

Depresja – rys historyczny

Depression – historical view

Centrum Psychiatrii w Katowicach, ul. Korczaka 27, 40-340 Katowice

Correspondence to: Aleksandra Musiał, Katedra i Zakład Genetyki Medycznej Śląskiej Akademii Medycznej, ul. Narcyzów 1, 41-200 Sosnowiec, e-mail: aleksandramusial@onet.eu

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Celem niniejszej pracy było prześledzenie na przestrzeni historii ludzkości rozwoju poglądów, nazewnictwa, sposobów leczenia depresji. Chronologicznie przedstawiono ewolucję myśli psychiatrycznej, konkurencyjne teorie, podążające od mistycyzmu i racjonalnego odnajdywania biologicznego podłoża depresji do wyodrębniania objawów, dokonywania podziałów i tworzenia współczesnych klasyfikacji DSM-IV i ICD-10, obejmujących przyczyny endogenne, egzogenne i psychogenne. Pierwsze doniesienia na temat zaburzeń nastroju pochodzą z czasów starożytnych. Hipokrates wskazywał na biologiczne podłoże depresji wynikające z przewagi jednego z czterech płynów wewnątrzustrojowych. Pogląd ten, choć w zmienianej postaci, przetrwał kolejne wieki, aktualny jest we współczesnym rozumieniu jej endogennych przyczyn. Uczony wprowadził termin „melancholia”, który aż do początków XIX w. opisywał schorzenia nastroju, obejmował temperament, stany chorobowe i okresowe zmiany nastroju. W XIX i XX w. Kraepelin, opisując ogół schorzeń afektywnych, stosował termin „psychozy maniakalno-depresyjne”. Pogląd ten zrewidowano w XX w. za sprawą doniesień Kleista i Leonarda. W XX w. tworzono systemy klasyfikacyjne aktualnie funkcjonujące jako DSM-IV i ICD-10. W wyjaśnianiu patogenezy melancholii uczeni odwoływali się do zasad chemii i fizyki. Burton wskazywał na rodzinne podłoże depresji, a Perfect na rolę czynników wrodzonych. Psychoanalityczne podejście Freuda odwołuje się do udziału wczesnodziecięcych konfliktów natury psychicznej, roli procesu separacji i niezaspokojonych potrzeb. Współcześnie w etiologii zaburzeń depresyjnych uwzględnia się czynniki biologiczne, genetyczne, psychologiczne. W leczeniu najpierw stosowano magię i zioła, następnie dietę, masaże, aktywność fizyczną, opium, laudanum, elektrowstrząsy, obecnie terapia opiera się na środkach farmakologicznych.

Słowa kluczowe: depresja, melancholia, zaburzenia afektywne, rys historyczny, etiologia

Summary

The purpose of the article was to give an overview of conception, nosology, ways of treatment of depression from the origins of humanity. The evolution of psychiatric thoughts, rivalising theories approaching from mysticism and rational seeking biological grounds of depression, to descriptions of features, systemization and common classification development, DSM-IV and ICD-10 covering internal, external and psychogenic causes has been shown. The first reference about the mood insanity comes from ancient times. The Hippocratic conception describes biological ground of depression occurring due to excess of one of four humours. The conception, although frequently changed, survived through the next centuries, still exists in contemporary way of understanding of internal causes. The scientist introduced the term “melancholy” which until the beginning of the XIX century has been characterizing mood diseases, covered temperament, insanity states and periodic mood changes. In the XIX and XX centuries Kraepelin, describing the whole group of affective insanities used the term of manic-depressive psychosis. This conception was revised in the XX century by Kleinst and Leonardo. In the XX century new classification systems were built, actually functioning as DSM-IV and ICD-10. In explaining of the genesis of melancholy the scientists regarded to chemistry and physics. Burton also suggested family source of depression and Perfect accorded to congenital factors. Psychoanalytic approach of Freud shows early childhood psychical nature conflict impact, the influence of separation process and uncovered needs. Nowadays in the etiology of depression biological, genetical and psychological factors are concerned. The evolution of treatment ways starts from magic, herbs, diet, massages, physical activity, through opium, laudanum, electroshock therapy to actual pharmacology.

Key words: depression, melancholy, mood disorders, historical view, etiology

Depresja jest najbardziej znanym, powszechnie stosowanym terminem psychiatrii. Niemalże każdy łączy go ze smutkiem, przygnębieniem, apatią, pesymistycznym myśleniem, brakiem energii i chęci do działania. Analiza literatury wskazuje, iż tak rozpowszechnione we współczesnym świecie zaburzenie towarzyszy ludzkości od początków jej istnienia. Poglądy na istotę tego zagadnienia podążały w dwóch kierunkach. Jeden związany był z racjonalizmem, poszukiwaniem biologicznego podłoża depresji, drugi kierował się w stronę mistycyzmu, choroby duszy, szlachetnego cierpienia. Wraz z rozwojem kultury, słowa pisanego pogłębiano wiedzę na jej temat, wskazywano możliwą etiologię i sposoby leczenia.

Pierwsze doniesienia na temat choroby, bez rozróżnienia zaburzeń natury psychicznej, pochodzą z czasów najdawniejszych. W okresie neolitycznym chorobę wiązano z wpływem złych duchów opanowujących ciało, dlatego leczenie niejednokrotnie oznaczało naruszenie ciągłości czaszki, na co wskazują otwory trepanacyjne znalezione w szczątkach z tamtego okresu. Pogląd ten prezentowali również mieszkańcy obszarów wpływu cywilizacji Egiptu, Meksyku, Peru, Sumerii. Koncepcja choroby jako kary za sprzeciwienie się bogu przetrwała we wszystkich późniejszych kulturach, a charakterystyczna była dla Babilonu⁽¹⁾. Przeżywane „cierpienie duszy” leczono muzykoterapią⁽²⁾. Pierwsze wzmianki na temat biologicznego podłoża depresji wiążą się z Hipokratesem (ok. 460-377 p.n.e.). Grecki uczony wysunął wniosek, iż podstawą emocji i zachowania są płyny wewnętrzne, tzw. humory, co określano mianem teorii humoralnej. Pogląd ten stanowił podstawę typologii temperamentu. W zależności od przewagi jednego z czterech płynów: krwi, flegmy, żółci, bądź „czarnej żółci” wyróżniano określony temperament. Nadmiar „czarnej żółci” (*melanos* – czarny, *cholos* – żółć) to temperament melancholiczny, wiązany z chorobowymi zmianami nastroju. Pisma Hipokratesa z V w. p.n.e. opisują takie cechy melancholii, jak: awersja do jedzenia, poczucie beznadziejności, zaburzenia snu, rozdrażnienie i nieustanne zmęczenie oraz obawa przed „przedłużającą się depresją”. Termin „melancholia”, opisujący zaburzenia nastroju, funkcjonował przez kolejne stulecia. Autorstwu Hipokratesa przypisuje się pojęcia: „dystymia”, „lęk”⁽¹⁾. Aretajos z Kapadocji jako pierwszy dokonał rozróżnienia melancholii i manii, zwrócił uwagę na okresy remisji i możliwych nawrotów oraz charakterystyczne przedchorobowe cechy osób cierpiących na zaburzenia nastroju. Melancholię rozumiał jako ogólne wyczerpanie, smutek, tendencje do społecznej izolacji, zubożenie, nadwrażliwość, podniecenie, myśli suicydalne⁽³⁾. Arystoteles rozróżnił cechy temperamentu i poczucie nieszczęścia dnia codziennego od schorzeń nastroju. Przyczyn melancholii dopatrywał się w aktywności seksualnej. Obserwował wzrost zachorowalności na tę przypadłość wśród ludzi nauki i osób starszych,

ich objawy analizował i klasyfikował⁽⁴⁾. W czasach starożytnych schorzenia wyjaśniano poprzez przyczyny biologiczne, a także odwoływano się do aspektu mistycznego, traktując melancholię jako „boski smutek”, dar od bogów⁽¹⁾. Soranos z Efezu rozróżnił melancholię i manię od zaburzeń o podłożu egzogennym. Rufus z Efezu obserwował okresowość występowania zaburzeń nastroju (częściej wiosną i jesienią)⁽⁵⁾. Kontynuatorem biologicznego podejścia był Galen (130-200). Uważał, iż wszelkie stany emocjonalne powstają w mózgu. Żywił nadzieję, iż wraz z rozwojem wiedzy o jego fizjologii możliwe będzie dokładne poznanie przyczyny zaburzeń nastroju. Stany melancholii wiązał z nadmiarem oparów czarnej żółci w mózgu⁽⁶⁾. Galen, Soranos i Rufus z Efezu, a także Celsus i Aretaeus, a w świecie medycyny arabskiej Constantine Oribasus, Alexander z Tralle, Pol z Aeginy prezentowali pogląd, iż najlepszym sposobem leczenia melancholii jest stosunek płciowy⁽⁷⁾.

W okresie średniowiecza zmęczenie, poczucie beznadziejności, cierpienia, zaniedbanie higieny osobistej określano mianem „acedii”. Melancholię, podobnie jak inne schorzenia, traktowano jako karę za grzechy, opętanie przez złe duchy, dlatego niejednokrotnie chorzy byli potępiani, zmuszani do modlitwy, pokutowania za grzechy, torturowani, paleni na stosie⁽⁸⁾. Wyjątek stanowiły poglądy Awicenny (980-1037), który melancholię rozumiał w kategoriach schorzeń organizmu, oraz Alberta Wielkiego, który prezentuje koherentny, scholastyczny model depresji powodowanej czynnikami natury medycznej i filozoficznej⁽⁹⁾. W VIII i IX w. w świecie medycyny arabskiej powstały pierwsze szpitalne oddziały dla chorych psychicznie. W Europie były znane dopiero od wieku XIII. W XII w. Majmonides (1135-1204) zaleca osobom dotkniętym melancholią muzykoterapię⁽²⁾.

W okresie renesansu Wesaliusz (1559-1589) prezentuje poglądy, zgodnie z którymi melancholia to schorzenie o podłożu somatycznym i wynika z zaburzeń hormonalnych. Waldschmidt (1644-1687) dodaje, iż przyczyną może być niewłaściwa fermentacja w organizmie⁽³⁾. W leczeniu melancholii stosowano upusty krwi i ciepłe kąpiele, a także diety – chude mięso, świeże jaja, słodководne ryby oraz winogrona⁽²⁾. Wiek XVI i XVII to czas dokonywania analizy klinicznej melancholii, wyróżniania jej poszczególnych objawów. Paracelsus (1493-1541), opisując melancholię, zwraca uwagę na opanowujący chorego smutek, przygnębienie, zniechęcenie, ogólne osłabienie sił życiowych, tendencje do nadmiernego rozmyślenia. Uczony wprowadził teorię zwaną „chymistrią”. Podobnie Willis melancholię rozumiał jako niszczącą reakcję chemiczną zachodzącą w obrębie mózgu i serca, nie zaś wynikającą z przewagi określonych humorów. Koncepcja jatrochemii w kolejnych latach została, na skutek rozwoju fizyki, zastąpiona przez jatromechanikę. Dlatego Pitcairn uważał, iż melancholia wynika z nieprawidłowych ruchów krwi⁽¹⁾. Kolejni uczeni, a wśród nich Markeriusz (1530-1606) oraz Bel-

lini (1643-1704), wskazywali na towarzyszące melancholii zaburzenia układu pokarmowego i zahamowanie procesów poznawczych. W 1621 r. Burton (1577-1640) stworzył pierwszy podręcznik psychopatologii: *Anatomia melancholii*, poświęcony cechom osobowości przedchorobowej, wśród których wymienia zamięłwienie do porządku, smutek, tendencję do kontemplacji, skrupulatność. Jako pierwszy wskazał na rodzinne podłoże melancholii. Równie istotne, aczkolwiek mniej znane, są prace Napiera, które zawierają studium przypadku ponad 2 tys. chorych⁽¹⁰⁾. Johnson zdefiniował melancholię jako rodzaj złości, w której mózg ulega fiksacji na jednym obiekcie⁽¹¹⁾. W 1586 r. Bright (1551-1615) dokonał próby wyodrębnienia rodzajów melancholii. Zdaniem uczonego – występującej pod postacią somatyczną, wiązaną z ogólnym wyczerpaniem organizmu i wymagającą leczenia fizycznego, oraz pod postacią, w której dominuje osłabienie umysłu. Podział ten może odpowiadać współczesnemu rozumieniu depresji egzogennej i psychogennej⁽¹¹⁾.

Wiek XVIII to czas tworzenia klasyfikacji znanych ówczesnie schorzeń, w tym również chorób umysłu. Vogel (1724-1774) wyróżnił sześć schorzeń: melancholię, manię, *fatuidas*, *stupiditas*, anemię i *oblivio*. Jego zdaniem melancholia i mania wynikają ze schorzeń mózgu. Dressing (1770-1809), dokonując podziału, wyróżnił melancholię, manię i zaburzenie związane z upośledzeniem umysłowym. Zwrócił także uwagę, iż melancholia prowadzi do niewielkiego osłabienia funkcji poznawczych. Rozróżnił melancholię prawdziwą, związaną z głębokim smutkiem oraz rzekomą, bez obniżonego nastroju⁽³⁾. Pinel wyróżnił manię, melancholię, demencję i „idiotyzm”⁽¹¹⁾. Z kolei Weickard podzielił ogół schorzeń umysłu na te, w których dominuje spadek nastroju, lęk, niepokój, zmęczenie, bezsenność, myśli samobójcze, oraz te, które wiążą się z zaburzeniami myślenia. Nowe spojrzenie w zakresie rozumienia przyczyn melancholii dała Perfect (1740-1789), wskazując na czynniki wrodzone⁽¹²⁾.

W XVII wieku w leczeniu melancholii stosowano chininę, odvary z liści pokrzywy, kamforę, związki arsenu, środki przeczyszczające, wymiotne, upusty krwi. Zalecano muzykoterapię, wysiłek fizyczny, częste stosunki płciowe, ciepłe kąpiele, lekką dietę, długi sen. Von Haller (1708-1777) stosował opium, a Jung (1631-1757) płyn laudanum⁽⁴⁾. W 1792 r. w Anglii Birch (1745-1815) jako pierwszy zastosował wstrząsy elektryczne, wytwarzane poprzez pocieranie, czyli elektryzowanie głowy pacjentki⁽³⁾.

Wprowadzony przez Hipokratesa termin „melancholia” stosowano przez stulecia zarówno do opisu temperamentu, choroby, jak i wszelkich przejawów obniżonego samopoczucia. Pierwszej próby zmiany tego terminu dokonał Esquirol (1772-1840), proponując nazwę „monomania”, zgodną z przekonaniem o możliwości przekształcenia się tego schorzenia w manię. Termin „depresja” zaproponowany przez W. Cullena w 1800 r. miał obrazować ogólne obniżenie funkcjonowania fizjologicznego i psychicznego⁽⁶⁾. Farlet (1794-1870) przedstawił charakterystykę de-

presji, manii i stanów mieszanych. Zwrócił uwagę, iż w depresji okresowo blokowane są funkcje sfery intelektualnej, afektywnej i behawioralnej. Baillarger (1809-1890) opisał osłupienie występujące w przebiegu depresji. Benjamin Rush (1745-1813) przyczyn melancholii poszukiwał w pobudzeniu sercowo-naczyniowym⁽¹³⁾.

W połowie XIX w. hipokratesowska dystymia została ugruntowana w psychiatrii przez Fleminga, początkowo jako krótkotrwała zmiana nastroju, potem zaburzenie, u podłoża którego leży obniżony nastrój. Termin „cyklotymia”, zaproponowany przez Kahlbauma (1828-1899), oznaczał poronne zmiany nastroju w kierunku depresji bądź manii. Inni badacze, w tym Hecker, Hoche, Williams, odnosili go do depresji o podłożu psychogennym; Kahn dla opisu łagodnych postaci psychozy maniakalno-depresyjnej i temperamentu o dużej zmienności nastroju. Ogólnym pojęciem obrazującym zaburzenia nastroju był zaproponowany w 1894 r. przez Ziehena (1862-1950) termin „psychozy afektywne”, a przez Maudsleya (1835-1918) – „zaburzenia afektywne”. Magnan (1835-1902) zajmował się różnicowaniem depresji w chorobach degeneracyjnych i melancholii prawdziwej. Mobius rozróżnił depresję endogenną i reaktywną⁽³⁾. Kraepelin (1856-1926) wprowadził pojęcie psychozy maniakalno-depresyjnej jako jednostki nozologicznej wobec chorób afektywnych dzielonych na: „cykliczny obłęd”, okresową manię, okresową melancholię, zaliczane do grup psychoz okresowych⁽¹⁴⁾. W 1896 r. w wydanej *Psychiatrii* wprowadził termin „obłęd okresowy”, określający trzy postaci chorób afektywnych. Termin „obłęd maniakalno-depresyjny” stosował dla schorzeń o podłożu endogennym. W 1913 r. terminem „psychoza maniakalno-depresyjna” obejmował psychozy cykliczne i okresowe. Zdaniem Kleista (1879-1960) kraepelinowskie psychozy maniakalno-depresyjne stanowiły zbyt szeroką jednostkę nozologiczną⁽¹⁵⁾. W XIX i na początku XX w. w leczeniu depresji stosowano arsenik, jodek żelaza, ergot, strofantynę, kąpiele i masaż oraz opium. Aktualne antydepresanty znane są od połowy XX w., wtedy też oficjalnie wprowadzono sole litu, stosowane od połowy XIX w. w celach profilaktycznych okresowych depresji⁽²⁾. W 1917 r. Freud w pracy *Rozpacz i melancholia* podkreślił, iż w rozwoju depresji duże znaczenie odgrywają utrata pierwotnego obiektu miłości, konflikt ego – superego, który prowadzi do nieustannego przeżywania poczucia winy i tendencji masochistycznych, jak również bieżące wydarzenia i konflikty. Wyróżnił depresję endogenną i reaktywną. W latach 1911 i 1924 Abraham, łącząc freudowską teorię libido i struktury osobowości, stwierdził, iż osoby cierpiące na depresję odznaczają się cechami obsesyjnymi, masochistycznymi, nasilonym narcyzmem dziecięcym, niezaspokojonymi potrzebami emocjonalnymi w związku z kompleksem Edypa, jak również fiksacją w rozwoju na poziomie oralnym i analnym⁽¹⁶⁾. Do Ameryki dominująca w Europie koncepcja Kraepelina dotarła za pośrednictwem jego ucznia Meyera

(1866-1950), który połączył ją z teorią psychodynamiczną; dokonał także popularyzacji terminu „depresja”, który zastąpił hipokratesowską „melancholię”. Depresję określał jako zahamowanie procesów psychicznych, wegetatywnych i motorycznych. Poglądy Kraepelina, choć nie do końca słuszne, przetrwały ponad pół wieku. Pierwszą próbą przerwania takiego podejścia stanowiły doniesienia Leonarda (1957-1966), który wyróżnił postać jedno- i dwubiegunową chorób afektywnych⁽¹²⁾.

Brak jednolitego nazewnictwa, wyróżnienia schorzeń i przypisanych im w sposób jednoznaczny objawów prowadził do rażących różnic diagnostycznych dokonywanych przez kolejne zespoły uczonych. Rozpoczęto prace nad systemem klasyfikacji chorób psychicznych. Kolejno powstawały DSM-I, DSM-II, a w 1980 r. DSM-III, kompatybilne z ICD-9, klasyfikacją zaproponowaną przez WHO. W 1987 r. ukazało się DSM-III-R, a w 1994 r. DSM-IV, aktualnie obowiązujące w USA⁽¹⁷⁾. W Europie obowiązuje klasyfikacja ICD-10 rozróżniająca: epizod maniakalny, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, epizod depresyjny, zaburzenia depresyjne nawracające, uporczywe (utrwalone) zaburzenia nastroju, w które włączono cyklotymię i dystymię, inne zaburzenia nastroju, które obejmują mieszany epizod afektywny oraz nawracające krótkotrwałe zaburzenia depresyjne⁽¹⁸⁾. DSM-IV dystymię zalicza do zaburzeń depresyjnych, zaś cyklotymię do zaburzeń dwubiegunowych⁽¹⁷⁾. Współczesne rozumienie depresji dzieli jej przyczyny na endogenne, czyli wynikające z zaburzeń metabolicznych w OUN, egzogenne, czyli pochodzące ze schorzeń somatycznych, stosowanych leków itp., które poprzedzają wystąpienie depresji, oraz reaktywne, do których zaliczamy aktualne wydarzenia życiowe indukujące epizod depresyjny⁽¹⁹⁾.

Współczesne koncepcje rozumienia istoty zaburzeń depresyjnych obejmują teorie biologiczne, a wśród nich czynniki hormonalne, które opisują nadczynność osi: podwzgórze – przysadka – nadnercza powodującej wzmożone wydzielanie kortyzolu; zmniejszone wydzielanie hormonów: tyreotropowego (TSH), wzrostu (GH), folikulostymuliny (FSH), luteotropowego (LH), testosteronu; osłabienie aktywności układu odpornościowego; czynniki biochemiczne, czyli zmniejszenie aktywności amin biogennych (noradrenaliny, serotoniny, dopaminy); zaburzenia rytmu snu; czynniki genetyczne. Również teorie psychospołeczne: omawiane wcześniej koncepcje psychoanalityczne, ze zwróceniem szczególnej uwagi na symboliczną lub rzeczywistą utratę pierwotnego obiektu miłości – matki, problem separacyjny, niewyrażona, przekierowana do wewnątrz złość; teorie behawioralno-poznawcze, czyli koncepcja triady depresyjnej Becka i wyuczony bezradności Seligmana.

PODSUMOWANIE

Jak wskazuje dokonany przegląd literatury, zaburzenia afektywne towarzyszą człowiekowi od początków roz-

woju najdawniejszych cywilizacji do dzisiaj. Różnorodne koncepcje odnoszące się do depresji i mające na celu zrozumienie jej istoty, przyczyn, tworzone podziały i systemy klasyfikacyjne, a także stosowane środki lecznicze niejednokrotnie były ze sobą sprzeczne, konkurencyjne. Zadziwiające jest, iż począwszy od czasów antycznych, uczonych łączyło wspólne przekonanie o wewnątrzustrojowych, humoralnych przyczynach depresji – melancholii. Brak precyzyjnego nazewnictwa sprawił, iż terminem „melancholia” określano zarówno cechy temperamentalne, stany chorobowe, jak i chwilowe zmiany nastroju, co doprowadziło do powstania systemów klasyfikacyjnych i rozwoju diagnozy różnicowej. Choć współczesna wiedza o depresji wynika z poglądów minionych stuleci, oparta jest o nowoczesną technologię badawczą i różnorodne systemy teoretyczne, nadal pozostawia wiele pytań w zakresie rozumienia etiologii i patogenyzy zaburzeń afektywnych.

PIŚMIENNICTWO:

1. Dewhurst W.G.: Melancholia and depression: from hippocratic times to modern times. *J. Psychiatry Neurosci.* 1992; 17: 81-83.
2. Haenel T.: Historical notes on the therapy of depression. *Schweiz. Med. Wochenschr.* 1986; 116: 1652-1659.
3. Pużyński S.: Choroby afektywne nawracające. W: Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.): *Psychiatria*. Tom II, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002: 343-415.
4. Rouillon F.: Depression, yesterday, today and tomorrow: historical evolution of concepts. *Therapie* 2005; 60: 425-429.
5. Willmuth L.R.: Medical views of depression in the elderly: historical notes. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1979; 27: 495-499.
6. Lie A.K.: Suffering of the heart, song of the lips – some examples from the history of melancholia. *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* 1999; 119: 2491-2494.
7. Paykel E.S.: Historical overview of outcome of depression. *Br. J. Psychiatry Suppl.* 1994; (26): 6-8.
8. Asch S.S.: Depression and demonic possession: the analyst as an exorcist. *Hillside J. Clin. Psychiatry* 1985; 7: 149-164.
9. Theiss-Abendroth P.: The continuity of biological models in psychiatry: melancholy as brain disease in scholastic psychology. *Psychiatr. Prax.* 2000; 27: 107-111.
10. Misbach J., Stam H.J.: Medicalizing melancholia: exploring profiles of psychiatric professionalization. *J. Hist. Behav. Sci.* 2006; 42: 41-59.
11. Berkson G.: Mental disabilities in Western civilization from Ancient Rome to the Prerogativa Regis. *Ment. Retard.* 2006; 44: 28-40.
12. Marneros A.: Origin and development of concepts of bipolar mixed states. *J. Affect. Disord.* 2001; 67: 229-240.
13. Kim S., Ko S.H.: Theoretical models of causative factors in depression: a review of the literature for nursing. *Kanho Hakhoe Chi* 1989; 19: 173-190.
14. Mondimore F.M.: Kraepelin and manic-depressive insanity: an historical perspective. *Int. Rev. Psychiatry* 2005; 17: 49-52.
15. Lempriere T.: The concept of depression. Evolution of thoughts from Kraepelin until today. *Acta Psychiatr. Belg.* 1978; 78: 715-723.

16. Colonna L.: Biological treatment of depression. Rev. Prat. 1999; 49: 733-738.
17. Zimmerman M.: Is DSM-IV needed at all? Arch. Gen. Psychiatry 1990; 47: 974-976.
18. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. UWM „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków – Warszawa 1998.
19. Henningsen P., Jakobsen T., Schiltewolf M., Weiss M.G.: Somatization revisited: diagnosis and perceived causes of common mental disorders. J. Nerv. Ment. Dis. 2005; 193: 85-92.
20. Kaplan H.J., Sadock B.J.: Psychiatria kliniczna. Sikorowski S. (red.), tom I, Urban & Partner, Wrocław 1998: 86-102.

Informacja dla autorów!

Chcąc zapewnić naszemu czasopismu „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” wyższą indeksację KBN i Index Copernicus, zwracamy się do autorów o dopełnienie poniższych warunków podczas przygotowywania pracy do publikacji:

- Praca oryginalna powinna być poprzedzona **streszczeniem** zawierającym **od 200 do 250 słów**, a praca poglądowa i kazuistyczna – **150-200 słów**.

Streszczeniu pracy oryginalnej należy nadać budowę strukturalną: wstęp, materiał i metoda, wyniki, wnioski.

- Liczba **słów kluczowych** nie może być mniejsza niż **5**. Słowa kluczowe nie powinny być powtórzeniem tytułu. Najlepiej stosować słowa kluczowe z katalogu MeSH.

– **Praca oryginalna** winna zawierać elementy: wstęp, materiał i metoda, wyniki, dyskusja, wnioski, piśmiennictwo.

- **Piśmiennictwo** powinno być ułożone w **kolejności cytowania**.

Pełny Regulamin ogłaszania prac znajduje się na stronie 4.