornościowego w depresji*, „Psychiatria Polska" 41 (2007) nr 5, s. 637–649.

Wójcicka A., Ciupak A., Czerniakiewicz A., Gajewski J., Łoza B., Perzyński J., *Ocena wpływu leczenia zabiegami elektrycznymi na obraz kliniczny zespołu depresyjnego*, [w:] *Pamiętnik Siódmych Gdańskich Dni Lecznictwa Psychiatrycznego: Jurata 24–25.09.1993 r.*, red. P. Gałuszko, Z. Nowicki, Gdańsk 1993, s. 113–116.

Wójcik J., *Ocena poziomu cynku i magnezu w depresji poporodowej*, Kraków 2005.

Wreszcie żyć. 12 kroków ku pełni życia. Warsztat rozwoju duchowego, http://www.12krokow.com.pl/warsztaty.html (29.12.2013).

Wright A. F., *Depresja w praktyce lekarza rodzinnego*, Warszawa 1995.

Wright H. N., *Jak przezwyciężyć zniechęcenie, odrzucenie i chandrę*, Kraków 2003.

Wright P., Stern J., Phelan M., *Psychiatria. Sedno*, Wrocław 2008.

Wrona-Polańska H., *Zaburzenia emocjonalne a obraz samego siebie dzieci i młodzieży*, [w:] *Prace Psychologiczne VI. Wybrane materiały z międzynarodowej konferencji „Dzieci i młodzież a problemy współczesnego życia – perspektywa*

psychologiczna". Kraków maj 1994, red. W. Pilecka, W. Czajkowski, Kraków 1997, s. 203–210.

Wróbel A., *Zastosowanie leków w leczeniu depresji*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 159–176.

Wróblewski A., *Pułapki psychochondrii*, „Polityka" (2009) nr 10, s. 33–35.

Wyprzedzić smutek. Program Profilaktyki Depresji, http://profilaktykadepresji.malopolska.pl/ (16.12.2013).

Wysocka M., *Polacy mają trudności z zaakceptowaniem pomocy psychiatrycznej [rozmowa z J. Meder]*, „Puls Medycyny" (2007) nr 19, s. 24–25.

Valentine A. D., *Postępowanie z chorymi cierpiącymi na ból nowotworowy i depresję*, „Medycyna po Dyplomie" 13 (2004) nr 8, s. 95–104.

Vanier J., *Depresja – dlaczego?*, Katowice 2001.

Vanier J., *Jak pokonać depresję?*, Kraków 2007.

Vanier J., Augustyn J., *Depresja. Uczucie lęku*, Kraków 1992.

Vaughan R. P., *Poradnictwo pastoralne a zaburzenia osobowości*, Kraków 1999.

Vertulani J., *Podstawy neurobiologii*, [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, Wrocław 2010, s. 122–149.

Via Medica, *Depresja – problem współczesnej medycyny*, Gdańsk 1999.

Vieta E., *Choroba afektywna dwubiegunowa*, „Medycyna po Dyplomie. Zeszyt edukacyjny" (2008) nr 3 (6).

Vloet J. van der, *Chrześcijański sens melancholii*, „Communio" 11 (1991) nr 1 (61), s. 80–87.

Yapko M. D., *Kiedy życie boli. Zalecenia w leczeniu depresji: strategiczna terapia krótkoterminowa*, Gdańsk 2002.

Yohannes A. M., Koenig H. G, Baldwin R. C., Cannolly M. J., *Health behaviour, depression and religiosity in older patients admitted to intermediate care*, "International Journal of Geriatric Psychiatry" 23 (2008), s. 735–740.

Young A., Fox-Spencer R., *Depresja. Lekarz rodzinny*, Gliwice 2006.

Young S. A., Campbell N., Harper A., *Depresja u kobiet w wieku rozrodczym. Wybór bezpiecznego i skutecznego leczenia*, „Medycyna po Dyplomie", 12 (2003) nr 2, s. 61–67.

Zaborowski R., *Prekursor higieny psychicznej*, „Medical Tribune" (2008) nr 6, s. 30.

Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży, red. I. Namysłowska, Kraków 2000.

Zagórski S., *Depresja supermana [rozmowa z D. Galasińskim]*, „Charaktery" (2008) nr 9, s. 32–35.

Zalai D. M., Novak M., *Zaburzenia depresyjne u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek*, „Psychiatria po Dyplomie" 5 (2008) nr 5, s. 11–16.

Załoga M. T., *Smutek łamie serce*, „Wiedza i Życie" (2006) nr 2, s. 44–45.

Załuska M., *Hospitalizacja psychiatryczna a stres, umocnienie i zdrowienie*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej" 2 (2009) nr 2, s. 156–164.

Załuska M., *Hospitalizacja psychiatryczna – ochrona i umacnianie zdrowia psychicznego w szpitalu*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne,*

prawne, publiczne, społeczne, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 654–668.

Załuska M., Szymańska J., *Depresje*, [w:] *Społeczne problemy leczenia zaburzeń psychicznych*, red. W. Brodniak, Warszawa 1985, s. 49–76.

Zatorski W., *Acedia dziś*, Kraków 2010.

Zdrojewska A., *Dobry na nastrój, zły na seks*, „Wiedza i Życie" (2002) nr 11, s. 38–41.

Zbyt długa praca nie popłaca, „Gość Niedzielny", www.gosc.pl/doc/1064433 (27.01.2012).

Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku, Warszawa–Kraków 2001.

Zeman A., Reading P., *Podstawy nauki o śnie*, „Medycyna po Dyplomie" 15 (2006) nr 1, s. 20–27.

Zesiewicz T. A., Hauser R. A, *Depresja w przebiegu choroby Parkinsona*, „Medycyna po Dyplomie" 12 (2003) nr 12, s. 36–44.

Ziegelstein R. C., *Depresja po zawale mięśnia sercowego*, „Medycyna po Dyplomie" 11 (2002) nr 11, s. 121–127.

Zięba A., *Myślenie depresyjne w chorobie afektywnej jednobiegunowej w trakcie leczenia amitryptyliną i imipraminą*, Kraków 1997.

Zięba A., Dudek D., *Depresja: patofizjologia, terapia, depresje lekooporne*, [w:] *Cynk w fizjologii, patofizjologii i terapii depresji*, red. G. Nowak, Kraków 2001, s. 57–64.

Zięba A., Dudek D., *Krótka historia poglądów na depresję*, [w:] *Depresja. Wiedzieć, aby pomóc*, red. D. Dudek, A. Zięba, Kraków 2002, s. 13–19.

Zięba A., Dudek D., *Ocena sytuacji społecznej pacjentów leczonych z powodu depresji endogennej*, „Psychiatria Polska" 29 (1995) nr 6, s. 775–782.

Zięba A., Jawor M., Dudek D., *Problematyka małżeńska pacjentów depresyjnych – przegląd literatury i badania własne*, „Psychiatria Polska" 30 (1996) nr 3, s. 511–520.

Zięba A., Pawłowski L., *Aktualne poglądy na mechanizm działania leków przeciwdepresyjnych*, „Psychiatria Polska" 27 (1993) nr 3, s. 317–324.

Zięba A., Wasieczko A., Jawor M., Dubiel D., Kubiak J., *Wstępne wyniki badań nad programem kompleksowego leczenia depresji endogennej*, „Psychiatria Polska" 29 (1995) nr 2, s. 253–261.

Ziółkowska-Kochan M., *Depresja po udarze mózgu*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 3 (2003) nr 4, s. 203–208.

Zisook S., Shear K., *Żałoba i utrata bliskiej osoby: co powinni wiedzieć psychiatrzy*, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria" (2010) nr 5, s. 65–74.

Zwoliński A., *Siedem grzechów głównych. Lenistwo*, Radom 2008.

Zwoliński A., *Przeciw Duchowi*, Kraków 2010.

Zwoliński A., *Samobójstwo jako problem osobisty i publiczny*, Kraków 2013.

Zwróceni ku słabości, http:/www.zwrocenikuslabosci.org (9.01.2014).

Zyss T., *Elektrowstrząsy oraz inne nowe techniki stymulacji elektrycznej i magnetycznej w terapii depresji – zagadnienia placebo i zapewnienie warunków ślepej próby, oraz inne problemy metodologiczne,* „Psychiatria Polska" 45 (2011) nr 1, s. 97–116.

Zyss T., *Elektrowstrząsy: wprowadzenie do bioelektrycznej natury zaburzeń depresyjnych*, Kraków 2009.

Zyss T., *Inne biologiczne metody leczenia w psychiatrii*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska, Warszawa 2011, s. 559–576.

Zyss T., *Podobieństwa i różnice między depresją a padaczką – próba porównania*, „Psychiatria Polska" 43 (2009) nr 5, s. 513–527.

Zyss T., *Praktyczne aspekty leczenia elektrowstrząsami*, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria" (2007) nr 1, s. 69–80.

Zyss T., *Przezczaszkowa stymulacja magnetyczna w terapii depresji – zagadnienia placebo i zapewnienie warunków ślepej próby, oraz inne problemy metodologiczne*, „Psychiatria Polska" 45 (2011) nr 1, s. 117–134.

Zyss T., *Stymulacja nerwu błędnego w terapii depresji – opis metody i kilka krytycznych uwag*, „Psychiatria Polska" 44 (2010) nr 1, s. 71–88.

Zyss T., *Zabiegi elektrowstrząsowe i zjawisko rozniecania w depresji*, „Psychiatria Polska" 43 (2009), nr 5, s. 529–543.

Zyss T., Hese R. T., Zięba A., *Terapia wstrząsowa w psychiatrii – rys historyczny*, „Psychiatria Polska" 42 (2008) nr 6, s. 797–818.

Zyss T., Krawczyk A., *Magnetyczna stymulacja mózgu w leczeniu depresji: w poszukiwaniu efektywnych parametrów stymulacji*, „Psychiatria Polska" 30 (1996) nr 4, s. 611–628.

Zyss T., Hese R. T., Zięba A., Dudek D., Datka W., Grabski B., *Metody fizykalnego leczenia chorych na depresję*, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria" (2009) nr 5, s. 111–118. 124.

Zyss T., Zięba A., Dudek D., *Najnowsze techniki neuromodulacyjne w terapii zaburzeń depresyjnych*, Kraków 2009.

Zyss T., Zięba A., Hese R. T., Dudek D., Grabski B., *Głęboka stymulacja mózgu – najnowszą fizykalną metoda leczenia depresji*, „Psychiatria Polska" 44 (2010) nr 3, s. 301–317.

Żak P., *Depresyjni alergicy*, „Charaktery" (1999) nr 5, s. 48.

Żak P., *Lecznicza moc wiary*, „Charaktery" (2001) nr 11, s. 57.

Żak P., *Straszni inni sami sobie winni*, „Charaktery" (2007) nr 3, s. 42–45.

Żechowski C., *Człowiek, czyli dzieło sztuki*, „Więź" (2009) nr 4, s. 78–80.

Żechowski C., *Czym jest zdrowie psychiczne? (definicje i problemy)*, [w:] *Higiena psychiczna dla studentów medycyny*, red. T. Kobierzycki, Warszawa 1993, s. 17–27.

Żechowski C., *Decyzja należy do pacjenta*, „Więź" (2004) nr 2, s. 38–39.

Żechowski C., *Psychoterapia psychodynamiczna*, [w:] *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 283–290.

Żylicz P. O., *Psychoterapia a światopogląd*, [w:] *Rozwój zintegrowany. Materiały wybrane Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich*, red. R. Jaworski, Płock 2002, s. 119–130.

Spis treści

Wstęp 5

Rozdział 1. Pojęcie depresji jako stanu psychicznego człowieka 21

1. Diagnoza i objawy depresji 22
2. Rodzaje depresji i ich charakterystyka 33
3. Depresja a inne stany psychiczne i duchowe 48
4. O depresji w Piśmie Świętym 66
5. Depresja w ujęciu teologii moralnej 71

Rozdział 2. Przyczyny depresji 89

1. Czynniki biologiczne 90
2. Czynniki psychologiczne 95
3. Czynniki społeczno-środowiskowe 101
4. Czynniki religijno-moralne 109
5. Inne przyczyny 115

Rozdział 3. Następstwa depresji 118

1. Wpływ depresji na kondycję zdrowotną człowieka 118
2. Uzależnienia i nałogi 122
3. Podejmowanie prób samobójczych 125

4. Psychospołeczne następstwa depresji 132
5. Wpływ depresji na życie moralne i religijne 138

Rozdział 4. Leczenie depresji 147

1. Medyczne i psychologiczne metody leczenia depresji 148
2. Udział rodziny i innych środowisk w działaniach terapeutycznych 166
3. Pomoc duszpasterska 175

Rozdział 5. Profilaktyka depresji 194

1. Organizowanie akcji prowadzonych wobec osób z grup ryzyka 195
2. Promocja postaw i zachowań zapobiegających depresji 200
3. Minimalizacja objawów i skutków depresji 209
4. Wskazówki pastoralne wspierające działania profilaktyczne 216

Zakończenie 231

Bibliografia 241