

DEPRESJA



PRZEWODNIK DLA PACJENTA

Podstawowe pojęcia i psychopatologia depresji

Depresja to jedno z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych, charakteryzujące się obniżeniem nastroju, spadkiem energii, aktywności oraz utratą zainteresowań o istotnym znaczeniu klinicznym.

Depresja to pojęcie potoczne obejmujące wszelkie zaburzenia depresyjne. Według międzynarodowej klasyfikacji ICD-10 diagnozuje się epizod depresyjny, a następnie w przypadku powrotu objawów powtarzający się epizod depresyjny o różnym nasileniu.

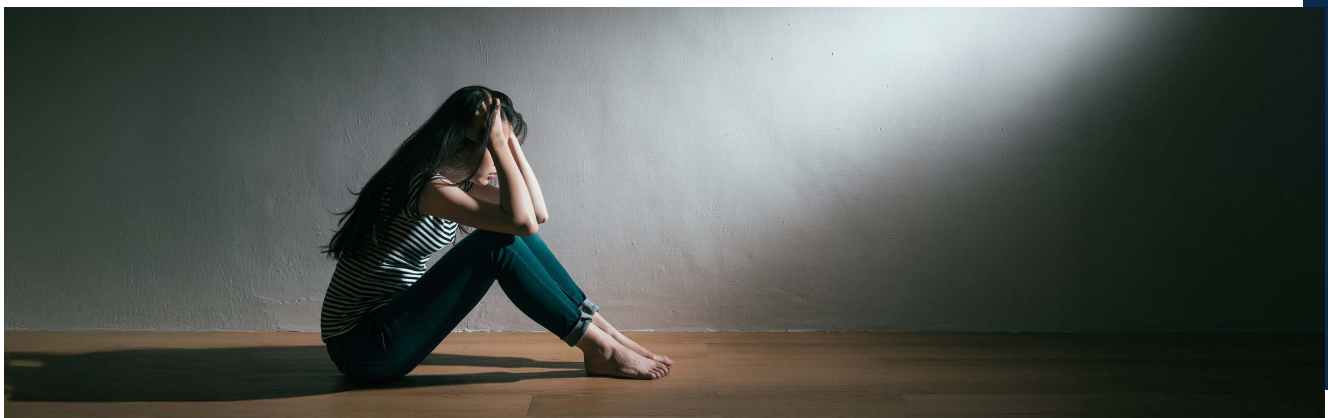
Objawy epizodu depresyjnego:

- obniżenie nastroju
- osłabienie koncentracji i uwagi
- niska samoocena i mała wiara w siebie
- poczucie winy i małej wartości
- pesymistyczne widzenie przyszłości
- myśli i próby samobójcze
- utrata zainteresowań i radości przy wykonywaniu ulubionych czynności
- spowolnienie psychoruchowe
- utrata apetytu, ubytek masy ciała

Kryteria diagnostyczne epizodu depresyjnego wg ICD-10

- epizod depresyjny trwa co najmniej 2 tygodnie
- w żadnym okresie życia nie występowały dotąd objawy hipomaniakalne lub maniakalne wystarczające do spełnienia kryteriów epizodu hipomaniakalnego lub maniakalnego
- przyczyny epizodu nie wiążą się z używaniem substancji psychoaktywnych ani z jakimkolwiek zaburzeniem organicznym

Zaburzenia depresyjne nawracające (ZDN) to powtarzające się epizody depresyjne. Ich początek bywa ostry lub powolny, a czas trwania waha się od kilku tygodni do kilku miesięcy.



Wyróżnia się:

- zaburzenia depresyjne nawracające, epizod depresji łagodny
- zaburzenia depresyjne nawracające, epizod depresji umiarkowany
- zaburzenia depresyjne nawracające, epizod depresji ciężki bez objawów psychotycznych
- zaburzenia depresyjne nawracające, epizod depresji ciężki z objawami psychotycznymi
- zaburzenia depresyjne nawracające obecnie remisja

Kryteria diagnostycznych zaburzeń depresyjnych nawracających wg ICD-10:

- przebyty wcześniej co najmniej jeden łagodny, umiarkowany lub ciężki epizod depresyjny, trwający minimum 2 tygodnie i oddzielony od obecnego epizodu co najmniej dwoma miesiącami wolnymi od jakichkolwiek istotnych przejawów zaburzeń nastroju
- nigdy w przeszłości nie występował epizod spełniający kryteria epizodu hipomaniakalnego lub maniakalnego
- przyczyny epizodu nie wiążą się z używaniem substancji psychoaktywnych ani z jakimkolwiek zaburzeniem organicznym



Metody leczenia depresji

Nie są to wyłącznie leki. Obecnie wciąż panuje przekonanie o szkodliwości leków stosowanych w psychiatrii. Niestety jest to pokłosie starej generacji leków, które miały szereg niepożądanych skutków ubocznych. Dzięki współczesnym metodom farmakologicznym udało się zaprojektować leki tak, aby znacząco je wyeliminować. Przede wszystkim pamiętaj, że leki te nie uzależniają.

Obecnie przyjmuje się, że celem leczenia depresji powinna być remisja objawowa i funkcjonalna, czyli:

- całkowite ustąpienie jej objawów,
- powrót osoby leczonej do optymalnego i satysfakcjonującego funkcjonowania.

Leczenie farmakologiczne:

- leki przeciwdepresyjne (z grupy SSRI, SNRI skuteczność ok. 70%)
- psychoterapia (w nurcie poznawczo-behawioralnym, psychodynamicznym)
- zabiegi elektrowstrząsowe (ECT) (w depresji lekoopornej, skuteczność 70 - 90%)
- przezczaszkowa stymulacja elektromagnetyczna (TMS)
- stymulacja nerwu błędnego (VNS)

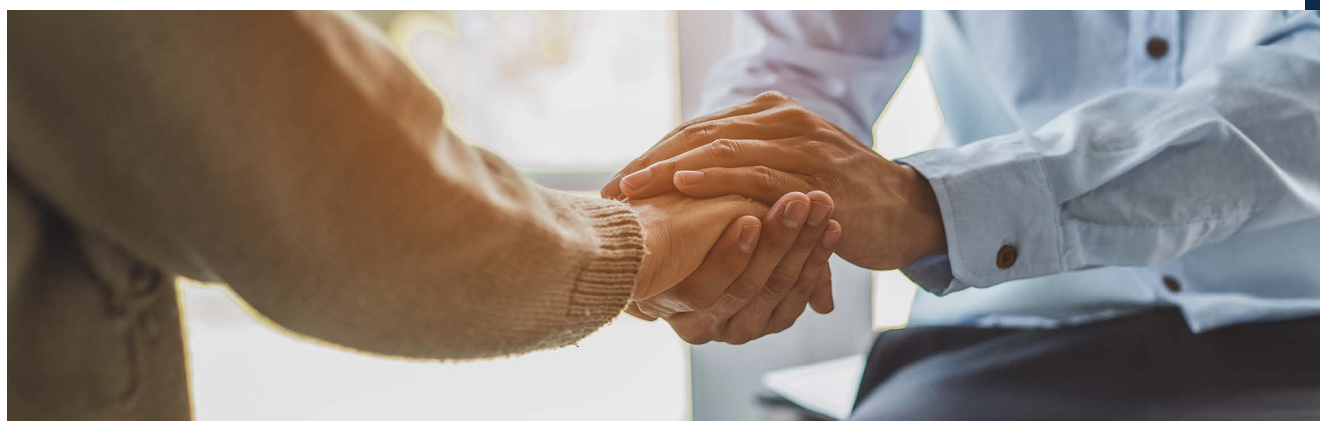
Psychoterapia to metoda leczenia różnych zaburzeń związanych z psychiką. Polega na regularnym kontakcie z wykwalifikowanym terapeutą. Podczas tych regularnych spotkań pacjent opowiada o trudnościach, z jakimi aktualnie się zмага, historiach, które dla pacjenta są ważne, nierzadko trudne. Przebieg terapii zależy od podejścia, czyli nurtu. Najpopularniejsze nurty psychoterapii to: psychoterapia poznawczo-behawioralna i psychodynamiczna. Sporą częścią sukcesu terapii jest motywacja pacjenta, czyli jego chęć do zmiany.



Terapia poznawcza koncentruje się na zmianie dysfunkcjonalnego myślenia. Sytuacje stresowe wywołają schematyczne myślenie i automatyczne zachowania na podstawie wzorów zakodowanych od dziecka. Osoby cierpiące na depresję zwykle boją się, że nie są kochane, że zostaną zranione i nie mogą zaufać najbliższym. Ponadto mają obniżone poczucie własnej wartości. Nad tymi obszarami pracują terapeuci poznawczy, by zmienić negatywne schematy myślenia i postrzegania siebie. Podczas tej terapii liczy się „tu i teraz”, a nie rozkładanie na czynniki pierwsze doświadczeń z dzieciństwa.

Terapia interpersonalna koncentruje się na problemach interpersonalnych pacjenta, czyli trudnościach w komunikacji z rodziną, bliskimi, znajomymi, pracodawcą itp. Jest formą „terapii mówionej”. Terapeuta skupia się na zagadnieniach ważnych dla chorych na depresję, takich jak: żałoba, zmiana ról, kwestionowanie ról, deficyty interpersonalne (samotność i izolacja społeczna). Podczas rozmowy pacjent musi odpowiedzieć sobie na pytanie, dlaczego jest sam, dlaczego znajomi odsunęli się od niego, dlaczego nie chce być matką swojego dziecka itp. Do strategii terapeutycznych należy między innymi „burza mózgów”, czyli wspólne z terapeutą zastanawianie się nad nowymi metodami rozwiązywania konfliktów interpersonalnych.

Terapia behawioralna koncentruje się na zachowaniu pacjenta i przeprowadzeniu jego zmiany. Osoby cierpiące na depresję płaczą, cierpią na bezsenność i ataki lęku. Pacjenci na początku terapii uczą się monitorować swój nastrój i aktywność. Zapisują, co zrobili danego dnia i jakie uczucia towarzyszyły im podczas wykonywania tych czynności. Do popularnych technik terapeutycznych należy relaksacja, wyrównywanie oddechu poprzez oddychanie przeponowe, a także zatrzymywanie negatywnych myśli podczas ataku lęku czy bezsenności. Po pierwszych takich spotkaniach, co naturalne, można czuć się gorzej, bo wraca się do bolesnych wspomnień. Jednak z czasem te wspomnienia przestaną sprawiać ból, a emocje błędną, stają się mniej wyraziste.



Pomoc

- Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży tel. 116 111 (czynny całodobowo).
- Antydepresyjny Telefon Forum Przeciw Depresji tel. 22 594 91 00 (czynny w każdą środę – czwartek od 17.00 do 19.00).
- Telefon zaufania dla osób dorosłych w kryzysie emocjonalnym tel. 116 123 (poniedziałek-piątek od 14:00-22:00, połączenie bezpłatne). Infolinia czynna jest od poniedziałku do czwartku w godzinach 18:00-21:00.
- ITAKA – Antydepresyjny telefon zaufania tel. 22 484 88 01 czynny od poniedziałku do piątku od 15:00 do 20:00.
- Telefoniczna Pierwsza Pomoc Psychologiczna tel. 22 425 98 48 (poniedziałek – piątek od 17:00 do 20:00 / sobota od 15:00 do 17:00).
- Stowarzyszenia Animo – Odważ się żyć! Wsparcie psychologiczne tel. 22 270 11 65.

Książki, które warto przeczytać:

- Matthew i Ainsley Johnstone, Życie pod psem, który wabi się Depresja, Media Rodzina, Poznań 2010.
- Althaus David, Hegerl Ulrich, Reiners Holger, Depresja? Na 111 pytań odpowiada dwóch specjalistów oraz osoba dotknięta depresją, Media Rodzina, Poznań 2010.
- Solomon Andrew, Anatomia depresji. Demon w środku dnia, Zysk i S-ka, Poznań, 2004.
- Wiliam Styron, Pograć się w mroku, PIW, 1951.
- Wiliam Styron, Ciemność widoma, Świat Książki, 2012.
- Ewa Łokuciejewska. Studium depresji, Radwan, 2010.
- Jamison Kay Redfield, Noc szybko nadchodzi, Zysk i S-ka, Poznań, 2004



Wizyta u psychiatry

Pierwsza wizyta u psychiatry to dla wielu osób spory stres, niekończące się pytania, lęk, niepewność, ale też wstyd i zakłopotanie. Aby lekarz mógł jak najbardziej szczegółowo poznać twoje aktualne trudności, wizyta może trwać 40 - 60 minut. Pamiętaj, że ty również możesz zadawać pytania.

Błędy poznawcze pacjentów z depresją

- wszystko albo nic - myślenie w skrajnych kategoriach albo całkowicie pozytywnych, albo negatywnych
- wybiórcza uwaga - koncentrowanie się na negatywnych aspektach sytuacji, przy pomijaniu pozytywnych stron
- arbitralne wnioskowanie - wyciąganie wniosków na podstawie małej liczby przesłanek lub przy ich braku
- nadmierne uogólnienia - wyciąganie ogólnego wniosku z jednego wydarzenia
- personalizacja - bezpodstawne przypisywanie sobie odpowiedzialności za negatywne doświadczenia

Leczenie sanatoryjne na NFZ

Oddział Leczenia Zaburzeń Nerwicznych jest oddziałem szpitalnym w strukturach podmiotu leczniczego. Leczenie jest skierowane do pacjentów z całej Polski w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Pacjenci mają zapewniony bezpłatny pobyt, wyżywienie i program psychoterapeutyczny.

W Polsce są Oddziały Leczenia Zaburzeń Nerwicznych np. w Mosznie, w Ustroniu.



Mikroflora a depresja

Zależność pomiędzy składem mikroflory jelitowej a występowaniem i nasileniem objawów depresji oraz stanów lękowych została wykazana w licznych badaniach klinicznych. Okazuje się, że komunikacja pomiędzy mózgiem a jelitami działa w dwie strony. Mikroflora oddziałuje na mózg, natomiast stan psychiczny i psychologiczny człowieka wpływa na skład i ilość mikroorganizmów w przewodzie pokarmowym. W wyniku stresu emocjonalnego spada populacja bakterii probiotycznych *Lactobacillus* i *Bifidobacterium*.



Suplementacja psychobiotyków

Coraz to nowsze doniesienia o silnej zależności pomiędzy funkcjonowaniem ośrodkowego układu nerwowego a mikroflorą jelit skłaniają naukowców do poszukiwania praktycznych zastosowań probiotyków w terapii schorzeń neurologicznych i psychicznych.

Wprowadzony został termin „psychobiotyk”, określający te bakterie, które poprzez oddziaływanie na oś jelitowo-mózgową wywierają korzystny wpływ na zdrowie pacjentów z zaburzeniami emocjonalnymi i psychicznymi. Wykazano, że suplementacja wybranych szczepów bakteryjnych przez osoby zdrowe pozytywnie wpływa na ich stan emocjonalny.

W badaniu, podczas którego ochotnicy przez 3 tygodnie spożywali napój mleczny zawierający *Lactobacillus casei-Shirota*, zaobserwowano poprawę nastroju, natomiast wśród osób zażywających przez 30 dni preparat *Lactobacillus helveticus* oraz *Bifidobacterium longum* wykazano spadek stężenia kortyzolu oraz objawów lękowych. Obiecujące są także wyniki wielu innych badań, podczas których zaobserwowano m.in. obniżenie: poziomu lęku i agresji, nasilenia myśli depresyjnych, natężenia poziomu stresu oraz poprawę funkcji poznawczych i aktywności bioelektrycznej mózgu.

Aktywność fizyczna w walce z depresją

Badania pokazują, że regularne treningi cardio, jak bieganie, mogą zmniejszyć objawy depresji. Niektóre jej rodzaje spowodowane są częściowo niedoborem neurotransmiterów, takich jak serotonina i dopamina. Bieganie pomaga zwiększyć ich produkcję w organizmie, poprawiając tym samym nastrój. Dodatkowym bonusem jest uwolnienie endorfin do krwioobiegu – naturalnych antydepresantów, które z kolei mogą prowadzić do uczucia euforii u biegaczy. U pacjentów ze zdiagnozowaną depresją, którym nadano regularne treningi biegowe, spadł poziom napięcia, zmęczenia i niepokoju.

Redukcja niepokoju i stawianie sobie celów

Naukowcy wykazali, że systematyczny udział w treningach aerobowych redukuje poziom hormonów stresu we krwi oraz podnosi i stabilizuje nastrój. Nawet 5 minut ćwiczeń może powodować spadek niepokoju, a u pacjentów tego typu udowodniono mniejsze napięcie mięśni po sesji treningowej oraz mniejszą nadaktywność. Według badań, stawianie sobie celów może być ważnym krokiem na drodze wychodzenia z choroby lub zaburzeń psychicznych. Prawidłowe ustalanie celów pomaga również podnieść motywację i rozwinąć nawyk regularnego biegania. Mało tego, nawyk ten pomaga ułożyć dzień i zorganizować jego plan. Będąc świadomymi znaczenia profilaktyki zdrowotnej, ludzie coraz częściej odczuwają potrzebę systematycznej aktywności fizycznej. Bieganie, jako najprostsza forma ruchu, zdobywa coraz więcej zwolenników. Bieganie niezaprzeczalnie wpływa pozytywnie na ogólnie rozumiane zdrowie psychiczne i może pomóc w walce z niektórymi dolegliwościami, a nawet nałogami.

Materiał ten ma charakter wyłącznie edukacyjny i nie może zastąpić porady lekarskiej, diagnozy ani indywidualnej konsultacji z lekarzem, pielęgniarzką, rehabilitantem, farmaceutą lub innym wykwalifikowanym personelem medycznym. W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących zdrowia, objawów lub leczenia, należy zawsze skonsultować się z odpowiednim specjalistą medycznym.

Opracowanie: mgr Anna Serwecińska, konsultacja: mgr Jolanta Czerwińska, dr n. med. Wojciech Sakiewicz.

Bibliografia:

1. Waszczak E, Kupcewicz E, The analysis of strategies of coping with stress in a group of anaesthetics nurses. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*. Wydawnictwo SAN Tom XV, Zeszyt 12, część I, 2014, s. 313-326.
2. Heszen-Celińska I, Sęk H, *Psychologia zdrowia*. Wyd. 1, PWN, Warszawa 2020.
3. Ostrowska, M. i Michcik, A. (2013). Wypalenie zawodowe. Przyczyny, objawy, skutki, zapobieganie. *Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka*, 8,
4. Cieślak H, Knoff B, Sienkiewicz Z, *Rozpowszechnienie czynników ryzyka wśród mieszkańców Warszawy*, Piel. Polska, 2015, Nr. 2 (56)

Ten dokument jest własnością AMERICAN HEART OF POLAND S.A. Wszelkie prawa zastrzeżone. Niedozwolone jest rozpowszechnianie, kopiowanie, modyfikowanie ani udostępnianie pliku bez uprzedniej zgody AMERICAN HEART OF POLAND S.A.