



PsychoMEDIC.pl

Sieć Klinik Psychologiczno-Psychiatrycznych

PORADNIK

DEPRESJA

ODPOWIEDZI ZESPOŁU EKSPERTÓW - LEKARZY PSYCHIATRÓW I PSYCHOLOGÓW



WIELKOPOLSKA
IZBA
LEKARSKA



Słownictwo
KLANZA



SPIS TREŚCI

| | |
|--|----------------|
| Wstęp | 1 - 2 |
| Poznaj naszych ekspertów | 3 - 4 |
| Rozdział I – Depresja – najważniejsze fakty | 5 - 7 |
| Rozdział II – Anatomia depresji | 8 - 13 |
| Rozdział III – Oblicza depresji | 14 - 18 |
| Rozdział IV – O depresji poporodowej | 19 - 22 |
| Rozdział V – Depresja u dzieci i młodzieży | 23 - 26 |
| Rozdział VI – Depresja jest wokół nas | 27 - 32 |
| Rozdział VII – Wszystko, co musisz wiedzieć o leczeniu depresji | 33 - 39 |
| Gdzie zawsze możesz otrzymać pomoc? | 40 |
| Patroni | 41 |

Cześć!

Nawet nie wiesz, jak się cieszymy, że tu jesteś.

Jeśli zdecydowałeś/aś się przeczytać lub chociaż przejrzeć tego e-booka, to znaczy, że poszukujesz rzetelnej wiedzy na temat diagnozy, leczenia i zapobiegania depresji.

A to pierwszy krok do tego, by nauczyć się uważności na sygnały wysyłane przez organizm, reagować, gdy dzieje się z nami coś niepokojącego, umiejętnie wspierać innych, którzy doświadczają kryzysu psychicznego i zadbać o profilaktykę zdrowia psychicznego na co dzień.

Jak korzystać z tego e-booka?

Jeżeli Ty i Twoi bliscy nie doświadczacie aktualnie stanów depresyjnych, możesz potraktować tego e-booka jako pigułkę wiedzy, którą powinien osiąść każdy. Zachęcamy Cię, byś postarał_a się we własnym tempie zapoznać ze wszystkimi informacjami, jakie dla Ciebie przygotowaliśmy. Możesz zapisać sobie tego e-booka na komputerze, wypisać najważniejsze wiadomości w zeszycie albo nawet wydrukować wybrane strony i powiesić na lodówce.

Chodzi o to, byś mógł/a szybko wrócić do wiedzy zawartej w tym e-booku, kiedy będziesz jej potrzebować. W trakcie redakcji tego poradnika staraliśmy się, aby mógł pełnić rolę „psychologicznej apteczki” dla Ciebie i Twoich najbliższych.



Jeżeli jesteś w trakcie farmakoterapii i/lub psychoterapii depresji – wiedz, że wspieramy Cię i trzymamy za Ciebie kciuki. Lektura naszego e-booka może pomóc Ci lepiej zrozumieć to, co się z Tobą dzieje, a także poznać metody, które specjaliści polecają jako uzupełniające dla psycho- i farmakoterapii. **Pamiętaj jednak, że to praca z psychoterapeutą i/lub leki zalecone przez lekarza są podstawowym i niezbędnym narzędziem do odzyskania zdrowia psychicznego. Nie rezygnuj z leczenia bez konsultacji z terapeutą i psychiatrą, nawet, jeśli czujesz, że jest z Tobą coraz lepiej. Jeśli masz poczucie, że terapia i/lub stosowanie leków Ci nie pomaga, porozmawiaj o tym ze swoim specjalistą lub zasięgnij drugiej opinii.**

Jeśli zauważasz u siebie pogorszenie stanu psychicznego i zastanawiasz się, czy tego przyczyną nie jest depresja, to bardzo się cieszymy, że szukasz dla siebie pomocy!

W e-booku znajdziesz informacje, które pozwolą Ci porównać swoje odczucia z aktualną wiedzą na temat objawów depresji. Lektura może pomóc Ci także w podjęciu decyzji, z jakim specjalistą skonsultować się w pierwszej kolejności. Apelujemy – dla własnego dobra nie diagnozuj się jednak na własną rękę. Nawet, jeżeli po przeczytaniu tego poradnika dojdiesz do wniosku, że to na pewno nie depresja, Twoje zdrowie psychiczne nadal zasługuje na uwagę i zaopiekowanie. Skonsultuj się z psychologiem/psychoterapeutą lub psychiatrą, aby ustalić, co może być powodem doświadczanych przez Ciebie trudności.

W Twoim bliższym lub dalszym otoczeniu jest ktoś, kto cierpi na depresję, a Ty chciał_abyś wiedzieć, jak jemu/jej pomóc? Twoja postawa zasługuje na wyróżnienie. Z tego e-booka możesz dowiedzieć się, jakie mechanizmy rządzą psychiką i zachowaniem osoby w depresji i jakie działania z Twojej strony będą dla niej wspierające, a z których lepiej zrezygnować. Pamiętaj jednocześnie, że Twoje zdrowie psychiczne jest równie ważne. Jeżeli czujesz, że depresja osoby partnerskiej/dziecka/przyjaciela/innej osoby bliskiej negatywnie odbija się na Tobie, rozważ sięgnięcie po wsparcie psychologiczne.

Chcesz skonsultować się ze specjalistą zdrowia psychicznego, ale nie wiesz, kogo wybrać? Masz jakiegokolwiek pytania, obawy i wątpliwości dookoła tematu depresji?

Zadzwoń do nas: 799 399 499
Lub napisz: kontakt@psychomedic.pl

Czekamy na Twój telefon lub wiadomość przez 7 dni w tygodniu!

Dziękujemy, że jesteś z nami

Zespół PsychoMedic.pl

POZNAJ NASZYCH EKSPERTÓW

DOŚWIADCZONYCH LEKARZY PSYCHIATRÓW WYSPECJALIZOWANYCH W DIAGNOZIE I KOMPLEKSOWYM LECZENIU DEPRESJI:



prof. dr hab. n. med. Maria Załuska

Lekarka specjalistka psychiatrii, wieloletnia kierowniczka IV Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychologii i Neurologii w Warszawie, wieloletnia pracownica naukowa Szpitala Bródnowskiego i Bielańskiego, wykładowczyni na Uniwersytecie im. Kardynała Stanisława Wyszyńskiego w Warszawie.

Autorka i współautorka ponad 80 prac naukowych z zakresu psychiatrii klinicznej, konsultacyjnej i środowiskowej. Członkini Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego PTP, Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego EPA, Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego PNTZP, oraz International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis (ISPS).



prof. dr hab. n. med. Tomasz Pawełczyk

Lekarz specjalista medycyny rodzinnej i psychiatrii, psychoterapeuta psychodynamiczny dyplomowany przez Laboratorium Psychoedukacji w Warszawie, adiunkt w Klinice Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Jest autorem licznych publikacji z zakresu diagnostyki, leczenia oraz profilaktyki zaburzeń psychicznych. Pracuje z Pacjentami od przeszło 25 lat.

Wiedzę zdobytą w trakcie studiów medycznych rozwijał w trakcie staży klinicznych na terenie całej Europy – kształcił się m.in. w Londynie, Oxfordzie i Nicei. W kolejnych latach pełnił rolę asystenta i adiunkta w licznych poradniach, szpitalach oraz klinikach uniwersyteckich.



prof. dr hab. n. med. Dariusz Włodarek

Lekarz medycyny, dietetyk i żywieniowiec. Kierownik i profesor Zakładu Dietetyki Wydziału Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji SGGW w Warszawie. Autor podręczników do dietetyki oraz szeregu artykułów w tej dziedzinie. Zajmuje się leczeniem żywieniowym oraz badaniami w zakresie znaczenia diety w utrzymaniu prawidłowego stanu zdrowia i w różnych jednostkach chorobowych. Prowadzi terapię dietetyczną w zaburzeniach nastroju, odżywiania się, otyłości oraz w innych chorobach niezakaźnych. Udziela porad w zakresie prawidłowego żywienia dzieci, kobiet ciężarnych i karmiących, osób uprawiających sport wyczynowy. Skutecznie i bezpiecznie pomaga w rehabilitacji ciała oraz powrocie do zdrowej wagi.



dr hab. n. med. Anna Klimkiewicz

Lekarka specjalistka psychiatrii, adiunkt w Katedrze i Klinice Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Na co dzień konsultuje Pacjentów w Szpitalu Nowowiejskim oraz Klinice PsychoMedic.

Jako naukowczyni zajmuje się głównie obszarem uzależnień i powikłań psychiatrycznych po przebyciu zakażenia COVID-19. Jest Prezeską Polskiego Towarzystwa Medycznej Marihuany i Leków Kannabinoidowych.



lek. Marta Piasecka

Lekarka specjalistka psychiatrii osób dorosłych. Ma bogate i różnorodne doświadczenie zawodowe, które zdobyła w szpitalach. Jest diagnostą ADHD i Spektrum autyzmu w klinice PsychoMedic i zajmuje się Pacjentami z całej Polski oraz Europy. Pełniła m.in. rolę zastępcy Ordynatora Oddziału Psychiatrii Sądowej, Ordynatora Oddziału Ogólnopsychiatrycznego, kierownika Oddziału Psychiatrycznego. Przez wiele lat pracowała również jako lekarz pogotowia ratunkowego, co – jak sama mówi – nauczyło ją holistycznego podejścia do każdego problemu i każdego Pacjenta.



lek. Michał Hapon

Lekarz specjalizujący się w dziedzinie psychiatrii dorosłych, absolwent I Wydziału Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Na co dzień pracuje na oddziale ogólnopsychiatrycznym Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia w Pruszkowie. Jego celem jest nowoczesne leczenie trudności psychicznych w oparciu o kompleksowe podejście do Pacjenta. Szczególnie ważna jest dla niego empatia w kontakcie z Pacjentem oraz otwartość na współpracę z psychologami, psychoterapeutami oraz lekarzami innych specjalności.



lek. Marta Tomkiewicz-Kozłowska

Lekarka specjalistka psychiatrii dzieci i młodzieży, absolwentka Wydziału Lekarskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Praktykę i wiedzę w dziedzinie psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej zdobywała w całodobowym Oddziale Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w SPS ZOZ Zdroje w Szczecinie, Centrum Zdrowia Psychicznego w Szczecinie oraz w Fundacji Tęcza Serc, diagnozując zespołowo Pacjentów w kierunku Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD). W procesie diagnostyce i leczenia depresji kluczowe jest dla niej indywidualne i holistyczne podejście do trudności, jakich doświadcza dziecko.



lek. Piotr Markowski

Lekarz specjalista psychiatra i psychoterapeuta systemowy. Absolwent całocięgowego, 4-letniego szkolenia w Szkole Psychoterapii Mabor w Warszawie. Aktualnie jest w trakcie dwuletniego kursu z zakresu psychoterapii dzieci i młodzieży. Od kilkunastu lat prowadzi leczenie psychiatryczne osób dorosłych, młodzieży i dzieci. Jak sam mówi, w codziennej pracy stawia sobie za wzór postać prof. Antoniego Kępińskiego.



ROZDZIAŁ I

DEPRESJA

NAJWAŻNIEJSZE FAKTY



Podstawowe objawy depresji

Oficjalne klasyfikacje zaburzeń psychicznych – **ICD-11** czy **DSM-5** – wskazują, że **epizod depresyjny** można zdiagnozować, jeżeli co najmniej 3 z niżej wymienionych symptomów utrzymują się powyżej 2 tygodni.

Jeżeli spełniasz te „kryteria”, zatroszcz się o siebie i umów się na **konsultację psychiatryczną**.

OBJAWY DEPRESJI:

- Obniżony nastrój, przez większą część dnia niemal codziennie;
- Utrata zainteresowań i zdolności odczuwania radości;
- Zmniejszenie energii, ciągłe zmęczenie;
- Osłabienie koncentracji i uwagi;
- Niska samoocena i mała wiara w siebie;
- Poczucie winy i bezwartościowości;
- Pesymistyczne myśli odnośnie siebie i przyszłości;
- Myśli samobójcze i/lub uporczywe myśli o śmierci;
- Zaburzenia snu – wybudzanie się przedwcześnie, trudności z zasypianiem lub zwiększona potrzeba snu;
- Zaburzenia apetytu.



W depresji często występuje również abulia, czyli znacząco obniżona motywacja i chęć do jakiegokolwiek działania, połączona zazwyczaj z dużymi trudnościami w podejmowaniu decyzji.

Niektórzy zauważają u siebie tylko 1 lub 2 z powyższych objawów, i/lub doświadczają tych objawów w niewielkim nasileniu. Jeśli tak jest w Twoim przypadku, poczytaj o **depresji atypowej**, która objawia się w nieco inny sposób, niż typowy epizod depresyjny. Możesz przeczytać o niej również na kolejnych stronach tego e-booka.



Czy wiesz że...

Jeżeli widzisz **podkreślony fragment tekstu** - **KLIKNIJ** - jest to hiperłącze, które po kliknięciu przeniesie Cię na stronę internetową, gdzie znajdziesz jeszcze więcej cennych informacji.

Może być również tak, że nie uświadamiasz sobie wszystkich swoich dolegliwości – dlatego i tak warto porozmawiać z lekarzem psychiatrą.

Jeżeli pogorszenie stanu psychicznego utrzymuje się krócej, niż 2 tygodnie, bacznie się obserwuj. Źródłem Twoich dolegliwości może być początek depresji, ale i np. przemęczenie czy stresujący okres w pracy.

Przez najbliższy czas postaraj się dać sobie maksimum troski: w miarę możliwości zaplanuj odpoczynek, aktywności, które sprawiają Ci przyjemność, rozmowy z bliskimi sobie osobami. Gdy to nie pomoże, zgłoś się do lekarza.



PAMIĘTAJ, ŻE WYZNACZNIKIEM DEPRESJI NIE JEST TO, JAK FUNKCJONUJESZ, A TO, JAK SIĘ CZUJESZ.

Niektóre źródła podają, że nawet do 40% Pacjentów może cierpieć na tzw. uśmiechniętą depresję (określaną inaczej: depresją wysokofunkcjonującą). Osoby, które doświadczają tej postaci depresji, zazwyczaj dalej utrzymują satysfakcjonujące związki z innymi, osiągają sukcesy zawodowe, uprawiają sport... Jednocześnie przeżywają równie duże cierpienie, co osoby, które przysłowiowo „nie są w stanie wstać z łóżka”.

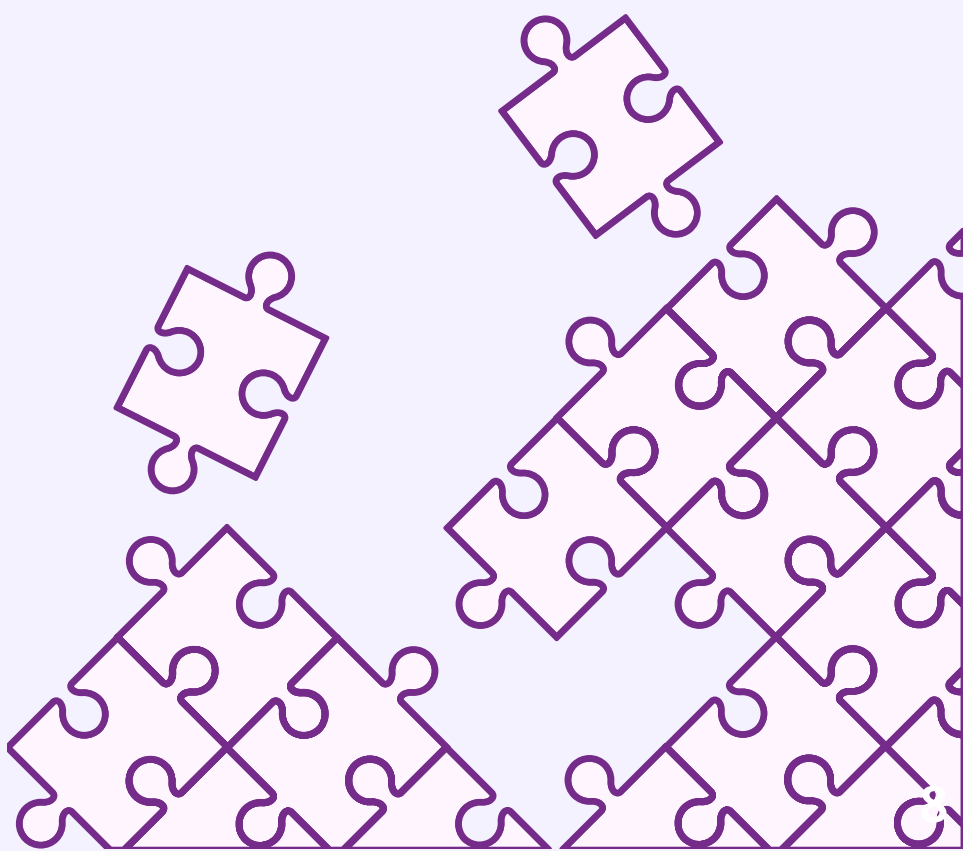
W równym stopniu potrzebują fachowej pomocy.



ROZDZIAŁ II

ANATOMIA

DEPRESJI



Czy depresja wpływa także na zmiany fizjologii mózgu?



Odpowiada **dr hab. n. med. Anna Klimkiewicz**

Tak. Neurobiologiczny mechanizm depresji opiera się na zaburzeniu wielu układów neuroprzekaźnikowych, które odpowiadają za prawidłowe procesy fizjologiczne i mózgową „wewnętrzną komunikację”.

To prowadzi do niekorzystnych zmian w naszym samopoczuciu i myśleniu.

Badania pokazują, że w depresji zachodzą zmiany nie tylko w mózgu. Nieprawidłowości dotyczą również wydzielania tzw. hormonów stresu, co pociąga za sobą pogorszenie zdrowia somatycznego i kolejne, niekorzystne zmiany w mózgu. Koło się zamyka.

Z uwagi na skuteczność pewnych substancji w leczeniu depresji wiemy, że nieprawidłowości dotyczą przewodnictwa serotonergicznego, noradrenergicznego czy dopaminergicznego. Każdy z tych układów może pobudzać lub hamować kolejny (w zależności od tego, jak rozmieszczone są receptory, jakiego są typu i o którym obszarze mózgu mówimy).

Czy depresja jest
dziedziczona genetycznie?



Odpowiada **dr hab. n. med. Anna Klimkiewicz**

**Wszystko, co jest związane ze zdrowiem,
jest dziedziczone genetycznie (za wyjątkiem niepłodności).**

Czasem za chorobę odpowiada jeden gen, czasem znacznie więcej, a czasem jest to sposób, w jaki gen jest aktywowany.

W depresji czynników genetycznych jest wiele. Choroba ta ma zresztą różne oblicza. Może przebiegać różnie u różnych ludzi i w różnych okresach ich życia. Patofizjologia depresji może być zmienna nawet u tej samej osoby.

Wracając jednak do wątku genów: po przodkach można odziedziczyć nie tylko nieprawidłowości neuroprzekaźnikowe, lecz również cechy temperamentu czy charakteru. Te czynniki mają bardzo duży wpływ na to, czy depresja ujawni się u danej osoby, jak również na to, jak będzie u danej osoby przebiegać.

Jakie mogą być skutki
nieleczzonej depresji?



Odpowiada **dr hab. n. med. Anna Klimkiewicz**

Na początek, co oczywiste i co rzuca się w oczy najbardziej – depresja powoduje, że człowiek cierpi, a to wydaje się obiektywnie wystarczającym powodem, aby zacząć się leczyć. Jednak dla osoby doświadczającej depresji, troska o własne szczęście i dobrostan często nie ma znaczenia.

Pacjent z depresją uważa nierzadko, że nie zasługuje na to, aby czuć się dobrze, cieszyć życiem, odczuwać radość, przyjemność, spokój. Uważa, że jest to poza jego zasięgiem lub wręcz nie ma do tego prawa. To, co widać gołym okiem (najbardziej charakterystyczne objawy depresji) jest tylko częścią całego wachlarza negatywnych konsekwencji tego zaburzenia – zdrowotnych, ale również osobistych, społecznych czy finansowych.

W depresji dochodzi do nadmiernego wydzielania hormonów stresu i aktywacji procesów zapalnych, czego skutkiem jest zwiększone ryzyko chorób układu krążenia – zaczynając od nadciśnienia tętniczego, przez udary, po zawał mięśnia sercowego.

Spada odporność nie tylko na patogeny, ale również na nieprawidłowe komórki naszego organizmu. Stąd podejrzenia, że depresja może zwiększać ryzyko chorób nowotworowych.

Depresja objawia się stałym poczuciem smutku, zmęczenia, czasem napięcia i rozdrażnienia. Nietrudno domyślić się jak wpływa to na życie osobiste i relacje osoby, która doświadcza zaburzeń depresyjnych.

Mówiąc wprost – depresja może doprowadzić do utraty pracy, partnera, przyjaciół, pozycji zawodowej etc.

Kolejnym problemem są zaburzenia poznawcze, pogorszenie pamięci, uwagi, planowania – każdy wybór, nawet najprostsz, staje się trudny, a każda decyzja zdaje się przerastać. To z jednej strony wtórnie obniża poczucie własnej wartości, z drugiej prowadzi do realnych pomyłek i błędów. Wiadomo również, że nieleczone depresje zwiększają ryzyko zaburzeń otepiennych na późniejszym etapie życia.

Kilkanaście lat pracy z Pacjentami udowodniło mi bez najmniejszych wątpliwości, **że depresja jest ciężką chorobą, która absolutnie każdemu człowiekowi jest w stanie odebrać wszystko** – tak długo, jak nie będzie właściwie leczona.



Czy depresja
może minąć sama?



Odpowiada **prof. dr hab. n. med. Maria Załuska**

Z badań trudno wyciągnąć jednoznaczny wniosek, aczkolwiek **wiele źródeł pokazuje, że u większości Pacjentów, u których wystąpił pierwszy epizod depresji, objawy zanikają lub ulegają znaczącemu złagodzeniu - w ciągu od 3 do 6 miesięcy od rozpoczęcia epizodu.** Niektóre badania wskazują, że nie jest to zależne od tego, czy Pacjent otrzymał pomoc terapeutyczno-medyczną, czy też nie.

Nie zmienia to jednak faktu, że warto i należy zgłosić się do psychiatry i/lub psychoterapeuty, jeśli zauważamy u siebie objawy depresji.

PRZED WSZYSTKIM DLATEGO, ŻE:

- **Depresja może siać spustoszenie w stanie zdrowia i życiu prywatnym oraz zawodowym człowieka** – tak, jak zostało to opisane powyżej, niezależnie od tego, ile trwa. Konsekwencjom depresji zapobiega profesjonalna pomoc specjalistów zdrowia psychicznego.
- Przyjmowanie leków przeciwdepresyjnych **pozwala osiągnąć szybką poprawę**, nawet w ciągu 2 tygodni od rozpoczęcia farmakoterapii.
- **Depresja może wrócić** (do tego tematu wracamy w rozdziale „Wszystko, co musisz wiedzieć o leczeniu depresji”). Kontakt ze specjalistą zdrowia psychicznego pozwala nie tylko na szybkie wyleczenie aktualnie trwającego epizodu, ale i na zdobycie wiedzy na temat obrazu klinicznego depresji. Dzięki temu będziesz w przyszłości czujny/a na oznaki zwiastujące kolejny epizod depresji, i będziesz wiedzieć, co robić.
- **Wdrożenie farmakoterapii istotnie zmniejsza ryzyko nawrotu epizodu depresyjnego** - nawet o kilkadziesiąt procent!

ROZDZIAŁ III

OBLICZA

DEPRESJI



Czy w populacji ogólnej występuje zjawisko depresji sezonowej?



Odpowiada **dr hab. n. med. Anna Klimkiewicz**

Depresja sezonowa jest niewątpliwie obecnym w populacji zjawiskiem.

Okresem pogorszenia samopoczucia są w tym przypadku zimne i ciemne miesiące. Szacuje się, że depresja sezonowa może stanowić nawet 10% wszystkich przypadków depresji w różnych jej odmianach.



Chcesz wiedzieć więcej? Zajrzyj na naszego bloga!

[Depresja sezonowa - czy naprawdę istnieje? Jak sobie pomóc? Poradnik \(psychomedic.pl\)](#) 

Jaka jest różnica między dystymią a depresją?



Odpowiada **lek. Michał Hapon**

Różnica między tymi zaburzeniami polega przede wszystkim **na długości trwania objawów i ich natężeniu.**

GLÓWNYMI SYMPTOMAMI DEPRESJI, POZA OBNIŻENIEM NASTROJU, JEST:

- zanik lub znaczne **ograniczenie odczuwania przyjemności**,
- **zaburzenia** koncentracji,
- patologicznie **obniżona samoocena**,
- **poczucie beznadziei** w odniesieniu do przyszłości,
- myśli i tendencje **samobójcze**,
- **zaburzenia snu** (zarówno bezsenności jak i wydłużenie czasu snu),
- **spadek** albo istotna zmiana apetytu,
- **pobudzenie lub spowolnienie** psychoruchowe,
- **obniżenie** poziomu energii.

Podstawą do zdiagnozowania depresji jest utrzymywanie się co najmniej 3 z wyżej opisanych objawów przez co najmniej 2 tygodnie.

Dystymią nazywamy natomiast stan obniżonego nastroju, utrzymujący się przez większość czasu na przestrzeni co najmniej 2 lat.

Głównym elementem, który odróżnia dystymię od depresji, jest mniejszy stopień nasilenia objawów.

W przypadku, gdy u Pacjenta występują pojedyncze z wymienionych objawów depresji, lecz ich nasilenie nie dezorganizuje istotnie funkcjonowania Pacjenta i trwa już wystarczająco długo, skłaniamy się do rozpoznania dystymii.

Kolejną różnicą jest podejście terapeutyczne, które zazwyczaj rekomenduje się w tych zaburzeniach: **dystymia w przeważającej liczbie przypadków powinna być leczona psychoterapią, ponieważ skuteczność leczenia farmakologicznego jest tu mniejsza, niż w przypadku depresji. Przy depresji najlepsze efekty obserwuje się przy połączeniu obu tych metod – farmakoterapii + psychoterapii.**



Jakie mogą być nietypowe objawy depresji?



Odpowiada **lek. Michał Hapon**

Depresja kojarzy nam się zazwyczaj z bezsennością, utratą apetytu i spowolnieniem psychoruchowym. Bywa jednak i tak, że w obrazie klinicznym dominują przeciwieństwa tych objawów, a więc: **patologicznie wydłużony czas snu, zwiększony apetyt i masa ciała oraz pobudzenie psychoruchowe**, często wyrażone nasiloną drażliwością i tendencjami to wszczynania sporów.

Innym rzadziej spotykanym symptomem jest **subiektywnie odczuwane "uczucie ciężkości" w kończynach górnych i dolnych**. Warto w tym kontekście wspomnieć o bólu, którego odczuwanie jest u Pacjentów z depresją zwiększone. Prowadzi to często do tego, że przed rozpoznaniem depresji, diagnostyka u Pacjenta prowadzona jest w zupełnie innym kierunku. Ból w depresji może nie mieć żadnego fizycznego uzasadnienia, a być jedynie manifestacją cierpienia psychicznego.

Zdarza się, że dominującym objawem depresji są zaburzenia funkcji poznawczych oraz pamięci.

Ma to miejsce najczęściej u osób starszych, lecz może występować u osób w każdym wieku, i zawsze powinno skłaniać do szerokiej diagnostyki.



Jak objawy depresji mogą różnić się w zależności od płci?



Odpowiada **lek. Marta Piasecka**

Klinicyści zauważają, że u kobiet dominuje bardziej „stereotypowy” obraz depresji

– czyli taki, na który składają się m.in.:

- płaczliwość,
- brak sił do działania,
- trudności z realizacją obowiązków zawodowych,
- zaniżona samoocena,
- brak apetytu lub nadmierny apetyt,
- dolegliwości somatyczne (np. zaburzenia miesiączkowania, dolegliwości ze strony układu pokarmowego, napięciowe bóle głowy, zaostrzenie przebiegu chorób przewlekłych).

Objawy depresyjne u mężczyzn mogą różnić się od tych występujących u kobiet. „Męska” postać depresji może być poniekąd uwarunkowana kulturowo i zgodna ze stereotypem silnego mężczyzny, który nie ma przyzwolenia na „słabość” i mówienie o emocjach.

W miarę coraz większej świadomości społecznej na temat zaburzeń zdrowia psychicznego, stereotypy te są na szczęście łamane. Mężczyźni przełamują bariery i decydują się szukać pomocy w przeżywanym cierpieniu.

Objawy depresyjne mogą przybierać tzw. maski:

- drażliwości,
- wybuchów agresji,
- ryzykownych zachowań,
- impulsywności.

Mężczyzna i otoczenie dostrzegają zmianę w zachowaniu osoby, która dotychczas np. nie podejmowała ryzykownych zachowań. To objawy, które są widoczne na zewnątrz i budzą zaniepokojenie. Powinny skłonić do umówienia konsultacji ze specjalistą zdrowia psychicznego.

Objawami „depresji męskiej” mogą być również nadużywanie substancji psychoaktywnych, pracobolizm, nieadekwatne poczucie porażki, za którym idzie stawianie sobie coraz większych wymagań – jednym słowem intuicyjne szukanie aktywności tak, by nie zostawać samym ze sobą i swoimi myślami.

Oczywiście „typowe” objawy depresji wśród Panów również są powszechne. Mężczyźni również doświadczają smutku czy mają pesymistyczną wizję przyszłości. Nietypowe objawy mogą być jednym z czynników wpływających na niedoszacowanie zaburzeń depresyjnych wśród mężczyzn i stawianie mylnych rozpoznań. Tragiczną konsekwencją tego stanu rzeczy jest odsetek samobójstw u mężczyzn – ok. 5:1 w stosunku do kobiet. Dlatego to tak ważne, aby mężczyźni ich bliscy byli czujni na wszelkie możliwe symptomy zaburzeń zdrowia psychicznego.

ROZDZIAŁ IV

O DEPRESJI

POPORODOWEJ

**ROZDZIAŁ PRZYGOTOWANY WE WSPÓŁPRACY Z FUNDACJĄ
MEDYCYNY PRENATALNEJ IM. ERNESTA WÓJCICKIEGO**



**FUNDACJA MEDYCYNY
PRENATALNEJ**
im. Ernesta Wójcickiego

Baby Blues - czy to normalne,
że tak się czuję?



Odpowiada **Sandra Bodnar**

Na najczęstsze pytania dotyczące zaburzeń nastroju w okresie połogu odpowiada Sandra Bodnar – psycholożka z Fundacji Medycyny Prenatalnej im. Ernesta Wójcickiego.

Baby blues, czyli tzw. smutek poporodowy, może dotyczyć od 50 do aż 80% kobiet, które urodziły dziecko. Najczęściej pojawia się w 5-6 dobie po porodzie, czyli w momencie wystąpienia u kobiety nawału mlecznego (gwałtownego zwiększenia produkcji pokarmu w piersiach, które następuje w ciągu kilku dni po porodzie).

Przyjmuje się, że baby blues trwa około 2-3 tygodnie. Nie wymaga interwencji specjalisty ani wdrożenia leczenia, ale bardzo ważna jest czujna obserwacja – samej siebie oraz ze strony bliskich.

Warto pamiętać, iż to naturalne zjawisko, jakim jest baby blues, może być dla kobiety bardzo trudnym doświadczeniem i może sprzyjać pojawieniu się pełniejszych zaburzeń depresyjnych. Czasem wymaga interwencji psychologicznej.



Czy to już depresja poporodowa?



Odpowiada **Sandra Bodnar**

Objawy depresji poporodowej są dużo silniej wyrażone, niż w przypadku baby blues, i bezwzględnie wymagają interwencji specjalisty. Co ważne, depresja poporodowa może pojawić się u kobiety zarówno jeszcze podczas ciąży, jak i wiele miesięcy po urodzeniu dziecka.

O tym, że kobieta może cierpieć na depresję poporodową, świadczą takie objawy, jak:

- obniżony nastrój – przez większość dnia kobieta płacze i nie umie określić z jakiego powodu, czuje smutek, drażliwość, pojawia się chwiejność emocjonalna, nieprzewidywalność reakcji;
- myśli o śmierci lub planowanie samobójstwa, myśli rezygnacyjne, przynoszące ulgę myśli o własnej śmierci, nieistnieniu – **w takiej sytuacji absolutnie konieczna jest pilna konsultacja z psychiatrą;**
- brak energii, męczliwość, spowolnienie lub nadmierne pobudzenie psychoruchowe, które szybko się „wypompuje”;
- poczucie bezradności i porażki rodzicielskiej, obniżona samoocena, poczucie, że zaniedbuje dziecko;
- nadmierna senność lub bezsenność, trudności w zasypianiu;
- zaburzenia łaknienia – nadmierny apetyt lub jego brak;
- brak lub znikoma higiena osobista – kobieta przestała się myć lub robi to niechętnie, nie czesze włosów, nie myje zębów, chodzi w tym samym ubraniu kilka dni.

Na depresję poporodową mogą także cierpieć mężczyźni. U około 10% mężczyzn, depresja poporodowa może mieć podobne objawy, co u kobiety.

Dodatkowo mogą pojawić się: drażliwość i konfliktowanie się z innymi, nadużywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych, izolowanie się od rodziny.

Jak wygląda diagnoza i leczenie depresji poporodowej?



Odpowiada **Sandra Bodnar**

W diagnostyce depresji poporodowej bardzo ważna jest czujność. Nawet wtedy, gdy kobieta lub mężczyzna rozpoznają u siebie zaledwie niektóre z wymienionych wyżej objawów, mogą być one dla nich bardzo trudne i doprowadzić do głębokiego kryzysu psychicznego.

Narzędziem, które jest pomocne w diagnostyce depresji poporodowej, jest Edynburska Skala Depresji Poporodowej – Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS. Test można wykonać samodzielnie.

Możesz wykonać ten test między innymi na stronie PsychoMedic:

[Sprawdź czy masz depresję poporodową - darmowy test - PsychoMedic.pl](#)



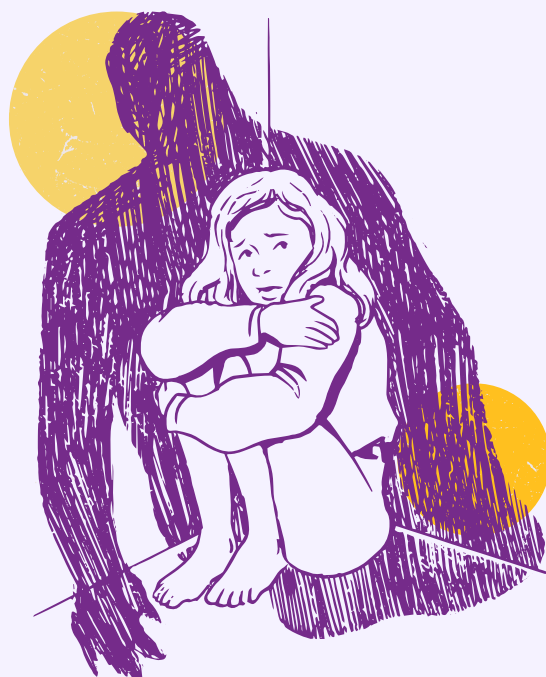
Jeśli partner/partnerka lub bliscy zauważą pojawienie się jakichkolwiek, nawet innych niż wymienione wyżej, niepokojących objawów – konieczne jest zasięgnięcie profesjonalnej porady i wsparcia lekarza psychiatry. Depresja poporodowa jest chorobą, którą można skutecznie leczyć.



ROZDZIAŁ V

DEPRESJA

U DZIECI I MŁODZIEŻY



Od jakiego wieku można diagnozować depresję?
Jak rozpoznać depresję u małych dzieci?



Odpowiada **lek. Marta Tomkiewicz-Kozłowska**

Depresja jest diagnozowana już u dzieci w wieku przedszkolnym. Należy ją podejrzewać, jeżeli:

- w nastroju dziecka dominuje smutek i/lub rozdrażnienie,
- występuje zmniejszenie lub utrata przeżywania przyjemności i dotychczasowych zainteresowań,
- u dziecka występują jedno lub kilka z poniższych: zmniejszenie energii, pogorszenie apetytu, zaburzenia snu, zaburzenia koncentracji i uwagi,
- zachowanie dziecka wskazuje na przeżywanie nieadekwatnego poczucia winy, pesymizmu, bezradności,
- dziecko mówi o myślach samobójczych (lub wskazują na nie jego zabawy i/lub inne zachowania).

Zaburzeniom depresyjnym mogą także towarzyszyć **objawy somatyczne**:

bóle głowy, bóle brzucha, bóle w klatce piersiowej, kołatanie serca.

Dziecko z podejrzeniem depresji powinno zostać zbadane przez psychiatrę i psychologa-diagnostę/psychoterapeutę dziecięcego.

Depresja rozpoznawana jest przez specjalistów w oparciu o określone kryteria diagnostyczne, zawarte w aktualnie obowiązującej klasyfikacji. Kryteria dotyczą **rodzaju i liczby objawów oraz czasu ich trwania**.



Czy depresja może występować u niemowląt?



Odpowiada **lek. Marta Tomkiewicz-Kozłowska**

Objawy depresji u niemowląt i małych dzieci były opisywane już w połowie XX wieku, szczególnie w odniesieniu do deprivacji emocjonalnej oraz rozłąki z rodzicem u dzieci wychowywanych w placówkach opiekuńczych.

Do dnia dzisiejszego objawy te nie zostały jednak zebrane w kryteria diagnostyczne, które pozwalałyby rozpoznawać zaburzenia depresyjne u niemowląt.

Przeprowadzane dotąd obserwacje wskazują, że depresja u niemowląt może objawiać się poprzez:

- smutek,
- apatię,
- zaburzenia snu,
- zmiany i opóźnienia w rozwoju psychoruchowym,
- brak przybierania na wadze/spowolnione przybieranie na wadze,
- brak zainteresowania opiekunami.

Jak wygląda leczenie depresji u dzieci?

Leczenie zaburzeń depresyjnych u dzieci obejmuje:

- poradnictwo dla rodziców,
- psychoedukację Pacjenta oraz jego rodziny,
- psychoterapię indywidualną (zalecanym nurtem terapii jest poznawczo-behawioralny),
- terapię rodzinną,
- leczenie farmakologiczne.

Niekiedy dzieciom jest zalecana również psychoterapia grupowa i treningi umiejętności społecznych.

Leczenie może także obejmować interwencje w środowisku, w którym przebywa dziecko: w przedszkolu/szkole (gdy np. dziecko przeżywa niepowodzenia szkolne) oraz w domu (gdy np. ze strony rodziców dochodzi do zaniedbania lub aktów przemocy).

Burza hormonalna a nastoletnia depresja
- jaka jest różnica i jak uchwycić granicę
między jednym a drugim?



Odpowiada **lek. Piotr Markowski**

Określenie granicy, gdzie kończą się trudności typowe dla poszczególnych okresów rozwojowych, a gdzie zaczynają się trudności psychiczne wymagające interwencji, faktycznie bywa trudne.

Pomiędzy nastolatkami radzącymi sobie a przeżywającymi kliniczne trudności, można jednak dostrzec następujące różnice:

| NASTOLATEK RADZĄCY SOBIE | NASTOLATEK, KTÓRY PRZEŻYWA TRUDNOŚCI |
|--|--|
| Doświadcza silnych i intensywnych emocji, ale jest ich świadom i jest w stanie sobie z nimi poradzić | Nagromadzenie emocji skutkuje wybuchami gniewu i napadami lęku, a refleksja na temat własnych zachowań jest osłabiona |
| Angażuje się w kontakty z rówieśnikami i jednocześnie zależy mu na utrzymaniu więzów rodzinnych (choć akcentuje swoją niezależność) | Relacje i więzi z rodziną są słabe, izoluje się od rówieśników, przeżywa trudności w relacjach romantycznych |
| Doświadcza trudności z akceptacją niektórych aspektów siebie, ale dominuje pozytywny obraz siebie i pozytywny afekt | Charakteryzuje go negatywny obraz siebie, niska samoocena, brak poczucia własnej wartości |
| Rozwija lub poszukuje swoich zainteresowań, planuje karierę, podejmuje kroki mające na celu przygotowanie się do zawodu/egzaminów/kolejnego etapu edukacji | Nie ma istotnych planów zawodowych ani szczególnych zainteresowań, nie odczuwa potrzeby podejmowania nowych aktywności |

ROZDZIAŁ VI

DEPRESJA

JEST WOKÓŁ NAS



Jakie czynniki zwiększają ryzyko wystąpienia depresji?



Odpowiada **lek. Marta Piasecka**

Etiologia depresji jest wieloczynnikowa, podobnie jak jej obraz. Może mieć cały wachlarz „masek” i „podszywa się” pod inne jednostki chorobowe (np. choroby wewnętrzne) czy zaburzenia somatyzacyjne.

Czynniki zwiększające ryzyko depresji mogą mieć zarówno naturę biologiczną – genetyczną i neuroprzebiegową, jak i środowiskową i psychologiczną – np. związaną z sytuacyjnym stresem w sferze zawodowej czy prywatnej.

Czynniki genetyczne odgrywają rolę w pojawieniu się zaburzeń depresyjnych (w badaniach mówi się nawet o 40%). Ich wpływ na człowieka jest jednak determinowany w dużej mierze przez to, czy znajdzie się on pod wpływem zdarzeń wyzwalających predyspozycje do depresji. Takie zdarzenia to nie tylko narażenie na stres, ale i paradoksalnie pozytywne, emocjonujące wydarzenia, które wzbudzają duże emocje.

Depresja często dotyka osoby aktywne zawodowo, między 20 a 40 rokiem życia – z 2-krotną przewagą kobiet.

Czynnikiem ryzyka jest również:

- **Depresja u rodzica.** Statystyki mówią o 10-15 % większym prawdopodobieństwie wystąpienia depresji u dziecka, którego rodzic chorował.
- **Wychowanie się w domu, w którym dochodziło do przemocy, zaniedbań.**
- **Stan zdrowia – przewlekłe choroby somatyczne** – cukrzyca, choroby autoimmunologiczne, onkologiczne, stan po udarze mózgu.
- **Stres fizyczny i emocjonalny.**
- **Zmiany hormonalne** – np. wskutek ciąży i porodu, menopauzy, zaburzeń układu endokrynnego.

Duże znaczenie może mieć również zażywanie substancji psychoaktywnych – alkoholu, narkotyków, leków o potencjale uzależniającym, co samo w sobie może powodować zaburzenia nastroju. Substancje te mogą być też jednak metodą „samoleczenia” i regulowania trudnych emocji, a co za tym idzie – mogą prowadzić do efektu błędnego koła.

Jakie są współczesne przyczyny występowania depresji - izolacja spowodowana pandemią? Coraz szybsze tempo życia? Presja społeczna?



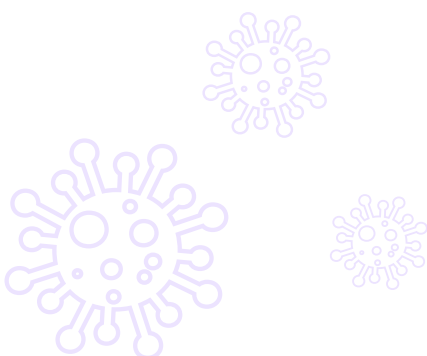
Odpowiada **lek. Marta Piasecka**

Depresja towarzyszy ludzkości od zarania dziejów. Jej obraz, tak jak i teorie związane z jej patogenezą, zmieniały się na przestrzeni wieków. Zależało to między innymi od sytuacji społecznej, kulturowej, poglądów religijnych. Poszukiwano podłoża biologicznego depresji, ale i nadawano jej niegdyś sens mistyczny, nazywając „chorobą duszy”.

Zdecydowanym zmianom uległy natomiast przyczyny, które mogą indukować objawy depresyjne – szczególnie na przestrzeni ostatnich kilku lat, kiedy pojawiła się pandemia Covid-19.

Kilka faktów odnośnie wpływu pandemii COVID-19 – zapewne w większości znanych, ale wartych przypomnienia i usystematyzowania

- Większość sfer życia – zawodowa, domowa, rodzinna, ekonomiczna, towarzyska – uległy przeorganizowaniu lub całkowitemu zawieszeniu, wykluczeniu. Zostaliśmy wyłączeni z wielu aktywności, m.in. podróży, spędzania czasu z przyjaciółmi, wyjść do kina, teatru czy restauracji.
- Czynnikiem wpływającym na pogorszenie stanu psychicznego były izolacja i związane z tym poczucie samotności, niepokój o zdrowie własne i bliskich osób. Takie doświadczenia, jak utrata pracy, zaburzone poczucie bezpieczeństwa, zachorowanie i odejście bliskiej osoby, miały dla wielu osób charakter traumatyzujący, a tym samym znacząco zwiększający podatność na depresję.
- Znaczenie odegrała zmiana formy nauki/ pracy zawodowej na zdalną. Dla niektórych oznaczało to zachwianie poczucia prywatności i zaostrzenie konfliktów rodzinnych.



Wzrosła liczba osób pijących regularnie alkohol (zaczęło po niego sięgać ok. 7% Polaków) oraz przyjmujących substancje psychoaktywne.

Amerykańscy naukowcy stwierdzili również, że w pandemii zaobserwowano trzykrotny wzrost depresji poporodowej.

Wśród osób w wieku 18-34 lata, w grupie ryzyka nasilenia się objawów depresyjnych, znajdowało się przed pandemią 16,2% badanych. W okresie pandemii ten procent zwiększył się do 36,6%.

Nie bez znaczenia jest tu również rozwój technologiczny, wskutek którego nasze życie nabrało większego tempa. Jednocześnie często poddajemy się ocenie i presji społecznej, nie zauważając, że tracimy siły z powodu stresu, który staje się nie do wytrzymania i który może przerodzić się w depresję. Coraz częściej zapominamy o zachowaniu równowagi między pracą a wypoczynkiem, a przede wszystkim o zadbaniu o psychikę. Nakładamy na siebie nadmierne poczucie odpowiedzialności, chcemy spełniać oczekiwania swoje i innych.

Długotrwały stres prędzej czy później zacznie szukać ujścia – często w postaci depresji, bezsenności, zaburzeń somatycznych czy psychosomatycznych. Depresja może stać się ucieczką przed konfrontacją z doświadczanymi trudnościami, ale i **jasnym sygnałem**, aby zaopiekować się sobą.

Zwróć uwagę, że zmiany hormonalne w przebiegu ciąży i połogu to istotny czynnik ryzyka dla wystąpienia depresji, a w pandemii rozpowszechnienie depresji poporodowej wzrosło aż trzykrotnie.

W PsychoMedic zajmujemy się kompleksowym leczeniem każdej postaci depresji, w tym także depresji poporodowej. Jeśli jeszcze tego nie zrobiłeś/aś, koniecznie zajrzyj do rozdziału IV. Połączyliśmy siły z Fundacją Ernesta, aby przekazać Ci rzetelną wiedzę na temat trudności, jakich doświadczają mężczyźni i kobiety w okresie około narodzin dziecka.



Jak zmniejszyć ryzyko zachorowania na depresję?
Jak można chronić swoje zdrowie psychiczne
na co dzień?



Odpowiada **prof. dr hab. n. med. Maria Załuska**

- **Zadbaj o podstawy, bez których Twój organizm nie jest w stanie prawidłowo funkcjonować – sen, nawodnienie.** Postaraj się planować swoją dobę w taki sposób, aby znalazł się w niej czas na odpowiednią dla Ciebie ilość snu (przeciętny człowiek dorosły potrzebuje od 6 do 9 godzin snu na dobę). Ogromnie ważne dla prawidłowego funkcjonowania naszego organizmu jest również picie wody – 2 litry dziennie (ok. 8 szklanek) to minimum!
- **Zadbaj o aktywność fizyczną, ale w taki sposób, by nie nakładać na siebie presji.** Jeśli pracujesz na pełen etat i masz czwórkę dzieci, to może być Ci trudno ćwiczyć codziennie po godzinę. Wybierz dla siebie dziedzinę sportu (może być to nie tylko jazda na rowerze czy fitness – wysiłek fizyczny to także prace w ogrodzie czy szybki chód), i zastanów się, ile realnie możesz poświęcić na nią w tygodniu. Każda aktywność fizyczna jest dobrodziejstwem dla Twojego zdrowia psychicznego. Tym, co je niszczy, jest natomiast nakładanie na siebie nadmiernej presji i brak akceptacji dla swoich porażek czy trudności w osiągnięciu celów.
- **Spróbuj zredukować stres w codziennym życiu.** Można to osiągnąć m.in. poprzez praktykowanie ćwiczeń oddechowych czy mindfulness, ale równie ważna jest regularna refleksja nad tym, czy jakiś element Twojego życia nie pogarsza Twojego stanu psychicznego. Jeśli tak, to co możesz z tym zrobić? Może da się zmienić pracę lub ograniczyć relacje, które postrzegasz jako toksyczne?
- **Zauważaj i wyrażaj emocje.** Tłumienie złości, smutku czy lęku jest prostą drogą do zaburzeń nastroju czy zaburzeń psychosomatycznych. Oswajanie się ze swoimi emocjami to proces, ale warty świeczki. Ucz się dostrzegać swoje emocje, akceptować je i nie traktować jako wroga. One przychodzą po to, aby poinformować Cię o tym, co się dzieje w Twoim życiu i czego potrzebujesz.
- **Traktuj odpoczynek na równi z wysiłkiem.** Odpoczynek jest częścią życia i jest Twoim obowiązkiem. Nie traktuj go jako przywileju, a jako coś, na co po prostu musi znaleźć się czas w Twoim kalendarzu.
- **Nie zaniedbuj wizyt u lekarzy i badań kontrolnych.** Depresja i choroby somatyczne są od siebie zależne. Nielezione problemy ze zdrowiem somatycznym mogą wywołać lub nasilić objawy depresji – i odwrotnie.



Jak wspierać bliskie osoby z depresją?



Odpowiada **lek. Marta Piasecka**

Pierwszym krokiem może być próba zrozumienia samej depresji, czyli zdobycie wiedzy, na czym ona polega. Przyjęcie, że nie jest fanaberią czy lenistwem, ale jest spowodowana zakłóceniem na poziomie neuroprzekaźników w mózgu.

Bardzo istotne jest to, aby być, akceptować, starać się zapewnić poczucie bezpieczeństwa. Starać się zrozumieć, słuchać, odbierać komunikaty. Pamiętać, że ukochana osoba patrzy aktualnie na wszystko przez pryzmat depresji. Obraz świata może być ciemny i zamazany, pozbawiony realistycznej wizji przyszłości.

Urealniająca dla bliskiej osoby może być informacja o tym, że to minie, pod warunkiem zadbania o leczenie i zaopiekowanie się sobą.

Stereotypowe stwierdzenie, by „wziąć się w garść”, może spowodować jeszcze większe poczucie winy u osoby chorej i wycofanie się. To trochę tak, jakby osobie ze złamaną nogą kazać biegać!

W miarę możliwości i upływu czasu, warto jednak namawiać chorego na drobne aktywności.

Depresja jest realnym cierpieniem, ale mimo to można się jeszcze spotkać z bagatelizowaniem jej objawów. Miejmy nadzieję, że te stereotypy już wkrótce znikną całkowicie z naszej świadomości.

Warto również pamiętać, że depresja jest trudnym doświadczeniem nie tylko dla samego chorego, ale i dla jego bliskich. Jeśli zastanawiasz się, jak możesz zatroszczyć się o siebie, gdy Twój bliski ma depresję (lub co możesz podpowiedzieć bliskiej osobie, która ma kogoś doświadczającego depresji w swoim otoczeniu), koniecznie zajrzyj na naszego bloga!



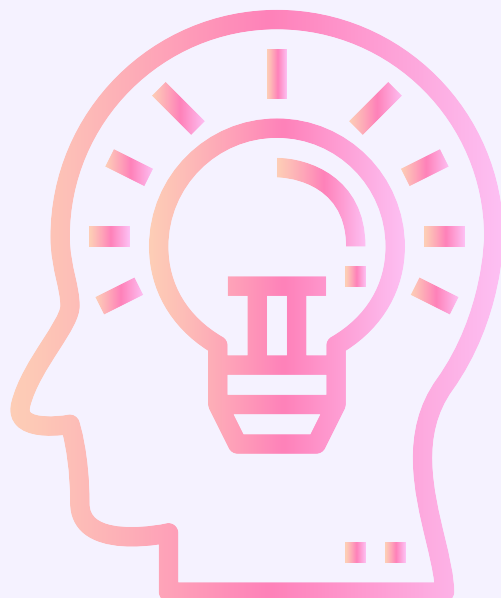
[Twój bliski ma depresję? Przeczytaj, jak zadbać w tym czasie o siebie | Poradnik PsychoMedic](#) 



ROZDZIAŁ VII

WSZYSTKO

**CO MUSISZ WIEDZIEĆ
O LECZENIU DEPRESJI**



Czy podczas leczenia farmakologicznego psychoterapia jest konieczna?

Jaki nurt psychoterapii jest najlepszy w procesie leczenia depresji?



Odpowiada lek. Marta Piasecka

To, jakie metody zostaną zastosowane w leczeniu depresji jako pierwsze, zależy przede wszystkim od nasilenia objawów u Pacjenta, jak również od jego sytuacji życiowej i potrzeb.

Możemy próbować różnych kombinacji, w zależności od stanu Pacjenta. Nierzadko stan Pacjenta jest na tyle ciężki, że dopiero po zadziałaniu leku przeciwdepresyjnego odzyskuje on energię i motywację do podjęcia psychoterapii. Przy epizodzie łagodnym możemy zacząć od psychoterapii i oddziaływań psychoedukacyjnych, a po jakimś czasie ponownie ocenić stan Pacjenta i zdecydować o ewentualnych kolejnych krokach.

Leczenie depresji powinno mieć wymiar kompleksowy – połączenie farmakoterapii z oddziaływaniami psychoterapeutycznymi daje możliwość uzyskania trwałej remisji objawów depresyjnych. Potwierdzają to badania.

Psychoterapią zalecaną w leczeniu depresji jest najczęściej psychoterapia poznawczo-behawioralna. Skupia się ona na zmianie negatywnych przekonań oraz pracy nad destrukcyjnymi zachowaniami. Jej głównym celem jest nabranie umiejętności radzenia sobie z objawami.

Ogromną rolę odgrywa współpraca i wzajemne zaufanie.

Oddziaływania psychoedukacyjne są niezwykle ważnymi narzędziami dla samego chorego i dla jego bliskich. W trakcie psychoedukacji uczymy się siebie, analizujemy, staramy się rozpoznawać swoje emocje i ewentualne objawy zwiastujące kolejny epizod depresyjny. Wówczas szybka reakcja i skontaktowanie się z lekarzem dają bardzo duże szanse na szybkie opanowanie objawów.



Czy to prawda, że leki przeciwdepresyjne zmieniają osobowość człowieka i są niebezpieczne?



Odpowiada lek. Marta Piasecka

Przygotowaliśmy tabelkę z najczęstszymi mitami na temat farmakoterapii depresji i uzasadnieniem, dlaczego są nieprawdziwe:

| MIT | JAKA JEST PRAWDA? |
|---|--|
| Leki od psychiatry uzależniają | <p>Leki p/depresyjne nie uzależniają! Nie powodują zjawiska zwiększonej tolerancji, zespołu abstynencyjnego, głodu substancji (jak np. w przypadku leków nasennych i uspokajających z grupy benzodiazepin przyjmowanych przez długi czas).</p> <p>Natomiast zbyt szybkie odstawienie leku bez konsultacji z lekarzem może wywołać nieprzyjemne objawy. Dlatego ważne jest, aby leki przyjmować zgodnie z zaleceniami lekarza i wspólnie z nim podejmować decyzje dotyczące leczenia.</p> |
| Leki zmieniają zachowanie i osobowość człowieka | <p>Tym, co zmienia zachowanie człowieka, nie są leki psychiatryczne, ale zaburzenie zdrowia psychicznego. Leki mają za zadanie zmniejszyć cierpienie psychiczne Pacjenta/ki, i to właśnie one (obok psychoterapii) pomagają znowu poczuć się sobą.</p> <p>Leki przeciwdepresyjne mają przede wszystkim dodać Ci siłę do codziennych działań i uspokoić natłok myśli. Nie dzieje się to jednak od razu – pierwsze efekty są zazwyczaj odczuwane po około dwóch tygodniach.</p> |
| Leki psychiatryczne dają bardzo dokuczliwe skutki uboczne | <p>Leki psychiatryczne (jak wiele innych) mogą dawać delikatne skutki uboczne na początku stosowania. Do najczęstszych należą m.in. zawroty głowy, ospałość, mdłości czy zaburzenia równowagi. Nie powinny być to jednak objawy bardzo dokuczliwe i nie powinny znacząco utrudniać codziennego funkcjonowania.</p> <p>Jeżeli czujesz się bardzo źle i/lub skutki uboczne nie ustępują po kilku/kilkunastu dniach, porozmawiaj ze swoim lekarzem. W zdecydowanej większości przypadków rozwiązaniem jest zmiana leku lub dawkowania.</p> |
| Leki psychiatryczne są niebezpieczne dla kobiet w ciąży | <p>Jest grupa leków, które są dopuszczone i bezpieczne w trakcie ciąży. Bardzo istotna jest współpraca z lekarzem prowadzącym i ocena nasilenia objawów depresyjnych. Na tej podstawie podejmowana jest decyzja o włączeniu farmakoterapii i psychoterapii. Stan psychiczny matki ma kluczowy wpływ na przebieg ciąży i zdrowie dziecka, a leczenie farmakologiczne może okazać się kluczowe.</p> <p>Należy również pamiętać o ryzyku pojawienia się depresji poporodowej, które rośnie u matek z epizodem nieleczzonej/niewłaściwie leczonej depresji w trakcie ciąży lub w dalszej przeszłości.</p> |
| Sam/a wiem, jaki lek będzie dla mnie najlepszy- przeczytałem/am w Internecie/usłyszałem/am od koleżanki, że najlepszy jest X! | <p>Psychiatra dobiera lek indywidualnie w zależności od występujących objawów, chorób współistniejących i przyjmowanych na stałe innych leków. Obraz kliniczny „u mnie” niekoniecznie jest identyczny jak u znajomego!</p> |

Czy mikrobiota ma znaczenie w przebiegu / leczeniu depresji?



Odpowiada **prof. dr hab. n. med. Dariusz Włodarek**

Mikrobiota jelitowa pełni ważną rolę w organizmie człowieka. Zawiera ona około 1018 mikroorganizmów, w większości bakterii beztlenowych. Jest odpowiedzialna m.in. za funkcję motoryczną przewodu pokarmowego, szczelność bariery jelitowej, trawienie pokarmu i wchłanianie składników odżywczych.

Mózg i jelita oddziałują na siebie dwukierunkowo (oś jelitowo-mózgowa), a coraz liczniejsze badania wykazują, że dysbioza jelitowa (czyli zaburzenie funkcjonowania jelit wskutek zmian we florze bakteryjnej) może mieć istotny związek z rozwojem zaburzeń psychicznych, chorób autoimmunologicznych, alergicznych i innych.

Sugeruje się, że określone bakterie mogą być zaangażowane również w rozwój i przebieg depresji. Z jednej strony depresja może zmienić skład mikroflory jelitowej, a nawet doprowadzić do zespołu jelita drażliwego (IBS). Z drugiej strony zaburzenie składu mikroflory przewodu pokarmowego może prowadzić do nasilenia odpowiedzi stresowej w organizmie i pogłębiać depresję.

Dieta jest kluczowym czynnikiem wpływającym na skład mikrobioty jelitowej. Prebiotyki, w tym galaktooligosacharydy (GOS) i fruktooligosacharydy (FOS), insuliny i oligofruktoza w diecie mogą regulować skład mikroflory jelitowej i korzystnie wpływać na rozwój bakterii z rodzaju *Lactobacillus*, *Bacteroides* i *Bifidobacterium*. Uważa się również, że na zmniejszenie dolegliwości w depresji może wpływać *Lactobacillus rhamnosus*, *Bifidobacterium infantis*, *L. casei*, *L. helveticus*, *B. longum*.



Jakie produkty/dieta mogą działać wspierająco w procesie leczenia depresji?



Odpowiada **prof. dr hab. n. med. Dariusz Włodarek**

Osoby chorujące na depresję powinny odżywiać się zgodnie z zasadami racjonalnego żywienia. Nie ma specjalnej diety, która byłaby wskazana dla chorych. Ważne jest, aby wraz z dietą dostarczyć wszystkich niezbędnych składników pokarmowych w odpowiedniej ilości i wzajemnej proporcji.

Dobrym wyborem może być stosowanie się do zaleceń diety śródziemnomorskiej.

Składnikiem diety, na który warto zwrócić uwagę, są tłuszcze. Wielkonienasycone kwasy tłuszczowe omega 3 są istotne dla prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego (szczególnie kwasy DHA i EPA). Niestety ich ilość w typowej diecie Polaków jest mała.

Wielkonienasycone kwasy tłuszczowe omega 3 występują w sporych ilościach w tłuszczu rybim, **dlatego tak istotne jest regularne spożywanie tłustych ryb morskich (najlepiej dwa razy w tygodniu i nie powinny być one smażone)**. Osoby, które nie lubią ryb lub nie chcą ich spożywać, mogą włączyć do diety suplementy na bazie tłuszczu rybiego.

Warto również pamiętać o regularnym spożywaniu niewielkich ilości różnego rodzaju orzechów (ok. 1/3 filiżanki dziennie). Są to produkty o bardzo bogatym składzie, zawierające wiele związków biologicznie aktywnych, o korzystnym wpływie na zdrowie.



Dlaczego nie można stosować preparatów z dziurawca podczas zażywania leków przeciwdepresyjnych?



Odpowiada **prof. dr hab. n. med. Dariusz Włodarek**

Dziurawiec wykazuje wielokierunkowe działanie na organizm. To dlatego, że obecne jest w nim wiele biologicznie czynnych związków. Wyciągi wodne z dziurawca stosowane są w chorobach wątroby z niedostatecznym wydzielaniem żółci, w dyskinezie w obrębie dróg żółciowych, w schorzeniach żołądka, pomocniczo w kamicy dróg żółciowej i moczowej.

Wyciągi alkoholowe i olejki zawierające hiperycynę (jeden z głównych składników aktywnych dziurawca) wykorzystywane były w łagodzeniu objawów depresji łagodnej i umiarkowanej, stanów lękowych, bezsenności. Nadal są w tym celu stosowane przez osoby doświadczające depresji, niestety bez konsultacji z lekarzem.

Dlaczego nie wolno stosować dziurawca i leków przeciwdepresyjnych jednocześnie? Dziurawiec wpływa na tempo metabolizmu wielu leków, jak również na aktywność białek zaangażowanych w transport w komórce.

Podawanie wyciągów z dziurawca wraz z lekami może prowadzić do wystąpienia interakcji, co może skutkować:

- bólami i zawrotami głowy,
- rozdrażnieniem, lękami,
- nudnościami i wymiotami.

Wyciągi z dziurawca mogą wchodzić w interakcje z jeszcze wieloma innymi lekami, m.in. tymi oddziałującymi na układ nerwowy. Dlatego też nigdy nie wolno stosować dziurawca bez konsultacji z lekarzem.



Czy depresja może wrócić? Jak długo trzeba brać leki po ustąpieniu objawów depresyjnych?



Odpowiada **prof. dr hab. n. med. Tomasz Pawełczyk**

Tak – depresja jest niestety zaburzeniem o charakterze nawracającym.

U co najmniej 1/3 chorych (w zależności od statystyk, którymi się posługujemy) objawy depresyjne powrócą w przeciągu 6-10 miesięcy od wystąpienia remisji.

Z każdym kolejnym epizodem depresji rośnie ryzyko wystąpienia kolejnego. Jednocześnie jednak u tych osób, które leczą się farmakologicznie i które nie odstawiają leków bezpośrednio po ustąpieniu objawów - kolejne epizody depresji są łagodniejsze, a okresy remisji dłuższe. Ci Pacjenci funkcjonują też znacznie lepiej pomiędzy epizodami.

Diagnoza depresji nie oznacza jednak, że Twoje życie już zawsze będzie naznaczone ciągłym bólem z krótkimi i nielicznymi okresami poprawy. Nauka uważności na siebie i pierwsze objawy kolejnego epizodu pozwala na szybką interwencję i zduszenie objawów w zarodku. Podjęcie psychoterapii, terapeutyczna praca nad przyczynami depresji (o ile miała ona podłoże w trudnej sytuacji życiowej lub traumatycznych doświadczeniach z przeszłości) zmniejsza ponadto ryzyko nawrotów i ich intensywność.

Przyjmuje się, że należy przyjmować leki przeciwdepresyjne przez co najmniej 6 miesięcy od ustąpienia objawów. Czas ten wydłuża się, jeżeli nie jest to pierwszy epizod depresji. U osób, których poprzedni epizod/epizody miały ciężki przebieg, lub/i które są obciążone genetycznie zaleca się przyjmowanie leków przez 12 miesięcy od ustąpienia objawów ostatniego epizodu. U osób, które doświadczyły co najmniej 3 epizodów w ostatnich 5 lat, warto rozważyć długoterminowe albo bezterminowe przyjmowanie leków. Takie postępowanie zmniejsza ryzyko wystąpienia kolejnego epizodu o nawet 70%.





GDZIE ZAWSZE MOŻNA OTRZYMAĆ POMOC?

Sieć poradni zdrowia psychicznego PsychoMedic działa już na terenie większości dużych miast w Polsce.

**Jesteśmy otwarci przez 7 dni w tygodniu od 08:00 do 21:00.
Codziennie przyjmujemy zarówno w formie stacjonarnej, jak i online.**

Zawsze dyżuruje u nas lekarz psychiatra. Jeśli zadzwonisz do nas w pilnej sprawie, zaproponujemy Ci termin wizyty już na ten sam dzień – nawet, jeżeli będzie to np. niedziela po południu.

Jeżeli potrzebujesz (Ty lub osoba Ci bliska) natychmiastowej pomocy lub nie możesz pozwolić sobie na opłacenie wizyty, skorzystaj z nieodpłatnej pomocy dla osób w kryzysie.

Telefon zaufania dla osób dorosłych w kryzysie emocjonalnym (działa przez całą dobę)
tel. 116 123

Bezpłatny telefon zaufania dla dzieci i młodzieży (działa przez całą dobę)
tel. 116 111

ITAKA - centrum wsparcia dla osób w stanie kryzysu psychicznego (działa przez całą dobę)
tel. 800 70 2222

Bezpłatna linia wsparcia dla osób po stracie bliskich
(poniedziałek-piątek od 14.00 do 20.00)
tel. 800 108 108

Telefon informacyjno-pomocowy dla rodziców i opiekunów dzieci, które mogą być w kryzysie psychicznym lub niebezpieczeństwie
tel. 800 100 100

Na terenie całego kraju znajdują się również (zazwyczaj czynne całodobowo) ośrodki interwencji kryzysowej. Adres tego, który znajduje się najbliżej Ciebie, można łatwo sprawdzić w sieci.

PATRONI:



**FUNDACJA MEDYCyny
PRENATALNEJ**
im. Ernesta Wójcickiego

Fundacja udzielająca bezpłatnej pomocy psychologicznej, prawnej
i diagnostycznej kobietom w trudnych sytuacjach okołoporodowych.



www.psychomedic.pl