

Depresja

- poradnik dla pacjentów i ich rodzin



Prof. Łukasz Święcicki
II Klinika Psychiatryczna
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Spis treści

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Wstęp..... | 5 |
| I. O co najczęściej pytają chorzy i ich bliscy?..... | 6 |
| 1. Czym właściwie jest depresja?..... | 6 |
| 2. Czy jest tylko jedna depresja? | 6 |
| 3. Jakie są najważniejsze objawy depresji?..... | 7 |
| 4. Zaburzenia funkcji poznawczych - pamięć, koncentracja. | 11 |
| 5. Czy depresja jest uleczalna? | 13 |
| 6. Czy depresja jest chorobą występującą często? | 14 |
| 7. Czy prawdą jest, że w naszych czasach, na początku XXI wieku, częstość zachorowań na depresję znacznie wzrasta? | 15 |
| 8. Jakie są przyczyny depresji? | 17 |
| 9. Jakie są najlepsze metody leczenia depresji? | 18 |
| 10. Co to jest „depresja dwubiegunowa”? | 20 |
| II. Jakie poglądy na temat depresji są często wypowiedane? | 21 |
| 1. Depresja to istna epidemia, wszyscy chorują lub będą chorować na depresję. | 21 |
| 2. Przyczyną depresji jest cywilizacja, w której żyjemy, nienaturalne warunki życia, pośpiech, hałas itp | 21 |
| 3. Chorzy na depresję sami są sobie winni, powinni się wziąć w garść. Kiedyś nie było żadnych depresji, bo nikt się nie pieścił. To wszystko tylko wymyśli | 22 |
| 4. Chorzy na depresję to symulanci, którzy chcą wyłudzić świadczenia typu renty, zasiłki. | 22 |
| 5. Leki przeciwdepresyjne są uzależniające i należy je jak najszybciej odstawić | 23 |
| III. W jaki sposób osoba chora na depresję może sobie sama pomóc? | 24 |
| IV. Czy i jak mogą pomóc bliscy? | 25 |
| Psychotest | 27-30 |

Wstęp

Napisanie poradnika dotyczącego depresji jest naprawdę trudnym wyzwaniem. Po pierwsze jest bardzo dużo tekstów poświęconych depresji, niektóre z nich są bardzo dobre, inne zawierają dużo nieścisłości, pozostaje jednak faktem, że informacji na temat tej choroby jest raczej za dużo niż za mało. Do zabrania głosu w tej sprawie upoważnia mnie wieloletnia praktyka - od prawie 30 lat zajmuję się niemal wyłącznie leczeniem depresji. Przeprowadziłem bardzo dużo rozmów z chorymi i ich rodzinami i mam poczucie, że znam dobrze najczęściej zadawane pytania, a czasem znam nawet odpowiedzi, choć o to oczywiście znacznie trudniej.

Może to jednak nie wystarczyć, ponieważ - po drugie - depresja to problem bardzo skomplikowany i niekiedy trudno o niej mówić językiem, który byłby dla wszystkich zrozumiały, a przy tym nie zawierał zbyt wielu uproszczeń. Mam wielki szacunek dla swoich Czytelników i nie chciałbym, żeby odnieśli wrażenie, że przekazuję im informacje, które nie są w wystarczający sposób zweryfikowane naukowo. A informacje te niestety się zmieniają. Odpowiedzi na wiele pytań są obecnie inne, niekiedy zupełnie inne, niż w latach 80-tych, kiedy jako młody psychiatra rozpoczynałem swoją pracę.

Myślę, że jakimś sposobem rozwiązania tych trudności będzie możliwie pełna i aktualna na obecną chwilę odpowiedź na pytania, które jako psychiatra zajmujący się zaburzeniami afektywnymi otrzymuję najczęściej. Postanowiłem w związku z tym podzielić ten poradnik na kilka podstawowych części:

I. O co najczęściej pytają chorzy i ich bliscy?

II. Jakie poglądy na temat depresji są często wyrażane?

III. W jaki sposób osoba chora na depresję może sobie sama pomóc?

IV. Czy i jak mogą pomóc bliscy?

Poradnik ten ma spełniać przede wszystkim zadanie praktyczne, to znaczy w miarę możliwości ułatwić poruszanie się po trudnym terenie. Osoby, które po jego przeczytaniu będą odczuwały niedosyt informacji bardziej teoretycznych, czy też naukowych, odsyłam do wielu innych książek poświęconych depresji i zaburzeniom afektywnym.

Prof. Łukasz Świącicki
II Klinika Psychiatryczna
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

I. O co najczęściej pytają chorzy i ich bliscy?

1. Czym właściwie jest depresja?

W mediach można się spotkać z bardzo różnymi wypowiedziami na temat depresji. W rezultacie samo słowo jest często nadużywane do tego stopnia, że niekiedy można odnieść wrażenie, że nic już nie znaczy. Zdaniem części specjalistów słowem „depresja” określa się obecnie niemal każdy rodzaj dyskomfortu. Tymczasem lekarze nie mają obecnie wątpliwości (co jednak nie świadczy, że wątpliwości takich nie mają psycholodzy!), że depresja rozumiana jako choroba nie różni się w swojej istocie od innych chorób. Przyczyny, mechanizmy powstawania i sposoby leczenia depresji można badać w taki sam sposób jak przyczyny, mechanizmy powstawania i metody leczenia nadciśnienia tętniczego, cukrzycy czy udaru mózgu. Jest również oczywiste, że ludzie chorzy na depresję niczym istotnym nie różnią się od innych chorych. Nie są swojej chorobie mniej ani bardziej winni. Co nie znaczy, że nie odgrywają żadnej roli w powstawaniu choroby - jeśli ktoś prowadzi bardzo niehigieniczny tryb życia to może być współwinnym swojego nadciśnienia, swojej cukrzycy, ale i swojej depresji. W praktyce jednak często zdarza się, że ludzie wstydzą się tego, że mają depresję, natomiast nigdy nie spotkałem się z tym, żeby ktoś się wstydził nadciśnienia! Trzeba przyznać, że to nie jest logiczne - przecież osoba paląca papierosy przykładą się do swojego nadciśnienia i z tego powodu mogłaby jak najbardziej czuć się winna. Z drugiej strony bardzo wielu ludzi prowadzących zdecydowanie niehigieniczny tryb życia nie ma nadciśnienia ani depresji (przynajmniej na razie) - w grę wchodzi bowiem wrodzone i nabyte w trakcie życia skłonności. Jeśli się ich nie ma choroba zapewne nie wystąpi tyle, że nikt z góry nie może być pewien, że jest od takich skłonności wolny!

Pod względem przyczyn, mechanizmów powstawania i sposobów zapobiegania oraz leczenia depresja ничym nie różni się od innych chorób.

2. Czy jest tylko jedna depresja?

Depresja to określenie ogólne. Nie oznacza jednej choroby, ale całą grupę różnych stanów chorobowych przejawiających się w podobny sposób, ale wcale niekoniecznie mających taką samą przyczynę czy też nadających się do leczenia w ten sam sposób. Nie wolno o tym zapominać. Zdarza się nawet, i wcale nie jest to niepoprawne, że ktoś określa jako „depresję” nie chorobę tylko objaw - w ten sposób można po prostu określić smutek. Jeśli ktoś woli powiedzieć: „Mam depresję” zamiast „Jestem smutny” - to w końcu kwestia stylu, ale czytając wszelkie poradniki i informacje na temat depresji musimy mieć absolutną pewność, co miał na myśli autor danej książki. Autor tego poradnika ma na myśli depresję jako chorobę,

nie smutek, nie nerwicę i nie reakcję na tragiczne wydarzenie tylko właśnie chorobę. Oczywiście jest co najmniej kilka chorób, w przebiegu których taka „w pełni prawdziwa depresja” może występować - to przede wszystkim choroby afektywne (choroba afektywna jedno i dwubiegunowa), ale także psychoza schizoafektywna, a nawet schizofrenia. Wchodzenie w dokładne podziały byłoby zbyt skomplikowane, postaram się więc przekazać takie informacje na temat depresji, które przynajmniej w pewnym stopniu będą pasować do wszystkich tych chorób, choć oczywiście najdokładniej do chorób afektywnych.



Depresja i smutek to dwa zupełnie inne zjawiska, w depresji prawie zawsze występuje smutek, jednak smutek bardzo często nie jest równoznaczny z depresją. Każdy człowiek bywa czasem smutny, większość ludzi nigdy nie choruje na depresję.

3. Jakie są najważniejsze objawy depresji?

Trzeba zdawać sobie sprawę jakie są najważniejsze objawy depresji, jednak nie po to, aby depresję samemu rozpoznawać, ponieważ z różnych względów lepiej tego nie robić, ale po to, aby wiedzieć kiedy należy się zwrócić do lekarza. Różne systemy diagnostyczne podają nieco odmienne zestawy kryteriów rozpoznawania depresji, ich dokładne przytaczanie miałyby się z celem, tym bardziej, że właściwe zrozumienie terminologii medycznej wymagałoby dodatkowych, bardzo szczegółowych omówień. Wymienię jedynie najważniejsze, najbardziej charakterystyczne cechy depresji.

a. Smutek.

Smutek towarzyszy depresji prawie zawsze, choć możliwe jest także rozpoznanie depresji u osób, które nie odczuwają smutku, tylko np. obojętność. Chorzy na depresję opisują zwykle swój smutek jako bardzo głęboki, ale równocześnie trwający bez przerwy w niemal niezmiennym nasileniu. Zwykły smutek, nawet rozpacz, której doświadczamy np. po śmierci bliskiej osoby, jest zazwyczaj podatny

na różne zmiany. Człowiek smutny, który jednak nie ma depresji, zazwyczaj może się jeszcze bardziej zasmucić lub choć trochę rozweselić. Chory na depresję, zwłaszcza o dużym nasileniu, wydaje się już nie przyjmować żadnych informacji z otoczenia - ani dobrych, ani złych. To znaczy, owszem, słyszy co się do niego mówi, rozumie treść, ale wydaje się, że nie jest zdolny do reakcji emocjonalnej albo jest to tylko reakcja powierzchowna. Smutek depresyjny jest zazwyczaj inny niż smutek związany z przykrym wydarzeniem życiowym - sprawia wrażenie dziwnie płaskiego, egotycznego. Smutek depresyjny jest też często smutkiem powstającym bez wyraźnej przyczyny albo przyczyna ta wydaje się niewspółmierna do reakcji chorego. Zdarza się jednak oczywiście, że depresja występuje w następstwie tragicznego wydarzenia (co niekoniecznie musi oznaczać związek skutkowo-przyczynowy!) i wówczas pacjent podaje to wydarzenie jako przyczynę swojego smutku. Charakterystyczne jest jednak to, że ustąpienie przyczyny (jeśli oczywiście jest to przyczyna, która może ustąpić) w zasadzie nie wpływa na głębokość smutku. Jeśli np. ktoś wiąże początek swojej depresji z utratą zatrudnienia, to znalezienie nowej pracy, czasem znacznie lepszej od poprzedniej, zazwyczaj w niczym nie pomaga, a często nawet powoduje pogorszenie samopoczucia (bo „teraz to dopiero sobie nie poradzę!”).

b. Niemożność odczuwania przyjemności lub wyraźne zmniejszenie zainteresowania sprawami, które do tej pory interesowały.

Nawet jeśli chory na depresję nie określa swojego nastroju jako smutny, uderza jego zobojętnienie wobec świata. Rzeczy, sprawy, które dotychczas były interesujące, nawet całkiem błahe, codzienne, trywialne - zupełnie przestają go interesować. Pacjent przestaje się nimi zajmować albo też zajmuje się z poczucia obowiązku, bez żadnej przyjemności, a wręcz przeciwnie zaczyna je przeżywać jako przykrą konieczność. Dobrym przykładem może być utrata zainteresowań własnym psem - wielu właścicieli psów jest bardzo przywiązanych do swoich zwierząt, zawsze pilnują, żeby miały one co jeść i pić, wychodzą z nimi na spacer i wydaje się, że sprawia to im (zarówno psom jak właścicielom) przyjemność. Dla chorego na depresję pies staje się okropnym obowiązkiem, kulą u nogi, czymś co wprawia właściciela w zupełnie nieadekwatny stan napięcia i przygnębienia. Znam osoby, które w okresie choroby zdecydowały się nawet na uśpienie zdrowego zwierzęcia, uważając, z przyczyn chorobowych, że pies męczy się tak samo jak one (własne zmęczenie i zniechęcenie jest często rzutowane na otoczenie - to nie tylko ja postrzegam życie, jako nieznośny ciężar, ale „wszyscy” tak czują, w związku z tym moje odczucia mają charakter „obiektywnej prawdy”). . Zdarzało się zresztą, że uśpienie psa było wstępem do próby samobójczej. Otoczeniu często trudno zrozumieć taką zmianę, bywa ona traktowana jako objaw „pogorszenia się charakteru”. Tymczasem jest to często bardzo istotny objaw choroby. Ludzie zdrowi

na ogół nie zdają sobie sprawy z tego ile prawdziwej przyjemności dostarcza im zwykłe, codzienne życie, okazuje się jednak, że jeśli ta przyjemność znika, to trudno się zmusić niemal do czegokolwiek.

c. Zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności.

Trzecim podstawowym objawem depresji jest odczuwalna wręcz fizycznie utrata witalności, energii życiowej, prowadząca do tego, że każda niemal czynność staje się niezwykle, nie do wyobrażenia, męcząca. W codziennym życiu nie zdajemy sobie sprawy, że każda najdrobniejsza wykonywana przez nas czynność dnia codziennego wymaga sporej ilości energii. Wiele rzeczy robimy zupełnie automatycznie, może bez specjalnej przyjemności ale i bez przykrości. Chory na depresję zaczyna rozumieć, że ten brak przykrości, to w gruncie rzeczy całkiem duża przyjemność. Życie człowieka zdrowego (bez depresji) polega w dużym stopniu na dość gładkim włączaniu się różnego rodzaju automatyzmów, czy też czynności z góry zaprogramowanych. Zdrowy człowiek nie musi tych czynności dokładnie rozważać, ani planować jest to coś w rodzaju jazdy na autopilocie. W depresji okazuje się jednak, że nawet taka czynność jak sianie łożka czy obieranie ziemniaków wymaga bardzo szczegółowego planu działania, że poszczególne ruchy muszą być wykonane we właściwej kolejności i wreszcie, że człowiek musi mieć poczucie celowości i sensowności tego co robi. W przeciwnym wypadku życie codzienne staje się niezwykle męczącym koszmarem i nie ma w tym stwierdzeniu żadnej przesady. Jedna z moich pacjentek usiłowała popełnić samobójstwo, ponieważ mąż przyniósł jej do kuchni kawałek mięsa z prośbą, żeby zrobiła obiad. Prowadząca od wielu lat domową kuchnię kobieta uświadomiła sobie w tym momencie, że nie wie co należy zrobić z mięsem, a nawet gdyby wiedziała, nie byłaby do tego zdolna. Zadanie przerosło ją do tego stopnia, że doszła do wniosku, iż nie poradzi sobie z dalszym życiem i zapragnęła umrzeć. Na szczęście nie udało się i już kilka dni później pacjentka sama nie mogła w pełni pojąć swojej decyzji. Jest to zresztą charakterystyczne dla wielu najbardziej dramatycznych decyzji podejmowanych w okresie depresji - są one często tak absurdalne, że sami pacjenci nie są w stanie ich pojąć w okresie kiedy stan ich zdrowia ulegnie poprawie. Inna pacjentka opowiadała mi z niedowierzaniem o tym, że podczas depresji chodziła na bazarek i kupowała marchewkę na sztuki. Przynosiła do domu po jednej marchewce, a potem szła po następną. Wydawało jej się, że w ten sposób zużytkuje mniej energii, ponadto za każdym razem kiedy już dokonywała zakupu miała poczucie, że nie stać ją na więcej niż jedna sztukę. Wiedziała, że to bzdura, ale nie mogła się zmusić do zmiany zachowania.

d. Inne objawy depresji

Poza trzema podstawowymi, wymienionymi powyżej, jest jeszcze wiele innych objawów depresji, stanowiących konsekwencję lub rozwinięcie objawów podstawowych. Do objawów bardzo charakterystycznych należą zaburzenia snu. Depresyjne zaburzenia snu to przede wszystkim wielokrotne budzenie się w ciągu nocy a także wybudzanie się się wcześniej rano z niemożnością ponownego zaśnięcia. Zасыпianie jest na ogół dobre i dość przyjemne. Daje pacjentowi nadzieję na odpoczynek. Oczywiście, nie oznacza to wcale, że wszyscy ludzie, którzy mają tego typu zaburzenia snu chorują na depresję - jest to dość pospolity typ zaburzeń snu, występujący także poza depresją. Jednak bardzo wczesne budzenie się z poczuciem głębokiego smutku i lęku przed nadchodzącym dniem, jest dla depresji bardzo charakterystyczne.

Innym, często wymienianym, objawem depresji są myśli samobójcze. Nie wiadomo tak naprawdę jak często myśli samobójcze towarzyszą depresji, ale można chyba zaryzykować twierdzenie, że niemal każdy chory na depresję w jakimś momencie swojej choroby brał pod uwagę możliwość popełnienia samobójstwa. Na szczęście zwykle są to rozważania teoretyczne. Znacznie gorzej, jeśli myśli samobójcze zaczynają przybierać kształt konkretnych planów i zamiarów, obejmujących np. sposób odebrania sobie życia, czy miejsce lub okoliczności takiego czynu. Skuteczne leczenie przeciwdepresyjne prowadzi do ustąpienia myśli samobójczych. Problem samobójstwa będzie jeszcze poruszony w dalszej części tego poradnika.

Bardzo ważnym objawem, niemal zawsze towarzyszącym depresji, jest lęk, który dla wielu chorych może być również objawem najbardziej dokuczliwym. Zdarza się, że chorzy na depresję uznają lęk za główne źródło swoich dolegliwości i twierdzą, że jeśli lęk zostanie usunięty, to będą się czuły zupełnie dobrze. Zwykle nie jest to słuszny punkt widzenia, bowiem lęk stanowi tylko jeden z objawów i jego usunięcie, na przykład przy pomocy leków uspokajających, wcale nie likwiduje depresji jako choroby (ani nie powoduje dobrego samopoczucia pacjentów oczywiście). Lęk to osobny obszerny problem, będzie mu poświęcony kolejny poradnik z tej serii.

Do innych objawów depresji zalicza się także poczucie winy, poczucie małej wartości, brak apetytu połączony z wyraźnym chudnięciem, poczucie braku perspektyw na przyszłość itp. Dokładne omawianie tych objawów przekracza jednak ramy tej broszury.

Trzeba pamiętać, że występowanie objawów świadczy o depresji jedynie wówczas, gdy objawy te utrzymują się wystarczająco długo. Najczęściej przyjmuje się, objawy muszą trwać co najmniej 2 tygodnie w podobnym nasileniu, choć niekiedy bierze się także pod uwagę objawy utrzymujące się krócej.

Smutek, niemożność odczuwania przyjemności, zmniejszenie zainteresowań i brak energii to podstawowe objawy depresji. Zdarza się, że osoba chora na depresję nie określa swojego nastroju jako smutek, lecz jako obojętność.

4. Zaburzenia funkcji poznawczych - pamięć, koncentracja.

Określenie funkcje poznawcze oznacza szereg różnych zakresów w jakiś sposób związanych z pamięcią, choć często nie chodzi o samą pamięć. Żeby sobie uświadomić jaka jest różnica między pamięcią, koncentracją i funkcjami wykonawczymi trzeba sobie wyobrazić bibliotekę. Biblioteka składa się z regałów, na których są ustawione książki. W tym przykładzie (modelu) książki oznaczają zawartość pamięci, albo po prostu pamięć. Oczywiście książki są niezbędne, jeśli chcemy skorzystać z biblioteki, ale czy wystarczy mieć książki? Trzeba pamiętać, że biblioteka jest naprawdę duża i obejmuje z grubsza wszystko to, co nam się w życiu wydarzyło, co usłyszeliśmy, przeżyliśmy, przeczytaliśmy. Nie możemy korzystać ze wszystkiego równocześnie, musimy wiedzieć po którą książkę sięgnąć. Umiejętność sięgnięcia po właściwą książkę - to koncentracja. A czym są funkcje wykonawcze - w tym przykładzie są po prostu czynnością sięgania po książkę. Jeśli mamy książkę i wiemy już, że jest na dziesiątej półce, trzy metry od podłogi, to nic nam z tego nie przyjdzie, jeśli nie potrafimy się tam wspiąć. Jak widać do sprawnego korzystania z zasobów pamięci nie wystarczy sama pamięć czyli książki, konieczna jest jeszcze koncentracja i funkcje wykonawcze. Przydałoby się jeszcze kilka innych funkcji, ale nie będę już o nich wspominał, żeby nie zaciemniać obrazu. Jak to się ma do depresji?

Jeszcze do niedawna naukowcy i lekarze nie zdawali sobie sprawy z tego, jak poważne są zaburzenia koncentracji i funkcji wykonawczych występujące w depresji. Wydawało się, że problemy występują głównie w okresie obniżonego nastroju, a razem z jego poprawą szybko znikają. Obecnie wiemy, że istotne zaburzenia funkcji poznawczych mogą występować jeszcze wiele miesięcy po tym, kiedy nastrój wróci do normy. W rezultacie osoby, które w tym momencie wydają się już nie mieć depresji, nadal mogą mieć bardzo zmniejszoną zdolność do wykonywania pracy umysłowej, nawet stosunkowo prostej jak czytanie książek beletrystycznych lub oglądanie ze zrozumieniem seriali telewizyjnych. Wielu pacjentów zaczyna się wówczas obawiać, że być może ich problemem nie jest depresja ale otępienie (bardzo często mówi się po prostu o najbardziej znanej formie otępienia czyli chorobie Alzheimera). Tymczasem tak naprawdę chodzi tu o zupełnie inny problem. W przypadku pacjentów z otępieniem wspomniane już książki znikają po prostu z półek. Powiedzmy, że spadają za regał i nie można już ich stamtąd wyciągnąć. Na obecnym poziomie wiedzy medycznej ponowne ustawienie książek nie jest możliwe, można jedynie spowolnić proces ich znikania (spadania). W przypadku depresji jest



zupełnie inaczej - książki są, nic się z nimi nie stało, ale pacjent nie potrafi odnaleźć właściwej pozycji, a jeśli już ją zlokalizuje to ma trudności ze zdjęciem z półki. Te problemy są na szczęście odwracalne, ponieważ nie dotyczą samych książek czyli zawartości pamięci. Co prawda z punktu widzenia pacjenta nie mieć książki, a nie móc z niej skorzystać to w zasadzie to samo, ale dotyczy to jedynie obecnego punktu w czasie. Rokowanie jest w przypadku otępienia i depresji odmienne - u chorych na otępienie funkcje poznawcze nie ulegną w miarę upływu

czasu istotnej poprawie, u pacjentów z depresją jak najbardziej można się tego spodziewać. Trudno się jednak dziwić pacjentom z depresją, że zapewnienie o tym, że „pamięć” się poprawi (tak naprawdę pamięć wcale nie jest bardzo zła, ale w ten sposób na ogół chorzy określają całokształt funkcji poznawczych) niezbyt ich pociesza. Problem polega na tym, że pacjenci chcieliby, żeby ta poprawa nastąpiła jak najszybciej, a nie kiedyś tam. Mamy bowiem sytuację, w której człowiek, który nie jest ewidentnie chory (nie jest bardzo przygnębiony, ani spowolniony, nie ma większości objawów depresji), jest nadal niezdolny do pracy zawodowej i niewydolny w codziennym funkcjonowaniu. Z pewnego punktu widzenia to może być nawet gorsze niż depresja! Pacjent obawia się, że otoczenie uzna go za leniwego, za winnego tego wszystkiego, co się dzieje. I nie da się tego zwalić na chorobę, bo choroby obecnie nie widać. Bardzo często ten lęk wyrażany wprost lub bezpośrednio przez wielu chorych jest jak najbardziej uzasadniony. Rzeczywiście osoby z najbliższego otoczenia pacjenta, którym przecież nie było łatwo podczas jego choroby, zaczynają się coraz bardziej niecierpliwic - „skoro nie jesteś już taki przygnębiony, skoro nie masz lęków, skoro nie leżysz cały czas w łóżku - to zabierz się wreszcie do roboty!! Mówisz, że nie możesz? No jasne, tak jest najwygodniej!” Tak właśnie wydają się niekiedy myśleć bliscy osób chorych. A często nie tylko myślą, ale po prostu tak mówią. A ponieważ pacjent naprawdę nie może, tego typu apele mogą jedynie sprzyjać szybkiemu nawrotowi pełnoobjawowej choroby.

Czy można coś zrobić z zaburzeniami funkcji poznawczych? Z całą pewnością tak, ale nasza wiedza na ten temat jest bardzo ograniczona. Jak już wspomniałem jeszcze do niedawna nie przywiązywano wystarczającej wagi do zaburzeń funkcji poznawczych, stąd też nie ma wielu badań dotyczących skuteczności leków w tym zakresie. Wydaje się, że w przypadku większości leków przeciwdepresyjnych działanie na funkcje poznawcze ma charakter wtórny - to znaczy, że lek działa na depresję, która jest pierwotną przyczyną zaburzeń funkcji poznawczych, ale nie bezpośrednio na te funkcje. Może to oznaczać, że w przypadku tych leków pacjent będzie musiał znacznie dłużej czekać na poprawę koncentracji i funkcji wykonawczych. Z dostępnych obecnie leków jedynie w przypadku wortioksetyny są dane wskazujące na bezpośrednie korzystne działanie na te zakresy funkcji poznawczych, które są najbardziej upośledzone u chorych na depresję.

Zaburzenia funkcji poznawczych w depresji są bardzo częste i dotyczą nie tylko pamięci, ale przede wszystkim koncentracji oraz funkcji wykonawczych. Zaburzenia poznawcze utrzymują się znacznie dłużej niż zaburzenia nastroju i napędu, mogą one w bardzo istotny sposób utrudniać funkcjonowanie zawodowe, społeczne i rodzinne pacjentów. W przypadku większości dostępnych leków przeciwdepresyjnych brak wystarczających danych dotyczących ich wpływu na funkcje poznawcze.

5. Czy depresja jest uleczalna?



Jeśli depresja jest chorobą i to pod wieloma względami chorobą „jak każda inna” (choć trzeba także pamiętać, że każda choroba jest po prostu „inna”), to zupełnie rozsądne jest pytanie, czy choroba ta jest uleczalna. To, że pytanie takie jest rozsądne, nie oznacza jednak, iż odpowiedź na nie jest prosta. Tylko z pozoru można odpowiedzieć „tak” albo „nie”. Wyobraźmy sobie na przykład takie pytanie w odniesieniu do znanej wszystkim choroby jaką jest grypa. Czy grypa jest uleczalna? Jeśli ktoś jest pewien, że tak, to bardzo proszę o podanie sposobu. Z pewnością będę go stosował, jeśli okaże się, że to prawda. Moje doświadczenie wskazuje raczej na to, że grypa jest całkiem nieuleczalna. Mimo to, w większości przypadków jest to choroba ustępująca, to znaczy, że przez jakiś czas jest, ale potem już jej nie ma. W czasie jej występowania stosuje się środki łagodzące przebieg i zapobiegające powikłaniom.

Jednak z dużym prawdopodobieństwem można się spodziewać nawrotu grypy w kolejnych latach (na szczęście nie co roku!). Czy jednak biorąc pod uwagę tę wątpliwość określa się powszechnie grypę jako chorobę nieuleczalną? Wydaje mi się, że nie. Nie chcę oczywiście nikogo przekonywać, że grypa jest bardzo podobna do depresji, chciałbym raczej, aby każdy człowiek zadający pytanie na temat uleczalności choroby zastanowił się, czego tak naprawdę chce się dowiedzieć. Bardzo często zadajemy pytania przyjmując szereg bardzo określonych założeń, które po pierwsze wcale nie muszą być słuszne, a po drugie mogą być nieznane osobie, której zadajemy pytanie. Rzetelne informacje na temat depresji brzmią następująco:

- a. Dysponujemy lekami, które pozwalają na zmniejszenie bądź całkowite usunięcie objawów depresji u większości, ale nie u wszystkich, chorych.
- b. Nie dysponujemy środkami pozwalającymi na usunięcie przyczyny depresji, ponieważ, choć wiemy na temat przyczyn coraz więcej, cały czas nie wiemy wystarczająco dużo. Przypuszczam, że dowiemy się i mam nadzieję, że niedługo, na razie jednak sytuacja jest jaka jest. Nie znamy przyczyny, więc nie potrafimy jej usunąć.
- c. Dysponujemy metodami pozwalającymi na zmniejszenie ryzyka występowania kolejnych nawrotów depresji.
- d. Nie dysponujemy środkami, które pozwoliłyby na całkowite wykluczenie takiego ryzyka, z tych samych powodów co w punkcie b.

Współczesna psychiatria dysponuje środkami pozwalającymi na znaczne zmniejszenie lub całkowite zniwelowanie objawów depresji u większości chorych. Nie zawsze są to leki.

6. Czy depresja jest chorobą występującą często?

Z pewnością znacznie częściej niż się to wielu osobom wydaje, choć z drugiej strony mówienie o istnej epidemii, jak to się czasem zdarza, jest przesadą. Ze względu na wspomniane już różnice zdań, co do tego jaki stan powinno się nazywać depresją, bardzo różne są też wyniki badań epidemiologicznych oceniających częstość występowania tej choroby. Można jednak bez przesady stwierdzić, że ryzyko wystąpienia depresji u dowolnej osoby należącej do populacji ogólnej przekracza 10% w okresie całego życia. Ryzyko to jest wyraźnie większe w grupie kobiet, tu mówi się niekiedy nawet o 20%, choć wydaje się, że jest to szacunek przesadzony. Zbyt częste rozpoznawanie depresji ma oczywiście pewne uzasadnienie, ponieważ zwraca uwagę na dużą wagę problemu, jednak w ostatecznym rozrachunku nie jest to dobra taktyka - jeśli bowiem uznamy, że wszyscy mają depresję, to stąd tylko krok od stwierdzenia, że być może nie jest to w ogóle choroba, ale stan, z którym nie jesteśmy w stanie walczyć. Odpowiedź na pytanie jest więc twierdząca - depresja

występuje często, choć towarzyszy jej pewne zastrzeżenie – często nie oznacza, że u wszystkich ludzi.

Depresja jest chorobą znacznie częstszą niż się to wielu osobom wydaje, nie powinno się jednak mówić o epidemii depresji.

7. Czy prawdą jest, że w naszych czasach, na początku XXI wieku, częstość zachorowań na depresję znacznie wzrasta?



Trudno odpowiedzieć na tak postawione pytanie, ponieważ rzetelna odpowiedź wymagałaby porównania z danymi np. z wieku XVIII, XIX czy początku XX. Prawdę mówiąc nie mamy takich danych, między innymi dlatego, że dopiero mniej więcej od połowy XX wieku prowadzono jakiekolwiek badania epidemiologiczne na większą skalę. Dane z wcześniejszego okresu to tylko opisy poszczególnych przypadków. Ponadto definicje depresji bardzo się zmieniały, więc nawet gdybyśmy takie historyczne dane posiadali, to i tak nie bardzo wiedzielibyśmy jak je interpretować. Z drugiej strony moje własne, bardzo krótkie, doświadczenia niemal 30 lat zajmowania się depresją wydają się wskazywać, że choroba jest obecnie wyraźnie częstsza, niż wtedy, kiedy w latach 80-tych XX wieku zaczynałem swoją karierę

zawodową. Przyczyn takiego stanu może być kilka:

- a. Ludzie żyją obecnie coraz dłużej. Zmiana jest bardzo wyraźna i zachodzi na naszych oczach. Osoby w wieku 70 i 80 lat biorą obecnie często udział w życiu publicznym i nikt nie uważa ich za starców. To bardzo dobrze, nie można jednak zapominać o tym, że im dłużej żyjemy tym bardziej zwiększa się ryzyko występowania różnych chorób. Niewątpliwie jedną z takich chorób jest depresja. Inną jest nadciśnienie tętnicze - także obecnie występuje prawdopodobnie częściej niż kiedyś.
- b. Ludzie przyjmują obecnie znacznie więcej leków niż kiedyś. Niewątpliwie jest to jedna z przyczyn dla których żyjemy coraz dłużej. To dobrze, jednak z drugiej strony nie można zapominać o tym, że nie ma takich (działających) leków, które nie miałyby także działań niepożądanych. Jest to zasada, od której nie ma chyba wyjątków. Część z tych działań niepożądanych może polegać na zwiększaniu ryzyka wystąpienia depresji. Co więcej, część tych działań rzeczywiście na tym polega.
- c. Sposób życia bardzo się zmienił i nadal szybko się zmienia. Co prawda zmienia się na lepsze - to znaczy, że współczesna cywilizacja jest coraz bardziej „opiekuńcza”. Świadczy o tym zresztą wyraźnie punkt „a” - żyjemy przecież coraz dłużej. Równocześnie jednak często trudno nam te zmiany, przez nas samych zapoczątkowane, zaakceptować. Trudno się do nich przyzwyczaić. Wiele osób mówi, że żyjemy w warunkach nienaturalnych. Trudno się z tym nie zgodzić, nie wolno jednak zapominać, że życie w tzw. warunkach naturalnych jest o wiele cięższe i powoduje znacznie większą śmiertelność. Często słyszy się, że kiedyś ludzie byli zdrowsi - to nieprawda, po prostu kiedyś wszyscy chorzy bardzo szybko umierali. Ponadto ludzie przewlekłe chorzy znacznie rzadziej mieli potomstwo, co znacznie zmniejszało ryzyko występowania chorób genetycznych. Z pewnością jeszcze w XIX wieku osoby, które przeżyły dzieciństwo i młodość często były zdrowsze niż nasi współcześni, ale trzeba pamiętać o tych wszystkich, które zmarły nie osiągając wieku dojrzałego!.
- d. Na depresję zwraca się obecnie znacznie większą uwagę. Wcale nie oznacza to, iż depresja jest tylko wymysłem współczesnego człowieka. Po prostu kiedyś uważano za naturalne, że ktoś jest smutny, przygnębiony, apatyczny i nie ma chęci do życia i określano to np. jako „naturalne następstwo starzenia się”. Teraz nie zgadzamy się z takimi naturalnymi następstwami i staramy się je leczyć, a więc widzimy w nich chorobę. Jeśli więc współczesna cywilizacja „wymyśla” choroby, to wcale nie po to, aby przysporzyć pracy lekarzom i dziennikarzom (jak to się wielu osobom wydaje), ale po to, aby w lepszy sposób zaopiekować się człowiekiem cierpiącym. Jeśli coś jest chorobą - staramy się to leczyć, jeśli jest stanem naturalnym - nie robimy nic. Wybór należał do społeczeństwa i wydaje się, że społeczeństwo wybrało. W rezultacie paradoksalnie mamy więcej ludzi chorych, ale mam nadzieję, że mniej cierpiących. Odpowiedź na pytanie czy było warto nie należy oczywiście do lekarza. Nie wiem nawet czy jest to dobrze

postawione pytanie, niezależnie od tego czy, moim zdaniem, było warto czy też nie, sytuacja jest jaka jest.

W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat z różnych przyczyn wyraźnie zwiększyła się częstość występowania depresji.

8. Jakie są przyczyny depresji?



Dobrze byłoby wiedzieć to na pewno. Wówczas leczylibyśmy przyczyny, a problem by ustępował. Niestety współczesna medycyna nadal nie potrafi w pełni odpowiedzieć na to pytanie, choć wydaje się, że cały czas się do tej odpowiedzi zbliżamy.

Z pewnością istotne przyczyny depresji tkwią w mózgu i dotyczą biologicznej strony jego funkcjonowania. Inaczej mówiąc w tym niezwykle skomplikowanym narządzie, jakim jest ludzki mózg, coś zaczyna przebiegać nie tak jak powinno. Chodzi między innymi o to, że pewne substancje, które powinny się wydzielać w określonych miejscach nie wydzielają się w dostatecznej ilości, albo nie wywierają takiego działania jaki powinny wywierać. Substancjami o jakich w tym kontekście wspomina się najczęściej są serotonina, noradrenalina i dopamina. Możliwość jest jednak dużo więcej, a wyjaśnienia są nadal zbyt skomplikowane, aby, z punktu widzenia

osoby chorej, warto było się nad nimi długo zastanawiać. Należy po prostu przyjąć, że przyczyny mają czysto materialny, biologiczny charakter i tak jak powstały, tak też mogą zostać skorygowane. Co zresztą wcale nie oznacza, że ważnej roli nie odgrywają różne czynniki psychologiczne. Z pewnością ktoś, komu życie układa się jak po różach będzie mniej skłonny do depresji niż ktoś, komu zawsze wieje wiatr w oczy, jednak przyczyny biologiczne mają, moim i nie tylko moim zdaniem, charakter pierwotny.

Przyczyny depresji nie zostały do końca wyjaśnione, jednak wydaje się, że pierwotnie mają charakter biologiczny. Dysponujemy dużą liczbą dowodów na to, że depresja jest chorobą mózgu

9. Jakie są najlepsze metody leczenia depresji?

Na to pytanie też niełatwo odpowiedzieć. Wiele osób sądzi, że leki przeciwdepresyjne nie są właściwym sposobem. Uważam, że osoby te są w błędzie. Moje doświadczenia wskazują, że jest wręcz przeciwnie. Przyjmowanie leków przeciwdepresyjnych jest na ogół najlepszym i najłatwiejszym sposobem leczenia. W wielu przypadkach może także pomóc psychoterapia, wydaje się, że najlepiej jeśli jest to konkretna metoda psychoterapii nazywana terapią poznawczo-behawioralną lub interpersonalną. Jednak jeśli choroba jest poważnie nasiloną możliwość aktywnego udziału w takiej formie leczenia, wymagającej od pacjenta dużej motywacji i wysiłku, jest bardzo ograniczona. Poza tym dostęp do dobrych psychoterapeutów jest trudny. Psychoterapia niesie też zwykle za sobą spore koszty, ponieważ najczęściej trzeba z niej korzystać prywatnie nie jest bowiem na ogół refundowana przez NFZ. Nie ma dobrych leków ziołowych, które mogłyby pomóc choremu na depresję, choć niekiedy, w przypadku niewielkiego nasilenia choroby, pomoc może dziurawiec (są badania, które na to wskazują). Osobiście nie wierzę w żadne tzw. alternatywne metody leczenia, nie ma także żadnych dowodów na ich skuteczność. Nie znam przypadków skutecznego działania akupunktury, hipnozy czy innych tego rodzaju metod w leczeniu depresji. Nie ma także żadnych rzetelnych doniesień na temat skuteczności takich metod. Nie wierzę w możliwość dobrego działania homeopatii. Moim zdaniem podstawy homeopatii są z gruntu całkowicie błędne, a nawet nonsensowne (np. zasada zgodnie z którą lek jest tym silniejszy im bardziej jest rozcieńczony jest sprzeczna ze zdrowym rozsądkiem). Jeśli ktoś uważa, że takie metody leczenia są dla niego dobre, to może je oczywiście stosować, pod warunkiem jednak, że równocześnie będzie przyjmował leki przeciwdepresyjne. Wyniki badań i wiele lat doświadczeń klinicznych wyraźnie wskazują, że skuteczność większości leków przeciwdepresyjnych jest, statystycznie rzecz biorąc, porównywalna. Nie znaczy to wcale, że dla danego pacjenta jeden lek nie będzie znacznie lepszy

od innych. Po prostu jeśli weźmie się pod uwagę dużą grupę chorych, to okaże się, że jeden lek działa lepiej na jednych, a zupełnie inny na drugich. Nie znaczy to wcale, że lekarze poruszają się na ślepo, rozdając leki na chybił-trafił. Różne objawy kliniczne mogą znacznie pomóc w dobrym dopasowaniu leków. Ważne są także dane z przeszłości wskazujące na to, które leki działały dobrze, a które były nieskuteczne lub źle tolerowane. Z tego względu ważne jest, aby pacjent pamiętał jakie leki w przeszłości otrzymywał i jak na nie reagował. Nie można także wpadać w rozpacz czy zwątpienie, jeśli jakiś lek nie zadziałał w pełni tak jak oczekiwano. Jest duża szansa, że skuteczność następnego leku będzie większa. Obecnie jest na rynku około 30 różnych leków przeciwdepresyjnych, zwykle są one porządkowane według mechanizmu działania, z punktu widzenia pacjenta taki podział nie ma jednak wielkiego znaczenia. Praktycznie rzecz biorąc często mówi się o starych i nowych lekach przeciwdepresyjnych. Leki stare (często popularnie określa się w ten sposób trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne TLPD) są skuteczne w leczeniu depresji, natomiast często nie są dobrze tolerowane. Mogą wywoływać wiele objawów niepożądanych - wywierać niekorzystny wpływ na serce, obniżać ciśnienie tętnicze krwi, zwiększać ciśnienie śródgałkowe, powodować trudności w oddawaniu moczu. Często nie mogą być stosowane u osób w podeszłym wieku. Do leków nowych można zaliczyć kilka różnych grup, największą i najbardziej znaną grupą są inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), choć do leków nowych zalicza się także środki o innych mechanizmach działania. SSRI są z reguły podobnie skuteczne jak TLPD, choć niekiedy w depresji o ciężkim nasileniu ich skuteczność może być mniejsza, są jednak najczęściej lepiej tolerowane i znacznie bezpieczniejsze. Główne działania niepożądane tych leków dotyczą przewodu pokarmowego - są tu nudności, czasem wymioty i biegunki. Pewnym problemem związanym z niektórymi lekami z tej grupy jest ich skłonność do wchodzenia w interakcje z innymi lekami. Ryzyko interakcji jest najmniejsze w przypadku citalopramu i escitalopramu - są to najbezpieczniejsze leki z tej grupy. Jednym z najnowszych leków stosowanych w terapii depresji jest wortioksetyna - jest to lek zbliżony do wspomnianych już środków z grupy SSRI, ale posiada pewne działania dodatkowe zwiększające skuteczność działania na funkcje poznawcze - ze względu na te dodatkowe działania określa się także wortioksetynę jako lek „multimodalny”.

Dobór właściwego leku nie jest prosty i musi być dokonany przez lekarza.

Podstawową metodą leczenia depresji jest stosowanie leków przeciwdepresyjnych. Na rynku dostępnych jest wiele preparatów różniących się głównie objawami niepożądanymi i profilem bezpieczeństwa. Doboru leku powinien dokonywać lekarz.

10. Co to jest „depresja dwubiegunowa”?



Ostatnio coraz częściej, zarówno w mediach popularnych jak i w prasie fachowej, pojawia się określenie „depresja dwubiegunowa”. Określenie to dociera także do pacjentów i często wywołuje spory niepokój. Co to właściwie jest taka dwubiegunowa depresja? Czy to gorzej czy lepiej? A może to po prostu ta sama choroba? Sam termin „depresja dwubiegunowa” jest nieprawidłowy, jest to dość niechlujny żargon, który nie powinien być używany. Można się domyślić, że używający tego określenia mają na myśli „depresje w przebiegu choroby

afektywnej dwubiegunowej” i po prostu chcą to powiedzieć skrótowo. Jednak stosowany przez nich skrót jest nielogiczny i bardzo niefortunny – stąd też powoduje niepotrzebny niepokój wielu pacjentów. Depresja w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej to po prostu jeden z rodzajów depresji. Objawowo różni się ona zazwyczaj od depresji w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej. W chorobie afektywnej dwubiegunowej depresje są zazwyczaj częstsze, trwają krócej, ale bywają również ostrzejsze niż w chorobie afektywnej jednobiegunowej. Pytanie o to czy lepiej mieć depresję taką czy inną jest pozbawione sensu. Oczywiście najlepiej nie mieć żadnej depresji, jednak w życiu po prostu nie mamy wyboru, stąd zastanawianie się nad tym, co byłoby lepsze do niczego nie prowadzi i jest zwykłym gdybaniem. Z pewnością nie można powiedzieć, że ktoś chory na depresję w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej jest chory „bardziej” lub „mniej” niż pacjent z depresją w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej. Jest chory inaczej, ponieważ niektóre objawy depresji mogą być inne, jednak żadnej rozsądnej gradacji nie można tu zrobić.

II. Jakie poglądy na temat depresji są często wypowiedane?

Ponieważ temat depresji jest jednym z tematów wchodzących w skład debaty publicznej, swoje opinie wypowiada wiele osób. Jak to zwykle w takich sytuacjach bywa część opinii jest słuszna i uzasadniona, część zawiera w sobie ziarna prawdy, a część jest zupełnie nieprawdziwa. W dalszej części przedstawię kilka popularnych poglądów i spróbuję się odnieść do ich prawdziwości.

1. Depresja to istna epidemia, wszyscy chorują lub będą chorować na depresję.

Jest to pogląd dość często wyrażany w mediach i nieprawdziwy. Oczywiście, jeśli słowem depresja określa się każdy smutek, każdy życiowy dyskomfort, każdą sytuację, kiedy ktoś nie czuje się świetnie, to z pewnością wszyscy mamy depresję, a niektórzy z nas mają ją nawet bez przerwy. Jednak takie rozumienie depresji jest absurdem. Depresja to choroba, a nie wynik życiowych przeżyć i jako choroba z całą pewnością nie występuje u wszystkich. Wręcz przeciwnie, wydaje się, że większość ludzi jest bardzo odporna na depresję i nawet niezwykle dramatyczne przeżycia życiowe wcale nie powodują u nich wystąpienia tej choroby, choć na przykład mogą wywoływać różne zaburzenia lękowe. Można tu przywołać przykład osób więzionych w różnego rodzaju obozach (w Gułagu, w obozach koncentracyjnych) – większość z nich przejawiała silną wolę życia i z pewnością nie miało depresji. Depresja jest częsta, prawdopodobnie częstsza niż była kiedyś, jednak nie jest epidemią.

Nie jest prawdą, że wszyscy mają depresję i, że jest to zjawisko o charakterze epidemii.

2. Przyczyną depresji jest cywilizacja, w której żyjemy, nienaturalne warunki życia, pośpiech, hałas itp.

Z pewnością nie jest to główna przyczyna depresji. Depresja występowała w przeszłości w zupełnie innych warunkach cywilizacyjnych i wydaje się, że przejawiała się w taki sam sposób. Ponadto nasza cywilizacja oprócz złych stron ma także liczne dobre. W rzeczywistości komfort codziennego życia olbrzymiej grupy ludzi (zwłaszcza w tzw. „Świecie Zachodnim”) nigdy nie był tak wysoki jak obecnie (choć oczywiście komfort to zdecydowanie nie wszystko, trzeba jeszcze wiedzieć po co się żyje, a z tym ostatnio wyraźnie gorzej..). Także średnia długość ludzkiego życia jest teraz największa w całej historii ludzkości (co jednak nie musi się bezpośrednio przekładać na jakość tego życia). W rzeczywistości przyczyny depresji mają głównie charakter biologiczny, a nie cywilizacyjny.

To nieprawda, że depresja jest spowodowana głównie warunkami cywilizacyjnymi, w których żyjemy.

3. Chorzy na depresję sami są sobie winni, powinni się wziąć w garść. Kiedyś nie było żadnych depresji, bo nikt się nie pieścił. To wszystko tylko wymyśli.

Depresja to prawdziwa choroba. Nikt nie jest winny temu, że jest chory (choć czasem można zmniejszyć ryzyko - np. ktoś, kto ciepło się ubiera pewnie będzie się rzadziej przeziębiał). A już z całą pewnością choroba nie może wynikać z tego, że ktoś się pieści ze sobą. W związku z tym trudno się spodziewać, że mogłoby pomóc jakies branie się w garść. Skoro czegoś nie spowodowałem, to także nie mogę tego usunąć. Oczywiście nie oznacza to, że człowiek chory na depresję jest zupełnie bezradny, nic nie może zrobić, powinien się położyć i czekać na wyleczenie - tak nie jest, jednak zakres, w jakim można sobie samemu pomóc nie jest zbyt duży. Depresja z pewnością nie jest wymysłem, jej występowanie można udowodnić także przy pomocy wielu badań obiektywnych -w depresji zmienia się metabolizm mózgu, przepływ krwi przez mózg, wydzielanie różnych hormonów, dobowe rytmy fizjologiczne itp. Można to w dużym stopniu „zmierzyć i zważyć”. Z pewnością nie jest tak, że ktoś sobie depresję „wymyśla” lub „wmawia”, bo tak mu jest wygodnie. Najwygodniej jest w ogóle nie chorować, być młodym, zdrowym i bogatym - ciekawe czemu tego nikt sobie skutecznie nie umie wmówić?

Depresja jest obiektywnie występującą chorobą. Osoba chora nie jest winna wystąpienia choroby i nie może się z niej sama wyleczyć.

4. Chorzy na depresję to symulanci, którzy chcą wyłudzić świadczenia typu renty, zasiłki.

W pewnych środowiskach dość często wypowiada się taką bardzo krzywdzącą i zupełnie nieprawdziwą opinię. Symulowanie zaburzeń psychicznych jest niezwykle trudne i w praktyce zdarza się bardzo rzadko. Dość często natomiast chorzy na depresję mogą sprawiać wrażenie mniej chorych niż to jest w rzeczywistości. Już po ustąpieniu głównych objawów depresji (smutku, spowolnienia, braku zainteresowań) często przez bardzo długi okres czasu utrzymują się zaburzenia pamięci a zwłaszcza koncentracji i funkcji wykonawczych (wspomniano o tym szerzej we jednej z poprzednich części tego poradnika), które mogą znacznie utrudniać, a czasem nawet uniemożliwiać wykonywanie pracy, zwłaszcza bardziej skomplikowanej pracy umysłowej. Osoby znajdujące się w takiej sytuacji mogą być rzeczywiście niezdolne do pracy i równocześnie sprawiać wrażenie dość zdrowych, stąd pewnie pojawia się przekonania o częstych przypadkach symulacji. W rzeczywistości chorzy na depresję często nie są zdolni do wykonywania pracy, choć mogą nie sprawiać takiego wrażenia.

Depresja może długotrwale i wyraźnie zmniejszać możliwość wykonywania pracy, a także istotnie pogarszać funkcjonowanie rodzinne i społeczne. Chorzy na depresję z całą pewnością nie są symulantami.

5. Leki przeciwdepresyjne są uzależniające i należy je jak najszybciej odstawić.

W żadnym wypadku nie można tak powiedzieć. Leki przeciwdepresyjne nie mają działania uzależniającego. Nie znaczy to wcale, że w każdej chwili można je odstawić, jednak podobna sytuacja dotyczy także wielu innych środków - nikt rozsądnie nie odstawia z dnia na dzień leków przeciwnadciśnieniowych czy też insuliny. Wiadomo, że takie postępowanie spowodowałoby nawrót choroby. Podobnie jest z lekami przeciwdepresyjnymi - zbyt szybkie ich odstawienie może być przyczyną złego samopoczucia, ale wcale nie jest to związane z działaniem uzależniającym. Zbyt szybkie odstawienie leku przeciwdepresyjnego może prowadzić, i często rzeczywiście tak się dzieje, do nawrotu depresji. Co gorsze ponowne włączenie tego samego leku często bywa nieskuteczne. Tak więc decyzję o odstawieniu leku przeciwdepresyjnego trzeba pozostawić lekarzowi. O prawdziwym uzależnieniu mówimy wtedy, kiedy osoba uzależniona poszukuje substancji, od której jest zależna i chce ją przyjmować w jak największych ilościach. Żaden ze znanych mi chorych na depresję ani nie poszukiwał za wszelką cenę leków, ani nie dążył do ciągłego zwiększania ich dawek. Wręcz przeciwnie - większość pacjentów ciągle negocjuje możliwość zmniejszenia dawek i odstawienia leków. Wyobraźmy sobie alkoholika, który domaga się w sklepie monopolowym jak najmniejszej butelki, a następnie odmawia jej wypicia. Trochę trudno, prawda?

Leki przeciwdepresyjne nie są uzależniające, a o ich odstawieniu powinien decydować lekarz. Zbyt wczesne odstawienie leków stwarza poważne ryzyko nawrotu choroby.

III. W jaki sposób osoba chora na depresję może pomóc sobie sama ?

Często zdarza się, że bliscy osoby chorej na depresję uważają, że może ona zrobić bardzo wiele, aby sama wydobyc się z choroby. Zwykle padają przy tym słowa o braniu się w garść, konieczności pozytywnego myślenia i aktywnego trybu życia. Gdyby rzeczywiście chorzy na depresję byli w stanie brać się w garść, myśleć pozytywnie i prowadzić w pełni aktywne życie, to z pewnością w ogóle nie mieliby depresji i wcale nie potrzebowaliby leczenia. Udzielanie tego typu rad powoduje, iż pacjenci czują się jedynie bardziej winni i tym bardziej zastanawiają się nad tym, jak zawiedli swoje rodziny. W rezultacie zamiast lepiej, czują się gorzej. Przeciwną postawę prezentują często sami chorzy, którzy uważają, że ze względu na chorobę nie są zdolni do żadnego aktywnego działania i „ktoś musi z nimi coś zrobić”. Wynikiem takiej postawy bywa bierne oczekiwanie na pomoc i niechęć do jakiegokolwiek wysiłku zmierzającego do wyleczenia. Przykładem może być pacjentka z depresją, która mawiała zwykle, że „dałaby sobie uciąć rękę, gdyby minęła jej depresja”, ale równocześnie deklarowała, że nie jest możliwe, aby wstała pół godziny wcześniej niż zwykle po to, by wziąć udział w terapii.

Obie wspomniane postawy nie sprzyjają leczeniu. Trzeba przyjąć stanowisko pośrednie - pacjent nie jest odpowiedzialny za swoją depresję i nie może jej sam wyleczyć. Nie ulega także wątpliwości, że pacjent nie chce mieć depresji, z drugiej strony pacjent nie jest całkowicie obojętny i może wziąć aktywny udział w procesie terapeutycznym. Na czym polega taki aktywny udział? Zwykle jest to po prostu dążenie do wypełniania zaleceń lekarza, nawet jeśli wydaje się to trudne. Lekarz, który ma doświadczenie w leczeniu depresji, powinien wiedzieć czego można wymagać od chorego i nie prosić o zrobienie czegoś, co będzie niewykonalne. Oprócz regularnego przyjmowania leków, lekarz może prosić chorego na depresję o utrzymanie przynajmniej podstawowej aktywności, takiej jak dbanie o siebie, czy wychodzenie na spacer. Wydaje się, że są to bardzo drobne działania, ale w rzeczywistości wykazano, że nawet niewielka aktywność fizyczna ma działanie przeciwdepresyjne i jest z pewnością lepsza od całkowitej bierności. Trzeba sobie oczywiście zdawać sprawę, że dla chorego na depresję nawet niewielka aktywność może być bardzo męcząca. Pacjent nie powinien się tym jednak zamartwiać, ponieważ po ustąpieniu depresji z pewnością powróci dawna sprawność fizyczna i chęć do uprawiania różnych form aktywności.

Nie można samego siebie wyleczyć z depresji, można jednak i należy współpracować z lekarzem lub terapeutą. Taka współpraca sprawia, że skuteczność leczenia przeciwdepresyjnego staje się wyraźnie większa.

IV. Czy i jak mogą pomóc bliscy?



Oczywiście choremu na depresję mogą pomóc bliscy i rodzina. Często zresztą chęć niesienia takiej pomocy jest od początku bardzo duża. Najczęściej jednak bliscy nie bardzo wiedzą, co tak naprawdę mogliby zrobić. W zależności od własnych predyspozycji osobowościowych ludzie zachowują się w tego typu frustrujących sytuacjach rozmaicie. Niektórzy pytają o zdanie fachowców, inni podejmują różnego rodzaju dość chaotyczne działania, w dobrej wierze, ale niekoniecznie z pożytkiem dla pacjenta. Bliscy osoby chorej na depresję muszą przede wszystkim

pamiętać, że pacjenta nie można przytłaczać nadmiarem własnych pomysłów, działań, aktywności. Depresja powoduje zwykle wyraźne spowolnienie psychoruchowe, to oznacza między innymi, że chory może mieć znaczną trudność we właściwym zrozumieniu tego co się wokół niego dzieje. Jeśli w takiej sytuacji zostanie osaczony czyjąś nadmierną aktywnością, to może się przede wszystkim poczuć zagubiony i tym bardziej bezradny. Z pewnością nie taka jest intencja osoby, która pragnie udzielić pomocy, tak więc należy pamiętać o dostosowywaniu swoich planów pomocy do możliwości osoby, której chcemy pomóc.

Kolejna sprawa, o której należy pamiętać - pomoc i wyręczanie to nie jest to samo. Jeśli nasza pomoc będzie tak intensywna, że wykluczy wszelkie działania osoby chorej, to być może na krótką metę poprawimy komfort funkcjonowania pacjenta, ale w dalszej perspektywie możemy mu znacznie zakłócić proces zdrowienia. Ponieważ pacjentowi trudno jest podejmować jakieś działania, trzeba mu na to zostawiać wystarczająco dużo czasu - czyli nie pomagać zbyt intensywnie i nie działać bez przerwy. Jest to taka sama zasada, jak w przypadku zajmowania się dziećmi - jeśli nie damy czasu na ujawnienie własnej aktywności dziecko niczego się nie nauczy i będzie jedynie oczekiwać, że wszystko zostanie zrobione za nie.

Nie należy uszczęśliwiać na siłę. Mimo, że mamy do czynienia z osobą chorą na

depresję, której działania i pomysły nie zawsze są racjonalne, nie można z góry uznawać, że osoba z depresją w ogóle nie wie co jest dla niej dobre i, że osoba pragnąca udzielić pomocy powinna sama orzec co dla chorego jest dobre i właściwe. Możliwe, że dla świętego spokoju pacjent zgodzi się na wszystkie nasze propozycje, wątpliwe jednak, żeby czuł się z tym później tak dobrze, jakbyśmy sobie tego życzyli.

Trzeba być wytrwałym. Leczenie depresji to proces dość powolny i pomoc ze strony bliskich może być potrzebna przez tygodnie lub nawet miesiące. Ktoś, kto zbyt szybko się wypali, może zostawić pacjenta samego właśnie wtedy, kiedy pomoc byłaby najbardziej potrzebna. Chcąc więc pomagać choremu z depresją trzeba się zdobyć na sporą dawkę autorefleksji - czy jestem wytrwały, czy poradzę sobie? Jeśli mam wątpliwości, to trzeba od początku ograniczać zakres udzielanej pomocy, ponieważ znacznie lepsza będzie nawet niewielka pomoc udzielana przez długi czas, niż pomoc bardzo intensywna, której za chwilę, być może w decydującym momencie, zabraknie.

Podstawowe przykazania dla osoby, która chce pomagać choremu na depresję:

- 1. Nie bądź zbyt szybki, nie przytłaczaj chorego rozpędem i rozmachem swego działania.**
- 2. Nie rób za pacjenta wszystkiego, pozostaw margines dla jego aktywności.**
- 3. Nie uszczęśliwiaj na siłę. Uzgadniaj z pacjentem zakres i kierunek pomocy.**
- 4. Bądź wytrwały.**
- 5. Unikaj łatwego pocieszania i komunałów. To bardzo zraża osoby chore i sprawia, że czują się jeszcze bardziej niezrozumiane i samotne. Równocześnie nastaw się na to, że wielokrotnie trzeba będzie zapewniać - „tak, wyzdrowiejesz; tak, to ci przejdzie” i nie tracić przy tym cierpliwości.**
- 6. Nie podważaj autorytetu lekarza. Ważne, aby pacjent mu wierzył.**
- 7. Nie obawiaj się informować lekarza, jeśli pacjent będzie wypowiadał myśli samobójcze, nawet gdyby sam chory prosił o zachowanie tajemnicy. W takiej sytuacji nie wolno zachowywać tajemnicy, ponieważ może to być bardzo niebezpieczne.**

Psychotest

Do broszury dołączono krótki test służący do orientacyjnej oceny występowania różnych objawów depresji. Nie można nigdy zapominać, że na podstawie tego typu testów w żadnym wypadku nie można rozpoznawać depresji. Rozpoznawaniem chorób zajmują się tylko i wyłącznie doświadczeni lekarze.

Poniżej znajduje się opis jak należy interpretować wynik testu.

Czy obserwujesz u siebie utrzymujące się powyżej dwóch tygodni następujące objawy?

Proszę zaznaczyć te pytania, na które Twoja odpowiedź brzmi: TAK.

- Uczucie smutku i przygnębienia.
- Spadek zainteresowań i brak odczuwania przyjemności ze spraw i zajęć, które wcześniej przynosiły Ci radość (hobby, spotkania ze znajomymi, spacer, sport, rekreacja).
- Zmiany apetytu i wagi ciała (najczęściej spadek apetytu i spadek wagi, rzadziej odwrotnie).
- Zaburzenia snu: najczęściej: utrudnione usypianie (ponad 30 min.), sen płytki i przerywany „jak zając pod miedzą”, wczesne budzenie się, rzadziej wzmożona senność przez całą dobę (również w dzień).
- Zmniejszenie aktywności, spowolnienie, „apatia”, brak chęci do zajmowania się nawet sprawami przyjemnymi.
- Ciągłe uczucie zmęczenia, znużenia, „braku energii”.
- Poczucie własnej „bezwartościowości” lub małej wartości, poczucie beznadziejności, poczucie nieuzasadnionej winy.
- Istotne trudności w koncentracji uwagi, zapamiętywaniu, podejmowaniu nawet prostych, codziennych decyzji.
- Powracające myśli o własnej śmierci, poczucie, że „nie ma po co żyć”, pragnienie własnej śmierci, pojawiające się myśli samobójcze.

Interpretacja testu

Jeżeli w podanym teście Czytelnik zaznaczy bez wątpliwości dwie odpowiedzi TAK, to powinien skontaktować się z lekarzem, jeśli pozytywne będą trzy odpowiedzi - kontakt z lekarzem jest konieczny, zwłaszcza jeśli opisane problemy utrzymują się przez dłuższy czas.

Psychotest

Do broszury dołączono krótki test służący do orientacyjnej oceny występowania różnych objawów depresji. Nie można nigdy zapominać, że na podstawie tego typu testów w żadnym wypadku nie można rozpoznawać depresji. Rozpoznawaniem chorób zajmują się tylko i wyłącznie doświadczeni lekarze.

Poniżej znajduje się opis jak należy interpretować wynik testu.

Czy obserwujesz u siebie utrzymujące się powyżej dwóch tygodni następujące objawy?

Proszę zaznaczyć te pytania, na które Twoja odpowiedź brzmi: TAK.

- Uczucie smutku i przygnębienia.
- Spadek zainteresowań i brak odczuwania przyjemności ze spraw i zajęć, które wcześniej przynosiły Ci radość (hobby, spotkania ze znajomymi, spacer, sport, rekreacja).
- Zmiany apetytu i wagi ciała (najczęściej spadek apetytu i spadek wagi, rzadziej odwrotnie).
- Zaburzenia snu: najczęściej: utrudnione usypianie (ponad 30 min.), sen płytki i przerywany „jak zając pod miedzą”, wczesne budzenie się, rzadziej wzmożona senność przez całą dobę (również w dzień).
- Zmniejszenie aktywności, spowolnienie, „apatia”, brak chęci do zajmowania się nawet sprawami przyjemnymi.
- Ciągłe uczucie zmęczenia, znużenia, „braku energii”.
- Poczucie własnej „bezwartościowości” lub małej wartości, poczucie beznadziejności, poczucie nieuzasadnionej winy.
- Istotne trudności w koncentracji uwagi, zapamiętywaniu, podejmowaniu nawet prostych, codziennych decyzji.
- Powracające myśli o własnej śmierci, poczucie, że „nie ma po co żyć”, pragnienie własnej śmierci, pojawiające się myśli samobójcze.

Interpretacja testu

Jeżeli w podanym teście Czytelnik zaznaczy bez wątpliwości dwie odpowiedzi TAK, to powinien skontaktować się z lekarzem, jeśli pozytywne będą trzy odpowiedzi - kontakt z lekarzem jest konieczny, zwłaszcza jeśli opisane problemy utrzymują się przez dłuższy czas.

Psychotest

Do broszury dołączono krótki test służący do orientacyjnej oceny występowania różnych objawów depresji. Nie można nigdy zapominać, że na podstawie tego typu testów w żadnym wypadku nie można rozpoznawać depresji. Rozpoznawaniem chorób zajmują się tylko i wyłącznie doświadczeni lekarze.

Poniżej znajduje się opis jak należy interpretować wynik testu.

Czy obserwujesz u siebie utrzymujące się powyżej dwóch tygodni następujące objawy?

Proszę zaznaczyć te pytania, na które Twoja odpowiedź brzmi: TAK.

- Uczucie smutku i przygnębienia.
- Spadek zainteresowań i brak odczuwania przyjemności ze spraw i zajęć, które wcześniej przynosiły Ci radość (hobby, spotkania ze znajomymi, spacer, sport, rekreacja).
- Zmiany apetytu i wagi ciała (najczęściej spadek apetytu i spadek wagi, rzadziej odwrotnie).
- Zaburzenia snu: najczęściej: utrudnione usypianie (ponad 30 min.), sen płytki i przerywany „jak zając pod miedzą”, wczesne budzenie się, rzadziej wzmożona senność przez całą dobę (również w dzień).
- Zmniejszenie aktywności, spowolnienie, „apatia”, brak chęci do zajmowania się nawet sprawami przyjemnymi.
- Ciągłe uczucie zmęczenia, znużenia, „braku energii”.
- Poczucie własnej „bezwartościowości” lub małej wartości, poczucie beznadziejności, poczucie nieuzasadnionej winy.
- Istotne trudności w koncentracji uwagi, zapamiętywaniu, podejmowaniu nawet prostych, codziennych decyzji.
- Powracające myśli o własnej śmierci, poczucie, że „nie ma po co żyć”, pragnienie własnej śmierci, pojawiające się myśli samobójcze.

Interpretacja testu

Jeżeli w podanym teście Czytelnik zaznaczy bez wątpliwości dwie odpowiedzi TAK, to powinien skontaktować się z lekarzem, jeśli pozytywne będą trzy odpowiedzi - kontakt z lekarzem jest konieczny, zwłaszcza jeśli opisane problemy utrzymują się przez dłuższy czas.

Psychotest

Do broszury dołączono krótki test służący do orientacyjnej oceny występowania różnych objawów depresji. Nie można nigdy zapominać, że na podstawie tego typu testów w żadnym wypadku nie można rozpoznawać depresji. Rozpoznawaniem chorób zajmują się tylko i wyłącznie doświadczeni lekarze.

Poniżej znajduje się opis jak należy interpretować wynik testu.

Czy obserwujesz u siebie utrzymujące się powyżej dwóch tygodni następujące objawy?

Proszę zaznaczyć te pytania, na które Twoja odpowiedź brzmi: TAK.

- Uczucie smutku i przygnębienia.
- Spadek zainteresowań i brak odczuwania przyjemności ze spraw i zajęć, które wcześniej przynosiły Ci radość (hobby, spotkania ze znajomymi, spacer, sport, rekreacja).
- Zmiany apetytu i wagi ciała (najczęściej spadek apetytu i spadek wagi, rzadziej odwrotnie).
- Zaburzenia snu: najczęściej: utrudnione usypianie (ponad 30 min.), sen płytki i przerywany „jak zająć pod miedzą”, wczesne budzenie się, rzadziej wzmożona senność przez całą dobę (również w dzień).
- Zmniejszenie aktywności, spowolnienie, „apatia”, brak chęci do zajmowania się nawet sprawami przyjemnymi.
- Ciągłe uczucie zmęczenia, znużenia, „braku energii”.
- Poczucie własnej „bezwartościowości” lub małej wartości, poczucie beznadziejności, poczucie nieuzasadnionej winy.
- Istotne trudności w koncentracji uwagi, zapamiętywaniu, podejmowaniu nawet prostych, codziennych decyzji.
- Powracające myśli o własnej śmierci, poczucie, że „nie ma po co żyć”, pragnienie własnej śmierci, pojawiające się myśli samobójcze.

Interpretacja testu

Jeżeli w podanym teście Czytelnik zaznaczy bez wątpliwości dwie odpowiedzi TAK, to powinien skontaktować się z lekarzem, jeśli pozytywne będą trzy odpowiedzi - kontakt z lekarzem jest konieczny, zwłaszcza jeśli opisane problemy utrzymują się przez dłuższy czas.

Lundbeck Poland Sp.z o.o.
ul. Krzywickiego 34, 02-078 Warszawa,
tel. 22 626 93 00, fax 22 626 93 01, www.lundbeck.pl



LUN 05/2015/1