

PORADNIK
DLA OPIEKUNÓW I BLISKICH

Depresja



ODNALEŹ
SIEBIE

www.odnalezcsiebie.pl


ADAMED

Niniejszy „Poradnik” zawiera tylko ogólne wskazania dla osób dotkniętych chorobą oraz ich opiekunów i w żadnym przypadku nie może on zastąpić porady lekarskiej.
Zalecenia lekarza powinny mieć zawsze pierwszeństwo.

O chorobie

W języku medycznym/klinicznym depresja oznacza długotrwałe, uporczywe uczucie rozpacz, braku nadziei różniące się jakościowo od przeżywanych przez osoby zdrowe odczuć smutku/nieszczęścia.

U osób doświadczających klinicznej postaci depresji choroba utrudnia lub wręcz dezorganizuje normalne funkcjonowanie rodzinne, zawodowe i towarzyskie.

Przyczyny choroby

Niestety nie są do końca znane i to powoduje, że współczesna medycyna ma problemy z w pełni skutecznym diagnozowaniem i leczeniem. Jeśli w przypadku innych schorzeń psychicznych wskazujemy na 3 grupy przyczyn, to w depresji kryteria te zawodzą:

1. Biologiczne: nie stwierdza się zmian w czynnościach biochemicznych mózgu dających się potwierdzić dostępnymi badaniami diagnostycznymi. W przypadku kobiet, których depresja dotyka najczęściej, można by wskazać na zmiany hormonalne w trakcie cyklu miesięczkowego, ale bezpośrednich dowodów brak.
2. Predyspozycje genetyczne: wiemy tylko tyle, że czynnikiem ryzyka jest fakt doświadczania depresji przez rodziców osób chorych. Dowodów biologicznych nie znamy.

3. Osobnicze/środowiskowe: te są poznane najlepiej. Wiadomo bowiem, że depresja najczęściej dotyka ludzi żyjących w krajach rozwiniętych, w miastach i występuje zdecydowanie częściej u kobiet. Oznaczałoby to zatem, iż zaburzenia depresyjne mają związek z tempem życia, stresem, aktywnością, czy wręcz nadaktywnością zawodową. Wiek nie ma tu większego znaczenia, chociaż są pewne rodzaje depresji związane np. z wiekiem starczym. Inne czynniki sprzyjające to: bezrobocie, utrata najbliższych, zwłaszcza rodziców w dzieciństwie, współmałżonków, problemy w życiu rodzinnym, trudności adaptacji środowiskowej, złe doświadczenia życiowe, wystąpienie choroby przewlekłej itp.

Należy zaznaczyć, że wyniki badań naukowych prowadzonych w ostatnich latach zdają się potwierdzać predyspozycje genetyczne w zapadalności na depresję, aczkolwiek wciąż nie znamy dokładnie mechanizmów biologicznych tego zjawiska. Inne z kolei badania sugerują, że na depresję mają wpływ pewne procesy biochemiczne w naszym mózgu, które organizm wykorzystuje do przesyłania sygnałów z jednej komórki nerwowej do drugiej. Ta wiedza wykorzystywana jest do opracowywania i doboru leków antydepresyjnych.

Epidemiologia

Dane statystyczne są niejednolite: mówi się, że choruje 3% populacji. Niektórzy autorzy piszą nawet o 3–6%. Rozbieżności wynikają głównie z tzw. „czarnej liczby”, czyli faktu, że są chorzy, ale nikt ich nie zdiagnozował, nie zarejestrował i nie leczył. Uważa się, że jedynie 1/5 pacjentów z depresją kliniczną zgłasza się do lekarza.

Depresja jest więc najczęstszym schorzeniem psychicznym, a wręcz cywilizacyjnym. W społecznościach wiejskich, gdzie tempo życia jest zdecydowanie wolniejsze zachorowalność pozostaje wyraźnie mniejsza. Depresja kliniczna jest również chorobą społeczną, ponieważ jej negatywne skutki dotyczą najbliższe otoczenie chorych, w szczególności rodzinę.

Objawy

Objawy depresji są mocno zróżnicowane i występują w różnych konfiguracjach, co niestety nie ułatwia diagnostyki. Do najczęstszych objawów

klinicznych depresji należą:

1. Zachowanie i wygląd: pacjent unika kontaktu wzrokowego, może być przygarbiony, siada z wyraźną ociężałością. Daje się zauważyć ogólne zaniedbanie, brak troski o ubiór i higienę.
2. Mowa: jest spowolniona i monotonna, brakuje spontaniczności, odpowiedzi uzyskuje się często po chwili i z przerwami.
3. Nastrój, zmęczenie i wyczerpanie: obniżenie nastroju jest jedną z pierwszych skarg w depresji, co nie zawsze znaczy że mamy do czynienia z depresją. Pacjenci skarżą się na przewlekłe zmęczenie i wyczerpanie.
4. Lęk i tendencje (myśli) samobójcze: lęk należy do jednych z najczęstszych objawów depresji klinicznej. Chory odczuwa silny niepokój, nie jest w stanie usiedzieć na miejscu, kręci się w kółko, załamuje ręce. Towarzyszą temu zazwyczaj różnego rodzaju objawy somatyczne. W tym przypadku należy liczyć się z tendencjami samobójczymi.
5. Inne objawy psychiczne: poranna (po przebudzeniu) drażliwość, anhedonia czyli brak uczuć wobec bliskich i samego siebie, natrętne myśli (obsesje) i przymusowe czynności (kompulsje) – np. kilkakrotne mycie rąk, sprawdzanie stanu lodówki, zamknięcia mieszkania.
6. Urojenia: występują w zasadzie tylko w ciężkich postaciach depresji psychotycznej i różnią się istotnie od występujących w schizofrenii. Pacjenci odnoszą wrażenie zaniku pewnych części ciała, ale nie zagrożenia dla siebie, co sprawia że nie są groźni dla otoczenia.
7. Zaburzenia poznawcze: jeśli występują, to ich powody są wtórne i wynikają z ogólnego przygnębienia i niechęci. U osób w starszym wieku mogą być nasilone z uwagi np. na współwystępujące schorzenia somatyczne czy ograniczenia związane z osłabieniem, wzrokiem itp.
8. Biologiczne i somatyczne objawy depresji: są zróżnicowane, ale cechą charakterystyczną jest fakt, iż nie występują samodzielnie, tzn. bez współistniejących objawów psychicznych. Przeważnie obserwuje się zaburzenia sercowo-krążeniowe (uczucie zmiany rytmu bicia serca, tachykardię; układ oddechowy: duszności, brak tchu; układ pokarmowy: suchość w ustach, problemy z przetykaniem, mdłości, bóle, biegunki; układ moczowo-płciowy: częstomocz, bóle menstruacyjne, problemy ze wzwodem. Dodatkowo pojawiać się mogą bóle głowy, drżenia itp.

Do biologicznych objawów zaliczyć trzeba również: zmniejszenie apetytu, spadek masy ciała, wczesne poranne budzenie się, zmniejszenie libido oraz zaparcia.

Diagnoza

Depresja kliniczna należy do grupy wielu chorób (np. psychicznych, neurologicznych) gdzie nie dysponujemy tzw. markerami biologicznymi. Innymi słowy nie ma badań obrazowych (prześwietlenie, ultrasonografia, rezonans magnetyczny) ani też laboratoryjnych (np. badanie krwi, moczu), które pozwoliłyby ją zdiagnozować. Czasami wykonuje się wprawdzie różne badania diagnostyczne, ale robi się to w celu wykluczenia innych stanów chorobowych, bądź też ustalenia, że odczuwane przez pacjenta np. stany bólowe są skutkiem depresji.

Na czym zatem opiera się diagnoza:

Przede wszystkim na poznaniu zachowań chorego poprzez:

1. Rozmowę/wywiad z chorym.
2. Rozmowę/wywiad z rodziną i najbliższym otoczeniem.
3. Obserwację chorego – ambulatoryjną i/lub szpitalną.

Tak więc już na etapie diagnostyki pożądanym i niemal niezbędnym jest udział najbliższych osoby chorej. Od ich woli i rzetelności w znaczącym stopniu zależy rozpoznanie schorzenia oraz jego leczenie. Pomoc udzielona lekarzowi ma tu pierwszorzędne znaczenie.

W każdym z tych trzech przypadków może dojść do mimowolnej, subiektywnej oceny. Aby temu zapobiec w praktyce medycznej funkcjonują określone standardy/procedury, które umożliwiają i ułatwiają diagnostykę, będąc obowiązującymi dla lekarzy (np. DSM-IV, ICD-10). Dodatkowym wsparciem dla lekarzy są specjalistyczne ankiety/testy, które ułatwiają postawienie granicy pomiędzy przejściowymi zaburzeniami depresyjnymi, a depresją kliniczną, wskazując zarazem na potrzebę rozpoczęcia leczenia farmakologicznego.

Uwaga: nadal jeszcze w potocznej świadomości społecznej choroby, które „nie bolą”, a więc przede wszystkim schorzenia psychiczne, nie są uznawane za stan chorobowy, ale za coś, co np. ma usprawiedliwić niezaradność życiową, niedostosowanie społeczne/środowiskowe itp. Jeśli bez uprzedzeń i jawnie udajemy się do lekarza rodzinnego, kardiologa, ginekologa, to wizyta u psychiatry pojmowana bywa jako coś stygmatyzującego i upośledzającego w dalszym życiu. To pogląd całkowicie błędny! Do lekarza

psychiatry nie jest wymagane skierowanie, tak więc można udać się do dowolnie wybranej Poradni Zdrowia Psychicznego.

W obowiązującym w Polsce systemie ochrony zdrowia podejrzenie depresji może sformułować już lekarz rodzinny, chociaż ostateczną diagnozę zazwyczaj podejmuje specjalista psychiatra.

Rodzaje depresji

Współczesna psychiatria wyróżnia kilkanaście rodzajów depresji. Podstawą klasyfikacji są m.in.: objawy, czas trwania, ciężkość i częstotliwość występowania, okoliczności ujawnienia się itp. Pierwszą, ogólną klasyfikacją jest podział na depresję endogenną oraz egzogenną (reaktywną). Depresja endogenna wywoływana jest przez czynniki wewnętrzne i ma zdecydowanie mniej, lub wcale objawów biologicznych. Z kolei depresja egzogenna, zwana też reaktywną lub nerwicową posiada źródła w czynnikach zewnętrznych, np. stres, trudne doświadczenia życiowe. Częstym powodem pojawienia się depresji egzogennej/reaktywnej są: wystąpienie ciężkiej przewlekłej choroby u pacjenta lub najbliższych. Obie grupy nie są zresztą jednorodnie i niejednokrotnie wzajemnie się przenikają.

W praktyce medycznej mówi się więc o depresjach: dużej i małej, przewlekłej i krótkotrwałej, nawracającej, psychotycznej (towarzyszą jej urojenia), lekoopornej i in.

Depresja u dzieci i młodzieży

Niestety występuje ona również w tej grupie wiekowej. Przyczyny bywają zarówno endo-, jak i egzogenne/reaktywne. Objawy są podobne do dorosłych, aczkolwiek do specyficznych dla tej grupy wiekowej należy zaliczyć: ich zmienność w zależności od wieku, bierność, uległość, zubożenie, lęk, brak troski o swoją własność, autoagresja (czasami próby samobójcze). W wieku przed i wczesnoszkolnym częste są zaburzenia zachowania oraz opóźnienie w nabywaniu umiejętności społecznych, przekładające się na trudności szkolne i brak akceptacji ze strony grup rówieśniczych. Zdarza się, że dzieci te stają się obiektem agresji, wyśmiewania, kpin itp. Przyczynami depresji wieku dziecięcego są niewłaściwe, albo lepiej, nie zawsze akceptowalne na zewnątrz wzory zachowań wy-

niesione z domu (niekiedy bardzo błahe, np. odzież, drobne ułomności fizyczne, wady wymowy), powodujące np. agresję, drwiny ze strony koleżanek/kolegów oraz komplikacje/nieprawidłowości w życiu rodzinnym: alkoholizm rodzica/ów, separacja, rozwód lub też nierówne traktowanie w porównaniu z rodzeństwem. Innymi słowy: dziecko potrzebuje poczucia bezpieczeństwa, a instynkt podpowiada mu, że bez pomocy dorosłych nie da sobie rady. Bywają nimi również kryminalne z punktu widzenia prawa zachowania seksualne dorosłych wobec dzieci. Niezdiagnozowana i nieleczona depresja wieku dziecięcego może odcisnąć swoje negatywne piętno na całym, dalszym życiu młodego człowieka.

W wieku młodzieńczym powodem depresji stają się nierzadko, szczególnie u dziewcząt problemy z wyglądem zewnętrznym, np. dużą nadwagą, trądzikiem młodzieńczym.

Wyjątkowo ważne jest, aby nie lekceważyć objawów, które mogą maskować depresję, a więc opuszczenia zajęć szkolnych, zażywania substancji toksycznych, bólów głowy i brzucha.

W procesie leczenia depresji u dzieci i młodzieży stosuje się leczenie farmakologiczne (leki są zazwyczaj inne niż u osób dorosłych) oraz psychoterapię i terapię społeczną, których rola w tym wieku jest szczególnie istotna z uwagi na węższe spektrum dostępnych leków oraz ich działania uboczne.

Podejrzenie depresji postawić może psycholog/pedagog, lekarz rodziny/pediatra, ale procesem leczenia powinien kierować psychiatra dziecięcy. Duże doświadczenie posiadają również specjaliści z zakresu neurologii dziecięcej.

Leczenie

We współczesnej psychiatrii stosuje się różne formy leczenia, przy czym dominuje pogląd, że uzupełniają się one wzajemnie, a więc powinny być w odpowiednich proporcjach stosowane łącznie.

1. Farmakoterapia: jest formą podstawową, choć celowo nie piszemy najważniejszą. Opiera się na stosowaniu odpowiednich leków. Należy zaznaczyć, że pierwsze, istotne efekty działania leków przeciwdepre-

syjnych pojawiają się zazwyczaj po 2–3 tygodniach.

Uwaga: o tym jaki lek zażywać, w jakiej postaci i jakich dawkach decyduje wyłącznie lekarz.

2. Psychoterapia: nie ma dotąd badań potwierdzających jej samodzielną skuteczność w leczeniu depresji klinicznej. Z drugiej strony mamy naukowe potwierdzenie, że łączenie farmakoterapii i psychoterapii zdecydowanie poprawia wyniki leczenia. Potrzeba psychoterapii wynika ponadto ze zgłaszanych przez pacjentów oczekiwań co do rozmowy, ciepła, zaufania, porady itp. Realizowana jest w formie indywidualnej i grupowej w warunkach ambulatoryjnych, szpitalnych lub sanatoryjnych.
3. Terapia społeczna: osoby chore na depresję często nie radzą sobie z funkcjonowaniem w dotychczasowym środowisku towarzyskim, rodzinnym, zawodowym (np. tracą pracę). Celem tej terapii jest powrotne wprowadzanie chorych w normalne lub w miarę normalne funkcjonowanie społeczne. Z tego względu bardzo ważna jest aktywizacja zawodowa i środowiskowa chorych.

Rokowanie

W tej materii należy wyrażać się dość ostrożnie. Nieprzypadkowo nowoczesna psychiatria stara się nie używać określenia „wyleczenie” lecz „zejście choroby”. Oznacza to, że np. przy trwającej kilka lat remisji choroby powinniśmy się mimo wszystko liczyć z ewentualnością powrotu objawów.

Jak podjąć leczenie?

Jest to jeden z trudniejszych problemów. Z reguły bowiem chorzy do lekarza, zwłaszcza psychiatry nie chcą pójść. Warto zatem, aby ktoś z bliskich po zauważeniu niepokojących objawów sam udał się do lekarza psychiatry, który poradzi co dalej robić.

Kto, jak i gdzie prowadzi leczenie?

Jak już wcześniej powiedziano, podejrzenie wystąpienia choroby postawić może już lekarz pierwszego kontaktu/rodzinny. W znaczącej części przypadków jest on kompetentny do postawienia diagnozy i leczenia. Jeśli przynosi ono efekty nie ma potrzeby wizyty u specjalisty – psychiatry.

Jeśli nie, to należy udać się właśnie do psychiatry. Nie jest wymagane skierowanie.

Niekiedy w procesie diagnostycznym uczestniczą lekarze innych specjalności, np. neurologi, po to aby wykluczyć inne schorzenia o podłożu somatycznym, które mogą dawać objawy podobne do depresyjnych.

Proces leczenia prowadzi się w warunkach domowych, ambulatoryjnych lub rzadziej szpitalnych, przy czym jeśli lekarz psychiatra uzna, że stan chorego stanowi zagrożenie dla otoczenia lub jego samego, może podjąć decyzję o przymusowej hospitalizacji (szerzej zob. niżej), zatwierdzonej i uchylanej przez sąd, jeśli zagrożenia ustaną.

Jeśli chory leczy się u lekarzy innych specjalności powinno się ich poinformować o przyjmowanych lekach psychotropowych. Pozwoli to uniknąć potencjalnie groźnych interakcji lekowych (najlepiej pokazać dołączoną do opakowania ulotkę).

Bardzo ważną rolę odgrywają również psycholodzy, którzy we współpracy z psychiatrą mogą określać i wspomagać działania psychoterapeutyczne, w tym terapię społeczną. Nie mogą natomiast decydować o lekach.

Istotną funkcję w terapii depresji ma najbliższe otoczenie chorego, a w szczególności rodzina. Brak z jej strony współpracy może nawet przesądzić o wynikach leczenia.

W aspekcie terapii społecznej obserwujemy w ostatnich latach coraz większą aktywność różnego rodzaju stowarzyszeń chorych/rodzin, fundacji, organizacji pozarządowych i kościelnych. Trzeba zaznaczyć, iż z organizacjami tymi współpracują psychiatry, psycholodzy, przeszkoleni wolontariusze, dzięki czemu oferowana pomoc spełnia odpowiednie standardy.

Leki i zasady leczenia farmakologicznego

Leki stosowane w leczeniu depresji dzielą się na dwie grupy o odmiennych właściwościach i wskazaniach. Są to tzw. typowe leki przeciwdepresyjne (zwane też trójpierścieniowymi lub trójcyklicznymi) oraz nietypowe/atypowe. U podstaw tego podziału leży mechanizm biologiczny ich działania, polegający na selektywności wychwytu zwrotnego neuroprzebieżników (np. adrenaliny, noradrenaliny, serotoniny, dopaminy). Nie można powiedzieć, że jedne są lepsze czy gorsze. O wyborze konkretnego leku decyduje zawsze lekarz, kierując się stanem konkretnego pacjenta. Wszystkie leki przeciwdepresyjne poprawiają nastrój, a niektóre działają też uspokajająco i nasennie.

Leki przeciwdepresyjne mają również działanie znoszące zahamowania w postępowaniu pacjenta, co u niektórych chorych może spowodować skłonności samobójcze. Z tego względu podaje się je często wespół z lekami uspokajającymi i zaleca wzmoczoną obserwację, np. przez najbliższe otoczenie.

Wybór leku jest procesem trudnym i skomplikowanym także ze względu na działania uboczne. Najczęściej są nimi: suchość w gardle, zaburzenia widzenia, zaparcia i zatrzymanie moczu. Ordynując lek, lekarz musi wziąć również pod uwagę potencjalne interakcje z innymi przyjmowanymi przez chorego medykamentami oraz schorzenia współistniejące. Zdarza się, iż lekarz zastosuje więcej niż jeden lek.

Leki antydepresyjne podobnie zresztą jak wszystkie inne wykazują różnego rodzaju działania uboczne/niepożądane. O najważniejszych zostaniemy zazwyczaj poinformowani przez lekarza, ale zaleca się uważne przeczytanie dołączonej do opakowania ulotki. W razie wątpliwości należy skonsultować się z lekarzem lub farmaceutą. Nie oznacza to jednak, iż działania niepożądane muszą wystąpić, a jeśli tak, to będą się utrzymywać. Zależy to w istocie rzeczy od osobniczej tolerancji danego leku. Przeważnie ich natężenie zmniejsza się, zaś po 5–10 dniach przestają być odczuwalne bądź dolegliwe.

W przypadku dłuższego utrzymywania się działań niepożądanych bądź też, gdy są one bardzo silne, trzeba bezwzględnie zwrócić się do lekarza, który podejmie decyzję o zmianie leku.

W leczeniu farmakologicznym bardzo ważną rolę odgrywa ścisłe przestrzeganie zaordynowanych przez lekarza dawek i pór przyjmowania leków. Pełną skuteczność leki osiągają po około 10–14 dniach. Podobny jest także czas ich odstawiania, ale decyzję taką musi podjąć lekarz.

Czy w procesie leczenia depresji potrzebna jest hospitalizacja?

W zdecydowanej większości przypadków nie ma takiej konieczności. Wyjątkiem są sytuacje, gdy:

1. Chory przejawia wyraźne tendencje samobójcze (np. wcześniejsze próby) i zachodzi obawa o jego życie lub zdrowie.
2. Do postawienia diagnozy i opracowania sposobu leczenia potrzebna jest dłuższa dzienna lub całodobowa obserwacja pacjenta.
3. Nie ma innej możliwości realizacji psychoterapii, zwłaszcza grupowej.

W dwóch ostatnich przypadkach wcale nie musi to być pobyt całodobowy. W wielu szpitalach funkcjonują oddziały pobytu dziennego, w których pacjent przebywa kilka/kilkanaście godzin na dobę.

W ostatnich latach powstaje coraz więcej publicznych i niepublicznych ośrodków leczenia zaburzeń psychicznych w warunkach sanatoryjnych. Pobyt i leczenie mogą być finansowane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego NFZ lub ze środków funduszu aktywizacji zawodowej ZUS. Szczegółowe informacje można uzyskać od lekarzy oraz w lokalnych oddziałach NFZ i ZUS.

Koszty leczenia

Pojawienie się w rodzinie choroby przewlekłej zawsze budzi obawy o koszty leczenia. W przypadku depresji jest to o tyle istotne, że choroba może powodować czasową niezdolność do pracy albo konieczność zmiany dotychczas wykonywanej.

Obowiązujący w Polsce system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia zapewnia bezpłatny dostęp do lekarzy wszystkich specjalności biorących udział w leczeniu depresji, niezbędnych badań i ewentualnej hospitalizacji.

Zagrożenia dla chorego i otoczenia. Aspekty prawne

W przebiegu depresji, a więc inaczej niż np. w schizofrenii lub chorobie afektywnej dwubiegunowej w zasadzie nie występują przypadki, w których chorzy stanowią potencjalne zagrożenie dla otoczenia. Częściej natomiast zagrażają sami sobie z racji skłonności samobójczych. W takich sytuacjach przepisy prawa przewidują pewne środki zapobiegawcze. Są to środki przymusu bezpośredniego, przymusowa hospitalizacja i ubezwłasnowolnienie całkowite lub częściowe.

Wybrane problemy życiowe chorych i ich rodzin

Czy rozmawiać z chorym o jego chorobie?

Z pewnością tak, zwłaszcza jeśli nasz bliski tego sobie życzy, wręcz oczekuje. Z reguły wszakże chorzy unikają takich rozmów, a przy próbie ich podjęcia okazują agresję (np. słowną). Może minąć dużo czasu, zanim bliski uzna swoją niewydolność za chorobę. Jeżeli zatem zauważymy chęć kontaktu, to wykorzystajmy ten moment – a podczas rozmowy okażmy zrozumienie i serdeczność.

Pierwszą okazją bywają zwykle zauważone przez rodzinę niepokojące zmiany zachowania. Jeśli nasz bliski jest gotów na współpracę i wizytę u lekarza, należy nie zwlekać. Im szybciej podjęte będzie leczenie, tym lepsze rokowanie.

Ważne jest też dyskretne aktywowanie chorego. Zdarza się, że chorzy wzbudzają wtedy więcej zainteresowania, są odciążani od obowiązków, co w konsekwencji prowadzi do podtrzymania objawów. Warto w tym zakresie zasięgnąć porady psychoterapeuty.

Czy informować środowisko rodzinne/towarzyskie o chorobie?

Nie ma tu jednoznacznej odpowiedzi. Z pewnością kontynuacja, nawet tylko częściowa, dotychczasowej aktywności społecznej i rodzinnej jest pożądana i może być ważnym składnikiem psychoterapii. W takim więc kontekście dyskretne uprzedzenie rodziny i znajomych o „pewnych problemach” naszego bliskiego będzie pożądaną. Nawet jeśli dojdzie do „niezręcznej sytuacji”, będziemy mogli oczekiwać zrozumienia.

Aktywność edukacyjna i zawodowa

Zwróćmy uwagę, że depresja dotyka przede wszystkim ludzi młodych pomiędzy 20 a 30 rokiem życia, a więc w okresie, kiedy kończą edukację i budują karierę zawodową. Choroba powoduje z reguły jej przerwanie lub wręcz załamanie oraz bardzo często utratę środków utrzymania. W ogólnych założeniach psychoterapeutycznych podtrzymanie bądź przywrócenie aktywności edukacyjnej i zawodowej uznawane jest za istotny środek terapeutyczny.

Z drugiej strony wiadomo, że u podłoża choroby leżą różnego rodzaju czynniki środowiskowe, w tym np. stres na uczelni lub w miejscu pracy. Może zatem zaistnieć potrzeba zmiany środowiska, szkoły, uczelni i pracy. Jeśli tak jest, powinniśmy problem skonsultować z lekarzem albo psychologiem.

Innym czynnikiem, który powoduje konieczność zmiany dotychczasowej formy aktywności zawodowej, mogą być objawy choroby oraz stosowane leki, a ściślej ich działania uboczne. Powodują one zazwyczaj senność, osłabienie koncentracji itp., a przez to chory powinien powstrzymać się od prowadzenia pojazdów, obsługi maszyn, urządzeń, po to aby nie stwarzać zagrożenia dla osób trzecich. Jeżeli zatem dotychczasowy charakter zajęć wymagał takiej aktywności, należałoby jej przynajmniej czasowo zaniechać.

W przypadku aktywności edukacyjno-zawodowej znów pojawia się pytanie: czy informować pracodawcę o chorobie? Tak jak poprzednio, nie sposób sformułować jednoznacznej odpowiedzi. Być może uprzedzająca rozmowa z pracodawcą pozwoli na jego życzliwość, która później wyrazi się np. zgodą na zmianę zadań/stanowiska uwzględniającego uwarunkowania choroby.

Prawo jazdy. Prowadzenie samochodu

W Polsce nie ma obowiązku zwrotu prawa jazdy, gdy wystąpią okoliczności uniemożliwiające prowadzenie samochodu (tak jest np. w Wielkiej Brytanii), niemniej w okresach silnych stanów depresyjnych chorzy powinni bezwzględnie powstrzymać się od kierowania pojazdami.

Czy osoba dotknięta zaburzeniami depresyjnymi może ubiegać się o prawo jazdy? Z formalnoprawnego punktu widzenia nie ma tu przeszkód. Musimy się jednak liczyć z poważnymi utrudnieniami. Otóż w myśl obowiązujących obecnie przepisów prawnych choroby psychiczne stanowią jedną z głównych przesłanek negatywnych (choć nie bezwzględnych), a ponadto ustawodawca nie sformułował jednoznacznych kryteriów, które pozwoliłyby lekarzom orzekającym na wydawanie pozytywnych decyzji. Dodatkowo są oni krępowani zaleceniami różnych jednostek opiniodawczych, które obiektywnie wydają się nazbyt rygorystyczne. Tak więc powinniśmy się liczyć z długotrwałą i uciążliwą procedurą bez gwarancji na powodzenie.

Problemy ubezpieczeniowe

Wymagania współczesnego życia sprawiają, że coraz więcej osób wykupuje różnego rodzaju ubezpieczenia, tzw. życiowe lub emerytalno-rentowe. Jeżeli zatem osoba chora posiada już jakiegokolwiek ubezpieczenia życiowe, emerytalne, zdrowotne bądź środki zaangażowane w funduszach inwestycyjnych, zaleca się, aby tuż po stwierdzeniu choroby przejrzeć ogólne i szczegółowe warunki zawartych często przed laty umów z co najmniej dwóch powodów:

1. Bywa tak, że z chwilą wystąpienia choroby przewlekłej uzyskujemy prawo do pewnych świadczeń finansowych.
2. Niekiedy w umowach znajdują się klauzule, w myśl których niepoinformowanie ubezpieczyciela o wystąpieniu takich zdarzeń, jak np. choroba przewlekła, może stanowić podstawę do zerwania umowy, obniżenia należnych świadczeń itp.

W przypadku gdy mamy jakiegokolwiek wątpliwości, najlepiej udać się do właściwej firmy ubezpieczeniowej i poprosić o wyjaśnienia.

Zawsze natomiast przy zawieraniu nowych umów ubezpieczeniowych dotyczących chorego należy poinformować o jego chorobie, aby nie narazić się na odmowę wypłaty świadczenia.

Aktywność fizyczna, dieta

Choroba nie powoduje żadnych przeciwwskazań do kontynuacji dotychczasowej aktywności fizycznej. Wręcz przeciwnie – jest to ważny element terapeutyczny.

Należy zaznaczyć, że nie ma wyników badań naukowych, wskazujących na związek zaburzeń depresyjnych z dietą. W każdym bądź razie radzimy zadbać o ogólnie pojęte zdrowe odżywianie, obfitujące w warzywa, owoce i unikanie tzw. „fast foodów”. To co potocznie nazywamy „ciężkim jedzeniem” będzie przecież powodowało senność, ociężałość ruchową, a więc przyczyni się do wzmocnienia np. apatii.

Palenie tytoniu, alkohol

O powszechnie znanej szkodliwości palenia papierosów wszyscy wiemy. Rzucenie palenia byłoby ze względów zdrowotnych bardzo pożądane, aczkolwiek w okresach nawrotu choroby pojawiają się o wiele znacznie większe problemy i to zdaje się przesądzać, iż nie jest to najlepszy czas do nakłaniania chorego do zerwania z nałogiem. Chyba że sam chce i np. prosi o pomoc. Należałoby się raczej skupić na tym, aby palenie nie zakończyło się pożarem. Chorzy zazwyczaj mają tendencję do sporej lekkomyślności w kwestiach bezpieczeństwa.

Inaczej rzecz ma się w przypadku alkoholu. Już w stosunkowo niewielkich dawkach wpływa on na nastrój człowieka i jego psychikę (bezzasadne dowartościowanie, krótkotrwała eliminacja problemów życiowych), a ponadto z reguły koliduje z przyjmowanymi lekami. W tym aspekcie skutki mogą być groźne.

Czy depresja wpływa na ogólny stan zdrowia?

Jak już powiedziano, nie jest to schorzenie somatyczne, czyli takie, przy którym możemy wskazać jako przyczynę niedomaganie konkretnego organu ustrojowego. Czy zatem choroba może negatywnie rzutować/powodować somatyczne stany chorobowe? Nie ma na to jednoznacznych dowodów naukowych, jednak statystycznie zauważa się u chorych

zwiększoną o kilkanaście procent zachorowalność, np. na choroby serca i układu krążenia.

Małżeństwo, potomstwo

Niediagnozowana i nieleczona depresja wskutek jej objawów (apatia, niechęć do działania, zaburzenia funkcji seksualnych) bywa bardzo często powodem rozpadu związku/małżeństwa.

Trzeba też pamiętać, że większość leków stosowanych w leczeniu depresji jest teratogenna, czyli negatywnie wpływa na płód. Dlatego decyzja o ciąży powinna być świadoma i zaplanowana tak, aby zminimalizować konieczność przyjmowania leków w okresie jej trwania i późniejszego karmienia piersią.

Pojawia się tutaj jeszcze jeden problem natury moralnej – bardzo osobisty, a mianowicie czy informować partnera/kę o chorobie? Niestety nie da się udzielić w tej materii jednoznacznej odpowiedzi. Musimy wszakże pamiętać, iż zatajenie tego faktu może stać się okolicznością obciążającą w ewentualnym postępowaniu rozwodowym bądź też w staraniach o kanoniczne unieważnienie małżeństwa.

GDZIE SZUKAĆ POMOCY?

Depresja to nie tylko problem kilkuset tysięcy chorych w Polsce, ale również olbrzymie wyzwanie dla 2–3-krotnie liczniejszej grupy opiekunów, członków rodzin itp. Dzięki ich wysiłkowi powstały liczne stowarzyszenia, fundacje, grupy wsparcia, zrzeszające ludzi opiekujących się chorymi. Istnieją zarówno organizacje ogólnopolskie, jak i regionalne lub tylko lokalne. O wielu innych można uzyskać informacje w poradni psychiatrycznej albo w Internecie.

Na co możemy liczyć: przede wszystkim na wsparcie psychiczne, wymianę doświadczeń, informację oraz niekiedy na pewną pomoc materialną w postaci np.: turnusów rehabilitacyjnych, wyjazdów plenerowych itp.



ADAMED

Adamed Pharma S.A.
Pieńków, ul. Mariana Adamkiewicza 6A
05-152 Czosnów