

[zaburzenia psychicznego](#)

Co czwarty z nas spełni w życiu kryteria zaburzenia psychicznego

„Panaceum” rozmawia z prof. dr. hab. n. med. Dominikiem Strzeleckim, kierownikiem Kliniki Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie psychiatrii dla województwa łódzkiego.

„Panaceum”: - Ostatnio mówi się o wzroście zachorowań na depresję. Czy rzeczywiście tak jest?

Prof. D. Strzelecki: – Częstość występowania objawów depresyjnych rzeczywiście jest wysoka. Towarzyszą one w sposób naturalny wielu trudnym sytuacjom życiowym. Niepowodzenia, kłopoty, konflikty i inne obciążające okoliczności często odbijają się na naszym samopoczuciu, powodując obniżenie nastroju, poczucie zmniejszenia poziomu energii, narastanie zmęczenia czy problemy ze snem. Stale znajdujemy w stresie. Życie obecnie, nawet abstrahując od skomplikowanej sytuacji geopolitycznej, pełne jest napięcia, oczekiwań, presji, co zwiększa ryzyko wystąpienia przeciążenia i pojawienia się objawów depresyjnych i lękowych. Nie znaczy to jednak wprost zwiększenia częstości występowania zaburzeń depresyjnych. Im precyzyjniej definiujemy depresję i jej przyczyny, tym bliżej jesteśmy leczenia spersonalizowanego, „dopasowanego” do konkretnej sytuacji zdrowotnej. Chodzi mi tu również o to, że nie w każdym przypadku objawy depresyjne nazwiemy depresją, czyli kompleksem istotnie nasilonych objawów, które utrzymują się przez określony w klasyfikacjach czas i nazywany wtedy epizodem depresyjnym.

Zatem nie chorujemy na depresję częściej niż kiedyś?

W mojej opinii chodzi raczej o naszą większą wrażliwość na tę tematykę. Mówimy o depresji częściej, problemy związane ze zdrowiem psychicznym powoli przestają być tabu. Dotyczy to również środowiska lekarskiego. To dobrze. Nasza większa świadomość zwiększa szansę udzielenia właściwej pomocy innym, mam nadzieję, że ułatwi także czujniejszą obserwację własnego samopoczucia. Jako lekarze jesteśmy poddawani bardzo dużej presji, pracujemy dużo, odpoczywamy zbyt mało. Jeśli zaniedbujemy również swoje samopoczucie, godząc się z tym, że zaangażowanie i zmęczenie jest częścią tego zawodu, rodzi to sytuację ryzykowną. Ryzyko przekłada się na wzrost częstości problemów psychicznych – szerokiej gamy objawów psychopatologicznych, w tym depresyjnych, oraz

nadużywania substancji, w naszych warunkach najczęściej alkoholu i leków uspokajających/nasennych, co tylko znacznie pogarsza sprawę.

Dawniej mówiło się, że choroby psychiczne dotyczą głównie osoby dorosłe. Aktualnie lekarze i media biją na alarm z powodu psychicznych problemów u młodzieży i dzieci. Czy dzieci częściej chorują?

Ta tematyka była po prostu kompletnie zaniedbywana. Brak świadomości nie oznacza jednak, że problemów nie było. Od lat samobójstwo jest jedną z dwóch głównych przyczyn zgonu w tej grupie wiekowej – wg Komendy Głównej Policji 2022 r. odnotowano łącznie 14 520 prób samobójczych, co trzecia próba zakończyła się zgonem (5 108). W czasie pandemii zjawiska związane, m.in. z izolacją, odseparowaniem od rówieśników, spotęgowały odczuwane napięcie sprzyjając pojawieniu się objawów lęku i depresji. Co więcej, objawy te nie są często czytelne dla rodziców. Czas upływa, problemy narastają, prowadząc do pogarszania się samopoczucia i jeśli nie zostanie to uchwycone, może doprowadzić do pojawienia się myśli samobójczych lub nawet podjęcia próby samobójczej i nie jest to rzadkie. Jeśli nie skończy się to tragicznie, zazwyczaj prowadzi do uaktywnienia się rodziny, choć i to nie zawsze motywuje do sięgnięcia po profesjonalną pomoc. Niestety, problemy psychiczne dzieci i młodzieży przeważnie wynikają ze skomplikowanej sytuacji domowej, rzadziej rówieśniczej, dlatego bez systemowego uporządkowania tych spraw i zwiększenia poczucia bezpieczeństwa dziecka, samo podanie leku albo psychoterapia obejmująca wyłącznie dziecko nie przyniesie optymalnych rezultatów.

W pracy z młodzieżą zauważam również duże znaczenie środowiska szkolnego, które jak się wydaje, nie wykształciło systemowych procedur wsparcia i ochrony przed przemocą. Pacjenci zwracają uwagę również, że źródłem przemocy, obok rówieśników, bywają nauczyciele, np. poprzez stygmatyzację, wyśmiewanie lub tolerowanie przemocy. W takiej sytuacji szczególnie trudno sobie poradzić młodej osobie.

Jak można rozpoznać depresję u siebie?

Dochodzimy tutaj do sedna naszej rozmowy. Klasycznie w epizodzie depresyjnym mamy do czynienia z obniżeniem nastroju, napędu (energii i chęci do działania) oraz brakiem odczuwania przyjemności, czyli anhedonią. Objawy te muszą trwać przynajmniej dwa tygodnie. Najczęściej powyższym objawom towarzyszy negatywna ocena swojego życia, pesymizm, niepokój, pogorszenie pamięci i myślenia, zaburzenia snu z opóźnionym zasypianiem, fragmentacją snu i przedwczesnym wybudzaniem się oraz obniżenie apetytu i libido. Największe nasilenie objawów występuje zwykle po obudzeniu się. Część pacjentów ma myśli rezygnacyjne, czyli nie ma chęci życia albo pojawiają się myśli suicydalne z realnym ryzykiem podjęcia próby samobójczej. Jest to bardzo niebezpieczny

moment, próby samobójcze są częstym zjawiskiem, a nawet 15 procent osób z cięższymi postaciami depresji ginie śmiercią samobójczą. Rozróżniamy epizody o nasileniu łagodnym (jesteśmy jeszcze wykonywać podstawowe czynności, mobilizować się do obowiązków zawodowych), umiarkowanym (już nie jesteśmy w stanie chodzić do pracy) i ciężkim (aktywność jest tu ograniczona do podstawowych czynności fizjologicznych, często wykonywanych z trudnością).

Czy coś jeszcze powinno wzbudzić naszą czujność?

Mamy również postaci mniej typowe, np. o depresji maskowanej mówimy wtedy, kiedy główne skargi dotyczą np. bezsenności lub zespołu bólowego, które pojawiają się okresowo (podobnie jak depresja) i dobrze reagują na leczenie antydepresyjne. Depresja atypowa to postać, w której apetyt, szczególnie na posiłki wysokokaloryczne (węglowodany, najczęściej słodyczne) jest zwiększony i zwiększona jest również potrzeba snu, czego w klasycznej postaci nie obserwujemy. Szczególną ostrożność należy zachować w przypadku wystąpienia objawów psychiatrycznych, kiedy pacjent uważa na przykład, że jego ciało nie funkcjonuje, jest winien nieszczęściom na świecie lub jest pewien zbliżającej się katastrofy.

Zawsze w psychiatrii musimy wykluczyć wpływ chorób somatycznych, np. zaburzeń hormonalnych, neurologicznych czy onkologicznych oraz niektórych leków, alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Obie te sytuacje mogą powodować wystąpienie objawów depresyjnych, w tych sytuacjach oczywiście leczenie przyczynowe będzie inne niż w depresji i skoncentrowane na rozwiązaniu problemu somatycznego lub leczeniu uzależnienia.

Czy można mówić o skłonnościach do zachorowania na depresję?

Trzeba tutaj wspomnieć o sytuacjach, w których obecność objawów depresyjnych jest częsta, jednak ich źródło leży w specyficznej strukturze osobowości lub wyjątkowo niesprzyjających okolicznościach zewnętrznych. Osobowość chwiejna emocjonalnie lub cechująca się podwyższonym poziomem lęku, typowo narażona jest na intensywne przeżywanie, związany z tym dyskomfort prowadzący do pojawienia i się i często długotrwałego utrzymywania się objawów depresyjnych. Okoliczności zewnętrzne (m.in. kłopoty rodzinne, zawodowe, finansowe) bywają bardzo obciążające, często utrzymują się długo i mogą przekraczać zdolności adaptacyjne, prowadząc do obniżenia nastroju i innych objawów depresyjnych. Oczywiście postępowanie w każdej z tych sytuacji będzie nieco inne.

A depresja poporodowa? Coraz więcej się o niej mówi - to inna jednostka chorobowa?

W pewnym sensie. Depresję poporodową rozpoznaje się u kobiety, która krótko przed pojawieniem się objawów depresyjnych urodziła dziecko. Szacuje się, że zjawisko to dotyczy co najmniej 10 procent kobiet. Niemal wszystkie kobiety mają kilkudniową zniżkę nastroju nazywaną „baby blues”, która łączona jest m.in. z bardzo dynamicznymi zmianami hormonalnymi w organizmie kobiety w tym czasie.

Depresja poporodowa jest jednak zjawiskiem jakościowo i ilościowo bardziej złożonym. Może sięgać nasileniem epizodu ciężkiego, mogą występować objawy psychotyczne, myśli i tendencje samobójcze. Kobiety często odczuwają obojętność lub niechęć do dziecka, boją się zajmować nim, karmić. W rzadszych przypadkach myśli samobójcze mogą obejmować dziecko i prowadzić do nieodwracalnych wydarzeń w mechanizmie samobójstwa rozszerzonego, kiedy matka czując, że czeka ją i jej dziecko nieszczęście czy katastrofa, podejmuje decyzję o „uchronieniu ich” przed tym. Depresja poporodowa może utrzymywać się miesiącami, trzeba ją leczyć i ze względu na cierpienie kobiety, jak i ze względu na dziecko, które w tej sytuacji nie ma właściwych warunków do prawidłowego kształtowania się.

Mam wrażenie, że wśród młodych mam to jednak temat tabu. Instagram pokazuje przecież śliczne bobaski i przeszczęśliwe matki. To jak się przyznać się do tego, że jakaś kobieta tej radości nie czuje, a wręcz przeciwnie - jak pan wspominał - czuje obojętność albo niechęć. Co z tym zrobić?

Mimo powszechności Internetu, Netflixa, powszechnego korzystania z masowej turystyki i innych atrybutów dojrzałej cywilizacji, pozostajemy mało otwarci na opowiadanie o swoich problemach psychicznych. Dotyczy to nie tylko młodych matek, ale ogółu społeczeństwa. Jest lepiej niż jeszcze dwadzieścia lat temu, jednak nie zalecam swoim pacjentom opowiadania o tych sprawach, np. w domu, w miejscu pracy. Są oczywiście miejsca, gdzie traktuje się te sprawy z szacunkiem, jednak uważam, że poziom naszej dojrzałości społecznej w tym zakresie jest dalece niewystarczający. Pamiętajmy, że sami możemy mieć podobne problemy, mogą one dotyczyć naszych najbliższych. Statystyki są nieubłagane, co najmniej 25 procent społeczeństwa spełni kryteria zaburzenia psychicznego w czasie swojego życia, czasem nawet kilku zaburzeń.

Jak można pomóc bliskiej osobie chorującej na depresję?

Ważne jest okazanie wsparcia. Dobre rady typu: „głowa do góry, nie masz najgorzej”, mające poprawić nastrój, dają efekt odwrotny, powodują poczucie niezrozumienia i frustrację. W mojej opinii dobrze wyjść z inicjatywą zorganizowania pomocy, często bez tego nie ma szans na zmianę i uzyskanie korzyści z leczenia. Pacjent wśród głównych objawów zgłasza niemoc, brak energii, problemy decyzyjne, zaburzenia koncentracji i lęk. Wszystko to utrudnia, a często uniemożliwia pacjentowi podjęcie decyzji prowadzącej do

kontakty z lekarzem i rozpoczęcia lub modyfikacji leczenia.

Jak leczy się depresję?

Jak wspomniałem, postępowanie dostosowane jest do przyczyny pojawienia się objawów depresyjnych. Jeśli podstawową przyczyną jest wynikająca w dużej mierze z czynników dziedzicznych skłonność do depresji, wtedy podstawową metodą jest stosowanie leków przeciwdepresyjnych, które mogą być wsparte oddziaływaniami psychoterapeutycznymi.

W sytuacji, kiedy decydują czynniki osobowościowe lub objawy depresyjne pojawiają się wtórnie do zaburzeń lękowych lub osobowości, najczęściej łączy się interwencje psychoterapeutyczne z psychofarmakologią. W sytuacji, gdy depresja pojawia się wtórnie do nadużywania czy uzależnienia od alkoholu, pierwszym etapem będzie leczenie uzależnienia i abstynencja. Bez tego inne formy terapii nie będą skuteczne. To o tyle ważne, że alkohol często używany jest do kontrolowania (poprawiania sobie) nastroju, nasennie i przeciwlękowo, jednak o czym nie każdy wie, początkowa ulga zmienia się w narastający dynamicznie dyskomfort indukujący przyjmowanie coraz większych ilości alkoholu, co powoduje coraz większe szkody tak psychiczne, jak i somatyczne, rodzinne, zawodowe, społeczne itd. Trudno o bardziej sugestywny obraz działania mechanizmu błędnego koła – finał tej sprawy znamy wszyscy.

Objawy niepożądane leczenia, np. z użyciem sterydów, interferonu, mogą mieć postać zaburzeń nastroju, korekta leczenia ma tutaj kluczowe znaczenia. Chcę podkreślić duże znaczenie współpracy lekarzy różnych specjalizacji i dodać, że psychiatry których znam, są w mojej ocenie bardzo wyczuleni na problemy somatyczne i otwarci na taką współpracę.

Czy oprócz leków stosowane są inne metody leczenia depresji?

Choć zabrzmiało to zaskakująco, jedną z najskuteczniejszych metod leczenia m.in. ostrych zaburzeń nastroju pozostają elektrowstrząsy, w tym opornych na leczenie farmakologiczne. Jest to obecnie szczegółowo dopracowana metoda, której implementacja poprzedzona jest u pacjenta serią konsultacji (internistyczną, neurologiczną, anestezjologiczną i okulistyczną, w razie potrzeby uzupełnioną o inne potrzebne badania i konsultacje). Zabiegi (zwykle 12–15 w serii) prowadzone są trzy razy w tygodniu, pacjent jest zwiózczony i monitorowany przez anestezjologa, psychiatrę i pielęgniarkę. Skuteczność i bezpieczeństwo są bardzo duże.

W depresji sezonowej, która występuje rzadko i gdzie nastrój w dużej mierze zależy od ekspozycji na promienie słoneczne, stosuje się leczenie światłem. Dla innych metod – pręczaszkowej stymulacji magnetycznej, stymulacji prądem stałym, czy stymulacji

nerwu błędnego poszukujemy zastosowań, jednak przydatność tych metod jest aktualnie weryfikowana, badania trwają, dostępność ich jest na tyle niewielka, że nie stanowią one realnej alternatywy dla opisanych wcześniej metod. W Polsce trwają prace, żeby dostępność i częstość stosowania tych metod wzrosła.

No właśnie, czy polski system odpowiada na potrzeby chorych?

Z uwagi na bardzo niski poziom finansowania konsultacji lekarskich i psychologicznych, w sektorze publicznym narasta problem dostępności do świadczeń, pacjenci czekają w długich kolejkach do specjalistów, którzy – co w pełni zrozumiale – zmieniają sobie warunki pracy na lepsze i lepiej płatne. Tak nie powinno być! Powinniśmy – co ostatnio wybrzmiało w przestrzeni medialnej – zajmować się ratowaniem pacjentów, a nie systemu, czyli pracować ponad siły, bo rąk do pracy jest coraz mniej. System powinien być świadomie zaplanowany i dostosowany do potrzeb i realiów. Pamiętajmy, że zaburzenia psychiczne dotyczą często osób o niższym statusie ekonomicznym, powodują ogromne cierpienie, mogą znacznie pogarszać funkcjonowanie i drastycznie obniżać jakość życia. A przecież wiele z tych sytuacji możemy skutecznie leczyć. Starania środowiska związane z reformą psychiatrii dają trochę powodów do optymistycznego spoglądania w przyszłość, jednak kluczowe decyzje podejmowane są przez polityków, tutaj podejście do problemów psychiatrii okazuje się od lat chłodne.

Jakie mogą być konsekwencje nieleczenia depresji?

Narażamy się na obecność objawów i związane z tym cierpienie. Depresja to koszmar, pacjenci mówią o cierpieniu, które obezwładnia i odbiera chęć do życia. Każda czynność wymaga ogromnej mobilizacji, czasem i to nie wystarcza do podstawowego funkcjonowania. Oczywiście najgroźniejsze w tym wszystkim jest ryzyko samobójstwa, które w cięższych epizodach jest znaczne. Warto dodać, że największe ryzyko obecne jest na początku i końcu epizodu, szczególnie jeśli nastrój obniżony jest bardziej niż poziom energii. Powoduje to większe narażenie na czyn samobójczy. Ryzyko samobójcze również istotnie rośnie, kiedy w depresji nadużywamy alkoholu.

Jak pan profesor odniósłby się do popularnych w sieci programów coachingowych, w których różne osoby przedstawiają własne wizje (nie)leczenia choroby?

O ile nie udowodniono skuteczności działania jakiejś metody, nie jestem w stanie jej polecić. Na tym polega EBM (Evidence Based Medicine). Oczywiście ludzie poszukują różnych metod na rozwiązanie swoich problemów, duża część z nich ma podobne skutki, jak pomysły na szybkie wzbogacenie się, opierając się na podpowiedzi internetowych doradców, czyli pomagają one autorom, nie zaś odbiorcom. Nie mam oczywiście nic

przeciwko aktywnościom o charakterze psychoedukacyjnym, gorąco je wspieram, nasze spotkanie jest przecież częścią takich działań.

Bardzo dziękuje za rozmowę.

Rozmawiała Patrycja Proc

Panaceum 4/2023