

W ramach serwisu edukacyjnego dla pacjentów **Servier** dostępne są **poradniki** i **dzienniczki** z zakresu **diabetologii, hipertensjologii, kardiologii, psychiatrii**.

Zapraszamy do odwiedzenia strony www.servier.pl/content/dla-pacjenta w celu pobrania poradników.

Więcej informacji na temat:

- ▶ chorób serca i naczyń, ich profilaktyki, czynników ryzyka:

www.dbajoserce.pl

www.facebook.com/dbajoserce

- ▶ depresji, gdzie szukać pomocy:

www.forumprzeciwdepresji.pl

www.facebook.com/forumprzeciwdepresji

- ▶ profilaktyki przeciwnowotworowej:

www.wylacZRaka.pl

www.facebook.com/wylacZRaka



Depresja

w pytaniach pacjentów i odpowiedziach eksperta



Łukasz Święcicki

II Klinika Psychiatryczna
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Depresja

w pytaniach pacjentów
i odpowiedziach eksperta

Łukasz Święcicki

II Klinika Psychiatryczna
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Depresja

w pytaniach pacjentów i odpowiedziach eksperta

Autor:

prof. dr hab. n. med. Łukasz Święcicki

II Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

© ITEM Publishing Sp. z o.o. Sp. k.

Wydanie I

ISBN: 978-83-65747-46-4



Wydawca:

ITEM Publishing Sp. z o.o. Sp. k.

ul. Tużycka 12

03-683 Warszawa

e-mail: biuro@itempublishing.com

Wszelkie prawa zastrzeżone. Żaden fragment tej publikacji nie może być kopiowany, przechowywany bądź wprowadzony do systemu wyszukiującego lub przekazywany w jakiegokolwiek formie (elektronicznej, mechanicznej, fotokopii, nagrania lub innych) bez uprzedniej pisemnej zgody wydawcy.

Autor oraz wydawca dołożyli wszelkich starań, by publikacja ta zawierała informacje zgodne ze standardami akceptowanymi w czasie jej wydania. Autor i wydawca nie są odpowiedzialni za błędy lub zaniechania ani za konsekwencje korzystania z tej publikacji i nie składają żadnych zapewnień, bezpośrednio bądź pośrednio, w odniesieniu do zawartości książki. Wszelkie praktyki opisane w tej książce powinny być uwzględniane w odniesieniu do wyjątkowych okoliczności, jakie mogą wystąpić w danej sytuacji. Zaleca się zawsze sprawdzać informacje o produktach leczniczych (ulotki) pod kątem zmian i nowych informacji w kwestii dawkowania i przeciwwskazań przed podaniem leku.

SPIS TREŚCI

SŁOWO WSTĘPNE.....	5
--------------------	---

CZĘŚĆ 1 CZYM JEST DEPRESJA?

1. Czy depresja to smutek? Jak to jest z reakcją żałoby?	8
2. Jak się ma depresja do reakcji żałoby?	9
3. Czy depresja jest jednoznaczna z frustracją, niezadowolaniem z życia?	10
4. Czy depresja to brak odczuwania przyjemności i radości życia?	11
5. Czy depresję odczuwa się tylko psychicznie?	12
6. Czy wszyscy ludzie tak samo przeżywają depresję?	14
7. Czy depresję ma się „przez cały czas”?	15
8. Czy w depresji człowiek może się złościć?	16
9. Jak to jest z myślami samobójczymi w depresji?	16

CZĘŚĆ 2 JAK DEPRESJA WPŁYWA NA ŻYCIE?

10. Czy osoba w depresji jest tak samo sprawna jak osoba zdrowa?	20
11. Czy depresja wpływa na relacje małżeńskie?	21
12. Jak depresja wpływa na relacje z dziećmi?	23
13. Jak depresja wpływa na relacje w pracy?	23
14. Jak depresja wpływa na życie społeczne?	25
15. Czy w depresji występują zaburzenia pamięci i koncentracji?	26
16. Czy osoby chore na depresję muszą być na zwolnieniu lekarskim lub na rencie?	27

CZĘŚĆ 3 JAK SIĘ LECZY DEPRESJĘ?

17. Czy depresję można skutecznie leczyć?	30
18. Jak długo trzeba stosować leki przeciwdepresyjne?	31
19. Czy wszystkie leki przeciwdepresyjne są takie same?	32
20. Jakie są najczęstsze objawy niepożądane leków przeciwdepresyjnych? Czy zawsze takie objawy występują?	33
21. Na co mogą wpływać leki przeciwdepresyjne?	34
22. Czy zaburzenia snu w depresji wymagają stosowania dodatkowych leków nasennych?	36
23. W jaki sposób bezpiecznie odstawić lek przeciwdepresyjny?	37
24. Czy stosuje się inne metody leczenia?	38
25. Co się dzieje, jeśli nie leczy się depresji?	41

PODSUMOWANIE	43
--------------------	----

Słowo wstępne

Na temat depresji wydano bardzo wiele książek. Część z nich to klasyczne podręczniki akademickie, napisane z myślą o studentach medycyny i lekarzach. Mogą je oczywiście czytać także pacjenci, i z pewnością często tak się dzieje (choćby dlatego, że część studentów medycyny i niemała część lekarzy także cierpi na depresję), zwykle jednak nie są z takiej lektury zadowoleni, ponieważ podręczniki są napisane trudnym do zrozumienia żargonem medycznym, zawierają wiele niepotrzebnych szczegółów oraz opisują rzeczy, o których chorzy woleliby pewnie nie wiedzieć. Nie bez powodu mówi się, że jeśli ktoś ma ochotę na pasztet, to nie powinien patrzeć, jak się go przyrządza (choć właściwie Huxleyowi chodziło o historię, pasztet był niejako punktem odniesienia). Nie mam wcale na myśli tego, że lekarze mogliby coś przed pacjentami ukrywać, raczej wręcz przeciwnie – chorzy przeceniają wiedzę i możliwości lekarzy, dlatego może lepiej, żeby nie wiedzieli jak bardzo (niekiedy). Poza tym podręczniki nie mówią o prawdziwym życiu, ponieważ jednym z ich zadań jest porządkowanie zjawisk, a w realnym świecie zjawiska nie są uporządkowane. Z tych i kilku innych względów nie polecam czytania podręczników osobom, które nie chcą się zawodowo zajmować psychiatrią.

Zadaniem kolejnej grupy książek dotyczących depresji jest pocieszenie. Dowiemy się z nich, że nie jesteśmy sami, że nasza choroba przeminie, że pozytywne myślenie pomaga zwalczać wszelkie przeciwności itd. Pomysł jest słuszny – niektóre osoby z depresją są smutne (wcale nie wszystkie), więc trzeba je pocieszyć. Na mnie to nie działa, ale jeśli na kogoś wpływa pozytywnie, to bardzo dobrze – powinien takie książki czytać. Ten poradnik nie należy do tej grupy.

Jeszcze inna grupa książek to relacje osób z depresją dotyczące ich przeżyć związanych z chorobą. Są to często bardzo poruszające historie, choć czasem przeżycia są na tyle indywidualne, że trudno się z nimi utożsamić lub wyciągnąć z nich ogólne wnioski. Z oczywistych względów ta książka nie należy do tej grupy – autor nie chorował na depresję, choć oczywiście nie można wykluczyć, że to się kiedyś zmieni.

Ostatnia grupa, mam wrażenie, że najmniej liczna, to książki pisane przez klinicystów, którzy w swojej karierze spotkali tysiące chorych na depresję, bardzo starali się ich zrozumieć i teraz próbują to przekazać innym. Wydaje mi się, że wartość tych książek polega na tym, że łączą w sobie zawodowy i osobisty punkt widzenia. Są medyczne, ale „medyczność” jest przefiltrowana przez doświadczenia i refleksje konkretnej, prawdziwej osoby. Bardzo chciałbym, żeby niniejszy poradnik był właśnie taki, choć zdaję sobie sprawę, jak trudno taką książkę napisać.

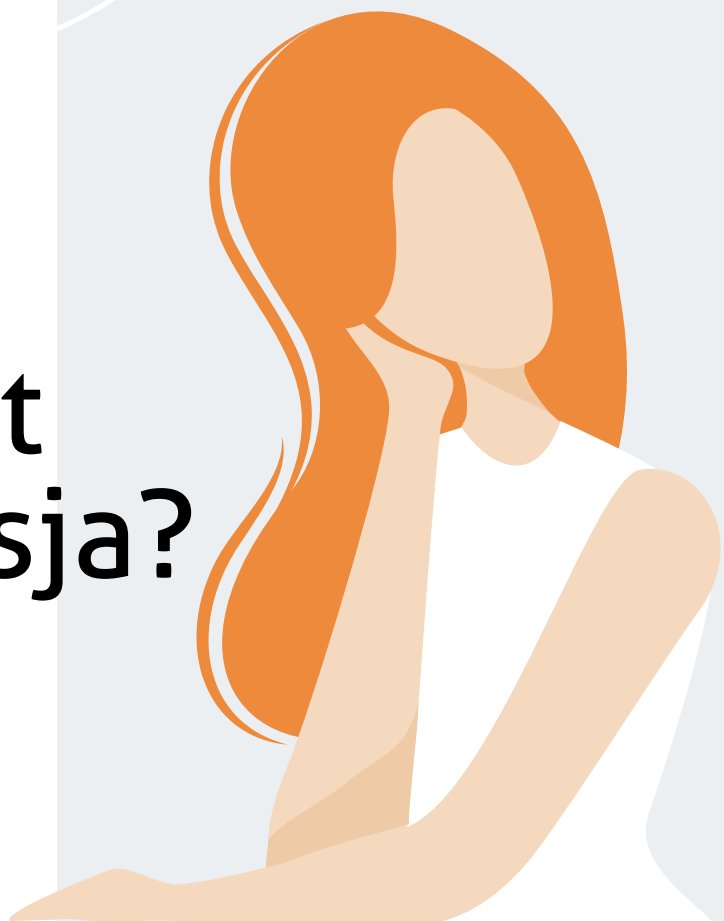
Celem niniejszej publikacji nie jest pocieszenie jako takie, tylko przybliżenie do zrozumienia. Zrozumienie nie zawsze przynosi ukojenie, czasem nawet przeciwnie, jak napisał Kohelet: „Im więcej wiedzy, tym więcej cierpienia”. Moim zdaniem jednak lepiej wiedzieć. Jeśli ktoś uważa inaczej – niech nie czyta. Pozostałe osoby zapraszam do lektury.

Zastrzegam, że to, o czym piszę, wiem głównie od wielu osób chorych. Staram się na to nakładać swoją wiedzę medyczną, ale słowa moich pacjentów mają pierwszeństwo. Jeśli mówią oni coś, czego nie znajduję w książkach – tym gorzej dla książek.

Większości rzeczy, które wiem na temat depresji, dowiedziałem się od swoich pacjentów. Staram się ich uważnie słuchać. Za wszystko, co mi przekazali, jestem im bardzo wdzięczny. Podziwiam ich odwagę i szanuję ich cierpliwość. Nie zawsze mam okazję, żeby o tym powiedzieć, dlatego chciałbym to zrobić teraz. Dziękuję Wam.

CZĘŚĆ **1**

Czym jest
depresja?



Pewnie lepiej przyznać to od razu. Nie wiem, czym jest depresja jako taka. To znaczy nie wiem, co to jest „czysta depresja”. Raz w ciągu 30 lat pracy zdarzyło mi się, że pacjent powiedział mi, że ma „czystą depresję”. Bardzo chciałem, żeby mi to wyjaśnił, ale zupełnie nie umiał. Być może otarłem się o tajemnicę, ale wyszedłem z pustymi rękami. Znam wiele objawów depresji, ale po ich odrzuceniu nie zostaje mi nic, co mógłbym nazwać „czystą depresją”. Zakładam więc, że depresja to suma tych objawów. Mogę nie mieć racji, mam nawet przecucie, że jej nie mam, ale nie znajduję innego wyjaśnienia.

1 Czy depresja to smutek? Jak to jest z reakcją żałoby?

Depresja jest powszechnie kojarzona ze smutkiem, dlatego warto od razu zdecydowanie powiedzieć, że depresja nie jest smutkiem.

Depresja nie jest smutkiem.

Oczywiście w żadnym wypadku nie chcę przez to powiedzieć, że depresja to radość; ludzie chorujący na depresję są często smutni. Zwykle również nie odczuwają wcale dojmującego smutku, tylko raczej głęboką pustkę i obojętność – moim zdaniem te odczucia są dla depresji bardziej typowe niż sam smutek. Chodzi mi jednak przede wszystkim o to, że depresji nie można utożsamiać ze smutkiem.

Człowiek, który złamie nogę, jest zazwyczaj z tego powodu smutny, nawet jeśli noga już nie boli, to fakt jej niesprawności pociąga za sobą przykre ograniczenia w życiu. Przypomina mi się jedna osoba z mojej rodziny, która po poważnym złamaniu nogi, słysząc o tym, że nie będzie mogła się poruszać przez co najmniej 2 miesiące, powiedziała: „Nie chcę tak żyć”. Czy w związku z tym komuś przyszłoby do głowy powiedzieć, że „złamanie nogi to smutek”? To wcale nie jest wydumany przykład. Większości chorobom i niesprawności towarzyszy smutek, to zupełnie oczywiste, jednak tylko w przypadku depresji tak często myli się objaw z chorobą.

Dlaczego to tak ważne, żeby nie utożsamiać depresji ze smutkiem? To mylenie znacznie utrudnia rozpoznanie choroby. Jeśli uznamy, że depresja to smutek, to będziemy wymagać występowania tego objawu u wszystkich chorych. Tymczasem u wielu pacjentów smutek albo nie występuje, albo nie jest bardzo widoczny. Trzeba także pamiętać, że wiele osób odczuwających smutek nie chce się do tego przyznać i go nie przejawia. Żeby zobaczyć depresję, trzeba patrzeć w innym kierunku – nie w stronę smutku.

Żeby zobaczyć depresję trzeba patrzeć w inną stronę, nie w stronę smutku.

2 Jak się ma depresja do reakcji żałoby?

To są po prostu dwa różne zjawiska. Pamiętam, jak kiedyś jako młody lekarz podczas dyżuru otrzymałem przez telefon wezwanie do matki, która „ma depresję, bo przed chwilą zmarło jej dziecko”. To nonsens. Osoba, do której mnie wezwano, była bardzo smutna, przeżywała żałobę, ale wcale nie miała depresji! To bardzo ważne, żeby nie traktować uzasadnionych, choć bardzo przykrych, reakcji emocjonalnych jak choroby.

Dlaczego? Dlatego że choroby się leczy, a stany emocjonalne przeżywa. Świat, w którym ludziom nie wolno byłoby odczuwać smutku, w którym każdy niemiły stan byłby natychmiast usuwany przez profesjonalną ekipę – byłby koszmarem niczym z dystopii. Wcale nie przesadzam. Nie wyobrażam sobie życia w takim świecie. Tymczasem różne sygnały świadczą o tym, że właśnie taki świat próbujemy sobie stworzyć – pozbawiony uzasadnionego cierpienia. Po to, żeby zawsze było wesoło, płasko, głupio i bezdusznie. Tymczasem nie ma prawdziwego świata bez cierpienia i bez żałoby.



Reakcja żałoby jest normalnym stanem emocjonalnym, a nie chorobą. I to głównie różni ją od depresji. Rodzą się pytania, jak długo może trwać żałoba, a od którego momentu staje się już raczej czymś chorym. Nie ma na nie jednoznacznej odpowiedzi. Jest to sprawa indywidualna. Za normę przyjmuje się okres jednego roku, ale to oczywiście tylko czas orientacyjny.

Reakcja żałoby nie jest depresją. Przykry stan emocjonalny to nie choroba, choć może się w chorobę przekształcić.

3 Czy depresja jest jednoznaczna z frustracją, niezadowoleniem z życia?

Wiele osób zastanawia się, czy można postawić znak równości między depresją a kryzysem egzystencjalnym. To dwa zupełnie różne stany. Nie ulega wątpliwości, że osoby z depresją nie są zadowolone ze swojego życia, często wręcz odczuwają je jako ciężar trudny do zniesienia. Chorzy zazwyczaj wcale nie zdają sobie sprawy z tego, że przyczyną takich odczuć jest właśnie depresja, i sami sugerują otoczeniu, że to, co przeżywają, to raczej rozczarowanie życiem niż choroba. Jednak doświadczenie wskazuje, że wcale tak nie jest. Prawidłowe leczenie depresji powoduje, że zadowolenie z życia w pełni powraca, mimo że żadne czynniki otaczające pacjenta nie uległy zmianie. Życie wygląda tak samo jak wówczas, gdy chory uważał, że jest ono nie do zniesienia, ale jego stosunek do świata zupełnie się zmienił.

Kryzys egzystencjalny czy niezadowolenie z życia to nie to samo, co depresja.

Oczywiście nie zawsze wszystko jest takie proste.

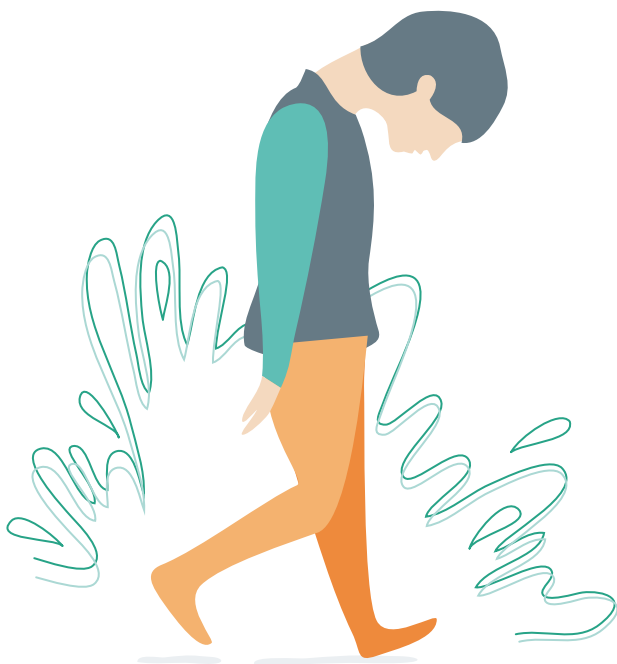
Po pierwsze leczenie depresji może być nieskuteczne; objawy trwają coraz dłużej, nie ustępują mimo prawidłowego leczenia. Pacjent wciąż jest niezadowolony ze swojego życia i otoczenie zaczyna mieć wątpliwości – czy to choroba, czy też zwykłe zmęczenie życiem.

Po drugie pacjent może być jednocześnie chory na depresję i niezadowolony z życia. Rozczarowanie u takiej osoby nie zależy od choroby; poza depresją są także inne poważne czynniki utrzymujące stan frustracji.

Jak odróżnić takie sytuacje? Niestety nie ma prostej reguły. Decyduje codzienna obserwacja pacjenta przez doświadczony personel medyczny. Na podstawie szeregu szczegółów można zwykle znaleźć odpowiedź, choć bywa to bardzo trudne i wymaga dużo wytrwałości i spokoju. Chorzy i ich bliscy często się niecierpliwia i domagają się szybkich, jednoznacznych odpowiedzi. Zwykle nie jest to po prostu możliwe. Zwłoka nie wynika z lenistwa psychiatrów ani z braku dobrej woli. Lekarze nie droczą się z pacjentami. Po prostu nie potrafią odpowiedzieć, jeśli sami nie wiedzą.

4 Czy depresja to brak odczuwania przyjemności i radości życia?

Z całą pewnością brak odczuwania przyjemności i radości życia to jeden z najbardziej stałych i charakterystycznych objawów depresji, choć to nie wyczerpuje istoty tej choroby.



Brak odczuwania przyjemności i radości życia to jeden z najważniejszych i najbardziej charakterystycznych objawów depresji.

Wbrew pozorom sprawa nie jest jednak ani łatwa do ustalenia, ani jednoznaczna. Wielu zdrowych ludzi ma poczucie, że życie nie sprawia im szczególnej przyjemności, odczuwają je raczej jako przykre i dość nudne. Czy to znaczy, że mają depresję?

Radość życia to dla bardzo wielu zdrowych osób określenie raczej literackie. Ja na przykład, słysząc je, najczęściej myślę o powieści Ernesta Hemingwaya *Komu bije dzwon*. Przypuszczam, że nie jestem wyjątkiem. Myślę także, że nie przypadkiem autor tej książki chorował na depresję (dokładniej na chorobę afektywną dwubiegunową, której znaczną część stanowi właśnie

depresja). Jeśli ktoś oczekuje od życia tak intensywnych doznań, jakie miał bohater tej powieści, to z dużym prawdopodobieństwem będzie bardzo rozczarowany.

Brak przyjemności w przypadku depresji oznacza brak drobnych przyjemności wynikających z codziennej egzystencji. Najczęściej nie zdajemy sobie z tego sprawy, że różne zwykłe, powtarzalne czynności dnia codziennego, takie choćby jak sianie łóżka, ubieranie się czy mycie zębów, sprawiają pewnego rodzaju przyjemność, dają poczucie, że wszystko układa się tak, jak powinno. Wydaje się, że właśnie tego wrażenia brakuje chorym na depresję. Okazuje się, że bez takich drobnych nagród (zwykle ledwo zauważalnych) życie staje się trudne do wytrzymania, żmudne, nudne, nie daje satysfakcji.

Często mówi się, że jednym z osiowych objawów depresji jest anhedonia, czyli niemożność przeżywania radości, szczęścia. Nie oznacza to oczywiście, że osoba z depresją nie odczuwa czegoś w sensie zmysłowym, np. gdy bierze do ust coś słodkiego, to czuje gorycz albo nie czuje nic. Możliwość rozróżniania smaków i zapachów jest u chorych taka sama, jak u ludzi zdrowych. Zdarza się nawet, że osoby chore są bardziej wyczulone na różne bodźce, jednak z jakiegoś powodu te doznania nie sprawiają im przyjemności, w związku z tym pacjenci ich nie poszukują, ponieważ nie mają motywacji.

Jednym z podstawowych objawów depresji jest anhedonia. Pacjent prawidłowo identyfikuje bodźce zmysłowe, odróżnia przyjemne od nieprzyjemnych, ale nie poszukuje przyjemnych, bo nie sprawiają mu radości.

Leczenie depresji musi obejmować także leczenie anhedonii. Bez odzyskania radości życia na poziomie elementarnym bardzo trudno sobie radzić z codziennymi trudnościami, nawet tymi niewielkimi, które dla pozostałych ludzi są w zasadzie niezauważalne.

5 Czy depresję odczuwa się tylko psychicznie?

Z pewnością dla każdego, kto kiedyś przeżył depresję, odpowiedź jest oczywista, ale dla pozostałych osób wcale nie musi taka być. Depresja jest dolegliwością psychiczną. Czy to oznacza, że jest odczuwana jedynie psychicznie? Naturalnie tak nie jest. Ciało i umysł nie stanowią dwóch odrębnych części, ale są funkcjonalnie połączone na wielu różnych poziomach. Nie ma



w zasadzie takiej możliwości, żeby przeżycia psychiczne nie pociągały za sobą różnych reakcji fizycznych. Czasem są to odczucia zupełnie oczywiste, jak szybkie bicie serca, ściskanie w brzuchu czy ból głowy, a czasem zagadkowe, jak różne mrowienia, odczuwane w ciele fale, zaburzenia czucia itp.

Choć depresja jest zaburzeniem typu psychicznego, wywołuje także szereg dolegliwości czysto fizycznych. Czasem może się wydawać, że nie mają one związku ze stanem psychicznym tylko z jakąś inną chorobą.

Zdarza się, wcale nie tak rzadko, że chorzy na depresję odczuwają tylko dolegliwości fizyczne, a psychicznych objawów albo nie mają wcale, albo nie zwracają na nie uwagi. Takie osoby są często przekonane, że wcale nie chorują na depresję, ale na jakąś zupełnie inną chorobę kardiologiczną, neurologiczną czy jeszcze inną. Jed-

nak leczenie przeciwdepresyjne zwykle prowadzi w takich sytuacjach do całkowitego ustąpienia objawów somatycznych, co często wywołuje duże zdziwienie pacjentów.

Jak odróżnić dolegliwości somatyczne wywołane przez depresję od tych, których przyczyną jest np. choroba serca? Często wyraźnym wskaźnikiem są wyniki badań, np. zupełnie dobry, nie-odbiegający od normy zapis EKG u pacjenta, który ma przewlekłe dolegliwości ze strony układu krążenia. Może się jednak zdarzyć tak, że wyniki badań nie będą prawidłowe, a mimo to większość objawów fizycznych będzie pochodzenia psychicznego. Odróżnienie jednych od drugich wymaga nie tylko dużego doświadczenia od lekarza, lecz także dużego zaufania ze strony pacjenta – choć chory czuje, że jest inaczej, czasem musi po prostu zawierzyć specjalście, ponieważ jego własne ciało może go oszukiwać.

6 Czy wszyscy ludzie tak samo przeżywają depresję?

To w zasadzie pytanie retoryczne. Ludzie są tak różni, że byłoby dziwne, gdyby w ten sam sposób przeżywali tak złożone stany, jak depresja. Rzeczywiście, odczucia pacjentów bardzo się od siebie różnią. Niektórzy mówią o wielkim smutku, inni raczej o zupełnej obojętności, jeszcze inni o bólu lub znużeniu.

Część opisów się powtarza, ale jest bardzo wiele możliwości. Trzeba o tym pamiętać, zanim pochopnie uznamy, że skoro relacje pacjenta są jakieś inne, to może wcale nie choruje na depresję.



Depresja jest różnie przeżywana przez różne osoby. Różnie jest także opisywana. Różne opisy wcale nie świadczą o tym, że nie mamy do czynienia z jedną i tą samą chorobą.

Mimo różnych opisów chodzi zwykle o tę samą chorobę. Choć dolegliwości są odczuwane inaczej, to pomóc mogą te same leki czy metody terapii. Pacjenci często są zaniepokojeni tym, że dostali ten sam środek co inna osoba, która przecież ma inne objawy. Niektórzy zaczynają w związku z tym wątpić, czy lekarz rzeczywiście uważnie ich wysłuchał, lub obawiać się, czy się nie pomylił. A może po prostu specjalista zna tylko ten jeden lek? Tak oczywiście nie jest. Różne dolegliwości w przypadku depresji nie muszą oznaczać różnego leczenia.

W przypadku depresji różne odczuwanie dolegliwości nie musi oznaczać różnego leczenia.

Odmienne odczuwanie objawów oznacza także, że trudno jest ocenić subiektywny poziom cierpienia konkretnej osoby. Czasem ludzie zastanawiają się nad tym, kto ma większą depresję – czy osoba, która cały czas leży w łóżku, czy ktoś, kto stara się wykonywać codzienne czynności. Bardzo trudno odpowiedzieć na to pytanie. To, że chory pozornie w miarę dobrze funkcjonuje, wcale nie musi oznaczać, że mniej cierpi. Zapewne zdarza się, że jest wręcz odwrotnie. Trzeba o tym zawsze pamiętać.

7 Czy depresję ma się „przez cały czas”?

Jak w przypadku każdej choroby, depresja trwa, dopóki nie ustaną przyczyny, które ją wywołały. Można także przyjąć, że choroba trwa, dopóki występują objawy. Jeśli leczenie jest skuteczne i pacjent nie odczuwa żadnych dolegliwości, to w jakimś sensie można powiedzieć, że choroba się skończyła, mimo że jej wewnętrzne, nieodczuwalne przez pacjenta przyczyny nie ustąpiły.

Jednak w przypadku depresji może to, przynajmniej dla obserwatora z zewnątrz, wyglądać trochę inaczej. U wielu pacjentów występują wyraźne wahania nasilenia choroby w ciągu doby. Najczęściej rano objawy są bardzo duże i mocno odczuwalne, po południu słabsze, a wieczorem część chorych może się czuć zupełnie dobrze, czasem nawet nieco euforycznie. Dla osób z otoczenia, które nie są tego świadome, może to wyglądać dość dziwnie, tak jakby pacjent był czasem chory, a czasem niezupełnie. Pojawiają się w związku z tym opinie, że być może wcale nie chodzi o chorobę, a tylko o niechęć do pracy (rano, kiedy jest coś do zrobienia, pacjent nie może, a wieczorem, gdy zbliża się sen, sytuacja się zmienia). Osoby z depresją, do których dochodzą takie głosy, czują się z tym bardzo źle. Trudno im przecież wszystkich przekonywać, że naprawdę są chore i wcale nie udają. Depresja jest chorobą, z którą wystarczająco ciężko żyć, dodatkowe utrudnienia naprawdę nie są pacjentom potrzebne.



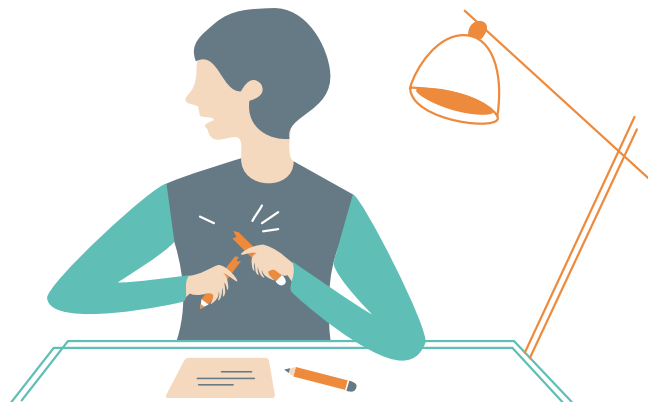
Nasilenie depresji może się bardzo wahać w ciągu doby. Jest to naturalne zjawisko w tej chorobie i w żadnym wypadku nie dowodzi, że pacjent udaje lub wykręca się od pracy. Wahania nie są zależne od jego woli.

Wahania nasilenia depresji nie muszą występować przez cały czas, zwykle podczas dużych zaostrzeń zanikają i pojawiają się znowu, kiedy leki zaczynają już trochę działać. Z całą pewnością takie wahania nie oznaczają, że choroba ustąpiła, a pacjent wyzdrowiał.

8 Czy w depresji człowiek może się złościć?

W potocznym rozumieniu depresja nie kojarzy się z negatywnymi odczuciami w stosunku do otoczenia. Wydaje nam się, że chorzy powinni być smutni i potulni, raczej cierpiący i podporządkowujący się, a w rezultacie grzeczni. Tak też wydaje się pacjentom, którzy na ogół sami nie dają sobie prawa do negatywnych odczuć w stosunku do otoczenia, nawet wtedy kiedy właśnie to czują.

Nie ma żadnego powodu, dla którego osoba z depresją miałaby się nie złościć na innych ludzi. Wręcz przeciwnie, takie odczucia są zupełnie uzasadnione. Pacjent jest przecież często zły na siebie, na swoją chorobę, która utrudnia mu funkcjonowanie, ale także bardzo ogranicza możliwość dobrego kontaktu z innymi. W tej sytuacji trudno się dziwić, jeśli część tej złości przeniesie na najbliższych. Zazwyczaj to oni właśnie padają ofiarami złości pacjentów, dlatego że są pod ręką, że często pytają: „Jak się czujesz?”, a czasem także okazują zniecierpliwienie chorobą i niesprawnością. Chorzy odbierają to jako przejaw niewiary w realność ich choroby, reagują złością, a osoby z ich otoczenia interpretują złość jako brak depresji – bo „chorzy na depresję się nie złością”.



Chorzy na depresję mogą odczuwać złość w stosunku do najbliższych, mają prawo także tę złość okazywać. Jest to normalne zjawisko, które trzeba się starać zrozumieć. Występowanie złości nie świadczy o tym, że „depresja jest nieprawdziwa”.

9 Jak to jest z myślami samobójczymi w depresji?

W depresji pojawiają się myśli samobójcze – to podstawowa prawda. Trudno powiedzieć, czy występują zawsze, ale z pewnością bardzo często. Wiele osób nie mówi o tym wówczas, kiedy to się dzieje, ale potwierdza już po fakcie. Jeden z moich pacjentów miał problemy z policzeniem, ile razy w życiu miał depresję. Po kilku minutach zastanowienia spytał: „Czy mam po prostu policzyć

te okresy, kiedy miałem myśli samobójcze?”. Odpowiedź była bardzo precyzyjna – pamiętał, kiedy miał takie myśli i, potrafił dokładnie policzyć te okresy; chodziło o co najmniej 15 lat jego życia! Sądzę, że to nie był jednostkowy przypadek, takich pacjentów jest znacznie więcej. Myśli samobójcze są nie tylko częste, lecz są także bardzo przykre dla osób z depresją, głęboko zapadają im w pamięć i są bez wątpienia traktowane jako chore. Mam poczucie, że nie jest to żadna podpowiedź zdrowego otoczenia, tylko rzeczywiste głębokie przeżycia pacjentów.

Oczywiście, i na szczęście, myśli samobójcze to nie to samo, co samobójstwo. Występowanie myśli samobójczych jest wielokrotnie częstsze niż podejmowanie prób samobójczych, a próby samobójcze są wielokrotnie częstsze niż samobójstwa. Nikt nie potrafi policzyć stosunku liczbowego myśli do samobójstw (bo nikt nie policzy myśli), ale nie zdziwiłbym się, gdyby było to 1000 : 1 lub jeszcze więcej. Nie jest wcale tak, że tam, gdzie nie doszło do samobójstwa, ktoś przeżywał proces myśli samobójczych. Moim zdaniem myśli samobójcze pozostawione bez interwencji wcale nie muszą doprowadzić do samobójstwa. Jestem przekonany, że w znacznej większości przypadków nic takiego nie miałoby miejsca – myśli, także pozostawione same sobie, najczęściej same ustępują. Nie znaczy to jednak, że nie należy do nich przywiązywać wagi, ponieważ każde popełnione samobójstwo zaczyna się od myśli.



Z całą pewnością nie każda myśl samobójcza prowadzi do próby samobójczej lub samobójstwa. Większość nie prowadzi. Jednak każde samobójstwo ma swój początek w myśli. Dlatego myśli samobójcze zawsze należy traktować poważnie!

Zarówno pacjent, jak i osoby z jego otoczenia powinni pamiętać, że o myślach samobójczych trzeba informować lekarza prowadzącego. Nie chodzi o sianie paniki ani zbyt ostre, nagłe decyzje – chodzi o to, żeby lekarz prowadzący miał szansę zareagować. Pewnie nie zawsze mu się to uda, ale jeśli nie będzie wiedział – nie uda się nigdy. Z samobójstwami jest tak, że na wiele fałszywych alarmów przypada jeden prawdziwy, mimo to nie wolno zaniechać ostrzegania. Właśnie dlatego nie wolno.

CZĘŚĆ 2

Jak depresja wpływa na życie?



W pierwszej części próbowałem opisać, czym jest i czym nie jest depresja. Nie wystarczy jednak stwierdzić tę chorobę, trzeba sobie także zdawać sprawę z tego, jak może ona wpływać na życie chorych oraz osób z ich otoczenia. Temu zagadnieniu jest poświęcona część druga. Niektóre pytania mogą sprawiać wrażenie dość naiwnych lub retorycznych, ponieważ odpowiedzi wydają się oczywiste. Mimo to ludzie wciąż mi je zadają, dlatego postanowiłem na nie odpowiedzieć.

10 Czy osoba w depresji jest tak samo sprawna jak osoba zdrowa?

Przyznaję, że to jedno z pytań, które nie brzmi zbyt mądrze. Jeśli ktoś jest chory, to zapewne jest mniej sprawny niż człowiek zdrowy. Jednak z jakiegoś względu wielu ludzi tego nie dostrzega. Chorzy na depresję zwykle mogą się poruszać, wykonują podstawowe czynności, zazwyczaj myją się i dbają o siebie, przynajmniej w elementarnym zakresie. Często nawet osoby z bardzo ciężką depresją robią wszystko, żeby porządnie wyglądać, bo wówczas czują się choć trochę lepiej. Te

wysiłki są niekiedy mylnie rozumiane przez otoczenie jako dowód pełnej sprawności. Jeśli ktoś się ogolił, a ktoś inny umalował oczy, to znaczy, że nadaje się także do pracy. To niesłuszny pogląd.

Większość chorych na depresję, poza przypadkami tzw. osłupienia depresyjnego czy torporu, może wykonywać podstawowe czynności życiowe. Nawet w szpitalu wymagamy od pacjentów, żeby przyzwoicie wyglądali, myli się, sprząтали po posiłkach. Co tydzień są wyznaczani dyżurni, którzy pomagają w utrzymaniu porządku na oddziale. Jednak żadna z tych osób nie byłaby w stanie chodzić do pracy. Tym, co w największym stopniu ogranicza sprawność zawodową osób z depresją, jest spowolnienie. Nie musi mieć związku z ruchami, choć często właśnie to można zaobserwować na pierwszy rzut oka, ale niemal zawsze dotyczy myślenia. Co prawda chorzy często szybko



i trafnie odpowiadają na zadawane im pytania, ale jedynie na temat prostych, codziennych spraw, niewymagających koncentracji. Każdy człowiek ma zmagazynowany podstawowy zapas odpowiedzi na proste pytania, czerpanie z tego zakresu wymaga zupełnie minimalnej sprawności – tak naprawdę nie tworzy się takiej odpowiedzi na nowo, tylko wysyła gotowy szablon, coś w rodzaju SMS-a: „Przepraszam za spóźnienie”. Jeśli zakres pytań czy też wymagań wykracza poza ten schemat, to osoba chora ma bardzo często poczucie, że „ma pustkę w głowie”, „nie potrafi nic odpowiedzieć”. W tej sytuacji trudno wykonywać nawet prostą pracę fizyczną (a prace fizyczne wcale nie są tak proste, na jakie wyglądają!), a przeprowadzanie trudniejszych operacji myślowych jest zupełnie niemożliwe. Depresja w bardzo znaczny sposób ogranicza również możliwość kontaktu z innymi ludźmi, nawet jeśli koncentracja nie jest bardzo upośledzona.

Depresja powoduje znaczne spowolnienie, zaburzenia koncentracji oraz istotnie ogranicza możliwość kontaktu z ludźmi. Sprawność osób chorych jest bardzo mocno upośledzona, nawet wtedy gdy na pierwszy rzut oka wcale tego nie widać.

Można powiedzieć, że (trochę na swoje nieszczęście) osoby z depresją często sprawiają o wiele lepsze wrażenie przy bardzo słabych rzeczywistych możliwościach. Tak naprawdę prawie zawsze są o wiele bardziej chore, niż na to wyglądają. Trzeba o tym zawsze pamiętać.

11 Czy depresja wpływa na relacje małżeńskie?

Oczywiście, że tak, i to bardzo. Relacje małżeńskie często są pod wieloma względami bardziej wymagające niż relacje zawodowe. Najbliższej osobie, która zazwyczaj najlepiej nas zna, zwykle nie wystarczy komunikat szablon pobrany z magazynu. Trzeba powiedzieć coś prawdziwego, od siebie, nawiązać kontakt emocjonalny – umieć okazać współczucie, ale też umieć je przyjąć. Osoby z depresją mają z tym bardzo poważny problem. Wyniki eksperymentów psychologicznych wykazały, że w depresji znacznie spada poziom empatii. Z pewnością chorzy nie udają obojętności. Obiektywne badania mózgu wskazują, że nie dochodzi do stymulacji różnych obszarów, które

powinny się aktywizować. Pacjenci naprawdę nie są w stanie odczuwać wielu emocji, w tym tych niezbędnych dla utrzymania dobrej relacji w związku.

Innym zagrożeniem są zaburzenia funkcji seksualnych. Występują w depresji niezwykle często, choć wiele osób o nich nie mówi, ponieważ się wstydzi lub nie uważa tego za stosowne. Najczęstszym problemem jest tzw. brak libido, chory nie interesuje się seksem. Po prostu nic go to nie obchodzi. Kontakty intymne przestają być częścią jego życia. W większości przypadków osoby z depresją mogłyby prowadzić normalne życie seksualne, fizycznie są do tego zdolne, ale nie robią tego, ponieważ seks zupełnie ich nie interesuje. Takie problemy mogą trwać niekiedy bardzo długo. Co gorsza podjęcie skutecznego leczenia nie zawsze wystarcza. Leki przeciwdepresyjne co prawda usuwają objawy depresji, ale część z nich sprawia, że pacjent staje się niezdolny do współżycia (np. z powodu impotencji lub braku orgazmu). Być może teraz pojawiłyby się nawet chęć, ale zanikają możliwości...

Depresja bardzo często powoduje brak libido (brak chęci do współżycia). Niestety część skutecznych leków przeciwdepresyjnych, zwłaszcza leki serotonergiczne, zaburza funkcje seksualne (np. powodują zaburzenia potencji).

Współmałżonkowi osoby chorej bardzo trudno zrozumieć, dlaczego partner, który czuje się zauważalnie lepiej, nadal nie jest w stanie podjąć współżycia. Nieporozumienia na tym tle są, moim zdaniem, częstą przyczyną przedwczesnego przerywania kuracji przez wielu pacjentów, choć w rozmowach z lekarzem ten powód rzadko się pojawia...



12 Jak depresja wpływa na relacje z dziećmi?

Relacja rodzica z dziećmi najczęściej polega na tym, że rodzic zapewnia dzieciom opiekę, rozumianą zarówno jako zabezpieczenie materialne, jak i zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, miłości, bycia rozumianym itp. Osoby chore na depresję często nie są w stanie wywiązać się z tak



pojętych obowiązków. Oczywiście ta niemożność nie trwa przez kilka dni czy tygodni, często raczej dotyczy miesięcy i lat. Zaburzenie pełnienia funkcji rodzicielskich nie musi się ograniczać wyłącznie do okresów zaostrzeń chorobowych. Depresja jest chorobą, która w dużym stopniu odbiera człowiekowi poczucie pewności siebie, świadomości, że to, co robi, robi dobrze. Z tego względu nawet w okresie tzw. remisji objawowej (czyli wtedy, kiedy osoba z depresją nie ma wyraźnych objawów choroby), pacjenci mogą mieć poważne problemy np. z zapewnieniem komuś poczucia bezpieczeństwa. Dzieci zwykle bardzo dobrze to wyczuwają. W konsekwencji często dochodzi do jednej z dwóch sytuacji: albo stosunki między chorym rodzicem a dziećmi zaczynają się rozluźniać i słabnąć, albo dziecko zaczyna odgrywać rolę rodzica, przejmując nie tylko obowiązki, lecz także prawa osoby chorej, co oznacza, że w zamian za opiekę rodzic zgadza się na pewną utratę suwerenności, na podporządkowanie dziecku. Często dotyczy to dzieci niepełnoletnich.

Nawet w okresie remisji objawowej, kiedy nie występują objawy depresji, sposób funkcjonowania osoby chorej w roli rodzica może być w znacznym stopniu upośledzony.

13 Jak depresja wpływa na relacje w pracy?

Większość znanych mi chorych na depresję uważa życie rodzinne za trudniejsze od zawodowego. Nie oznacza to jednak, że dobrze i bez problemu funkcjonują w pracy. Jak już wspomniałem, pacjenci mają problemy zarówno z koncentracją, jak i elastycznymi, dobrymi kontaktami z otoczeniem. Trudności te mogą również występować w czasie wolnym od objawów depresji, a więc



wtedy kiedy, formalnie rzecz biorąc, mamy do czynienia z osobą zdrową, np. niekorzystającą ze zwolnienia lekarskiego ani z żadnych specjalnych ulg.

Znacznie gorzej wygląda sytuacja podczas ostrego nawrotu choroby. Oczywiście, można iść na zwolnienie. Ale jeśli ktoś ma dwie depresje w roku i każda trwa po 3 miesiące, co się przecież zdarza, jak długo utrzyma posadę? I co pomyślą o nim współpracownicy? O szefa nawet nie warto pytać, ale na co dzień człowiek żyje wśród kolegów, którzy, było nie było, z jego przecież powodu mieli więcej pracy. Dość często zdarza się zresztą, że chorzy na depresję nie chcą wcale korzystać ze zwolnienia. Przemawia za tym wiele względów: strach przed utratą pracy, poczucie odpowiedzialności, poczucie winy w stosunku do wspomnianych już kolegów (potrafi być bardzo, bardzo silne), ale także strach przed tym, że dzień pozbawiony jakiegoś porządku, który wprowadza praca, zupełnie się zawali i będzie tylko jeszcze gorzej. Ten ostatni powód, w przeciwieństwie do kilku poprzednich, jest zresztą bardzo sensowny. Dla wielu osób chorych na depresję chodzenie do pracy byłoby lepsze. Pod warunkiem, że wymagania byłyby... powiedzmy niewielkie. A rzadko można liczyć na takie udogodnienia w dzisiejszych czasach. W rezultacie bardzo często wszystko kończy się rentą i sytuacja ogólnie się pogarsza.

Wykonywanie i utrzymanie pracy jest dla pacjentów z depresją bardzo trudne nawet w okresie, kiedy nie występują ostre objawy choroby.

14 Jak depresja wpływa na życie społeczne?

Kategoria „życie społeczne” została tu wyodrębniona sztucznie. W dzisiejszych czasach duża, pewnie największą, częścią życia społecznego jest po prostu praca, o której pisałem już w poprzednim punkcie. Tym razem chodzi o czas poza karierą i rodziną. Wiem, że dla wielu ludzi, np. dla mnie, jest to „całe pięć minut” w ciągu doby, ale problem w każdym razie istnieje. Tak słyszałem.

Życie społeczne czy też życie towarzyskie wymaga od człowieka stosunkowo wielu umiejętności. Trzeba być elastycznym, umieć gospodarować swoim czasem i się koncentrować, ale przede wszystkim trzeba chcieć! Jak ma mi się chcieć, skoro mi się nie chce? – tak może o sobie powiedzieć prawie każdy chory na depresję. Wydaje się, że w obecnych czasach ten obszar życia społecznego, który można by nazwać życiem towarzyskim, jest czymś, z czego stosunkowo najłatwiej zrezygnować (przenosząc się choćby do wirtualnej przestrzeni mediów społecznościowych), więc pacjenci rezygnują.

Życie społeczne jest dla chorych na depresję wielkim wyzwaniem, dlatego stosunkowo łatwo z tej aktywności rezygnują.



15

Czy w depresji występują zaburzenia pamięci i koncentracji?

Bardzo wiele osób z depresją narzeka na zaburzenia pamięci, często zdarza się, że jest to główna, a czasem nawet jedyna, skarga. Nierzadko chorzy na depresję są wręcz mylnie leczeni jak pacjenci z otępieniem, ponieważ wywierają silny wpływ na lekarzy, żeby otrzymać takie właśnie rozpoznanie.

Często zdarza się, że narzekanie na zaburzenia pamięci to jedna z głównych skarg chorych na depresję, czasem nawet jedyna!

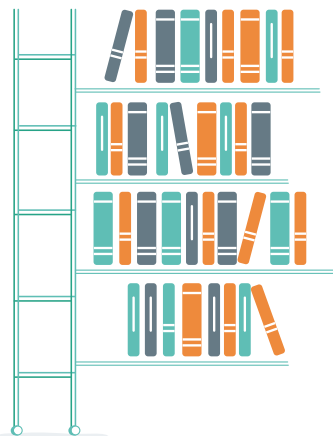
Paradoks polega na tym, że chorzy na depresję w zasadzie nie mają prawdziwych zaburzeń pamięci. Ich pamięć jest mniej więcej podobnie upośledzona jak pamięć większości ludzi. Tym, co naprawdę dokucza osobom z depresją, są zaburzenia koncentracji.

Tym, co naprawdę dokucza chorym na depresję, są zaburzenia koncentracji.

Wiele osób ma problem z odróżnieniem zaburzeń pamięci od zaburzeń koncentracji. W powszechnym odbiorze może się wydawać, że to trochę na jedno wychodzi. W rzeczywistości są to dwa zupełnie odmienne zaburzenia poznawcze, które można obrazowo porównać do problemów z biblioteką. Jeśli przyjmiemy, że ogół funkcji poznawczych człowieka jest wielką, starą biblioteką z piętrowymi półkami (i drabiną na kółkach!), to pamięć będzie odpowiadać książkom ustawionym na regałach.

Zaburzenia pamięci pojawiają się wówczas, kiedy mole zjadają książki albo kiedy przeciąg zrzuci je z półki. Efekt jest w każdym razie taki, że książki w tym miejscu nie ma i nie uda się jej już odnaleźć. Nigdy. Trzeba by ją na nowo napisać (wydrukować?), a tego w odniesieniu do ludzkiego mózgu jeszcze nie potrafimy.

Zaburzenia koncentracji to coś zupełnie innego. To nieumiejętność szybkiego znalezienia odpowiedniego tomu. Książki nadal stoją na półkach, są dostępne, ale właściciel biblioteki nie potrafi ich znaleźć tak szybko, jak tego potrzebuje. W czasach internetu nie jest to wcale tak jasne porównanie. Ale jeszcze niedawno podczas dyskusji czy rozmowy trzeba było potwierdzić argument w odpowiednim źródle. I wygrywał ten, kto wiedział, gdzie ma jakie książki. Bardzo



lubiłem takie rozgrywki i wiem, o czym mówię. Trzeba wiedzieć, czy ma się daną książkę i gdzie ona leży. Nie wystarczy wiedzieć, gdzie jest. Zasadniczo także drabina musi być sprawna (choć tę część funkcji poznawczych nazywa się funkcjami wykonawczymi). Jeśli w tej chwili nie wiemy, gdzie co jest, to oczywiście w miarę upływu czasu możemy się zorientować. To zupełnie inna sytuacja niż w przypadku zaburzeń pamięci.

Depresja powoduje głównie zaburzenia koncentracji, w odróżnieniu od zaburzeń pamięci są one zazwyczaj odwracalne. Jednak w czasie, kiedy występują, korzystanie z biblioteki własnego umysłu może być bardzo trudne.

16 Czy osoby chore na depresję muszą być na zwolnieniu lekarskim lub na rencie?

Z pewnością nie, nie każda osoba z depresją musi być na zwolnieniu lub rencie. Wręcz przeciwnie, wielu pacjentów podczas trwania choroby kontynuuje karierę, niektórzy nawet z dużymi sukcesami (choć sami chorzy zwykle tak nie uważają). Dla wielu osób chodzenie do pracy jest lepsze niż zwolnienie, o czym pisałem już wcześniej, ze względu na możliwość zachowania stałego rozkładu dnia, który dla chorych na depresję ma wartość terapeutyczną.

Aktywność zawodowa osoby z depresją jest jednak wyraźnie upośledzona i to nie tylko z powodu samej choroby, która oczywiście pracę bardzo utrudnia. Ważne jest także to, jak ludzie, których pacjent spotyka w miejscu pracy (przełożeni, koledzy), traktują jego niesprawność. Człowiek ze złamaną ręką zawsze może liczyć na współczucie i pomoc. W przypadku depresji bardzo często pacjent nie może nawet powiedzieć o swojej chorobie, a co dopiero liczyć na jakieś czasowe ulgi. Jest to niestety cały czas reguła, a odmienna sytuacja jest wyjątkiem.



Dla wielu chorych na depresję utrzymanie aktywności zawodowej jest możliwe, a nawet korzystne ze zdrowotnego punktu widzenia. Niestety pacjenci często nie mogą liczyć na wyrozumiałość ze strony otoczenia.

CZĘŚĆ 3

Jak się leczy depresję?

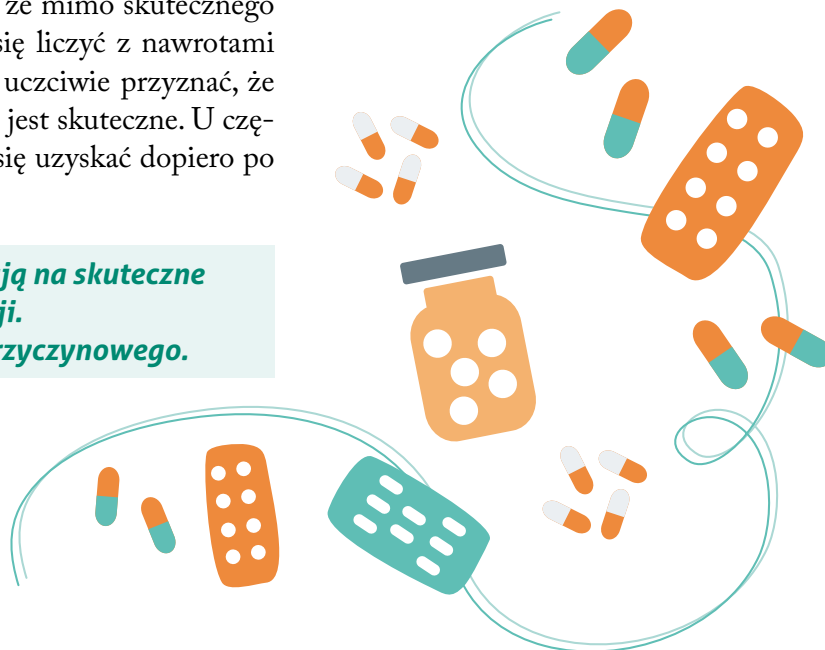


W poprzednich częściach opisywałem, czym depresja jest i jak wpływa na ludzkie życie. Ostatnia część będzie poświęcona metodom leczenia. Moim celem nie jest jednak banalny przekaz typu: „wszystko będzie dobrze”, „rozwiążemy wszystkie problemy”, „poradzimy sobie”. Być może takie hasła krzepią, ale nie są prawdziwe, więc to pocieszenie na krótko, potem pozostaje raczej brak zaufania. Leczenie depresji, choć możliwe, nie jest niestety ani krótkie, ani łatwe – i trzeba to od samego początku przyjąć do wiadomości.

17 Czy depresję można skutecznie leczyć?

Trudno udzielić prostej odpowiedzi na tak prosto zadane pytanie. Dysponujemy kilkudziesięciami lekami o działaniu przeciwdepresyjnym, stosowane są też inne metody. Tak naprawdę są to skuteczne sposoby leczenia objawów depresji. Nie potrafimy natomiast leczyć przyczyn tej choroby. Depresja jest z natury chorobą nawracającą (choć oczywiście może się zdarzyć, że wystąpi tylko raz w ciągu całego życia), dlatego niemożność wyleczenia przyczyn oznacza, że mimo skutecznego leczenia objawowego trzeba się liczyć z nawrotami dolegliwości. Należy również uczciwie przyznać, że leczenie objawowe nie zawsze jest skuteczne. U części pacjentów poprawę udaje się uzyskać dopiero po kilku nieudanych kuracjach.

***Dostępne metody pozwalają na skuteczne leczenie objawowe depresji.
Nie ma obecnie leczenia przyczynowego.***



18 Jak długo trzeba stosować leki przeciwdepresyjne?



Stosowanie leków przeciwdepresyjnych nie ogranicza się do okresu występowania ostrych objawów choroby. Z pewnością nie można ich odstawić od razu po ustąpieniu dolegliwości. Oczywiście zaprzestanie zażywania leków jeszcze przed ustąpieniem objawów (a całkiem sporo osób tak robi!) jest zupełnie pozbawione sensu.

Jaki jest sens brania leku przeciwdepresyjnego po ustąpieniu objawów? Jak już wspomniałem, leki przeciwdepresyjne nie usuwają przyczyn choroby, a jedynie niwelują objawy. Może się tak zdarzyć (i w praktyce często tak się dzieje), że ustąpienie dolegliwości jest związane jedynie z działaniem leku – w organizmie pacjenta nadal trwają procesy chorobowe prowadzące do depresji, ale objawy są maskowane przez leki. W tej sytuacji odstawienie leków prowadzi do ponownego ujawnienia się objawów. Trudno tu nawet mówić o nawrocie, bo to cały czas ten sam epizod depresji, tylko przez jakiś czas był nieodczuwalny.

Ponieważ leczenie ma charakter objawowy, jego przerwanie może spowodować ponowne ujawnienie się ukrytych do tej pory, dolegliwości.

Wyniki badań wskazują, że leki przeciwdepresyjne mają także działanie profilaktyczne. Stosowane już po rzeczywistym ustąpieniu nawrotu choroby zmniejszają prawdopodobieństwo wystąpienia kolejnego nawrotu. Skuteczność prewencyjna tych środków nie jest 100-procentowa; może się zdarzyć, że mimo stosowania leku depresja i tak wróci, jednak ryzyko takiego wydarzenia jest w przypadku przyjmowania leku o tyle mniejsze, że z pewnością uzasadnia długotrwałą kurację.

Kiedy więc można odstawić lek przeciwdepresyjny? Nie ma uniwersalnej reguły, która pozwalałaby na wyliczenie czasu trwania kuracji dla wszystkich pacjentów. Jest to sprawa indywidualna. O czasie trwania kuracji powinien w każdym przypadku decydować lekarz prowadzący. Oczywiście pacjent ma prawo zgłaszać swoje postulaty w tym względzie. Ma również bez wątpienia prawo do przerwania kuracji, jeśli tylko sobie tego życzy, ale najczęściej nie jest to dobry pomysł.

Czas trwania kuracji lekiem przeciwdepresyjnym jest niemal zawsze dłuższy, niż chciałby pacjent. O zakończeniu leczenia powinien decydować lekarz prowadzący.

19 Czy wszystkie leki przeciwdepresyjne są takie same?

Wszystkie leki przeciwdepresyjne mają taki sam cel – likwidacja lub maksymalne zmniejszenie nasilenia objawów depresji. Tak więc pod względem przeznaczenia są do siebie bardzo podobne. Jednak zarówno teoria, jak i praktyka pokazują, że ten sam cel można osiągnąć różnymi metodami. Różne leki przeciwdepresyjne mają odmienne mechanizmy działania i pod tym względem mogą się od siebie bardziej lub mniej różnić.



Jest kilka podstawowych mechanizmów działania, które są wykorzystywane w leczeniu farmakologicznym depresji. W największym skrócie, jest to albo działanie na wychwyt zwrotny neuroprzekazników, takich jak serotonina czy noradrenalina, albo działanie bezpośrednie na receptory dla różnych neuroprzekazników.

W ostatnich latach wprowadzono na rynek kilka nowych leków przeciwdepresyjnych charakteryzujących się mechanizmami działania, które nie były dotychczas stosowane. W niektórych przypadkach udało się dzięki nim uniknąć takich działań niepożądanych, jak upośledzenie funkcji seksualnych oraz zwiększenie masy ciała, zgłaszanych przez pacjentów przyjmujących znaczną większość leków przeciwdepresyjnych.

Szczegółowe omówienie mechanizmów działania różnych leków wykracza poza zakres tej książki i z punktu widzenia pacjenta nie ma decydującego znaczenia. Można z pewnością powiedzieć, że choć leki przeciwdepresyjne pod względem mechanizmu działania dzielą się na różne grupy, to jednak każdy preparat ma swój własny mechanizm – co prawda podobny do innych leków z grupy, ale nie identyczny. Wynika z tego między innymi taki wniosek: to, że lek z danej grupy nie pomógł, nie musi wcale świadczyć o tym, że inny preparat z tej samej grupy także nie będzie skuteczny.

Wszystkie leki przeciwdepresyjne mają ten sam cel – usunięcie lub zminimalizowanie objawów depresji, ale sposoby osiągnięcia tego celu, czyli mechanizmy działania leków, są różne.

20 Jakie są najczęstsze objawy niepożądane leków przeciwdepresyjnych? Czy zawsze takie objawy występują?

Ponieważ leki przeciwdepresyjne mają różne mechanizmy działania, różne są także wywoływane przez nie objawy niepożądane. Trzeba pamiętać o tym, że skutki uboczne stanowią w pewnym sensie drugą stronę medalu – uruchomienie pewnych mechanizmów korzystnych pociąga za sobą także uruchomienie mechanizmów niekorzystnych. Z tego punktu widzenia trudno przypuszczać, żeby jakikolwiek lek o realnym działaniu (a nie placebo) był całkowicie pozbawiony działań niepożądanych – byłoby to niezgodne z podstawowymi prawami fizyki.

Rodzaj działań niepożądanych zależy od mechanizmu działania danego leku. Leki o wyraźnym działaniu serotonergicznym najczęściej powodują skutki uboczne ze strony układu pokarmowego. Na początku ich przyjmowania stosunkowo często występują nudności, luźne stolce, czasem bóle brzucha, wymioty. Leki serotonergiczne mogą również u części pacjentów powodować rodzaj zubożenia emocjonalnego. Do pewnego stopnia może to być efekt korzystny, ponieważ chory łatwiej nabiera dystansu do wielu spraw, które bardzo go martwiły. Jednak część osób odbiera to działanie leków jako niezwykle przykre i trudne do zniesienia. Z kolei leki o działaniu noradrenergicznym mogą przyczyniać się do zwiększenia ciśnienia tętniczego krwi

i przyspieszenia rytmu serca. Wiele leków przeciwdepresyjnych powoduje zaburzenia funkcji seksualnych – na ogół są to leki o działaniu serotonergicznym.



Objawy niepożądane leków przeciwdepresyjnych w dużym stopniu zależą od ich głównego mechanizmu działania. Wszystkie leki, które naprawdę działają, powodują jakieś objawy niepożądane.

Pacjenci często pytają o to, czy dany lek przeciwdepresyjny powoduje tycie. Rzeczywiście w przypadku większości preparatów z tej grupy obserwowano takie działanie u części leczonych. Czasem jest to działanie swoiste – lek zwiększa

apetyt, zwalnia metabolizm. Ale bardzo często jest to związek w pewnym sensie przypadkowy – w depresji na ogół bardzo zmniejsza się apetyt, w związku z tym wielu chorych chudnie, natomiast skuteczne leczenie depresji wpływa na poprawę apetytu i zamiast spadać waga rośnie. Trudno obwiniać o to leki przeciwdepresyjne – przecież właśnie po to były stosowane, żeby zlikwidować objawy depresji! Ciężka depresja to najlepszy sposób na schudnięcie, ale nie polecam tej metody...

Jeżeli niektóre działania leków przeciwdepresyjnych są nie do zaakceptowania, to warto zapytać lekarza o preparaty o innych mechanizmach działania. Na rynku dostępne są leki przeciwdepresyjne, które nie przyczyniają się do wystąpienia zubożenia emocjonalnego i przyrostu masy ciała oraz znacznie mniej wpływają na zaburzenia funkcji seksualnych.

Trudno odpowiedzieć na pytanie, czy u wszystkich osób przyjmujących leki przeciwdepresyjne występują działania niepożądane. Z całą pewnością większość pacjentów nie zgłasza takich objawów. Bałbym się jednak stwierdzić, że jest to jednoznaczne z tym, że skutki uboczne leków u tych osób nie występują. Różni ludzie są w różnym stopniu wyczuleni na różne objawy. To, co dla jednego jest nie do zniesienia, dla drugiego może być jedynie trochę uciążliwe, a jeszcze ktoś inny może na to w ogóle nie zwrócić uwagi, ponieważ cieszy się ustąpieniem depresji.

Większość osób przyjmujących leki przeciwdepresyjne nie zgłasza działań niepożądanych. Trudno jednak powiedzieć, czy takie objawy rzeczywiście nie występują, czy też pacjenci nie zwracają na nie uwagi.

21 Na co mogą wpływać leki przeciwdepresyjne?

Może to pytanie brzmi nieco zagadkowo, ale trudno mi je ująć inaczej. Tak jest zresztą formułowane przez pacjentów. Chodzi ogólnie o to, jak mogą zadziałać leki, czyli „jak mogę się po nich psychicznie czuć”. „Leki przeciwdepresyjne mogą zmieniać osobowość”, „leki przeciwdepresyjne powodują, że smutni ludzie stają się weseli”, „leki przeciwdepresyjne to rodzaj narkotyków, po których realne wydarzenia przestają mieć znaczenie” – psychiatra często spotyka się z opiniami tego typu. Stąd pytanie, na co mogą, a na co nie mogą wpływać leki przeciwdepresyjne.

Trzeba od razu jasno to powiedzieć – leki przeciwdepresyjne z całą pewnością nie zmieniają osobowości, nie wywołują bezrozumnej radości u ludzi zdrowych, nie wpływają w żaden sposób na realny ogląd rzeczywistości. Wszystkie opinie tego rodzaju to kompletne bzdury. Osoby zdrowe przyjmujące leki przeciwdepresyjne (a wszystkie leki są badane na osobach zdrowych, wszystkie!) nie odczuwają żadnych skutków psychicznych, nie robią się ani wesołe, ani smutne, ani mniej zainteresowane, ani bardziej. Owszem mogą dostać nudności, biegunki czy tachykardii – ale to wszystko! Leki przeciwdepresyjne nie wpływają na psychikę zdrowych ludzi. Po prostu nie mają takiego działania.



Leki przeciwdepresyjne nie zmieniają w żaden sposób osobowości, nie wywołują radości u ludzi smutnych, nie zmieniają oglądu rzeczywistości. Osoby zdrowe po zażyciu leku przeciwdepresyjnego nie odczuwają żadnego specjalnego oddziaływania na psychikę (może najwyższej senność).

Zasadniczo można powiedzieć, że leki przeciwdepresyjne wpływają na chorobowo zmieniony nastrój. Zdarza się, że podaje się takie preparaty osobom, które nie mają prawdziwej depresji tylko rodzaj reakcji żałoby, jednak w tych sytuacjach wykorzystuje się działanie uspokajające tych środków, a nie strictly przeciwdepresyjne. Podobnie jest z wpływem leków przeciwdepresyjnych na napęd czy też poczucie energii do działania – mogą zwiększać obniżony napęd, ale nie robią ze zwykłego „supernapędu”. Obawy dotyczące „zbyt mocnego” działania leków przeciwdepresyjnych („tabletką, która zmienia człowieka”) są zupełnie nieuzasadnione. Problemem jest raczej zbyt słabe, a nie zbyt mocne, działanie tego rodzaju środków.

22 Czy zaburzenia snu w depresji wymagają stosowania dodatkowych leków nasennych?

Zaburzenia snu są jedną z podstawowych cech depresji. Wielu chorych uważa nawet, że gdyby zaczęli dobrze spać, to wszystko byłoby lepiej. Jest to niemal na pewno mylenie skutku z przyczyną (to depresja wywołuje zły sen, a nie odwrotnie), ale widać, jak dużą wagę przywiązują pacjenci do tego objawu. Zasadniczo można by powiedzieć, że zaburzeń snu nie warto leczyć osobno – po ustąpieniu depresji one także powinny ustąpić; podobnie jest z brakiem apetytu – nie warto go poprawiać osobno, wystarczy wyleczyć depresję. Problem polega na tym, że leczenie depresji może trwać dość długo, a o ile z gorszym apetytem można zwykle jakoś wytrzymać, o tyle przedłużająca się bezsenność jest niezwykle trudna do zniesienia lub nawet niemożliwa. W praktyce pacjenci wymuszają podanie leku nasennego nawet wówczas, gdy lekarz nie jest taką perspektywą zachwycony.

U osób chorych na depresję, które skarżą się na zaburzenia snu, należy od razu rozważyć zastosowanie leku przeciwdepresyjnego o właściwościach nasennych. Jest kilka preparatów tego typu. Ich zdecydowaną zaletą w porównaniu z typowymi środkami nasennymi jest to, że nie mają działania uzależniającego. Ponadto wyniki badań polisomnograficznych (są to badania oceniające różne parametry fizjologiczne organizmu podczas snu) wskazują, że leki te korzystnie wpływają na tzw. architekturę snu, co w praktyce oznacza, że sen jest znacznie bardziej zbliżony do naturalnego niż w przypadku typowych leków nasennych. Ostatnia, choć nie najmniej ważna, sprawa – stosując leki przeciwdepresyjne o działaniu nasennym, możemy osiągnąć dwa efekty za jednym razem. Warto zdawać sobie sprawę z istnienia różnych leków i odróżniać te o typowym działaniu nasennym od nowoczesnych preparatów poprawiających jakość snu, ale niepowodujących nadmiernej senności czy też uspokojenia (sedacji).

U pacjentów z depresją i znacznymi zaburzeniami snu najkorzystniejsze będą leki przeciwdepresyjne o działaniu nasennym. Lepiej unikać typowych leków nasennych, które nie nadają się do długotrwałego stosowania, a takie prawdopodobnie będzie konieczne.



23 W jaki sposób bezpiecznie odstawić lek przeciwdepresyjny?

Trzeba przede wszystkim odpowiedzieć na pytanie, jakie realne niebezpieczeństwo wiąże się z odstawieniem leku przeciwdepresyjnego. Tak naprawdę jest jedno najważniejsze – nawrót depresji (lub ponowne ujawnienie się „starej” depresji – pisałem o tym w jednym z wcześniejszych punktów). Inne problemy są zazwyczaj niewielkie i dość szybko ustępują.

Już wcześniej omówiłem zagadnienie minimalizowania ryzyka nawrotu depresji. O terminie zakończenia kuracji powinien zdecydować lekarz prowadzący. Najczęściej nie powinno się odstawiać od razu całej stosowanej dawki leku, ale to zależy od preparatu. Niektóre leki mają bardzo długi okres półtrwania (to znaczy, że po zaprzestaniu brania leku poziom substancji czynnej we krwi utrzymuje się nawet przez wiele dni) i wówczas można je odstawić od razu, właściwie bez żadnego ryzyka.

Odstawieniu niektórych leków przeciwdepresyjnych mogą towarzyszyć dość nieprzyjemne objawy. Nie byłoby słusznie nazywać je „abstynencyjnymi”, ponieważ leki przeciwdepresyjne nie mają działania uzależniającego, choć z pewnością są to objawy związane z odstawieniem. Najczęściej są to różnego rodzaju zawroty głowy, nudności, poczucie niepewności, lekkiej dezorientacji. Część osób niesłusznie postrzega te dolegliwości jako „nawrót depresji”. Nawrót choroby po zaprzestaniu zażywania leku przeciwdepresyjnego jest jak najbardziej możliwy, ale nie powinien się przejawiać zawrotami głowy czy nudnościami, bo to nie są objawy depresji. W przypadku tego typu preparatów należy zmniejszać dawkę bardzo wolno, pełne odstawienie może trwać nawet kilka tygodni. Można dość łatwo sprawdzić, czy niepokojące objawy mają związek z odstawianiem leku – po ponownym podaniu większej dawki dolegliwości powinny ustąpić.



O terminie odstawienia leku powinien decydować lekarz prowadzący. Niektóre leki trzeba odstawiać bardzo wolno, inne można od razu – trzeba w tej sprawie poradzić się specjalisty.

24 Czy stosuje się inne metody leczenia?

Farmakoterapia to najczęściej stosowana i powszechnie dostępna metoda leczenia depresji, ale nie jedyna. Pokróćce omówię tzw. metody biologiczne oraz wspomnę o psychoterapii.

ELEKTROWSTRZĄSY

Prawdopodobnie najskuteczniejszą dostępną metodą leczenia depresji są elektrowstrząsy (EW). Domyślam się, że wielu osobom trudno w to uwierzyć. Bardzo często spotykam się z taką reakcją. W rzeczywistości EW to bardzo humanitarna i wysoce skuteczna metoda leczenia, obciążona niestety bardzo niefortunną nazwą, która zresztą ma uzasadnienie jedynie historyczne.

Podczas terapii stosuje się prąd o bardzo małym natężeniu (do 900 mA) i oczywiście nikt się nie „trzęsie”, a tym bardziej nie doznaje „wstrząsu”. W mózgu pacjenta dochodzi do zsynchronizowanego wyładowania neuronalnego. Nie przenosi się ono na resztę organizmu, ponieważ chory jest uspiiony przez anestezjologa i zwiotczony, tak jak do krótkiego zabiegu operacyjnego. Pacjent nie pamięta przebiegu procedury. Zabiegi są zupełnie niebolesne, w żaden sposób nieobciążające dla mózgu; wykazano nawet, że w mózgach osób z otępieniem i depresją poddanych EW zachodzą korzystne zmiany, poprawiające pracę tego narządu. Wyniki badań wskazują wyraźnie, że zabiegi EW są bardzo skuteczne w terapii depresji – ich skuteczność ocenia się na od 70% do 90% (u takiego odsetka chorych można się spodziewać istotnej poprawy stanu psychicznego). Zabiegi można wykonywać także u osób w podeszłym wieku, nawet po 80. roku życia, ponieważ są bardzo bezpieczne i dobrze tolerowane.

Najczęstszym objawem niepożądanym są zaburzenia pamięci, które jednak zazwyczaj nie są duże i ustępują samoistnie w ciągu około 3 miesięcy po zakończeniu terapii. Niestety po wykonaniu serii zabiegów (zwykle 10–12) pacjenci nadal wymagają profilaktycznego podawania leków przeciwdepresyjnych, w przeciwnym razie objawy depresji zazwyczaj szybko wracają.

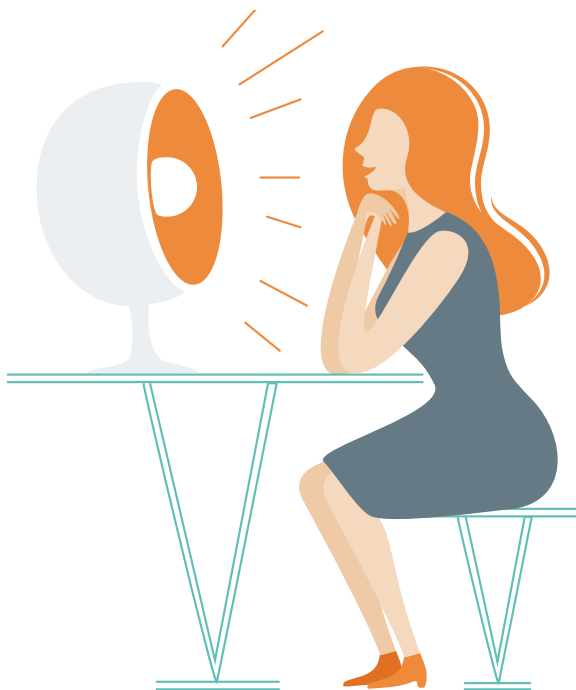
Elektrowstrząsy to bardzo dobra i bardzo bezpieczna metoda leczenia depresji. Stosuje się je głównie u osób z depresją ciężką i oporną na leczenie.

Z całą pewnością nie należy obawiać się EW. W swojej dotychczasowej karierze przeprowadziłem wiele tysięcy (!) takich zabiegów i gdybym miał ciężką depresję lub gdybym musiał leczyć kogoś ze swoich bliskich, nie miałbym absolutnie żadnych oporów przed wyborem tej metody terapii.

POWTARZALNA PRZECZASZKOWA STYMULACJA MAGNETYCZNA

Powtarzalna przeczaszkowa stymulacja magnetyczna (rTMS) polega na oddziaływaniu na korę czołową chorego specjalnie dobranym silnym polem magnetycznym. Działanie pola magnetycznego indukuje w mózgu pole elektryczne (zgodnie z prawem Faradaya). Zabiegi są niebolesne, choć odczucia związane z drażnieniem przez pole magnetyczne mogą być dość nieprzyjemne (próbowałem na sobie), nie jest potrzebne znieczulenie, od razu po zabiegu pacjent może iść do domu. Metoda jest skuteczna, choć nie tak bardzo jak EW.

Zabiegi rTMS są zarejestrowaną metodą leczenia w różnych krajach świata. W Polsce niestety jest to tylko metoda eksperymentalna i w związku z tym trudno dostępna.



FOTOTERAPIA

Fototerapia polega na leczeniu depresji przy pomocy światła. W tym celu używa się białego, jaskrawego światła o natężeniu od 5 do 10 tysięcy luksów (zwykle natężenie światła w oświetlonym pomieszczeniu to około 500 luksów). Czas naświetlania wynosi od pół godziny do godziny. Fototerapia jest szczególnie skuteczna w leczeniu depresji zimowej, ale wykazano, że także w innych postaciach depresji, zwłaszcza stosowana jako uzupełnienie leków, może być bardzo pomocna. Do leczenia światłem używa się specjalnych lamp. W Polsce można kupić wiele modeli różniących się od siebie głównie wyglądem i ceną, ale nie skutecznością działania, o czym warto pamiętać, podejmując decyzję o zakupie.

Można też stosować inną metodę – świeczące „słuchawki” umieszczane w uszach, które

wyglądają jak słuchawki do słuchania muzyki, ale w rzeczywistości są małymi lampkami ledowymi. Także ta metoda leczenia ma potwierdzoną skuteczność, choć nie przeprowadzono zbyt wielu badań w tym zakresie.

INNE METODY

Inne metody biologiczne to głównie metody zabiegowe, takie jak stymulacja nerwu błędnego (VNS) lub głęboka stymulacja mózgu (DBS), albo metody, które nie zostały jeszcze dobrze zbada-
dane, np. przezskórna stymulacja nerwu błędnego (sVNS), stymulacja prądem stałym (tDCS). Są stosowane bardzo rzadko, dlatego nie będą szczegółowo omawiane.

Elektrowstrząsy, przeczaszkowa stymulacja magnetyczna i fototerapia to biologiczne metody leczenia o udowodnionej skuteczności w terapii depresji.

PSYCHOTERAPIA – KIEDY I JAKA?

Mam spory opór przed pisaniem o psychoterapii. Nie dlatego, że jestem lekarzem i nie prowadzę psychoterapii. I z pewnością nie dlatego, że nie jestem przekonany o jej dobrym działaniu – bo jestem! Ale wiem z wieloletniego doświadczenia, że wszystko, co powiem, może być wykorzystane przeciwko tej metodzie leczenia depresji. Nie wiem dlaczego, ale bardzo wielu pacjentów odczuwa opór przed psychoterapią i wykorzystuje wszelkie informacje, żeby utwierdzić się w słuszności swego przekonania:

- to terapia przez rozmowę – „To ja sobie z koleżanką mogę porozmawiać”;
- to sposób, żeby nauczyć się sobie radzić – „Ja wiem, jak sobie radzić, tylko nie mogę tego zrobić, bo nie mam warunków”;
- to metoda, która pomaga sobie uświadomić – „Ja tam wszystko o sobie wiem. Kto mi coś o mnie powie, a co ja siebie nie znam?!”.

To częste reakcje towarzyszące rozmowie o psychoterapii.

Często myślę, że opowiadanie o psychoterapii jest podobne do relacji z wystawy obrazów zdawanej komuś, kto nigdy nie widział tych dzieł sztuki. Na przykład wyobrażam sobie taką relację z Luwru: „I wiesz, wisi tam taki obraz, taka namalowana kobieta, dosyć ładna, choć nie jakaś bardzo, może bardziej intrygująca. I ona, wiesz, tak jakby się uśmiecha, chociaż nie do końca...” W tym momencie widzę oczyma wyobraźni, jak mój rozmówca puka się w czoło. Na pewno za-
chęciłem go do kupna biletu do muzeum. Z całą pewnością...

Zamiast więc opowiadać o psychoterapii, powiem tylko – nie dowiedzą się Państwo, póki nie spróbują. Po prostu nie ma sposobu, żeby się dowiedzieć i już. Trzeba pójść, zobaczyć albo pozostać w nieświadomości.

Z praktycznego punktu widzenia odpowiednim momentem do podjęcia psychoterapii jest okres, kiedy objawy depresji ustępują lub kiedy całkiem ustąpią. Psychoterapia wymaga aktywnego uczestnictwa i stanowi spory wysiłek (teraz to już na pewno zachęciłem...), więc dla osoby w stanie depresji może być zbyt dużym wyzwaniem, choć jeśli ktoś chce, to nie należy zabraniać.

Jeśli chodzi o rodzaj psychoterapii, to najwięcej dowodów dotyczy psychoterapii poznawczo-behawioralnej (CBT) i interpersonalnej (IPT). Wykazano, że są to metody skuteczne, pozwalające na zmniejszenie liczby nawrotów depresji. Nie można wykluczyć, że także inne rodzaje psychoterapii są skuteczne, a niekiedy bardzo – czasem po prostu trudno to udowodnić, ponieważ psychoterapia to jednak indywidualny proces. Każda tabletką leku zawiera zawsze tę samą substancję chemiczną, natomiast każdy psychoterapeuta jest innym człowiekiem – może mieć mniejszy lub większy talent, bardziej lub mniej pasować do konkretnego pacjenta itd. Trzeba pamiętać, że w Polsce psychoterapia rzadko jest refundowaną metodą leczenia, najczęściej trzeba za nią płacić z własnej kieszeni.

25 Co się dzieje, jeśli nie leczy się depresji?

Prawdę powiedziawszy, może być różnie. Jeśli depresja jest łagodna, a warunki są sprzyjające – być może wszystko samo ustąpi. Zdarza się. Jeśli choroba jest silniejsza, a otoczenie nie pomaga (bo np. o niczym nie wie), to może przejść w postać przewlekłą i trwać bardzo długo. Jeśli w tym czasie pojawiają się myśli samobójcze, to depresja może się skończyć śmiercią. Tak bywa.

Nie jestem do końca pewien, co się dzieje z ludźmi, którzy się nie leczą, ponieważ są to osoby, u których depresja nie została rozpoznana, a co za tym idzie, także ja się z nimi nie spotkałem. Osoby, u których zdiagnozowano chorobę, są teoretycznie zawsze leczone, choć czasem nieodpowiednio. Co prawda część z nich, może nawet duża, wcale nie bierze zaleconych leków, więc



poniekąd nie są to osoby leczone – ale znów, ja o tym zazwyczaj nie wiem, co najwyżej trochę się domyślam...

Chciałbym wyrazić się jasno, ale też bardzo bym nie chciał nikogo straszyć. Moim zdaniem pozostawienie nieleczonej depresji jest zawsze bardzo groźne i jest niczym nieuzasadnionym ryzykiem. Depresja jest bardzo poważną chorobą.

Depresja jest bardzo poważną chorobą i stanowi realne zagrożenie życia. Nie można jej zostawiać bez leczenia.

Nie jest dla mnie żadnym argumentem stwierdzenie, że depresja jest przemijająca. Każda, dosłownie każda, choroba jest w istocie przemijająca! Jeśli ktoś ma zapalenie płuc i nie dostaje żadnego antybiotyku, to przecież nie można powiedzieć, że z pewnością umrze. A gdzież tam! Pewnie nawet połowa chorych przeżyje. I co potem? Ci, którzy przeżyją, powiedzą: „No i po co było się truć tym antybiotykiem?”. A ci którzy umrą? Nic nie powiedzą. Czyli wygrywa rozwiązanie – nie brać antybiotyków! Jednogłośnie i demokratycznie. Zupełnie tak samo jest z depresją – ci, którzy wyzdrowieją, mogą powiedzieć, że leki to lipa; ci, którzy popełnią samobójstwo, nie powiedzą nic.

Tak, depresja jest przemijająca, ale jest także nieprzewidywalna. Jeśli ktoś nie jest jasnowidzem i nie wie, którędy tym razem popłynie rzeka, to w żadnym wypadku nie ma prawa ryzykować.

***Jeśli nie leczy się depresji, to może być źle.
I nie należy takich eksperymentów przeprowadzać.***

Podsumowanie

Na kartach niniejszego poradnika starałem się w przystępny sposób wyjaśnić, czym jest depresja, jak może wpływać na życie i co można zrobić, żeby ją wyleczyć. Ze względu na ograniczoną objętość tej książki wiele spraw mogłem omówić jedynie bardzo skrótowo, a o wielu innych nawet nie wspomniałem. Starałem się koncentrować na kwestiach praktycznych, codziennych zmartwieniach pacjentów i ich rodzin. Pytania, na które odpowiadam, to pytania, które w praktyce najczęściej zadają mi chorzy na depresję. Te same powtarzają się od lat, można więc przypuszczać, że jest to w miarę uniwersalny zakres tematyczny.

Tym, którzy czują niedosyt albo szukają odpowiedzi na pytania, które w tej książce nie padły, polecam inne lektury. Myślę, że najbardziej przydatne będą opracowania praktyczne, których autorzy unikają zbytniego teoretyzowania. Można się spotkać z bardzo wieloma koncepcjami dotyczącymi tego, skąd właściwie bierze się depresja, jakie są jej źródła biologiczne i psychologiczne. To bardzo ciekawe, ale z praktycznego punktu widzenia nie ma wielkiego znaczenia dla pacjentów. Jeśli rozważania na temat przyczyn miałyby opóźnić podjęcie leczenia, to z pewnością nie warto. Depresja nie jest chorobą, z której leczeniem można zaczekać. Przeciwnie – terapię trzeba zacząć jak najszybciej.

Wiele osób martwi się tym, że depresja często jest chorobą nawracającą. Rzeczywiście statystyki wskazują, że jeśli ktoś miał już nawrót depresji, to wystąpienie kolejnych jest bardzo prawdopodobne. To z pewnością nie jest pocieszająca informacja. Trzeba jednak pamiętać o tym, że prawidłowe, długoterminowe leczenie oraz przestrzeganie pewnych zasad, o których wspomniałem w tej książce, może sprawić, że nawroty będą znacznie łagodniejsze, łatwiejsze do wytrzymania i mniej niebezpieczne. Tak więc sama perspektywa ryzyka nawrotu nie powinna zniechęcać do podjęcia aktywnego leczenia. Często tłumaczę swoim pacjentom, że nie ma sensu martwić się następną depresją, póki ta, która trwa, nie została wyleczona.

