



To tylko smutek czy już depresja?

Czyli jak odróżnić zdrowie od choroby.

Poradnik dla pacjentów

*Prof. dr hab. Jerzy Samochowiec
Specjalista psychiatra*

BIOFARM®

Drogi Czytelniku,

sięgnąłeś po ten poradnik w poszukiwaniu odpowiedzi na nurtujące Cię pytania dotyczące przeżywanych emocji – Twoich lub Twych Bliskich. Zastanawiałeś się zapewne nad ogarniającymi Cię smutkiem, melancholią i brakiem energii. Czy są one jeszcze naturalne i fizjologiczne, czy może to już DEPRESJA???

Żyjemy w czasach, w których często odróżnienie stanu zdrowia od choroby wymaga konsultacji specjalistycznej, co niewątpliwie warto uczynić, gdy towarzyszy nam poczucie, że zawodzi właściwa, obiektywna ocena przeżywanych emocji.

Jest to godne uwagi rozważanie, gdyż dane dotyczące rozpowszechnienia zachorowania na depresję są niejednoznaczne. Jedne z nich wskazują na niedoszacowanie diagnozowania tej choroby, inne zaś podkreślają jej nadrozpoznowalność...

Smutek czy depresja: nie – rozpoznawanie czy nad – rozpoznawalność?

Badania epidemiologiczne wskazują, iż częstotliwość zachorowania na depresję istotnie wzrasta, a Światowa Organizacja Zdrowia prognozuje, iż w ciągu najbliższych lat depresja wysunie się na czołowe miejsce w grupie chorób związanych z ograniczeniem lub utratą zdolności do pracy.

Podaje się, że co 20 pacjent u lekarza pierwszego kontaktu przychodzi z objawami depresji, natomiast połowa tych przypadków nie zostaje prawidłowo rozpoznana i leczona.

Z drugiej strony wskazuje się, że ok. 25% osób, u których zdiagnozowano depresję, w rzeczywistości doświadcza normalnego żalu lub intensywnego smutku wywołanego trudnymi sytuacjami życiowymi, takimi jak rozwód czy utrata pracy.

Depresja stała się najczęściej leczonym zaburzeniem psychicznym w Stanach Zjednoczonych. Każdego roku 1 na 10 Amerykanów cierpi na to zaburzenie, a 25% doświadcza go w jakimś momencie życia.

Ostrzeżeniem, iż zaburzenia depresyjne stają się jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności w świecie, towarzyszy masowy wzrost konsumpcji leków przeciwdepresyjnych, powszechne wyczulenie na obecność zaburzeń depresyjnych, nacisk na jak najwcześniejsze

diagnozowanie na podstawie tylko kilku symptomów, aby zapobiec rozwinięciu cięższych postaci depresji.

Obecnie obowiązujące kryteria psychiatryczne wykluczają diagnozowanie depresji u osób, które w czasie ostatnich dwóch miesięcy cierpiały z powodu straty bliskiej osoby. Objawy obniżonego nastroju doświadczane w tym okresie określa się jako „normalny smutek, przeżywanie żałoby, o ile symptomy nie są ciężkie i nie trwają dłużej niż dwa miesiące”.

Aktualne kryteria diagnostyczne wykluczają jedynie sytuacje, w których osoba doświadcza żałoby po stracie bliskiej osoby. Nie wykluczają one jednak rozpoznawania depresji w kontekście innych utrat oraz nieszczęść życiowych.

Czy te inne sytuacje mogą wzbudzać normalny smutek, który nie przerodzi się w ciężkie symptomy depresji? To pytanie pozostaje bez odpowiedzi, gdyż każdy człowiek ma inny indywidualny, uwarunkowany wieloczynnikowo „próg wytrzymałości”.

W procesie oceny istotnym jest dokonanie analizy zaistniałego stanu psychicznego zarówno jako reakcji naturalnej, jak i zaburzenia, oraz zwrócenie uwagi na sposób różnicowania pomiędzy zwykłym smutkiem a depresją.

Smutek jest naturalną i fizjologiczną emocją, choć obecnie w powszechnym rozumieniu osoba przeżywająca smutek jest utożsamiana z chorą.



Jak odróżnić stan przygnębienia (smutek) doświadczany przez osobę zdrową od rzeczywistego epizodu depresji?

By wspomóc właściwą diagnozę, proponuje się różnicowanie ww. zjawisk, opierając się o wymienione przez S. Pużyńskiego (1) cechy związane m.in. z obrazem klinicznym objawów, nasileniem i czasem utrzymywania się zaburzeń oraz ich wpływem na funkcjonowanie człowieka, przy równoczesnej ocenie skuteczności farmakoterapii (tabela 1.).

Tabela 1. Cechy różnicujące smutek i depresję

Cecha	Przygnębienie	Depresja
NASILENIE	zazwyczaj złe samopoczucie, przygnębienie, „chandra”	smutek, poczucie beznadziejności, „braku wyjścia”
CZAS TRWANIA	krótki (godziny)	długi (tygodnie, miesiące)
POCZUCIE CHOROBY	zwykle nie występuje	często występuje
DEZORGANIZACJA AKTYWNOŚCI	zwykle nie występuje lub mało znacząca	często występuje

Podkreśla się, że niektórzy badacze sprzeciwiają się nadmiernej medykalizacji „smutku” i wskazują na potrzebę dokładniejszego i pełniejszego badania sytuacji, kontekstu, w której występują zaburzenia depresyjne, celem rozpoznania czynników je wyzwalających.

Krytycy powyższej orientacji podważają natomiast pogląd, iż nadmierna psychiatryzacja normalnego smutku przyczyniać się może do wzrostu rozpoznawalności depresji. Zauważają, że rozpoznanie przyczyn depresji nie zawsze jest proste i jednoznaczne, podobnie jak uchwycenie granicy, poza którą zwykły smutek przeradza się

w zaburzenie. Zauważają również, że nierozpoznanie i brak właściwego leczenia prawdziwej depresji stanowi dużo poważniejszy problem niż nadmiarowe leczenie zwykłego smutku.

Diagnozowanie depresji opiera się na modelu biomedycznym i odnosi się do wewnętrznych mechanizmów oraz braku kontroli chorego nad sytuacją, co prowadzi do zaburzeń funkcjonowania.

Odnosząc się krótko do testów przesiewowych, można oprzeć się na skali Patient Health Questionnaire (PHQ-2), która zawiera tylko dwa

pytania, gdzie odpowiedź „TAK” na każde z pytań daje potencjalnie pozytywny wynik:

1. Czy w przeciągu ostatnich dwóch tygodni często odczuwałeś wszechogarniający smutek, przygnębienie, czy miałeś poczucie braku nadziei?

2. Czy w przeciągu ostatnich dwóch tygodni często odczuwałeś małe zainteresowanie czy brak przyjemności w robieniu czegokolwiek? (2).

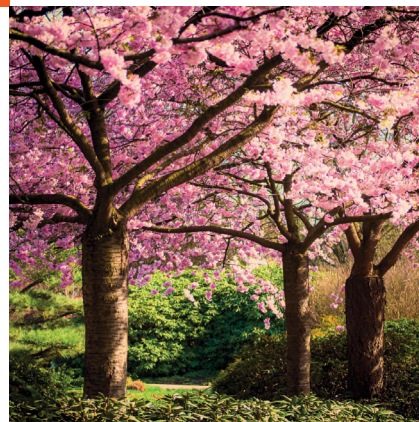
W świecie depresji: czy jest to nowe zjawisko?

Pojęcie smutku czy melancholii po raz pierwszy pojawia się w pismach Hipokratesa, który przedstawia rodzaje fluidów krążące po naszym ciele i odpowiadające za nasze zachowania, a jednym z nich jest właśnie „czarna żółć”. Kolejne opisy, powstałe w oparciu o traktaty teologiczne, przypisują chorobom psychicznym znaczenie kary za popełnione grzechy. W kolejnych epokach pojawiają się liczne opisy objawów melancholii, jednak bez wnikania w jej naturę i przyczyny. Pod koniec XIX wieku depresja została wyróżniona i wyodrębniona spośród innych chorób umysłowych, np. otępienia wczesnego (schizofrenii) czy porażenia uogólnionego i upośledzenia. Dopiero w ostatnim stuleciu pojawiły się możliwości pomagania osobom doświadczającym różnorodnych objawów i zostali oni objęci opieką i leczeniem.

Dostępność i skuteczność farmakoterapii, leczenia elektrowstrząsami czy psychoterapii pozwala

lają poradzić sobie z depresją już we wczesnej fazie choroby, zanim przejdzie ona w stan przewlekły. To z kolei ma swoje odzwierciedlenie w powrocie do prawidłowego społecznego funkcjonowania. We współczesnym rozumieniu leczenia depresji zakłada się nie tylko powrót do zdrowia fizycznego i psychicznego, ograniczenie działań niepożądanych przyjmowanych leków, ale przede wszystkim dbałość o poprawę jakości życia i poczucia szczęśliwości.

Warto wspomnieć, że leki współczesnej terapii depresji są mniej skuteczne i dają więcej objawów niepożądanych (które się szczególnie podkreśla i podnosi w dyskusjach), gdy przyjmują je osoby, u których depresja została rozpoznana, bo są smutne i nieszczęśliwe – ale nie chore na depresję!



Czy można o depresji w kilku słowach?

Depresja to stan, gdy czuje się wszechogarniającą apatię, a życie traci jakikolwiek smak, zapach i kolor. Stale towarzyszy nadmiernie obniżony nastrój. „Nie ma” powodu do radości i zadowolenia. To co było ważne – już nie jest, a to co pochłaniało i interesowało – staje się bezbarwne i bez znaczenia. Najprostsze zadania i codzienne czynności są niemożliwe do wykonania, a dodatkowo towarzyszą temu poczucie winy i wyrzuty sumienia. Nie można się uwolnić z niemocy, nie chce się podnieść z łóżka, które staje się azylem przed życiem. Pierwszy moment, gdy się poprawia, to chwila, gdy przychodzi świadomość, że to problem – choroba, a nie fanaberia...

Z medycznego punktu widzenia depresja jest uleczalną chorobą, charakteryzującą się wieloma objawami. Rozpoznawana jest w oparciu o kryteria obowiązujących klasyfikacji. Istnieje wiele teorii wyjaśniających depresję, które nawiązują do koncepcji biologicznych, społecznych, egzystencjalnych i psychologicznych. Dostępne też są metody prawidłowego diagnozowania i skutecznego jej leczenia.

Kogo dotyczy i dlaczego, czyli co predysponuje do zaburzeń depresyjnych?

Depresja to choroba uwarunkowana wieloczynnikowo. Czynniki genetyczne odnoszą się do predyspozycji, które dziedziczymy; konstytucjonalne wiążą się z układem nerwowym, jego strukturą i dynamiką, niekiedy opisywane są jako cechy temperamentu; psychologiczne odzwierciedlają ukształtowany od dzieciństwa typ osobowości, posiadane kompetencje i umiejętności radzenia sobie; społeczne wskazują na rodzaj związków czy raczej ich brak z innymi ludźmi. Dla rozwoju depresji mają również znaczenie czynniki środowiskowe i kontekst kulturowy.

Wiele z tych czynników ma charakter wrodzony, a część związana jest ze wczesnym rozwojem.

Wyniki badań bliźniąt wskazują na silne znaczenie uwarunkowań genetycznych w rozwoju depresji. Ocenia się, że u bliźniąt jednojajowych, które zostały rozdzielone po porodzie, częstość ujawniania się depresji wynosi przeszło 50%, natomiast u bliźniąt dwujajowych 20%. Znaczenie ma też występowanie choroby u rodziców: gdy dotyka jednego, ryzyko depresji wynosi ok. 10%, a rośnie do 20%, gdy chorują oboje. Ryzyko zachorowania na poziomie 1-2% pojawia się również w przypadku braku historii choroby w rodzinie. Podkreśla się znaczenie „rodzinnego” występowania depresji, przy czym im bardziej ma ona charakter depresji reaktywnej, tym mniejsze znaczenie mają czynniki genetyczne.

Psychologiczne predyspozycje do depresyjności są związane również z typem osobowości. Wśród nich podkreśla się znaczenie pesymistycznej wizji świata, obecność niedojrzałych mechanizmów obronnych i radzenia sobie w sytuacjach trudnych, brak umiejętności odarczania gratyfikacji, znoszenia frustracji czy zależność od oceny innych ludzi.

Poza znaczeniem tzw. odporności psychicznej istotny jest kontekst społeczny, powiązany z wychowaniem, i środowisko dorastania. Ten wpływ wyuczonego zachowania ma znaczenie szczególnie przy ocenie otaczającego świata (np. nastawienie optymistyczne bądź pesymistyczne) i podejmowanych decyzjach i działaniach. Do innych czynników społecznych mających wpływ na występowanie depresji należą m.in. bezrobocie, utrata pracy, rozwód i separacja, społeczna izolacja itp.

Przy częstości rozpoznawania depresji podkreśla się też znaczenie kulturowe. Niekiedy wiąże się ono ze społecznym piętnem i wielu pacjentów zwraca uwagę, by w postawionej diagnozie unikać sformułowania „depresja” na rzecz „zaburzeń stresowych czy dezadaptacyjnych”. Dla tych pacjentów rozpoznanie depresji jako choroby jest związane z doświadczeniem napiętnowania, a choroba somatyczna jest bardziej akceptowalna. Ponadto rozpoznanie „stresu” wskazuje na istnienie czynników zewnętrznych powodujących chorobę, natomiast depresja kojarzona jest ze słabością osobistą, niestabilnością emocjonalną czy utratą kontroli nad własnym przeżywaniem i oceniana jest

negatywnie. Pojawia się dodatkowy lęk przed społecznym odrzuceniem, dyskryminacją czy nawet napiętnowaniem przez innych ludzi, np. pracodawców i kolegów.

Są też miejsca, gdzie „modnym” stało się „mieć depresję” i tu pojawia się szerokie przyzwolenie na „chorowanie”.

Ważne, by podkreślić, iż wyniki prospektywnych badań wskazują, że podniesiony, subkliniczny poziom objawów depresyjnych zwiększa 6 razy ryzyko rozwinięcia się klinicznych zaburzeń depresyjnych w przyszłości (3).



Wizerunek depresji, czyli jakie są objawy kliniczne?

Gdy w lustrze pojawia się stale smutna twarz, oczy są puste i obce, kąciaki ust i brwi opadają tak, iż całość wydaje się ociężała i zmęczona; gdy ograniczona jest spontaniczność ruchów, gestów i mimiki, kontakt wzrokowy słaby, a mowa staje się monotonna i uboga; gdy pojawiają się roztargnienie i objawy lęku, wytłumaczeniem może być depresja. Ponadto somatycznym objawem depresji jest również zmniejszenie masy ciała.

Jak rozpoznawać objawy depresji?

Objawy depresji rozpatrywane są indywidualnie. Do najczęstszych i podstawowych przynależą: obniżenie nastroju, poczucie braku szczęścia, lęk, niskie poczucie własnej wartości, poczucie winy i brak sensu życia. Inne objawy obejmują brak radości i przygnębienie. Niektórzy skarżą się też na fizyczne dolegliwości, np. zmniejszenie masy ciała, utratę apetytu, zmniejszone zainteresowanie seksem, kłopoty ze snem lub różnorodne bóle. Należy pamiętać, że chorzy na depresję najczęściej nie powiedzą, że ich ona dotyczy.

By przybliżyć najbardziej typowe dla depresji objawy, wymieniono je w tabeli 2. Współwystępowanie w tym samym czasie co najmniej pięciu spośród wymienionych w tabeli 2. objawów, w tym cechy oznaczonej symbolem 1 i/lub 2. Objawy utrzymują się niemal przez cały dzień, przez okres co najmniej dwóch tygodni. Jeżeli trzy z nich stwierdza się w klinicznie znaczącym stopniu, to rozpoznanie depresji jest prawdopodobne. Jeżeli natomiast obecnych jest pięć lub więcej, należy skonsultować się ze specjalistą i rozpocząć leczenie.

Tabela 2. Podstawowe objawy depresji

Podstawowe objawy depresji

- | | |
|--|---|
| 1. Nastrój depresyjny | 5. Pobudzenie lub zahamowanie ruchowe |
| 2. Wyraźne zmniejszenie zainteresowań lub satysfakcji z wykonywanych czynności | 6. Zmęczenie (poczucie utraty energii) |
| 3. Wyraźna zmiana masy ciała (chudnięcie lub tycie) | 7. Poczucie małej wartości, winy |
| 4. Bezsenność lub wzmożona senność | 8. Zaburzenia koncentracji, trudności z podejmowaniem decyzji |
| | 9. Nawracające myśli o śmierci, samobójstwie |

Należy podkreślić tzw. ostre objawy depresji, do których zalicza się zaburzoną normalną aktywność, tj. niemożność poradzenia sobie z codziennymi obowiązkami, wyjściem do pracy, wstaniem z łóżka; niejasne objawy somatyczne np. zmęczenie, zmniejszenie apetytu i masy ciała, bezsenność; trudności z radzeniem sobie z używkami: alkoholem, narkotykami czy lekami, oraz napadami agresji lub gwałtownymi zachowaniami; frustrację, utratę przynależności do grupy i poczucie winy; myśli, plany i próby samobójcze.

Ponadto istnieją inne objawy wskazujące na pojawienie się depresji. Poza skargami na przygnębienie i objawami związanymi z depresją, pojawiają się objawy somatyczne bez przyczyny organicznej, skargi nieadekwatne do stanu zdrowia, wyraźne niezadowolenie z opieki, brak poprawy przy leczeniu oraz długa historia chorowania. Istotnym wskaźnikiem dla specjalisty jest też pojawiające się przygnębienie po rozmowie i podejrzenie, że pacjent ma depresję.

Ważnym dla rozpoznania jest pojawienie się problemów ze snem, zwłaszcza częste budzenie się w nocy i wczesne wstawanie rano. Do innych biologicznych objawów depresji zalicza się również utratę apetytu, zmniejszenie masy ciała o ponad 5% w ciągu miesiąca lub zaparcia. Typowe są również: zmęczenie, roztrągnięcie i uogólnione spowolnienie psychoruchowe. Niekiedy towarzyszą depresji objawy tzw. paradoksalne i przeciwne, np. pojawia się zwiększony apetyt, przybieranie na wadze, całodobowa senność. Może pojawić się wzmo-

żone pobudzenie psychomotoryczne, brak odczuwania zmęczenia intensywnym trybem życia, natłok i chaos myśli, przy trudnościach z podejmowaniem decyzji lub działań. Innymi objawami są spadek libido z impotencją i oziębłością oraz bóle mięśni.



Czy jest „dobry wiek” na zachorowanie na depresję?

Szukając odpowiedzi, można stwierdzić, iż ryzyko zachorowania istnieje niezależnie od wieku, choć można wyróżnić okresy życia bardziej sprzyjające rozwojowi choroby. U dzieci i młodzieży rozwija się zwłaszcza w kontekście doświadczonych traum i porzucenia, a szczególnie w sytuacji braku uwagi i miłości ze strony otoczenia. U młodych osób wiąże się z brakiem poczucia szczęścia i nieprzystosowaniem społecznym. Ryzyko wzrasta po wy-

stąpieniu pierwszego epizodu depresji i gdy istnieje tendencja do nawrotów. Częstość rozpoznawania depresji zwiększa się z wiekiem, a między 35. a 45. rokiem życia osiąga szczyt.

Co ciekawe, statystyki wskazują na zaskakującą tendencję do zmniejszania się liczby zachorowań po przekroczeniu wieku średniego. Zjawisko to tłumaczy się wcześniejszą śmiercią osób chorych na depresję, pogorszeniem ich pamięci lub rzeczywistym zmniejszaniem się liczby przypadków w tych grupach wiekowych.



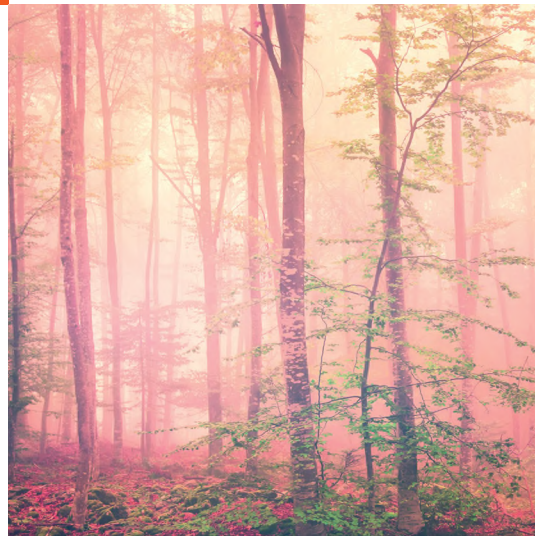
Efekt góry lodowej?

Co z tą depresją?

Depresja stała się jedną z najczęstszych chorób, z jakimi obecnie się spotykamy. Niestety tylko 1 osoba na 10, u których rozpoznano depresję, jest kierowana do specjalisty. Co więcej, u osób przed 30. rokiem życia jest zazwyczaj nierozpoznawana. Depresja w szerszym rozumieniu jest tak powszechna, że lekarze zazwyczaj nie widzą „drzew w lesie”. Jako choroba ma wiele postaci: od pełnoobjawowej

do mniej nasilonych dolegliwości, np. zespołu somatyzacji, zespołu przewlekłego zmęczenia, opóźnionego powrotu do zdrowia w przebiegu innych chorób, nadużywania alkoholu i innych substancji.

Pomimo, że coraz głębsza jest świadomość tego, czym jest depresja, że wzrasta społecznie nią zainteresowanie, a także większe są możliwości terapii, to jednak ciągle są potrzebne kampanie społeczne mające na celu zdjęcie „piętna” ciąży na chorych na depresję.



Co jeszcze trzeba wiedzieć, czyli odmiany/typy depresji

Epizod depresyjny

Pojawiający się jednorazowo stan emocjonalny, któremu towarzyszą znaczące nieprawidłowości bądź zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym lub w innych dziedzinach życia, oraz objawy opisane jako kryteria depresji, rozpoznaje się jako epizod depresyjny. Co ciekawe, niektóre osoby doświadczające tego stanu funkcjonują niemal prawidłowo, wymaga to jednak od nich ogromnego wysiłku.

Istotnym jest też różnicowanie epizodu depresyjnego od okresów smutku. Podkreśla się tutaj znaczenie kryterium czasu, tj. objawy trwają stale przez co najmniej dwa tygodnie.

Nawracające zaburzenia depresyjne

Przy rozpoznawaniu nawracających zaburzeń depresyjnych, kryteria diagnostyczne są takie same, jak kryteria depresji, przy czym pojawia się więcej niż jeden epizod depresyjny.

Sezonowe zaburzenia afektywne (SAD – Seasonal Affective Disorder)

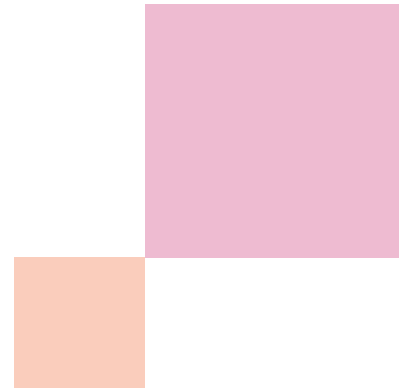
Objawami SAD są nawracające okresowo zaburzenia nastroju, rozpoczynające się z nadejściem jesieni (około października/listopada) i trwające do wiosny (marzec/kwiecień), kiedy to nastrój zwykle się podwyższa. Objawy depresyjne nie są szczególnie nasilone, choć są dokuczliwe i utrudniają funkcjonowanie. Zaburzenia pojawiają się tym częściej, im szerokość geograficzna jest większa, a pory roku są wyraźniejsze. Podstawowymi objawami są drażliwość, a także zmiany masy ciała (np. zwiększenie zimą i zmniejszenie latem). Pojawiają się skargi na trudności z koncentracją, konflikty w relacjach z innymi ludźmi, zaburzenia libido i brak energii oraz wiele różnorodnych objawów somatycznych. Objawy ułatwiające rozpoznanie SAD przedstawiono poniżej.

Kryteria rozpoznawania sezonowych zaburzeń afektywnych:

- Wyraźny związek między początkiem depresji a porą roku
- Pełna remisja lub przejście w manię w określonych porach roku
- Dwa epizody depresji związane z porą roku w ciągu dwóch ostatnich lat i brak innych epizodów depresji w tym okresie
- Sezonowe epizody depresji górują nad niesezonowymi zaburzeniami nastroju

Choroba afektywna dwubiegunowa

Dawniej nosiła miano choroby maniakalno-depresyjnej. Okresowe zmiany obniżonego nastroju przeplatają się ze stanami pobudzenia i euforii. Wyróżniamy dwie jej odmiany: typ 1, w którym dominują nawracające epizody maniakalne naprzemiennie z epizodem depresji, oraz typ 2, w którym dominują nawracające epizody depresyjne z łagodnymi, subklinicznymi epizodami hipomanii. Występuje ona rzadziej niż depresja, a częstość jej występowania jest podobna u kobiet i mężczyzn. Ponadto badania nad jej rozwojem i przebiegiem wskazują na istotne znaczenie czynników genetycznych.



Depresja i..., czyli niebezpieczne związki

Depresja i lęk

Depresja i lęk często współwystępują. Podaje się, że na depresję choruje w przybliżeniu połowa pacjentów z rozpoznanymi zaburzeniami lękowymi. Obraz kliniczny obu stanów nakłada się, i u chorych na depresję zaburzenia lękowe mogą wystąpić później, ale i odwrotnie.

Rozróżnienie między nimi jest często czysto teoretyczne: u niektórych osób na plan pierwszy wysuwają się objawy zaburzeń lękowych, u innych dominuje depresja. Często też objawy obu chorób występują równocześnie. W podejściu klasycznym depresja jest uznawana za stan poważniejszy, a rozpoznanie jest bardzo oczywiste, natomiast objawów zaburzeń lękowych często się nie zauważa.

Podaje się, że rokowanie w przypadku depresji jest korzystniejsze niż w zaburzeniach lękowych, nawet w przypadku bardzo nasilonych objawów. W tabeli 3. zostały przedstawione objawy wspólne i odróżniające depresję i zaburzenia lękowe.

Tabela 3.

Depresja	Zaburzenia lękowe	Objawy wspólne dla zaburzeń lękowych i depresji
<ul style="list-style-type: none">• smutek• nastrój depresyjny• poczucie winy• myśli samobójcze• spowolnienie psychoruchowe• utrata poczucia przyjemności	<ul style="list-style-type: none">• strach• ataki paniki• czerwienienie się• nasiloną agorafobia• brak możliwości zrealizowania celów	<ul style="list-style-type: none">• napięcie• zaburzenia snu• lęk• pobudzenie• dolegliwości fizyczne

Depresja i uzależnienia

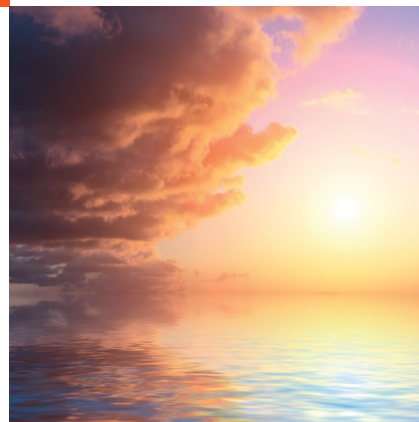
Coraz częściej spotyka się osoby, które doświadczane objawy depresyjne leczą alkoholem i innymi używkami. Uczucie zmęczenia i znużenia mija po przyjęciu substancji, napięcie i rozdrażnienie łagodzi już pierwszy łyk alkoholu, drżenie rąk i lęk uspokaja tabletki. Faktycznie, używki, w chwili ich przyjęcia, przynoszą okresową ulgę, rozluźnienie i krótkotrwałą poprawę nastroju, jednak mają przede wszystkim działanie depresyjne, tzn. wzmagają nasilenie objawów depresji. Można uznać, że środki psychoaktywne (w tym alkohol) są raczej wrogiem osoby zmagającej się z depresją. Co więcej, samoleczenie depresji alkoholem czy innymi używkami nie tylko pogłębia stany depresyjne, ale prowadzi do uzależnienia.

Mówiąc o niebezpiecznych związkach depresji i uzależnienia, warto dodać, iż u osób bez depresji, w obrazie uzależnienia pojawiają się objawy zaburzeń nastroju, związane nie z chorobą, ale ze stanem intoksykacji czy objawów abstynencyjnych, a mylone czasem z depresją. Nie znaczy to jednak, iż osoby uzależnione nie cierpią na depresję. Często wskazuje się na współchorobowość.

Zaburzenia snu

Problemy ze snem są tzw. „papierkiem lakmusem”, czułym wskaźnikiem dla wielu różnych zaburzeń psychicznych. Osoby z depresją w zasadzie mają łatwość zasypiania, wybudzając się jednak często w ciągu nocy i wcześniej rano. Niekiedy też, mając mało energii, w ciągu dnia śpią,

a to z kolei prowadzi do bezsenności w nocy. U innych pojawia się nadmierna potrzeba snu. Podkreśla się, że niezależnie od charakteru problemów ze snem, są one czułym kryterium zarówno początku, jak i ustępowania depresji. Ponadto zaburzenia snu traktowane jako objawy ustępują jako ostatnie w okresie remisji depresji.



Zaburzenia seksualne

Depresja i zaburzenia seksualne mogą pojawiać się jednocześnie, ale też jedno zaburzenie może być konsekwencją drugiego. Zarówno depresja, jak i zastosowana farmakoterapia mogą prowadzić do pojawienia się dysfunkcji seksualnych. Zaznacza się również, iż nawracające problemy seksualne mogą być przyczyną pojawienia się objawów depresji. By wdrożyć właściwe leczenie, istotnym jest stwierdzenie, które z zaburzeń wystąpiło jako pierwsze.

We wczesnym obrazie depresji pojawia się brak odczuwania radości i przyjemności – również seksualnej – oraz osłabienie popędu. Konsekwencją są drażliwość i trudności w porozumieniu z bliskimi, co prowadzi do odsunięcia się od siebie partnerów, izolacji i cierpienia.

Znane są też paradoksalne zachowania osób z depresją, które nadmierną aktywnością seksualną i okazywaniem uczuć partnerowi traktują jako środek przeciwdepresyjny i potwierdzenie poczucia własnej wartości.

Myśli i skłonności samobójcze

W zaburzeniach nastroju bardzo często pojawiają się myśli rezygnacyjne i samobójcze, ale – co ważne – rzadko zostają realizowane. Zawsze należy je traktować z powagą oraz dokonać oceny ryzyka popełnienia samobójstwa. Istotnym jest zapewnienie bezpieczeństwa i wsparcia oraz pomocy, nie tylko w kontekście depresji, ale również w odniesieniu do innych zdarzeń i problemów postrzeganych przez pacjenta jako przyczyny depresji.





To nie ta sama depresja?

Depresja u dzieci i młodzieży

Depresja nie omija żadnej grupy wiekowej. Dzieci wrażliwe są szczególnie na problemy pojawiające się w ich środowisku. Trauma i utrata wywołują u nich wszechogarniające przygnębienie. Czę-

sto stają się ofiarami przemocy. Ok. 10% dzieci w wieku 10 lat zgłasza objawy psychicznego cierpienia i smutku. Depresja występuje częściej u dorastających chłopców niż dziewcząt, a po okresie dojrzewania płciowego proporcje te odwracają się na niekorzyść dziewcząt. W tabeli 4. przedstawiono objawy świadczące o depresji u dzieci i młodzieży.

Tabela 4. Objawy depresji u dzieci i młodzieży

Objawy depresji u dzieci	Objawy depresji u młodzieży
<ul style="list-style-type: none">• Bóle brzucha• Bóle głowy• Brak apetytu• Mimowolne oddawanie moczu• Niepokój• Płaczliwość• Lęk• Zaburzenia behawioralne• Zaburzenia zachowania	<ul style="list-style-type: none">• Drażliwość i gniew• Wrogość i wściekłość• Agresja i autoagresja• Smutek i płaczliwość• Wycofanie się z życia i utrata zainteresowań• Zmiany w odżywianiu i spaniu• Poczucie winy i bezradność• Brak entuzjazmu i motywacji• Zmęczenie, brak energii• Trudności z koncentracją uwagi• Myśli o śmierci i samobójstwie

Depresja u kobiet

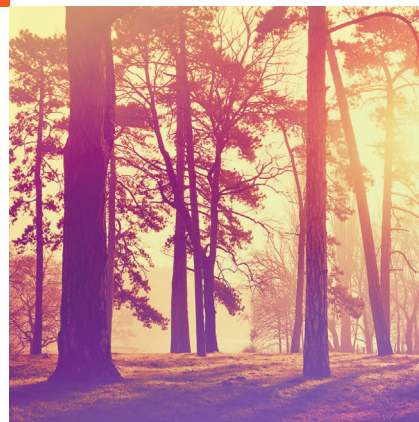
Depresyjność kobiet wiązana jest z ich emocjonalnością i wpływem żeńskich hormonów płciowych. Zmiany nastroju i typowa niestabilność obrazują ich poziom w cyklu miesięcznym. Częściej pojawia się u dziewcząt w okresie pokwitania, kobietom towarzyszy jako przedmiesiączkowe zaburzenia nastroju, potem w okresach ciąży, poporodowym i okołomenopauzalnym. Dlatego stwierdzenie, że depresja u kobiet pojawia się dwukrotnie częściej niż u mężczyzn wydaje się oczywistym. Dodatkowymi czynnikami ryzyka w tej grupie są: samotność, wychowywanie dzieci w wieku poniżej 15 lat bez właściwego wsparcia, brak relacji z mężem, bezrobocie, słaba sytuacja socjoekonomiczna czy też utrata matki przed 11. rokiem życia w wyniku jej śmierci lub separacji.

Podkreśla się, że istnieje społeczne przyzwolenie na depresyjność kobiet, ważne jest jednak, by nie pominąć istotnego faktu, że depresja występuje u nich wyraźnie częściej.

Depresja u osób w wieku podeszłym

Problemy związane z zaburzeniami nastroju dotyczą również osób w podeszłym wieku. Są one w tej grupie pacjentów, obok otępień, najczęściej występującym zaburzeniem psychicznym. Powszechne jest przekonanie, że obraz kliniczny depresji seniorów odbiega od przyjętych kryteriów. Objawami typowymi dla depresji tego okresu są: płaczliwość, drażliwość, wzmożona lęklliwość i niepokój, liczne skargi na dolegliwości somatyczne oraz urojenia, zwłaszcza hipochon-

dryczne i nihilistyczne; poczucie winy, myśli i zamiary samobójcze. Dodać należy, że obraz kliniczny depresji osób starszych przypominać może zespoły nerwicowe. Co ważne, badania wskazują również, że wbrew obiegowym przekonaniom, rokowanie co do ustąpienia depresji nie pogarsza się wraz z wiekiem. Podkreśla się przy tym wpływ nowoczesnych i skutecznych metod leczenia, głównie farmakologicznego.



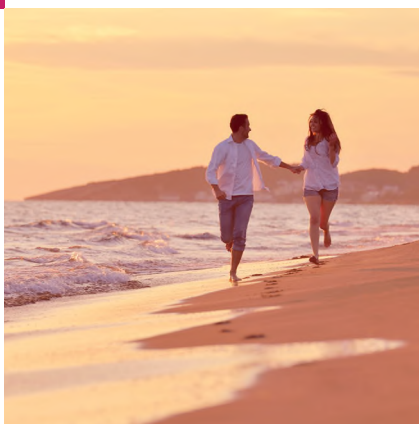
Jak leczyć depresję?

Istotnym jest założenie, że depresja jest chorobą, a choroby się leczy. Czy może minąć bez leczenia? Może..., po ok. 6 miesiącach objawy mogą ustąpić samoistnie, niestety nieleczona depresja wróci, i to we wzmożonej sile...

Istnieje wiele możliwości leczenia depresji. Zaczynając od najsukuteczniejszej, zaleca się przyjmowanie leków przeciwdepresyjnych, przy czym pamiętać należy o zindywidualizowanym doborze farmakoterapii. Znaczący to, iż zalecane dawki konieczne do poprawy funkcjonowania mogą być inne u różnych pacjentów, niezależnie od ciężkości schorzenia, i wiąże się to z metabolizmem leku w organizmie. Dobry lek to ten właściwie dobrany, zapewniający bezpieczny profil działania.

Warto też pamiętać, że leki przeciwdepresyjne mają nieco inną specyfikę działania i pierwsze oznaki poprawy pojawiają się dopiero po ok. 10 dniach, natomiast na wyrównanie nastroju i pełny efekt terapeutyczny należy poczekać nawet 5-6 tygodni. Dlatego też, ocena skuteczności leczenia danym lekiem przeciwdepresyjnym jest możliwa dopiero po 1-2 miesiącach. A to, co najistotniejsze, to stosowanie się do zaleceń lekarza, który podkreśla zarówno dawkę leku, ale i porę dnia jego przyjmowania. Leczenia nie należy przerywać bez konsultacji z lekarzem.

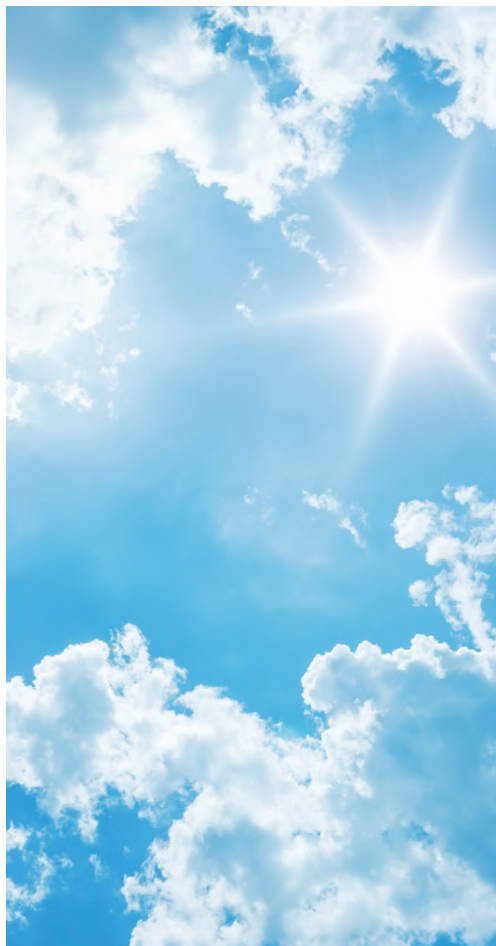
Proponowana jest również psychoterapia, przy czym stosowanie ww. metod równoległe uprawdopodobnia skuteczność i jakość leczenia. Znane są też inne sposoby radzenia sobie z objawami depresji, należy jednak pamiętać, by zawsze konsultować się ze specjalistą.

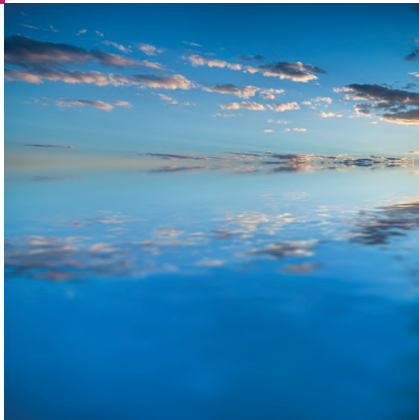


Gdy ktoś bliski choruje na depresję?

Gdy depresja dotyka kogoś bliskiego, często jesteśmy zaskoczeni i zdziwieni. W pierwszym odruchu udzielamy „dobrych rad”. Potem stajemy wobec własnej niemocy i bezradności. To, co niewątpliwie możemy zrobić, to po prostu „być przy”, ze swoją uwagą, zrozumieniem i cierpliwością. Bez osądzania i komentowania. Wspólne poszukanie specjalistycznej pomocy, przejrzanie fachowej literatury czy udział w grupach wsparcia są drogą do zdrowienia. Odpowiednią opiekę można uzyskać w poradni lekarza rodzinnego czy poradni zdrowia psychicznego. Alternatywą są także pomoc społeczna, telefoniczne linie pomocy i kościół. Można też spróbować poszukać pomocy na specjalistycznych portalach internetowych, choć z dużą ostrożnością.

Warto zachęcać do tzw. „normalnej” aktywności życiowej, dbania o zdrową dietę, przy ograniczeniu spożycia alkoholu; namawiać do buntu przeciwko objawom i walki o zdrowie (4).





Piśmiennictwo

1. Pużyński S. Depresje i zaburzenia afektywne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2009.
2. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care*. 2003;41:1284-92.
3. Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS. The prevalence, clinical relevance, and public health significance of subthreshold depressions. *Psychiatr Clin North Am*. 2002;25:685-98.
4. Hallstrom C, McClure N. *Depression, your questions answered*. Edinburgh, Elsevier, 2005.

Wydanie II, 2023

Niniejszy poradnik ma charakter informacyjny i w żadnym wypadku nie może zastępować konsultacji lekarskiej.

Niniejszy poradnik jest bezpłatnym materiałem edukacyjnym wydanym przez firmę Biofarm.

BIOFARM®

Biofarm Sp. z o.o.
ul. Wałbrzyska 13
60-198 Poznań
www.biofarm.pl



BIOFARM®