

DEPRESJA

ROZUMIESZ - POMAGASZ

PORADNIK EDUKATORA

Wstęp

Poradnik powstał w ramach kampanii „DEPRESJA. ROZUMIESZ-POMAGASZ” realizowanej zgodnie z Programem Zapobiegania Depresji w Polsce na lata 2016-2020, finansowanej ze środków będących w dyspozycji Ministra Zdrowia. Celem poradnika jest przedstawienie nauczycielom szkół ponadpodstawowych wiedzy teoretycznej z zakresu problematyki depresji, na poziomie wystarczającym do prowadzenia zajęć psychoedukacyjnych, dotyczących profilaktyki tej choroby. Materiał prezentuje również model interwencji do zastosowania w razie podejrzenia problemów natury emocjonalnej u wychowanków.

Wskazane jest, aby przed zajęciami prowadzący zaznajomili się z przedstawionymi informacjami nt. depresji w stopniu umożliwiającym im swobodną wypowiedź na dowolnie poruszony temat. Nie ma konieczności uczenia się na pamięć całej zawartości poradnika. Niezbędne jest natomiast zrozumienie materiału, tak by umieć nazwać i opisać objawy, ich powiązania, rozpoznać istotne fakty nt. leków i psychoterapii. Informacje zawarte w publikacji są obszernie po to, aby umożliwić zgłębienie tematu i zaspokoić własną ciekawość.

Rozdział pierwszy: o depresji

1.0 Oblicza depresji: definicja i diagnostyka

Depresja jest chorobą psychiczną kojarzoną najczęściej ze stanami głębokiego smutku i przygnębienia. Podobnie jak w przypadku wielu innych chorób (także psychicznych), cechuje się jednak mnogim wachlarzem objawów, które występują w różnych zestawieniach u poszczególnych cierpiących na nią ludzi. Poza badaniem lekarskim, nie istnieje żaden czuły, a zarazem swoisty sposób na rozpoznanie depresji, z czego wynika niska rozpoznawalność tej choroby, wysoki odsetek pacjentów nieleczonych oraz mnogość strat związanych z chorowaniem na depresję. Brakuje też dostatecznej edukacji społeczeństwa. Silne są obawy przed kontaktem z psychiatrą i stygmatyzacją związaną z chorobą psychiczną. Brak także wiedzy lekarzy innych specjalności, w tym przede wszystkim podstawowej opieki zdrowotnej oraz rodzinnych, o depresji oraz umiejętności jej rozpoznawania. To wszystko wraz z brakiem świadomości samych chorych oraz ich otoczenia wpływa na fakt, że tak niewielu pacjentów jest leczonych.

Istnieją testy psychologiczne opracowane z myślą o diagnostyce depresji. Służą do wyłonienia spośród badanych osób tych z wysokim ryzykiem wystąpienia tej choroby. Jednak ich znaczenie jest ograniczone ponieważ wymagają obecności osoby posiadającej specjalistyczną wiedzę z zakresu depresji, tj. psychologa bądź psychiatry. Problemem jest także fakt, że testy przesiewowe dla depresji o dużej czułości nie są stosowane przez personel medyczny.

Na potrzeby użytku przez specjalistów Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oraz Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne (APA) opracowały niezależnie swoje zestawy kryteriów diagnostycznych służących rozpoznaniu depresji. Powyższe kryteria wymagają jednak do interpretacji wiedzy specjalistycznej.

Zapamiętaj:

Rozpoznanie depresji jest rozpoznaniem lekarskim, może je zatem postawić wyłącznie lekarz, docelowo powinien być to psychiatra bądź psychiatra dzieci i młodzieży.

Nie istnieje żaden pewny i prosty sposób na rozpoznanie u siebie lub osoby bliskiej depresji, każdorazowo potrzebna jest opinia specjalisty.

Dlaczego choroba?

Czytając poradniki psychologiczne bądź rozmawiając z psychologiem słyszymy, że emocje po prostu są - są zjawiskiem potrzebnym, pożytecznym i nie ma sensu z nimi walczyć. Skąd zatem pomysł, aby nazwać stan głębokiego smutku chorobą?

Po pierwsze depresja to nie tylko i nie zawsze głęboki smutek. Zmiany związane z tą chorobą wykraczają poza sferę emocji, dotyczą one również myślenia, zachowania oraz odczuć płynących z ciała.

Po drugie emocje mają pełnić funkcję informacyjną. Ich obecność ma dostarczać wiedzy na temat bieżącego stanu rzeczy oraz ułatwiać prawidłową na niego reakcję. Na przykład strach informuje o nadchodzącym zagrożeniu. Smutek depresyjny jest głęboki, bardzo często niezależny od okoliczności zewnętrznych i nie podlega w zasadzie fluktuacjom poprzez zewnętrzne czynniki.

Podsumowując, w depresji emocje przestają spełniać swoją fizjologiczną funkcję, są natomiast źródłem cierpienia.

W kontekście długotrwałości objawów depresji warto wspomnieć, że minimalny czas ich trwania pozwalający na rozpoznanie to 14 dni. Jedynie w przypadku bardzo ciężkich i uporczywych objawów dopuszcza się rozpoznanie w okresie krótszym niż 14 dni.

1.1 Oblicza depresji: emocje i nastroje

Najbardziej charakterystycznym dla depresji nastrojem jest smutek. W odróżnieniu od zdrowia jest to jednak smutek, który utrzymuje się przez większość czasu, większą część dnia, praktycznie w niezmiennym nasileniu, nie tylko w reakcji na budzące go wydarzenie.

Inne, podobne do smutku, a częste w depresji emocje to żal i rozpacz.

Pomimo powszechnych konotacji depresji ze smutkiem, zdarza się że niektóre osoby, szczególnie te z żywym temperamentem oraz młode, przeżywają w depresji stan zwany drażliwością. Oznacza zwiększoną podatność na rozdrażnienie, osoba drażliwa reaguje złością na bodźce i zachowania, które nie wywołałyby takiej reakcji u kogoś innego. Zdarza się zatem, że osoba cierpiąca na depresję przeżywa w jej przebiegu złość.

Częstą w depresji emocją jest poczucie winy, wyolbrzymione i nieadekwatne do sytuacji. Wina może być odczuwana w związku z realnymi zdarzeniami, bądź w przebiegu tak zwanych urojeń winy i kary (urojenia to fałszywe sądy i przekonania odporne na wszelką argumentację i podtrzymywane pomimo dowodów na ich nieprawdziwość).

Szczególnie trudnymi emocjami, które także mogą występować w depresji są bezradność i bezsilność. Mogą one być powiązane z uporczywymi wahaniem nastroju i emocji oraz zaburzeniami zachowania występującymi w depresji.

Pomimo tendencji do utrzymywania się złego nastroju, zdarza się, że osoba cierpiąca na depresję doznaje dużej zmienności nastrojów. Stan ten opisuje się jako chwiejność nastroju.

Jednym z najważniejszych zaburzeń odczuwania emocji właściwych dla tej choroby jest niemożność odczuwania przyjemności czyli anhedonia. Osoby zmagające się z depresją często uskarżają się na utratę dotychczasowych zainteresowań, przestają czerpać przyjemność z dotychczasowych pasji, nierzadko uskarżają się, że spożywane przez nie pokarmy wydają się nie mieć smaku. Istnieją nawet badania, które opisują związek między nasileniem objawów depresji, a osłabieniem zmysłu węchu. Brak odczuwania przyjemności jest bardzo ważnym w kontekście depresji objawem. Można zakładać, że jest on przynajmniej po części odpowiedzialny za utrzymujący się długotrwale zły nastrój.

Poczucie samotności stanowi dość istotny objaw. Podobnie jak inne występujące w depresji zmiany w odczuwaniu emocji, poczucie samotności niekoniecznie oddaje rzeczywisty stan rzeczy. Warto wspomnieć, że to poczucie subiektywne, że można czuć się samotnie, przebywając w tłumie ludzi. Mogą wpływać na to przede wszystkim typowe dla depresji zmiany w myśleniu, które zostaną opisane niżej.

W tej chorobie nie musi występować smutek, ale obojętność lub zobojętnienie. Jest to dość częste, mówi się wówczas o depresji bez smutku.

1.2 Oblicza depresji: myślenie

Jednym z najważniejszych zaburzeń odczuwania emocji właściwych dla tej choroby jest Jak już wspomniano, charakterystyczne dla depresji są nie tylko zaburzenia emocji, obserwuje się również bardzo często zaburzenia myślenia, a wśród nich ograniczenie postrzegania rzeczywistości wyłącznie do jej cech negatywnych, czyli zniekształcenie poznawcze. Osoba dotknięta tym objawem wyraźnie widzi wszelkie negatywne aspekty swojego życia, zdaje się jednak lekceważyć wszelkie jego aspekty pozytywne.

W depresji występuje szeroko pojęte pesymistyczne postrzeganie rzeczywistości. W 1976 r. amerykański psychiatra Aaron Beck opisał zespół objawów znany odtąd jako Triada Poznawcza Becka. Dotyczą one negatywnych przekonań odnośnie własnej osoby, otaczającego świata oraz przyszłości. Na przykład chory z depresją może sobie pomyśleć „Jestem zerem, inni nie mają dla mnie szacunku, nigdy nie poradzę sobie w życiu i pracy”. Takie skrajnie pesymistyczne postrzeganie rzeczywistości może silnie wpływać na opisywane wyżej poczucie bezsilności.

Często zgłaszanym i bardzo uciążliwym problemem są skargi na zaburzenia koncentracji uwagi. Ich przyczyn w depresji można doszukiwać się w przeniesieniu uwagi na towarzyszące chorobie myśli i emocje oraz lęk i niepokój. Dodatkowo zaburzenia koncentracji stanowią znaczne utrudnienie w realizacji codziennych obowiązków w szkole, domu i pracy.

Innym często zgłaszanym w depresji problemem jest trudność w podejmowaniu decyzji.

Zjawiskiem kojarzonym z depresją są myśli samobójcze. Warto wspomnieć, że osoby chore najczęściej nie pragną śmierci, natomiast w obliczu ogromnego cierpienia i zniekształconego postrzegania rzeczywistości, śmierć może wydawać się dla nich jedynym dostępnym rozwiązaniem. Według badań Center for Disease Control and Prevention (amerykańska rządowa agencja do spraw epidemiologii i profilaktyki chorób) samobójstwo jest drugą co do częstości przyczyną zgonu u osób w wieku od 10 do 34 lat. Przyjmuje się, że 50 do 80% wszystkich osób, które podjęły próbę samobójczą cierpiało wówczas na depresję. Zdarza się również, że niektóre z nich decydowały się odejść wraz z rodziną. Sytuacja taka to samobójstwo rozszerzone. Warto wiedzieć, że tego typu zachowanie ma źródło w błędnym przekonaniu, że sytuacja jest beznadziejna, a osoby bliskie na pewno sobie nie poradzą.

1.3 Oblicza depresji: zachowanie

Choć emocje innych osób bywają trudne do określenia, to można wysnuć co do nich pewne wnioski na podstawie zachowań danej osoby. W kontekście nastroju depresyjnego takim zachowaniem jest płacz.

Dość charakterystycznym objawem depresji jest spowolnienie psychoruchowe. Zgodnie z nazwą jest to zjawisko, które odnosi się zarówno do spowolnienia procesów myślowych, jak i zachowania. Osoby zmagające się z tym objawem potrafią skarżyć się, że robią wszystko „jak mucha w smole”, mogą również sprawiać takie wrażenie w ocenie osób trzecich. W skrajnych postaciach spowolnienia psychoruchowego osoba zdaje się zastygać, zdarza się że spędza większość dnia w bezruchu. Niektóre osoby zmagające się z depresją przejawiają diametralnie odwrotny objaw, czyli pobudzenie psychoruchowe, który często współwystępuje z lękiem i niepokojem. Osoba pobudzona „nie może znaleźć sobie miejsca”, odczuwa przymus ruchu. Stan ten znacznie utrudnia wykonanie jakiegokolwiek celowej i zorganizowanej czynności. Pobudzenie psychoruchowe występuje również w innych zaburzeniach (choćby przy nadużyciu substancji psychoaktywnych o działaniu pobudzającym, w tym kofeiny), jednak w kontekście depresji zwiększa ryzyko podjęcia zachowań samobójczych. Zarówno spowolnienie i pobudzenie psychoruchowe są tak zwanymi zaburzeniami napędu.

Kolejnym objawem depresji w kontekście zachowania osoby na nią cierpiącej jest wycofanie. Dotyczy zarówno dotychczasowych czynności, takich jak praca zawodowa, pasje, obowiązki domowe, aktywność seksualna, jak również kontaktów międzyludzkich. Przyczyny można dopatrywać się w spowolnieniu psychoruchowym, braku odczuwania przyjemności z wykonanej czynności, oraz braku satysfakcji z kontaktów międzyludzkich, jak również poczuciu winy czy niskiej wartości.

W kontekście spowolnienia psychoruchowego i zaburzeń odczuwania przyjemności warto zauważyć, że dość często zdarza się obserwować u osób cierpiących na depresję zaniedbywanie obowiązków oraz własnego wyglądu. To pierwsze bywa mylnie interpretowane jako lenistwo. Warto wspomnieć, że lenistwo jest jedną z cech charakteru, stałą na przestrzeni czasu, podczas gdy osoby cierpiące na depresję mogą nagle zacząć radzić sobie znacznie gorzej z nauką, osiągać zdecydowanie gorsze wyniki w pracy, zaniedbywać kwestie higieny osobistej i ubioru.

W depresji współistnieje często uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Od dłuższego czasu wiadomo, że osoby cierpiące z powodu choroby psychicznej statystycznie częściej niż osoby zdrowe zmagają się z uzależnieniem. Sytuacja kiedy u kogoś rozpoznaje się chorobę psychiczną oraz uzależnienie nosi nazwę podwójnej diagnozy. Jedną z hipotez dotyczącą uzależnienia u osób z zaburzeniami psychicznymi jest samoleczenie. W tym kontekście alkohol i leki uspokajające zmniejszają uczucie lęku i niepokoju oraz ułatwiają zasypianie. Substancje psychoaktywne mogą być zatem nadużywane w celu regulowania emocji. Istnieją również przypuszczenia, że zarówno uzależnienie od substancji psychoaktywnych oraz uzależnienia behawioralne (to jest uzależnienie od danej czynności, jak np. hazard) mogą stanowić próbę poprawienia sobie nastroju. Istnieją dowody, że czynne uzależnienie może wskazywać na początek zaburzeń depresyjnych. Staje się czynnikiem wikłającym przebieg choroby psychicznej na różne sposoby. Po pierwsze, substancje psychoaktywne mogą powodować ostre i przewlekłe zaburzenia stanu psychicznego, na przykład przewlekłe używanie alkoholu wywołuje nastrój depresyjny. Po drugie, wszelkie czynności uzależnieniowe stanowią nieprawidłowy mechanizm radzenia, który póki pozostaje stosowany uniemożliwia wprowadzenie nowych zdrowszych mechanizmów. Po trzecie, uzależnienie wpływa istotnie na sytuację osoby uzależnionej, na przykład stosowanie narkotyków podawanych dożylnie jest czynnikiem zakażeń wirusami, np. HIV, stosowanie tytoniu jest istotnym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia i większości nowotworów. Pozyskiwanie środków na uzależnienie stanowi czynnik ryzyka wiktylizacji (czyli narażenia na bycie ofiarą przemocy) w związku z uwikłaniem się w prostytutkę, zaciąganie pożyczek u lichwiarzy i konflikty z prawem np. kradzieże. Skuteczna pomoc osobie z podwójną diagnozą wymaga między innymi opanowania zachowań uzależnieniowych.

Kolejną zmianą w zachowaniu, którą zdarza się obserwować u osób zmagających się z depresją są samouszkodzenia. Z definicji to każde zamierzone zachowanie agresywne skierowane przeciwko własnej osobie, jednak bez zamiaru samobójczego. Będą to, np. cięcie, klucie i drapanie skóry ostrymi przedmiotami, uderzanie się w ciało i uderzanie ciałem o twarde przedmioty, wywoływanie oparzeń gorącymi przedmiotami i płynami, wyrywanie sobie włosów czy nawet gryzienie się. Samouszkodzenia nie występują jedynie w depresji, a również w innych chorobach psychicznych, zaburzeniach osobowości (w szczególności osobowości chwiejnej emocjonalnie, zwanej również osobowością z pogranicza lub borderline) czy upośledzeniach. Dokonywanie samouszkodzeń może spełniać różne role. Po pierwsze, ból fizyczny uruchamia ciąg odruchów fizjologicznych którego produktem jest wydzielanie endorfin (endorfiny to kontrakcja słów endogenne i morfiny, są wydzielanymi przez organizm substancjami o działaniu podobnym do pochodnych opium, zatem likwidują ból oraz rozluźniają i euforyzują), czego skutkiem jest zniesienie bólu, obniżenie poczucia niepokoju oraz poprawa samopoczucia. Po drugie, mogą stanowić sposób na wymierzenie sobie kary. Po trzecie, bywają elementem gry psychologicznej lub manipulacji. Podobnie jak w przypadku stawiania diagnozy, również tutaj należy zachować powściągliwość i pozostawić interpretację zjawiska osobie do tego wykwalifikowanej, czyli psychiatrze, psychologowi czy psychoterapeucie. Zdarza się, że nasilenie samouszkodzeń u osoby leczonej wcześniej z powodu depresji stanowi objaw nawrotu choroby.

1.4 Oblicza depresji: odczucia z ciała

Depresja jest chorobą, która nie pozostaje bez wpływu na funkcjonowanie reszty organizmu. Podobnie jak wszystkie zaburzenia psychiczne wiąże się z pewnymi nieprawidłowościami w funkcjonowaniu układu nerwowego. Objawy z ciała posiadające źródło w zaburzeniach stanu psychicznego, to inaczej zaburzenia psychosomatyczne. Są one tak zwanym rozpoznaniem z wykluczenia, co oznacza że można je rozpoznać wyłącznie w przypadku, kiedy wyeliminuje się podłoże somatyczne (czyli cielesne, niezwiązane ze stanem psychicznym).

Dość typowym objawem depresji jest chroniczne zmęczenie, które może do złudzenia przypominać stan zmęczenia przeżywany w trakcie ciężkich chorób somatycznych. Zdarza się również, że osoba cierpiąca na depresję uskarża się na męczliwość, czyli dużą podatność na zmęczenie.

Kolejnym istotnym objawem depresji są zaburzenia snu. Mogą dotyczyć wszystkich jego faz. Typowo z chorobą łączy się objaw, jakim jest bezsenność. Osoby z depresją skarżą się zarówno na trudność z zasypianiem, płytki sen, wybudzanie nocne i trudności z ponownym zaśnięciem, przedwczesne wybudzanie w godzinach porannych, koszmary senne. Zdarza się również, że w trakcie depresji obserwuje się nadmierną senność. Chorzy śpią nawet kilkanaście godzin w ciągu doby, nie jest to jednak kojący sen, a osoba z depresją budzi się z długotrwałego snu zmęczona i pozbawiona energii. W skrajnych sytuacjach zdarza się, że chory w ogóle nie opuszcza łóżka.

Bardzo istotnym objawem depresji dotyczącym ciała są zaburzenia apetytu. Kiedy mamy do czynienia z jego obniżeniem, występuje wówczas utrata masy ciała. Zdarza się jednak, że osoba cierpiąca na depresję dąży do poprawienia swojego nastroju poprzez jedzenie, czego skutkiem jest zwiększone przyjmowanie pokarmów.

Występuje również sytuacja, że chory na depresję może uskarżać się przede wszystkim na objawy somatyczne właściwe dla innych chorób. Są to przeważnie dolegliwości bólowe dotyczące głowy, kręgosłupa, brzucha, również obserwuje się zaburzenia czynności przewodu pokarmowego. Osoba cierpiąca odwiedza wtedy w pierwszej kolejności kolejnych lekarzy, którzy dopiero po wykluczeniu somatycznego tła zaburzeń kierują ją do psychiatry.

1.5 Oblicza depresji: podłoże i czynniki ryzyka

Depresja cechuje się pewną dziedzicznością opisywaną jako dziedziczenie wielogenowe. Jest to podobny mechanizm jak w przypadku nadciśnienia tętniczego czy nieprawidłowych stężeń cholesterolu we krwi. Oznacza to w praktyce, że osoba posiadająca członka rodziny cierpiącego obecnie lub w przeszłości na depresję, ma statystycznie rzecz biorąc większą szansę zachorowania niż reszta społeczeństwa.

Opisano zwiększoną częstość zaburzeń depresyjnych u młodych osób, które mają krewnego pierwszego lub drugiego stopnia cierpiącego na choroby takie jak schizofrenia czy zaburzenie schizoafektywne. Nie wiadomo czy wynika to bardziej z podatności genetycznej, czy trudnych warunków wynikających ze wspólnego życia z osobą przewlekłe chorą psychicznie.

W kontekście depresji u młodzieży opisano wpływ takich czynników jak:

- wychowanie w rodzinie niepełnej,
- separacja od rodzica,
- przestępczość u rodzica,
- choroba psychiczna u rodzica,
- niski status socjoekonomiczny.

Ponieważ depresja może wystąpić w przebiegu dowolnego innego zaburzenia psychicznego, to samo rozpoznanie zaburzeń psychicznych u danej osoby można traktować jako dodatkowy czynnik ryzyka. Nawet jeśli pozostaje ona pod opieką specjalisty, to jeżeli występują u niej objawy depresji, warto rozważyć stawienie się jej na wcześniejszą kontrolę.

Choroby somatyczne dotyczące układu nerwowego, takie jak mózgowie porażenie dziecięce, przebyty udar, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona i inne wiążą się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń psychicznych, w tym depresji. Ryzyko wzrasta wraz ze stopniem niepełnosprawności.

Wiele leków posiada pewien potencjał do wywoływania bądź nasilania objawów depresyjnych. Dotyczy to zarówno leków psychiatrycznych (oczywiście nie chodzi o leki na depresję) jak i innych. Nie znaczy to, że leki są z gruntu złe, ale stosowanie leczenia, w szczególności długotrwałego lub przewlekłego należy traktować jako czynnik ryzyka. Po pierwsze, niektóre farmaceutyki mają działanie nasilające depresję. Po drugie, długotrwała choroba wiążąca się z koniecznością dostosowania stylu życia stanowi dodatkowe źródło cierpienia.

Okres okołoporodowy, choć nie jest chorobą, stanowi dodatkowy czynnik rozwoju i nasilenia objawów depresyjnych. Kobiety cierpiące wyjściowo na chorobę psychiczną miewają nawroty w okresie ciąży i połogu, natomiast u kobiet wyjściowo zdrowych zdarza się obserwować pełnoobjawowe epizody depresyjne w okresie okołoporodowym. Depresja występująca w okresie ciąży i depresja poporodowa przypomina swoimi objawami tę występującą na każdym innym tle, jednak dodatkowo mogą pojawić się obawy dotyczące rzekomej niezdolności do zaopiekowania się dzieckiem, bądź przed przypadkowym wyrządzeniem dziecku krzywdy. Mowa rzecz jasna o obawach, które są na tyle nasilone i wiążą się tak dużym cierpieniem, że wykraczają poza zakres zdroworozsądkowego strachu związanego ze znalezieniem się w nowej sytuacji, jaką jest opieka nad dzieckiem.

1.6 Oblicza depresji: problematyka samobójstw

Amerykański Departament Zdrowia przedstawił dane z których wynika, że w przedziale wiekowym 5-13 lat 10% osób cierpiących na depresję podejmuje próbę samobójczą. W grupie młodzieży w wieku , 13-17 lat wskaźnik ten wynosi już 19%.

Zachowania samobójcze w różnym stopniu dotyczą mężczyzn i kobiet. Kobiety 2-3 razy częściej podejmują próby samobójstwa, tymczasem mężczyźni 3-4 razy częściej umierają w ich następstwie. Istotnym czynnikiem jest stosowana metoda. Kobiety zazwyczaj nadużywają leków, również alkoholu, tymczasem mężczyźni często podejmują próby przez powieszenie, skok z wysokości, skok pod pociąg, postrzał i tym podobne.

Czynnikami zwiększającymi ryzyko samobójstwa w okresie nastoletnim są między innymi:

- impulsywność,
- duże spożycie alkoholu,
- konflikty z prawem,
- przemoc ze strony partnera.

W przypadku każdego podjęcia próby samobójczej należy zapewnić opiekę ograniczającą wynikającą z niej uszczerbek na zdrowiu (co oznacza, że pacjent powinien być pilnie skonsultowany w szpitalnym oddziale ratunkowym) oraz opiekę mającą na celu zabezpieczenie go przed ponownym podjęciem próby samobójczej (co oznacza pilną konsultację u psychiatry). W praktyce pacjenci, którzy trafiają do szpitali ogólnych w następstwie podjęcia próby samobójczej są później kierowani do szpitali psychiatrycznych celem oceny stanu psychicznego i rozważenia wskazań do dalszego leczenia w warunkach oddziału psychiatrycznego.

1.7 Oblicza depresji: leczenie

W kontekście zaburzeń psychicznych dwie najważniejsze formy leczenia to przede wszystkim farmakoterapia (czyli leczenie lekami) oraz psychoterapia (oddziaływania inne niż lekowe i zabiegowe). Ponadto istnieją rozmaite zabiegi stosowane w leczeniu depresji (elektrowstrząsy, fototerapia, magnetyczna stymulacja przezczaszkowa, stymulacja nerwu błędnego).

Istnieje wiele leków przeciwdepresyjnych, których działanie nie polega na wywoływaniu uczucia szczęścia, a raczej na swoistym zwalczaniu opisanych wyżej objawów depresji. Poprawiają nastrój, zwiększają napęd i działanie przeciwłękowe. Rezultaty te nie występują natychmiastowo, ani jednocześnie po zażyciu tabletki. Większość leków przeciwdepresyjnych rozwija swoje poszczególne działania sekwencyjnie w ciągu 14-21 dni. Poprawie w przebiegu leczenia ulega najpierw napęd, a dopiero następnie nastrój. Zdarza się też że leki zwiększające napęd powodują przejściowo uczucie niepokoju w pierwszych dniach kuracji. Ulotki informacyjne dołączone do leków często mówią, że „lek zwiększa ryzyko działań samobójczych”. Warto wiedzieć, że leki przeciwdepresyjne nie powodują powstania myśli samobójczych, a działają na nie w opisanych wyżej mechanizmach, ostatecznie w ramach postępu leczenia myśli samobójcze zanikają wraz z innymi objawami.

Warto wspomnieć, że leki przeciwdepresyjne:

- nie zmieniają osobowości,
- nie wywołują uzależnienia,
- raz wprowadzone do leczenia nie wymagają ciągłego przyjmowania (po ustaniu leczenia),
- nie powodują „uodpornienia się” na nie,
- są w większości mało toksyczne, ale ich nadużycie może wywołać zatrucie, nie wolno łączyć ich z alkoholem,
- nie są lekarstwem na całe zło, ale pomagają pozbyć się przynajmniej części objawów depresji, co jest ułatwieniem w rozwiązywaniu problemów innych niż te natury psychicznej.

Psychoterapia jest wbrew pozorom starą metodą leczenia, jej początki sięgają VIII wieku naszej ery. Pierwszą europejską klinikę psychoterapii stworzono w XIX wieku. Istnieją dowody naukowe na jej skuteczność w leczeniu zaburzeń psychicznych. Udowodniono również, że zmienia ona fizycznie mózg, czyli wywiera trwały efekt leczniczy. Istnieje wiele nurtów psychoterapeutycznych (sposobów rozumienia i pracy w psychoterapii). Warto wspomnieć o nurcie systemowym, który ma szczególne znaczenie w leczeniu osób młodych. Praca w nurcie systemowym (terapia rodzinna) polega na wspólnych rozmowach terapeuty z rodziną (właściwie domownikami), podczas których dąży się do poprawy komunikacji w rodzinie oraz wspólnego działania w kierunku rozwiązania problemów. Większość problemów psychicznych u młodzieży jest niejako osadzona w ich systemie (czyli środowisku domowym), więc zmiana nie może się obyć bez pracy ze środowiskiem pacjenta.

Co warto pamiętać o psychoterapii:

- to nie tylko okazja do wygadania się,
- o skuteczności terapii decyduje więź, która tworzy się w jej trakcie, drugorzędne znaczenie ma nurt,
- efekt psychoterapii jest odsunięty w czasie o tygodnie a nawet miesiące od rozpoczęcia pracy, jest natomiast trwały.

Leki i psychoterapia, łączyć czy nie?

Tak, o ile się da. Część objawów depresji (bezsenna, dekoncentracja, uporczywe myśli, osłabienie i inne) skutecznie utrudnia jakikolwiek wysiłek umysłowy, a psychoterapia takowym jest. Nawet u pacjentów, u których tło choroby jest bardzo silnie związane z biologią mózgu (np. w zaburzeniu afektywnym dwubiegunowym, które jest przewlekłe i wymaga bezterminowego leczenia) psychoterapia może okazać się pożyteczna, choć jej rola jest wówczas zdecydowanie drugorzędna.

Metody zabiegowe

Właściwie wszystkie są używane w przypadku depresji lekoopornej i wszystkie mają potwierdzoną naukowo skuteczność. Stosuje się je łącznie z leczeniem (choć na czas wykonywania elektrowstrząsów odstawia się niemal wszystkie leki).

Leczenie elektrowstrząsowe jest często niesłusznie postrzegane jako najbardziej kontrowersyjna metoda. Polega na przyłożeniu prądu zmiennego do elektrod umocowanych na skórze, najczęściej w okolicy skroniowej pacjenta. Ładunek wyładowania jest dostosowany do zmiennych danej osoby. Celem zabiegu jest wywołanie napadu drgawkowego (jak w padaczce) trwającego 30-60 sekund. Podczas jego trwania pacjent jest znieczulony, a jego mięśnie są zmiotczone, zatem drgawki „widać” tylko na zapisie EEG. Wykonuje się zazwyczaj 10-14 zabiegów w trakcie kuracji. Przed leczeniem wymagana jest szeroka diagnostyka. Do możliwych działań niepożądanych należą zaburzenia rytmu serca, występujące najczęściej u pacjentów obciążonych kardiologicznie. Elektrowstrząsy, pomimo ryzyka działań niepożądanych, nadal stanowią jedną z bezpieczniejszych metod leczenia w wybranych przypadkach depresji o ciężkim przebiegu. Jest tak szczególnie w przypadku osób, u których stosowane leczenie farmakologiczne skutkuje groźnymi dla zdrowia i życia działaniami niepożądanymi oraz kobiet w ciąży, cierpiących na ciężką depresję (także depresję psychotyczną).

Fototerapia to metoda leczenia o udowodnionej skuteczności w depresji, nie tylko sezonowej. Naświetlanie promieniami UV to technika, w której używa się specjalnych lamp. Zabiegi trwają ok 30 minut, stosuje się je zazwyczaj rano lub wieczorem, rzadziej w ciągu dnia. Pomysł pochodzi stąd, że zaobserwowano wpływ pory roku (i naświetlenia promieniami słonecznymi) na zachorowalność na depresję.

Przezczaszkowa stymulacja magnetyczna to technika polegająca na zaaplikowaniu pola magnetycznego w okolicę czaszki. Pacjent siedzi w fotelu, zabieg trwa kilkadziesiąt minut i jest zazwyczaj dobrze tolerowany. W leczeniu depresji konieczne jest wykonanie serii zabiegów.

Stymulacja nerwu błędnego to technika oparta na elektrycznym drażnieniu tzw. nerwu odpowiadającego za regulację wielu procesów autonomicznych (czyli niekontrolowanych siłą woli). Metoda ta jest stosowana w leczeniu depresji jedynie eksperymentalnie.

1.8 Depresja dzieci i młodzieży: skala zjawiska, charakterystyka, objawy

Badania pokazują, że zaburzenia depresyjne w Polsce diagnozuje się u ok. 2% dzieci (równie często u dziewczynek i chłopców w wieku 6-12 lat) oraz u ok. 19-32% nastolatków (w grupie wiekowej 13-17 lat dziewczynki chorują na depresję dwukrotnie częściej).

Niepokoją statystyki dotyczące prób samobójczych (w 2016 r. odnotowano 481 takich zdarzeń, 161 zakończyło się śmiercią). Samobójstwa zwykle popełniają chłopcy, natomiast dziewczynki mają częściej myśli samobójcze i dokonują samookaleczeń.

Postawienie prawidłowej diagnozy może uniemożliwiać bagatelizowanie objawów przez dorosłych, zarówno w domu, jak i w szkole, oraz tłumaczenie ich młodzieńczym buntem. Jak odróżnić go od choroby? W przypadku buntu nastolatek intensyfikuje i pogłębia swoje aktywności. Kiedy choruje na depresję jest apatyczny i wycofuje się z życia rodzinnego i towarzyskiego, przestaje uczęszczać do szkoły. Cierpi w milczeniu albo ucieka w nałogi, zachowuje się agresywnie, samookalecza, uzależnia od świata wirtualnego i mediów społecznościowych, które pomagają mu poradzić sobie z osamotnieniem, dając namiastkę relacji. Nierzadko pojawiają się również zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia), szczególnie w przypadku dziewcząt, u których choroba może spotęgować kompleksy związane z własnym ciałem, charakterystyczne dla okresu dojrzewania. Manifestacja tego typu zachowań jest nierzadko zawołowanym wołaniem o pomoc.

Depresja często przebiega skrycie, upośledzając stopniowo funkcjonowanie nastolatka. Ujawnia się zmianami w zachowaniu i właśnie je najłatwiej zaobserwować. Kiedy je dostrzeżemy należy zawsze reagować.

Objawy depresji młodzieńczej:

*złe samopoczucie fizyczne: niespecyficzne dolegliwości bólowe, nadmierne wyczerpanie na punkcie funkcjonowania swojego organizmu (wyołbrzymianie bólu),

*zaburzenia aktywności – brak energii, szybkie męczenie się, ciągłe uczucie znużenia,

*zaburzenia koncentracji uwagi i zapamiętywania, które mogą powodować problemy w nauce,

*lepsze funkcjonowanie w godzinach wieczornych niż w ciągu dnia, trudności z porannym wstawaniem, zaburzenia snu i apetytu,

*rozdrażnienie (dysforia), uczucie zmęczenia, przygnębienie, zmienność nastroju,

*utrata zdolności do odczuwania przyjemności,

*niskie poczucie własnej wartości, negatywna ocena siebie, rzeczywistości i przyszłości,

*izolowanie się – ograniczenie kontaktów z otoczeniem, zamykanie się w sobie,

*zachowania autodestrukcyjne: używanie alkoholu, substancji psychoaktywnych, samookaleczenia, myślenie o śmierci, w tym próby samobójcze,

*zmiany apetytu: jego brak i chudnięcie lub objadanie się i przybieranie na wadze.

1.9 Zasady postępowania w depresji u osoby poniżej 18. roku życia:

Osoba niepełnoletnia z problemami psychicznymi dopuszcza szukanie rozwiązania wraz z rodzicami



Korzystanie z pomocy w poradni zdrowia psychicznego oraz poradni psychologiczno-pedagogicznej wymaga zgody rodzica bądź opiekuna prawnego.

W razie trudności w przedstawieniu sprawy rodzicom, osoba niepełnoletnia z depresją może w pierwszej kolejności zgłosić się do psychologa lub pedagoga szkolnego, ewentualnie swojego wychowawcy.

Jeżeli psycholog, pedagog bądź nauczyciel podejrzewa, że uczeń może mieć poważne problemy natury psychicznej (np. dokonuje samookaleczeń, ma wyraźnie zmienione zachowanie w sposób sugerujący chorobę psychiczną) powinien niezwłocznie poinformować o tym rodziców oraz zalecić wizytę w poradni specjalistycznej. Jeżeli personel szkoły ma uzasadnioną obawę, że rodzice nie interweniują pomimo widocznego zmienionego zachowania dziecka, możliwe jest i wskazane złożenie do Sądu Rejonowego Wydział Rodzinny i Nieletnich wniosku o wgląd w sytuację rodzinną.

Jeśli natomiast występuje u ucznia nagła, niepokojąca zmiana w zachowaniu (np. mówi, że ma myśli samobójcze, jest agresywny wobec innych osób lub zachowuje się w sposób sugerujący, że próbuje zrobić sobie krzywdę), należy przede wszystkim zadbać o jego bezpieczeństwo, czyli postępować zgodnie ze szkolnymi procedurami opracowanymi na wypadek wystąpienia tego typu sytuacji. W takich okolicznościach najczęściej wzywa się jednocześnie pogotowie ratunkowe oraz rodziców niepełnoletniego ucznia (często również policję, np. w przypadku braku kontaktu z jego rodzicami lub opiekunami).

2.0 Jak rozmawiać z osobą cierpiącą na depresję?

Rozmowa często sprawia trudności ponieważ poziom wiedzy na temat choroby w społeczeństwie jest wciąż zbyt niski. Konsekwencją tego jest niezrozumienie przez kogoś zdrowego, co czuje i myśli chory. Już samo uświadomienie sobie, że bliską osobę dotknął ten problem może być wstrząsem, często towarzyszy temu stres i frustracja. Brak wiedzy o mechanizmach depresji utrudnia właściwą reakcję. Bliscy, mimo szczerych chęci źle formułują komunikaty skierowane do chorego, a przez to zamiast pomóc jeszcze pogarszają jego samopoczucie i wpędzają w poczucie winy. Jak uniknąć błędnych komunikatów? Warto pamiętać o kilku zasadach.

- 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 uszczęśliwiał na siłę. Uzgadniaj z pacjentem zakres i kierunek pomocy.
- 4.** Bądź wytrwały i cierpliwy.
- 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.
- 8.** Postaraj się postawić na miejscu chorego. Empatia, życzliwość i zrozumienie są niezbędne, by spróbować zobaczyć świat oczami kogoś innego.
- 9.** Nie osądzaj, mów o faktach, a nie o swojej interpretacji tych faktów. Nazywaj w prosty sposób objawy, które widzisz u rozmówcy „widzę, że ostatnio często płaczesz”, „wyglądasz, jakbyś miał mniej siły niż zwykle”, „zdajesz się trzymać z dala od innych uczniów”. Okazujesz tym samym troskę choremu, unikniesz sytuacji, że odbierze to jako subiektywną, często krzywdzącą w jego odczuciu ocenę.
- 10.** Nie lekceważ cierpienia swojego rozmówcy. Pamiętaj, że każdy przeżywa to samo nieco inaczej. Banalne, w ocenie osoby zdrowej, sytuacje, zdarzenia i komentarze mogą być diametralnie inaczej ocenione przez chorego.
- 11.** Nie udzielaj dobrych rad, np. „przyłóż się do nauki, bo nie zdasz do następnej klasy”, „ogarnij się” i „zachowuj jak na Twój wiek przystało”. Dla nastolatka to puste hasła, które być może słyszy na co dzień. Nie wygłaszaaj ich jeśli nie zamierzasz poprzeć ich konkretnymi wskazówkami lub doradzić, gdzie młody człowiek może poszukać pomocy, gdy ma problemy lub jest zagubiony.

12. Zadbaj o równowagę między naciskiem, a biernością. Szkodliwe mogą być obie postawy. Będąc biernym wobec chorego nie motywujesz go do zmiany. Wywierając zbyt silną presję możesz wywołać w nim poczucie, że nie sprosta oczekiwaniom, nie da rady, zawiedzie, a to z kolei może go zniechęcić do jakiegokolwiek aktywności czy starań.

13. Temat zaburzeń emocjonalnych często wiąże się z dużym poczuciem wstydu. Dziecko nie rozumie mechanizmu działania choroby, a przyznanie się do niej zwykle wiąże się ze stygmatyzacją społeczną lub ostracyzmem środowiska. Dlatego niezmiernie istotne jest wytłumaczenie młodemu człowiekowi objawów, które u niego obserwujesz w kontekście depresji. Przypisanie dolegliwości chorobie zmniejsza jego poczucie winy.

14. Rozmawiając z dzieckiem i rodziną, postaraj się udzielić wyczerpujących zaleceń dotyczących dalszego postępowania (patrz algorytm wyżej).

15. Zapewnij rozmówcę, że może liczyć na dochowanie tajemnicy. Powiedz również, że wyjątek stanowi sytuacja ujawnienia myśli samobójczych, bądź ujawnienie faktów sugerujących, że padł on ofiarą czynu karalnego.

**Opracowanie merytoryczne lekarz psychiatra Rami Abi Akar
w konsultacji z Centrum Edukacji Obywatelskiej.**