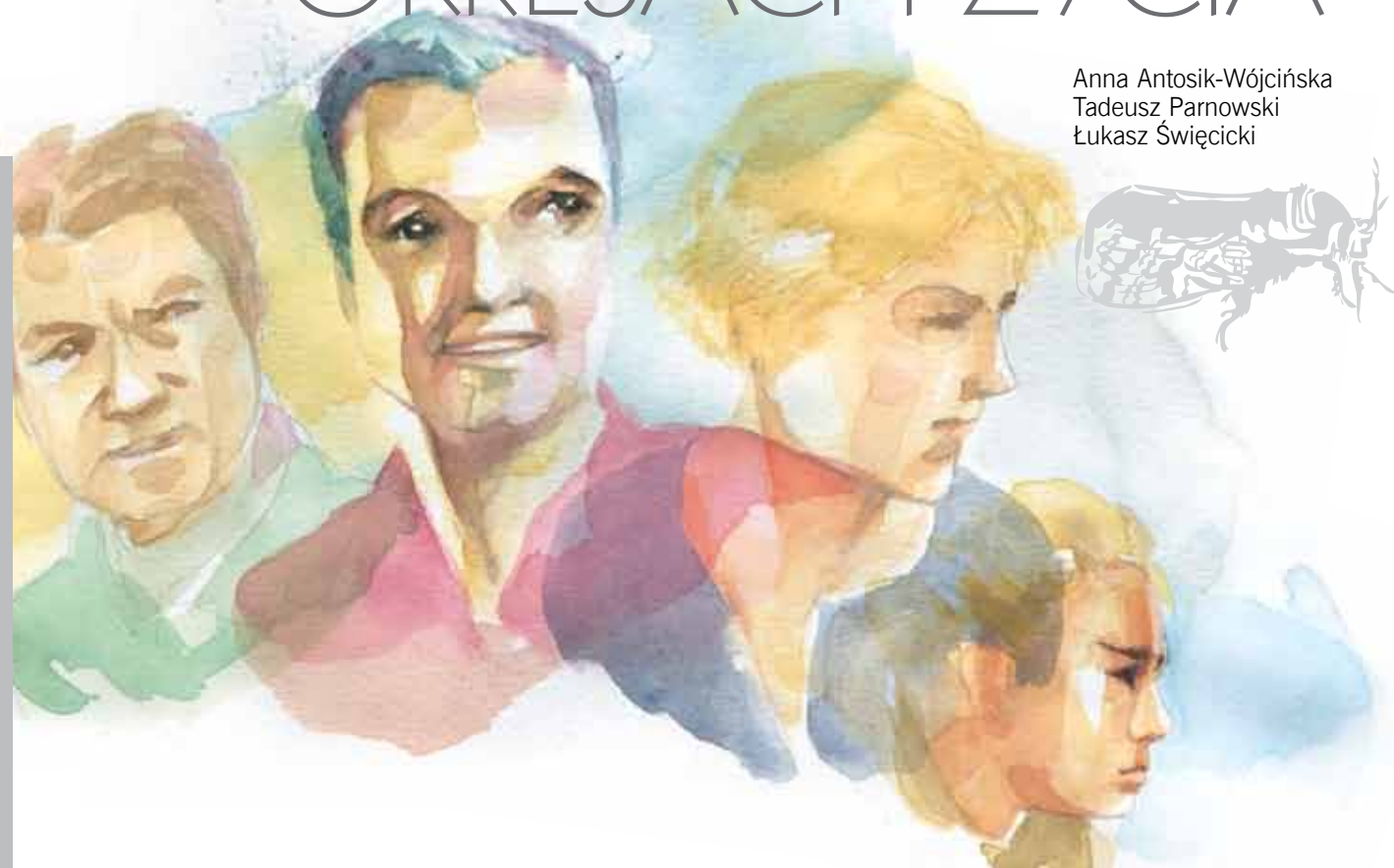


JAK ĆMA
– PRZEJAWY DEPRESJI
W RÓŻNYCH
OKRESACH ŻYCIA

JAK ĆMA
– PRZEJAWY DEPRESJI
W RÓŻNYCH
OKRESACH ŻYCIA

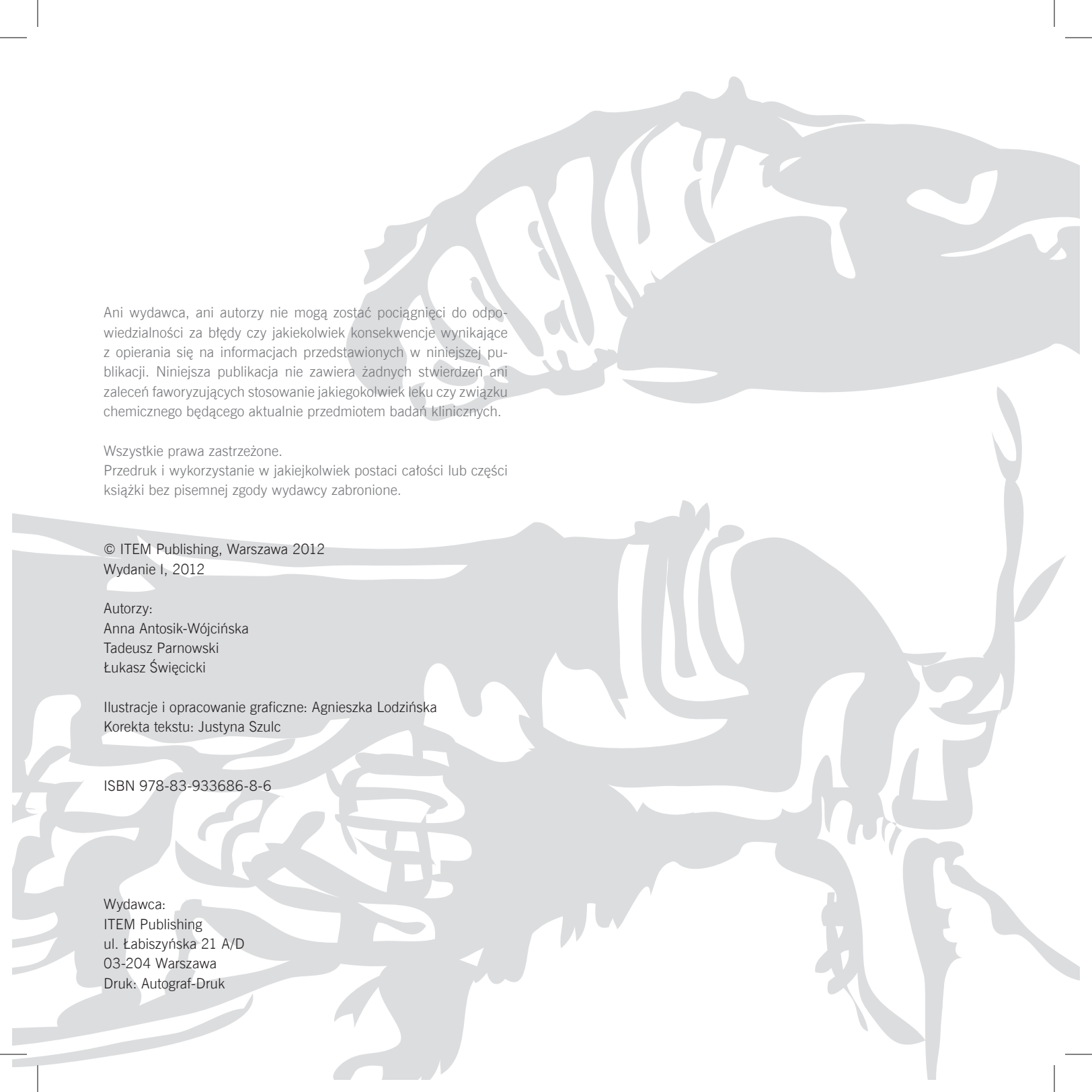
Anna Antosik-Wójcińska
Tadeusz Parnowski
Łukasz Święcicki



Servier Polska Sp. z o.o.
ul. Jana Kazimierza 10, 01-248 Warszawa,
tel. 22 594 90 00, faks 22 594 90 10
Internet: www.servier.pl

JAK ĆMA
– PRZEJAWY DEPRESJI
W RÓŻNYCH
OKRESACH ŻYCIA

Anna Antosik-Wójcińska
Tadeusz Parnowski
Łukasz Święcicki



Ani wydawca, ani autorzy nie mogą zostać pociągnięci do odpowiedzialności za błędy czy jakiegokolwiek konsekwencje wynikające z opierania się na informacjach przedstawionych w niniejszej publikacji. Niniejsza publikacja nie zawiera żadnych stwierdzeń ani zaleceń faworyzujących stosowanie jakiegokolwiek leku czy związku chemicznego będącego aktualnie przedmiotem badań klinicznych.

Wszystkie prawa zastrzeżone.

Przedruk i wykorzystanie w jakiegokolwiek postaci całości lub części książki bez pisemnej zgody wydawcy zabronione.

© ITEM Publishing, Warszawa 2012

Wydanie I, 2012

Autorzy:

Anna Antosik-Wójcińska

Tadeusz Parnowski

Łukasz Świącicki

Ilustracje i opracowanie graficzne: Agnieszka Łodzińska

Korekta tekstu: Justyna Szulc

ISBN 978-83-933686-8-6

Wydawca:

ITEM Publishing

ul. Łabiszyńska 21 A/D

03-204 Warszawa

Druk: Autograf-Druk

JAK ÓCMA – PRZEJAWY DEPRESJI W RÓŻNYCH OKRESACH ŻYCIA

DEPRESJA JEST JEDNYM
Z NAJCZĘŚCIEJ
WYSTĘPUJĄCYCH ZABURZEŃ
PSYCHICZNYCH.
JEST NAJCZĘSTSZĄ
PRZYCZYNĄ SAMOBÓJSTW.

Pociąga za sobą bardzo duże koszty materialne i nie tylko. To już pewnie wszyscy wiedzą. Dla wielu ludzi może być jednak zaskoczeniem fakt, że depresja może występować w bardzo różnych okresach życia człowieka – od dzieciństwa po późną starość. Co więcej, choć jest to stale ta sama choroba, jej przejawy mogą być bardzo różne – w zależności od wieku pacjenta. Te różnice są bardzo często tak duże, że nawet lekarze psychiatry mają poważne trudności w rozpoznaniu

choroby. Można więc bez zbytej przesady porównać depresję do ćmy niewidocznej w mroku, w którym żyje. Nawiasem mówiąc czytałem kiedyś o ćmach, które żywią się łzami... W ciągu lat ćma zmienia się z gąsienicy w poczwarkę, by skończyć jako szary motyl, ale to cały czas jedna i ta sama depresja – groźna ćma. W tej książce staraliśmy się pokazać różnice zależne od wieku osoby chorej między objawami depresji. Chcieliśmy zwrócić uwagę, że jedna i ta sama, bardzo groźna i potencjalnie śmiertelna, choroba może mieć wiele różnych twarzy, często naprawdę trudnych do identyfikacji.

Okres dzieciństwa i młodości porównujemy do larwy – przejawy depresji są w tym czasie często jakby niedojrzałe, niecharakterystyczne, przypominają przejawy innych stanów i zaburzeń, a ich rozpoznanie wymaga niekiedy znacznego wysiłku. Czasem dopiero z perspektywy czasu, mając do czynienia z dorosłym już pacjentem, jesteśmy w stanie powiedzieć „to było to”.

Okres dorosłości to poczwarka – w miarę stały i niezmienny kształt, podstawowa forma pod jaką znamy depresję. Największa liczba badań naukowych, doświadczeń, doniesień dotyczy właśnie depresji występującej w tym okresie życia. Objawy są w tym czasie najbardziej charakterystyczne, co wcale nie znaczy, że łatwe do identyfikacji. Przypominamy po raz kolejny, że depresja to wcale nie to samo, co smutek.

Być może najtrudniej pisać o depresji wieku podeszłego. Ćma jest co prawda w pełni ukształtowanym i niezmiennym organizmem, ale ukrywa się w ciemności i trudno obserwować jej bezszelestny lot. Tak samo jest z depresją w wieku podeszłym. Choć częsta bywa jednak bardzo trudna do zauważenia. Dodatkowo u osób w wieku podeszłym mamy często do czynienia z wieloma innymi problemami życiowymi i zdrowotnymi, których ludzie młodszy na ogół nie mają. Uważny Czytelnik zauważy z pewnością, że trzecia część tej książki różni się nawet pod względem stylistycznym od dwóch poprzednich. Trudno powiedzieć, czy był to zabieg zamierzony, ale mamy wrażenie, że w dużym stopniu nieunikniony.

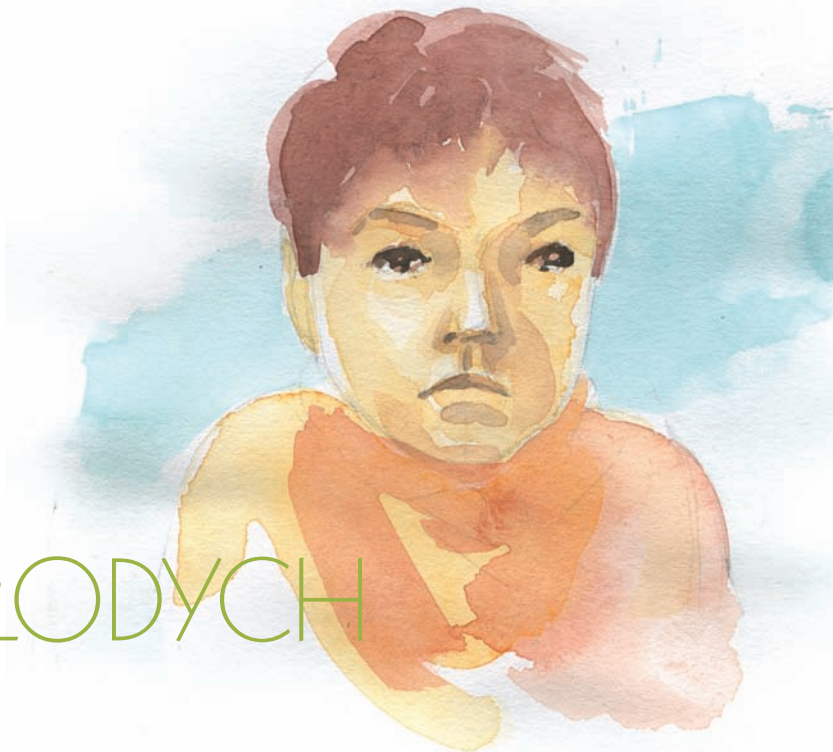
Książka, którą Czytelnik ma przed sobą, to książka w której pisze się trzy razy o tym samym, a jednocześnie o czymś innym. Mamy nadzieję, że udało się nam jasno przedstawić naszą główną myśl – depresja jest jedną i tą samą chorobą, która jednak w różnych okresach życia może się bardzo różnie i bardzo myląco przejawiać. Ta troistość sytuacji wymusiła na autorach troistość narracji, mamy nadzieję, że bez szkody dla zrozumienia.

Łukasz Świącicki



ĆMA – DEPRESJA U DZIECI I LUDZI MŁODYCH

Łukasz Święcicki
Anna Antosik-Wójcińska



CZAS LARWY

Wprowadzenie

Jeszcze kilkanaście lat temu bardzo wielu psychiatrów uważało, że depresja u dzieci właściwie nie występuje lub jest chorobą niezwykle rzadką. Dzieci bywały grzeczne lub niegrzeczne, czasem także „dziwne”, ale nie miały depresji. Być może przyczyną było utożsamianie depresji z głęboko przeżytym smutkiem egzystencjalnym. Osoby powątpiewające w możliwość występowania depresji u dzieci myślały pewnie: „te dzieci niczego jeszcze nie przeżyły, a jeśli nawet, to nie potrafią swoich przeżyć przeanalizować, skąd by się u nich mogła wziąć depresja?”.

Obecnie jednak coraz częściej zwraca się uwagę na biologiczne przyczyny zaburzeń depresyjnych. Wcale nie oznacza to, jak się niektórym wydaje, że psychiatrzy nie zwracają już zupełnie uwagi na trudności życiowe, osobowość, otoczenie czy rodzinę. Uznanie, że źródła depresji są biologiczne, w żadnym stopniu nie jest równoznaczne z zaprzeczeniem znaczenia wszystkich innych czynników. To, że glina jest naturalnie koloru pomarańczowobrazowego wcale nie oznacza, że nie można jej pokolorować jaskrawymi farbami i ulepić z niej kogucika, albo polakierować na czarno i zrobić miseczkę. A jednak podstawowy surowiec jest gliną i zasadniczo różni się od marmuru. Podobnie jest z depresją. Osoba, która rodzi się ze skłonnościami biologicznymi do jej występowania, podlega następnie wielu różnym działaniom ze strony szeroko rozumianego środowiska. I ponieważ te oddziaływania są różne,

i efekt finalny – ukształtowany człowiek dorosły – jest bardzo różny. Ale podstawowa skłonność pozostaje. Ta podstawowa skłonność to taka – a nie inna – budowa receptorów białkowych w mózgu, takie – a nie inne – ich rozmieszczenie na powierzchni neuronów, taka – a nie inna – dystrybucja neuronów serotonergicznym czy noradrenergicznym. Te czynniki nie podlegają bezpośredniemu wpływowi środowiska, choć w jakimś stopniu mogą być modyfikowane (wykazano na przykład, że odpowiednia psychoterapia może mieć wpływ na różne biologiczne parametry aktywności mózgu, można więc sobie wyobrazić, że pewien typ wydarzeń życiowych może działać raczej szkodliwie, a inny raczej ochronnie – z punktu widzenia ryzyka wystąpienia depresji).

Jakie wnioski wynikają z tego rozumowania?

JEŚLI PROCES DEPRESYJNY ZACZYNA SIĘ OD UKSZTAŁTOWANIA OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO, TO PIERWSZE PRZEJAWY DEPRESJI POWINNY BYĆ WIDOCZNE DOŚĆ WCZEŚNIE.

Z pewnością nie możemy tu mówić o małych dzieciach (orientacyjnie granicą jest zwykle 6-10. rż.) dlatego, że w ich przypadku ocena stanu psychicznego jest bardzo trudna, ze względu na ograniczenie możliwości komunikacyjnych; jednak już w okresie szkoły podstawowej u niektórych osób depresja może się pojawić. Można się spodziewać, że będzie to miało miejsce u tych osób, w których przypadku składowa biologiczna jest silniejsza, a więc szybciej ujawnia się nawet bez specjalnie niekorzystnych okoliczności zewnętrznych. Można też przypuszczać, że u dzieci depresja będzie

się przejawiała w sposób najbardziej elementarny, że będzie w największym stopniu pochodną zaburzeń biologicznych. Choć z drugiej strony brak ukształtowanej osobowości sprawia, że wiele objawów obserwowanych u bardzo młodych osób to objawy mało specyficzne, czyli występujące w różnych stanach i chorobach, wcale niecharakterystyczne dla danego problemu. Charakterystycznym objawem depresji u dzieci i osób bardzo młodych będzie poświęcony kolejny rozdział tego poradnika.

Oczywiście, ktoś mógłby zapytać: „Skąd właściwie wiecie, że to jest depresja, jeśli jej objawy są tak nietypowe, że warto temu poświęcać całe rozdziały? Może to po prostu inna choroba?”. Odpowiedź jest dość prosta – poprawność rozpoznania weryfikuje czas. Jeśli badamy dorosłego człowieka z typową depresją (będzie ona opisana w drugiej części poradnika) i okazuje się, że w dzieciństwie miał takie, a nie inne objawy, to najbardziej logiczne będzie uznanie, że były to objawy depresji z tym, że inne niż te, które obserwowaliśmy u tego samego człowieka, gdy dorósł. Można oczywiście twierdzić, że były to dwie różne choroby, ale takie rozwiązanie jest o wiele mniej prawdopodobne, a więc sprzeczne z filozoficzną zasadą brzytwy Ockhama. Może się także okazać, i na szczęście całkiem często tak jest, że dzieci, u których występowały dość niepokojące objawy, po prostu „wyrósły” z nich i są zdrowymi dorosłymi. Tym lepiej dla nich, ale to nie powód, żeby nie zwracać uwagi na osoby, których problemy były zapowiedzią choroby.

Objawy zaburzeń depresyjnych u dzieci

Depresję u dzieci i młodzieży rozpoznaje się na podstawie tych samych kryteriów, co u osób dorosłych. Wprowadzono jedynie niewielkie modyfikacje, głównie dotyczące kryteriów czasowych, które muszą zostać

spełnione, aby można było rozpoznać u dzieci zaburzenia afektywne. Większość psychiatrów jest jednak zgodna co do tego, że objawy depresji u dzieci mogą mieć odmienne manifestacje niż u dorosłych. Z tego powodu często mówi się o „atypowych” cechach depresji, choć tak naprawdę nie jest to do końca logiczne – dla dzieci są to przecież objawy typowe, atypowe byłoby wówczas, gdyby występowały u osób dorosłych.

Dysforia i drażliwość

Na ogół spodziewamy się, że osoba z depresją będzie przez cały czas przygnębiona, smutna, przygaszona, może także płacziwa. To wyobrażenie jest często (choć wcale nie zawsze) słuszne w odniesieniu do pacjentów dorosłych. Chore na depresję dzieci natomiast znacznie częściej sprawiają wrażenie rozdrażnionych, a niekoniecznie smutnych. Pacjenci oczywiście odczuwają smutek, ale często nie umieją tego sprecyzować, nawet dla nich samych nie jest jasne, jak się właściwie czują. Natomiast osoba z zewnątrz dostrzega głównie rozdrażnienie czy rodzaj psychicznego dyskomfortu. Obserwacja tego typu często wcale nie nasuwa myśli o depresji.

Obserwując wybuchy krzyku, płaczu, wybuchowość czy skłonność do wchodzenia w konflikty, nie można z założenia wykluczyć, że maskują one obniżenie nastroju. Zmienność nastroju, niezrozumiałe rozdrażnienie czy tzw. uzalanie się nad sobą mogą wprawdzie występować w procesie dorastania i nie stanowią same w sobie patologii, należy jednak, szczególnie w odniesieniu do dzieci i młodzieży, pamiętać, że nie można rozpatrywać poszczególnych objawów w oderwaniu siebie i od kontekstu. Kluczowe znaczenie ma pojęcie „zmiana w zachowaniu” (czyli „teraz jest zupełnie inaczej niż było do tej pory”), ocena całokształtu objawów i ich wpływu na funkcjonowanie pacjenta.

Pogorszenie wyników w nauce, częste nieobecności w szkole

Często niepokój osób bliskich, głównie rodziców, wzbudza fakt, że ich dziecko, które dotąd nie miało problemów z nauką, czy wręcz było prymusem, nagle zaczyna mieć trudności z nadążaniem za materiałem, problemy z koncentracją uwagi i zapamiętywaniem, odbijające się negatywnie na uzyskiwanych stopniach. Trudności te generują u dziecka dalsze napięcie, pojawia się niepokój, lęk przed kolejną porażką, poczucie nieradzenia sobie. O ile osobie dorosłej łatwiej jest zauważyć, że jej funkcje intelektualne pogorszyły się, dostrzec zmianę i przypisać ją chorobie, o tyle dzieci nie rozumieją podłoża swojego stanu, stąd często czują się z tego powodu winne, gorsze od rówieśników, głupsze. Brak postępów w nauce, krytyka w szkole, przypisywanie pogorszenia ocen lenistwu, pogłębiają zwykle problem i powodują dalsze zamknięcie się w sobie, obniżoną samoocenę i utratę motywacji do dalszej aktywności. Dorośli zwykle określają swój stan jako poczucie beznadziejności, młodzież często mówi o tym, że „nic mi się nie chce”. Sprecyzowanie, czego dokładnie ta niechęć dotyczy, na jakich płaszczyznach pojawiają się trudności i na ile wynikają one z braku chęci, a na ile z pogorszenia funkcji intelektualnych, wymaga zebrania bardzo szczegółowego wywiadu, obejmującego zarówno obecny stan, jak i to, jak dana osoba funkcjonowała wcześniej.

Skargi somatyczne

Bardzo często zespołowi depresyjnemu u dzieci i młodzieży towarzyszą uczucie zmęczenia, znużenia, skargi na złe samopoczucie fizyczne. Zwykle są to zmienne, niespecyficzne dolegliwości, takie jak ból głowy, brzu-

cha, biegunki. Młodym osobom trudno jest przy tym dokładnie określić charakter i lokalizację bólu; zazwyczaj skargi powtarzają się co kilka dni, często nasilają się w chwilach dużego napięcia. Na początku zgłaszane dolegliwości wzbudzają niepokój rodziców, w wielu przypadkach dziecko jest poddawane badaniom diagnostycznym, które nie potwierdzają ich somatycznego podłoża. Zwykle potem bliscy zaczynają traktować skargi jako sposób na wymiganie się od obowiązków, nauki, pójścia do szkoły. Po części (głównie w odniesieniu do młodzieży) jest to zgodne z prawdą, jednak rzadko zabiegi te są wynikiem kalkulacji, zwykle jest to działanie nie w pełni świadome. Dolegliwości są somatyczną manifestacją odczuwanego niepokoju, a ponieważ zwykle młodzież z depresją ma poczucie nieradzenia sobie, więc z ulgą przyjmuje rozwiązania, które na chwilę zdejmują z nich to napięcie. Na dłuższą metę strategia unikania nie przynosi korzyści, jednak trudno oczekiwać od nastolatka zdolności planowania i długoterminowego przewidywania następstw swoich zachowań.

NIEWĄTPLIWIE OBECNOŚĆ
NASILONYCH DOLEGLIWOŚCI
SOMATYCZNYCH (NIEZWIĄZA-
NYCH Z PSYCHIKĄ) ODSUWA
W CZASIE SKIEROWANIE
PACJENTA DO PSYCHIATRY
I UTRUDNIA USTALENIE
WŁAŚCIWEGO ROZPOZNANIA.

Reaktywność nastroju

W powszechnej opinii ludzie chorzy na depresję są przez cały czas przygnębieni w takim samym stopniu

i w zasadzie obojętni na to, co się wokół nich dzieje. Rzeczywiście jest to prawda, ale dotyczy to szczególnie osób dorosłych z ciężką depresją. U młodych pacjentów często spotykamy się ze znaczną podatnością nastroju na wydarzenia zewnętrzne. Jakieś miłe, korzystne, przyjemne wydarzenie może pacjenta wyraźnie rozweselić, problem w tym, że to rozweselenie nie trwa zwykle długo. Nie należy jednak sądzić, że osoba, którą można na krótko rozweselić czy nawet doprowadzić do śmiechu, w rzeczywistości wcale nie jest chora, czy może tylko „tak udaje”. To, że uda się kogoś rozweselić, nie stanowi w tej sprawie żadnego istotnego argumentu i z pewnością nie wyklucza możliwości rozpoznania depresji. Często, widząc zmienność nastroju i tendencję do wpadania w złość, rodzice osób chorych zakładają, że tak właśnie przebiega u nich proces dorastania i zwracają się o pomoc bardzo późno – zwykle w momencie, gdy nagromadzenie objawów jest tak duże, że konieczność zwrócenia się o pomoc do psychiatry jest oczywista.

Warto w tym miejscu zauważyć, że u dorosłych dużo częściej niż u dzieci i młodzieży obserwuje się spowolnienie psychoruchowe. U młodych osób bardzo rzadko symptomy depresji są widoczne „gołym okiem”, często przez bardzo długi czas choroba przebiega skrycie, stopniowo upośledzając funkcjonowanie młodych pacjentów.

Prawie zawsze natomiast w wypowiedziach nastolatków z depresją można stwierdzić depresyjną ocenę rzeczywistości, brak nadziei na przyszłość. Cechy te można czasem również zaobserwować u dzieci, jednak, jak wiadomo, im młodszy jest pacjent, tym trudniejsze jest zebranie wywiadu dotyczącego jego własnych stanów emocjonalnych. Biorąc pod uwagę, że często osoby dorosłe nie potrafią nazwać i wyrazić wprost swoich emocji, braki te tym bardziej nie wydają się dziwne u dzieci.

Poczucie znużenia – ucieczka przed wysiłkiem

Zmniejszenie zdolności do przeżywania zadowolenia i obniżenie napędu może przejawiać się w tym, że dotąd aktywny nastolatek, który chętnie uczestniczył w aktywności grupowej, uprawiał sport, spotykał się z kolegami, teraz spędza czas głównie w domu, tłumacząc się poczuciem zmęczenia, znużenia. Niezdolność do odczuwania przyjemności i radości skutkuje ograniczaniem kontaktów z otoczeniem. Osobie chorej trudno jest odnaleźć się w grupie rówieśniczej, często „czuje, że odstaje” lub wręcz jako osoba „drętwa” jest przez nią odrzucana.

Zachowania ryzykowne, kontakty z alkoholem, narkotykami

Brak poczucia zadowolenia prowadzi czasem do poszukiwania dodatkowych „podniet”, podejmowania niebezpiecznych zachowań, które na chwilę podnoszą poziom adrenaliny i pozwalają zapomnieć o przeżywanych trudnościach. Osoby chore często traktują alkohol czy narkotyki jako ucieczkę od problemów, od niepokoju, bezradności, poczucia nieustannego niespełniania oczekiwań otoczenia. Należy pamiętać, że często stosowanie używek jest jedynie objawem, a nie przyczyną problemów, stąd zawsze należy mieć na uwadze objawy towarzyszące oraz okoliczności w jakich doszło do kontaktów z substancjami psychoaktywnymi. Również tutaj kluczem do rozwiązania jest umiejętne zebranie informacji. Zbieranie wywiadu od osób młodych często przypomina zwykłą rozmowę na różne tematy, w której lekarz pełni funkcję moderatora nakierowującego na istotne wątki, zadającego pytania pomocnicze. Podstawą jest przy tym nawiązanie kon-

taktu terapeutycznego z pacjentem, szczególnie istotne, gdy lekarz porusza tak trudne tematy, jak alkohol, narkotyki, samookaleczenia czy zachowania ryzykowne. Zadaniem lekarza prowadzącego wywiad jest przekonanie pacjenta, że informacje te są potrzebne, aby można było ustalić właściwe rozpoznanie i udzielić mu pomocy, nie zostaną zaś wykorzystane przeciwko niemu.

Zachowania autoagresywne, prowokowanie bójek

Rodzicom często trudno jest pojąć, co wspólnego mają zachowania autoagresywne (takie jak nacięcia na ciele czy przypalanie się) z depresją. Wspólnym wykładnikiem jest tutaj odczuwana przez osoby chore złość, skierowana zarówno na otoczenie, jak i na samego siebie (jestem zły na siebie za to, że tak źle się czuję, że jestem taki beznadziejny). Może ona uchodzić na zewnątrz w formie bezpośrednich ataków (agresja słowna i fizyczna, prowokowanie bójek), jak i poprzez zadawanie krzywdy samemu sobie. Często kaleczeniu swojego ciała towarzyszy brak akceptacji dla własnej fizyczności, bycia mało atrakcyjnym. Czynniki te odgrywają dużą rolę w okresie młodzieńczym, gdy podstawowe znaczenie ma obraz samego siebie na tle grupy rówieśniczej, uzyskanie ich akceptacji. W szczególnie trudnej sytuacji są tzw. outsiderzy, którzy nie mogą liczyć na wsparcie kolegów, co pogłębia towarzyszące depresji uczucie odrzucenia, bycia nielubianym, niekochanym, osamotnienia.

Zaburzenia snu i apetytu

U dzieci rzadziej niż u dorosłych obserwuje się specyficzne zaburzenia snu, takie jak bezsenność czy

przedwczesne wybudzanie się. Niewielki odsetek młodocianych pacjentów relacjonuje utratę apetytu. O zaburzeniach łaknienia u dzieci i młodzieży świadczy brak przewidywanego dla wieku przyrostu masy ciała, nie jest natomiast konieczna utrata wagi. Należy także pamiętać, że u niektórych młodych pacjentów w przebiegu zespołu depresyjnego może występować zwiększenie apetytu i związane z nim przyrost masy ciała oraz nadmierna senność (sen jako ucieczka od problemów...).

Myślenie o śmierci

U większości młodzieży cierpiącej na depresję, w którymś momencie choroby pojawia się myślenie o śmierci. Czasem ma ono postać nagłego zainteresowania tą tematyką (czytanie wierszy, opowiadań o śmierci); pisanie wierszy o śmierci, umieraniu, samobójstwie; poruszania tego tematu w rozmowach z rówieśnikami. Często młodzi pacjenci widzą śmierć jako sposób na rozwiązanie problemów („rodzice nie będą mieli już ze mną kłopotów”, „siostra będzie miała pokój dla siebie”, „ludzie przestaną się mnie czepiać...”), wyobrażają sobie szczegółowo własne odejście i reakcje otoczenia („koledzy w szkole będą płakać, będą mnie lubili”, „rodzice będą żałować, że nie byli dla mnie lepsi”). W tych wizjach samobójstwo bywa postrzegane jako metoda udowodnienia otoczeniu swojej wartości, niezbędności. Często przed podjęciem próby samobójczej młodzież pisze listy, SMS-y, w patetyczny sposób żegna się z przyjaciółmi, np. „żegnajcie na zawsze”. Obecnie, w dobie nowych zdobyczy techniki, takich jak portale społecznościowe, np. Facebook, czy komunikatory internetowe, pożegnania te bywają przekazywane w formie elektronicznej. Tendencja ta może również wynikać z ograniczania kontaktów z otoczeniem „w realu” i spędzania przez osoby chore czasu samotnie

w zaciszu własnego pokoju, często przed komputerem, na śledzeniu dyskusji na różnych portalach, forach internetowych. Takie listy pożegnalne są zwykle dramatycznym apelem o pomoc, osoby chore w głębi duszy liczą na to, że otoczenie dostrzeże ich osamotnienie i przerażenie. Ponieważ jednak w wielu przypadkach listom towarzyszą impulsywne, gwałtowne działania autoagresywne, ryzyko podjęcia próby samobójczej jest u młodzieży z depresją bardzo wysokie. Nie można zatem lekceważyć komunikatów w rodzaju: „wszystkim byłoby lepiej, gdyby mnie nie było”, „chciałbym zniknąć, nie obudzić się”, „bez mnie byłoby wam łatwiej”. Powinny one stanowić sygnał alarmowy skłaniający bliskich do zasięgnięcia porady u specjalisty.

Podstępny początek i przewlekły przebieg

Często myślimy o chorobach w kategoriach „zero-jeden” – nie ma choroby, a potem jest choroba. W przypadku depresji u dzieci może to wyglądać trochę inaczej. Z pewnością także w tym przypadku choroba kiedyś się zaczyna, to znaczy, że teoretycznie można znaleźć taki punkt w czasie, po którego przekroczeniu w jedną stronę choroby nie ma, a w drugą już jest, jednak zarówno dla pacjenta, jak i dla obserwatora z zewnątrz w praktyce często jest to zupełnie niezauważalne. Choroba zostaje zauważona dopiero wtedy, kiedy jest już wyraźnie rozwinięta i dopiero wówczas, patrząc wstecz na różne wydarzenia, można powiedzieć „a to przecież już wtedy było widać, że jest niedobrze...”.

W przypadku depresji u dzieci i młodzieży podłoże stanowi wprawdzie w większości przypadków dziedziczne zaburzenia genetyczne i zmiany neurobiochemiczne,

jednak nie da się rozpatrywać tych zaburzeń w oderwaniu od czynników psychologicznych. Wystąpienie objawów często ma związek z wchodzeniem w tzw. trudny wiek dorastania, zmianą wyobrażeń o sobie, starciem z trudnymi do spełnienia wymaganiami otoczenia, walką o wpływy w rodzinie i środowisku rówieśniczym. Zwykle trudno jest ro graniczyć chorobę pacjenta od choroby całej rodziny. Dziecko pełni rolę papierka lakmusowego dającego znać o problemach dotyczących całej rodziny. Często objawy są tak późno zauważane, gdyż między członkami rodziny szwankuje komunikacja, narasta poczucie niezrozumienia, złość, frustracja. Młodzi pacjenci boją się mówić o swoich obawach i trudnościach, gdyż nie znajdują w rodzicach oparcia i poczucia bezpieczeństwa. Stan ten prowadzi do sytuacji, kiedy osoby chore przez wiele miesięcy cierpią w milczeniu, życie toczy się obok, a ich problemy pozostają niezauważone do momentu, gdy następuje moment „eksplozji”. Rozwój choroby można przyrównać do garnka, w którym pod przykryciem powoli gotuje się woda. Gdy temperatura i ciśnienie wewnątrz są zbyt duże, woda unosi pokrywkę i zaczyna kipieć, wrzątek wylewa się na zewnątrz. Wreszcie problemy wychodzą na światło dzienne, a w rodzinie rozpoczyna się proces poszukiwania winnego. Rodzice często obwiniają się o chorobę dziecka, o to, że jedynie wymagali i oceniali zamiast słuchać tego, co ich dziecko ma do powiedzenia. To, czy poczucie winy zostanie przekute w coś trwalszego, zależy głównie od ich dalszego postępowania.

ROZPOZNANIE DEPRESJI U DZIECKA POWINNO BYĆ POCZĄTKIEM PROCESU TERAPEUTYCZNEGO

OBEJMUJĄCEGO CAŁĄ RODZINĘ,

skupionego na budowaniu wzajemnych relacji, właściwym pełnieniu przez opiekunów ról społecznych, zrozumieniu istoty choroby i możliwości pomocy pacjentowi. Terapia może mieć formę psychoterapii indywidualnej, grupowej, terapii rodzinnej, treningów umiejętności społecznych lub psychoedukacji rodzin.

Leczenie

Najlepiej jest, gdy pacjent zostanie objęty kompleksowym programem terapeutycznym, zawierającym zarówno oddziaływania psychologiczne, jak i farmakoterapeutyczne.

W przypadku dzieci za najbardziej skuteczną uważa się krótkoterminową terapię behawioralną, zaś w odniesieniu do młodzieży – terapię behawioralno-poznawczą. Nie ma przy tym sztywnych granic wiekowych nakazujących lub zakazujących danych oddziaływań terapeutycznych. Podstawą jest ocena rozwoju intelektualnego danej osoby oraz ocena jej możliwości uzyskania w trakcie terapii wglądu w samą siebie. Wiadomo, że im młodszy jest pacjent, tym prostsze muszą być przekazywane komunikaty i realizowane zadania. Skuteczność terapii behawioralno-poznawczej w przypadku starszych nastolatków ocenia się jako porównywalną z jej efektywnością u dorosłych.

Psychoterapia jest u osób niepełnoletnich pierwszym wyborem terapeutycznym, jednak z uwagi na biologiczne podstawy zaburzeń oddziaływania te okazują się często niewystarczające i konieczne jest zastosowanie leków przeciwdepresyjnych. Przy ustalaniu farmakoterapii lekarze muszą brać pod uwagę występujące u dzieci różnice w neurobiologii (przede

wszystkim niedojrzałość dróg noradrenergicznych), metabolizmie wątrobowym i stężeniach hormonów płciowych. Odmienności te przekładają się na mniejszą skuteczność leków przeciwdepresyjnych, głównie z grupy TLPD (trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne). Za najbardziej skuteczne w leczeniu depresji u dzieci i młodzieży uważa się inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI – *selective serotonin reuptake inhibitors*), których dodatkowymi zaletami są: dobra na ogół tolerancja, mniejsze nasilenie działań niepożądanych, mniejsze zagrożenie związane z przedawkowaniem leków. W badaniach przeprowadzonych na zwierzętach dowiedziono, że najszybciej dojrzewa układ serotoninergiczny; odnosząc tę informację do ludzi, można wysnuć wniosek, że największe szanse na skuteczność mają u osób w okresie dorastania leki wpływające na stężenie serotoniny. Nie oznacza to, że preparaty z innych grup nie są stosowane – każdorazowo decyzja o włączeniu danego leku jest w przypadku młodzieży rozważana w odniesieniu do konkretnego przypadku. Kluczowe znaczenie w doborze leku przeciwdepresyjnego ma nie tylko sam wiek pacjenta, ale także nasilenie i profil objawów oraz bilans potencjalnych korzyści, które mogą wiązać się z zastosowaniem danego preparatu, do strat, a więc możliwych działań niepożądanych, które mogą wystąpić u pacjenta. Z uwagi na to, że wiele preparatów jest rejestrowanych dla osób pełnoletnich, przed ich zastosowaniem konieczna jest zgoda rodziców. Jest to podyktowane bardziej wymaganiami formalno-prawnymi (m.in. niedostateczną do rejestracji liczbą badań przeprowadzonych w danej grupie wiekowej) niż większym niebezpieczeństwem związanym ze stosowaniem tych leków u dzieci.

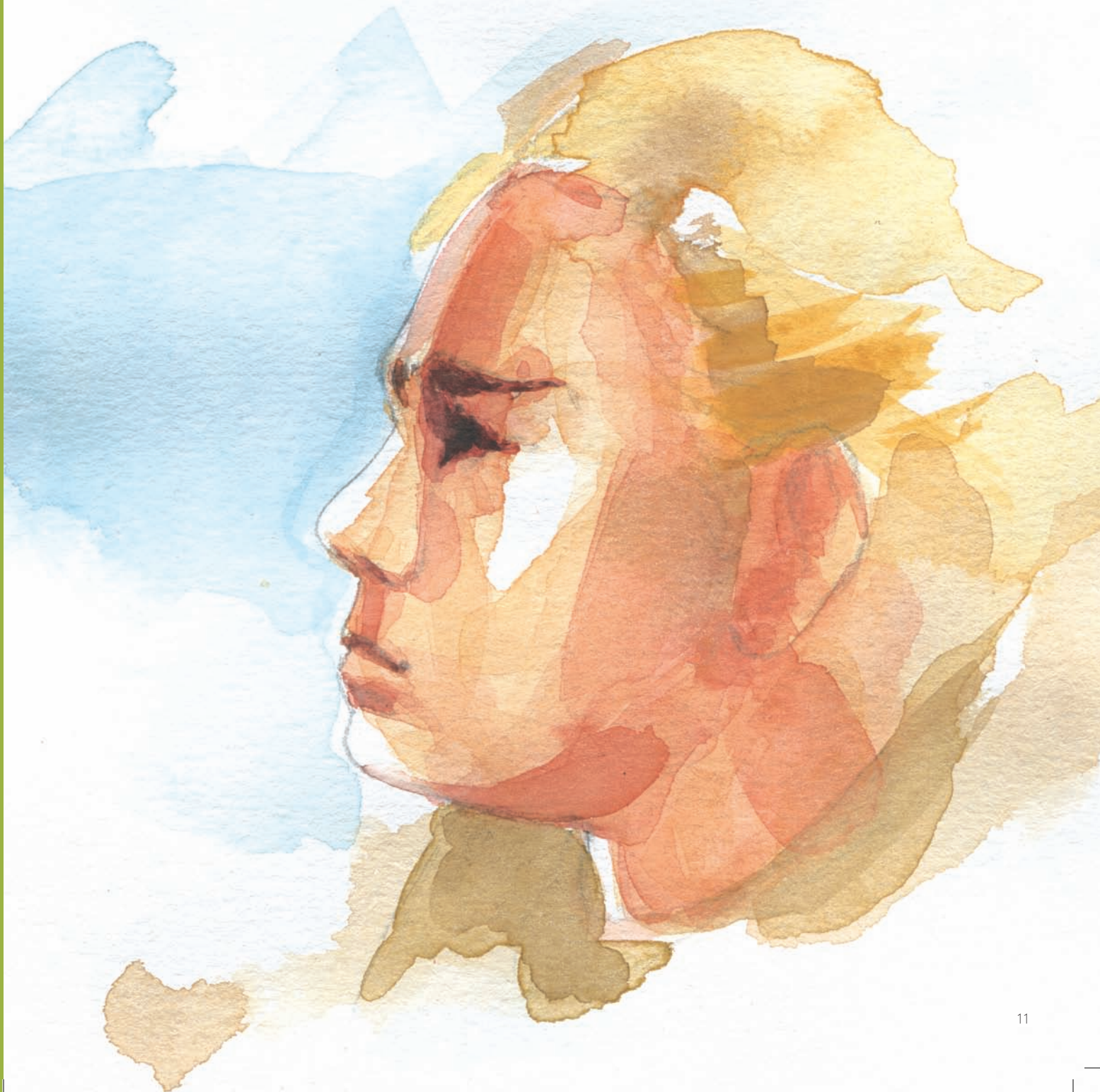
Podsumowanie

Porównując częstość występowania zaburzeń depresyjnych w wieku dorosłym u osób, które w młodości

również były leczone z powodu depresji, można dojść do wniosku, że wartość ta jest stała.

WYSTĄPIENIE DEPRESJI U DZIECKA ZWIĘKSZA RYZYKO ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH W PRZYSZŁOŚCI.

Nawiązując do tytułu rozdziału, depresję możemy przyrównać do ćmy, która w różnych stadiach swojego rozwoju inaczej prezentuje się zewnętrznie, czy to w stadium larwy, poczwarki czy motyla, nadal jednak w sensie biologicznym jest tym samym stworzeniem. Podobnie jest z objawami depresji – ich manifestacje mogą różnić się w zależności od wieku pacjenta, stopnia rozwoju intelektualnego, uwarunkowań psychospołecznych i kulturowych, jednak cała sztuka polega na tym, aby z tych informacji wyłonić jeden obraz. Medycyna bywa czasem nazywana dziedziną sztuki, stosując zatem analogię do malarstwa: niektóre obrazy powstają latami, a efekt ostateczny jest rezultatem wielu powrotów do malowania i zmian koncepcji w trakcie tworzenia. Podobnie jest z diagnostyką chorób afektywnych: rozpoznanie ewoluuje wraz z wiekiem pacjenta, ustalenie rozpoznania jednej choroby nie wyklucza zatem, że na przykład za kilka lat na płótnie nie pojawi się kolejny element, który pozwoli nam spojrzeć inaczej na to, co było namalowane do tej pory.







ĆMA – DEPRESJA U DOROSŁYCH

Łukasz Święcicki



KSZTAŁT POCZWARKI

Wprowadzenie

Kiedyś uważano depresję za chorobę ludzi dorosłych, najczęściej mówiło się o młodych dorosłych – około 30. rż. Obecnie wiemy, że depresja często rozpoczyna się wcześniej – poświęcono temu zagadnieniu poprzedni rozdział poradnika. Jednak nadal pozostaje prawdą, że to właśnie u ludzi dorosłych depresja nabiera stałego, stosunkowo mało zmieniającego się w ciągu kolejnych lat, kształtu – trochę tak, jak elastyczna, miękka larwa, która przybiera wyraźny, niezmienny kształt poczwarki. Depresja u dorosłych może więc stanowić pewien standard, punkt wyjścia dla oceny zaburzeń nastroju

w innych okresach życia; depresja u dzieci czy też u osób w podeszłym wieku jest pod niektórymi względami podobna, a pod innymi różna od depresji występującej u osób dorosłych. Ale to właśnie ta ostatnia stanowi podstawowy punkt odniesienia. Dlatego warto dokładnie omówić najczęstsze warianty podstawowych objawów choroby. Formułując to zdanie tak ostrożnie, chcę od razu zaznaczyć, że wszelkie opisy tego rodzaju dotyczące tak złożonych zjawisk psychopatologicznych, są w sposób nieunikniony bardzo znacznymi uproszczeniami. Czytając taki opis, trzeba raczej myśleć o nim jako o schemacie, modelu czy szkielecie konstrukcyjnym. W życiu mogą istnieć nawet bardzo wyraźne różnice.

Objawy podstawowe

Wielu ludzi, w tym także lekarzy i lekarzy psychiatrów, przyjmuje za pewnik, że u chorych na depresję najpoważniejszym i najłatwiejszym do stwierdzenia objawem jest obniżony nastrój, czasem precyzuje się ten punkt, mówiąc o „depresyjnym obniżeniu nastroju”. Trzeba jednak pamiętać, że „depresyjne obniżenie nastroju” często wyraźnie różni się od tego, co popularnie nazwalibyśmy „smutkiem”. Innymi słowy można zaryzykować twierdzenie, że stanowczo nie wszyscy ludzie smutni chorują na depresję, a z drugiej strony nie u wszystkich chorych na depresję będziemy w stanie, przynajmniej podczas jednorazowego badania, stwierdzić występowanie smutku.

Z CAŁĄ PEWNOŚCIĄ SMUTEK NIE RÓWNA SIĘ DEPRESJI.

U wielu chorych na depresję skłonni bylibyśmy raczej stwierdzić rodzaj obojętności wobec bieżących wydarzeń. Pacjent nie sprawia więc wrażenia przygnębionego, a pytany wprost, twierdzi, niekiedy nawet dość stanowczo, że wcale nie jest smutny. Tym, co zwraca uwagę obserwatora, jest raczej monotonia, jednostajność afektu. Można odnieść wrażenie, że chorego niemal nie sposób rozweselić, ale z drugiej strony bardzo trudno go także zasmucić. Pacjent sprawia wrażenie „wpatzonego w siebie”, nastawionego (tak sobie to zwykle wyobrażam, bo wcale nie wiem, czy tak naprawdę jest) na odbiór bodźców płynących z własnego organizmu (w tym także z własnego umysłu) i w dużej mierze odłączonego od świata.

W przypadku osób chorych somatycznie może to także, choć oczywiście nie musi, sprawiać wrażenie dużej obojętności w stosunku do wyników badań czy przedstawianych przez lekarza złych informacji dotyczących stanu zdrowia. Przekazująca takie informacje osoba

spodziewa się wręcz, czy oczekuje smutku, przygnębienia, szoku, a tymczasem spotyka się z rodzajem zbywającej obojętności z równoczesnym zwróceniem uwagi na sprawy, które z punktu widzenia zdrowia nie wydają się wcale bardzo ważne. Wielu chorych na depresję koncentruje się na przykład na sprawach związanych z wydalaniem. Często można odnieść wrażenie, że najważniejsza informacja dnia dotyczy zaparcia, a inne sprawy zdrowotne są bagatelizowane. Dotyczy to bardzo często pacjentów, których stan intelektualny wydaje się bardzo dobry i którzy, w opinii swojej rodziny, powinni świetnie rozumieć, co jest dla ich zdrowia najważniejsze, a co ma znaczenie drugorzędne lub nawet w ogóle nie jest istotne. Powinni rozumieć, a nie rozumieją. Dzieje się tak dlatego, że depresja nie jest stanem typu uczuciowego, a w każdym razie nie wyczerpuje to jej istoty. Depresja to także, często nawet na pierwszym miejscu, swego rodzaju zaburzenie myślenia. Nie mam tu na myśli zaburzeń podobnych do tych, które występują w psychozach schizofrenicznych, czyli tego, co nazywa się urojeniami. Może się oczywiście zdarzyć, że u chorych na depresję występują urojenia (zubożenia: „nie poradzimy sobie, nic nie mamy, nie ma co jeść”; katastroficzne: „to koniec świata, wszyscy poumierają z zimna”; nihilistyczne: „zanikł mi układ pokarmowy”, „nie mam mózgu”), ale nawet w tych licznych sytuacjach, kiedy prawdziwe urojenia wcale nie występują lub przynajmniej nie jesteśmy w stanie ich stwierdzić, pacjenci przejawiają dziwne i trudne do zrozumienia zaburzenia procesu myślowego.

JEDNYM Z CZĘSTYCH PRZEJAWÓW JEST WŁAŚNIE WSPOMNIANA JUŻ NIEUMIĘJĘTNOŚĆ (KTÓREJ NIE MOŻNA SKORYGOWAĆ!)

UPORZĄDKOWANIA PROBLEMÓW WEDŁUG POWSZECHNIE PRZYJĘTEJ HIERARCHII, POMIJANIE SPRAW WAŻNYCH, LECZ SKUPIANIE SIĘ NA RZECZACH, WYDAWAŁOBY SIĘ, NIEISTOTNYCH.

Innym przejawem depresyjnych zaburzeń myślenia bywają ruminacje depresyjne, czyli uporczywe i nieuzasadnione wracanie do wątków, które zostały już wyjaśnione i wydawałoby się zrozumiane. W codziennym życiu może to wywołać znaczne rozdrażnienie osoby bliskiej, która ma wrażenie, że wyjaśniła już inteligentnej przecież osobie, o co jej chodzi i dalsze dopytywanie o to samo zaczyna uważać za rodzaj złośliwości: „ja mu mówię, a on jakby mnie wcale nie rozumiał. Robi to specjalnie, żeby mnie wyprowadzić z równowagi”. W rzeczywistości nie ma tu żadnej złej woli pacjenta – to po prostu objaw choroby, taki sam, jak ból nogi, a jedynie trudniejszy do zrozumienia w ramach standardowego myślenia medycznego.

Jak wynika z tych rozważań stwierdzenie obniżonego nastroju (a dokładniej odróżnienie „obniżonego nastroju” od „depresyjnie obniżonego nastroju”) może być trudne, czasem bardzo trudne, niekiedy właściwie niemożliwe. W tej sytuacji tym większą wagę należy przywiązywać do dwóch kolejnych podstawowych objawów depresji, a mianowicie:

- utraty zainteresowań i zdolności do radowania się oraz
- zmniejszenia energii prowadzącego do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności.

Są to bardzo dobre i czułe kryteria rozpoznawania depresji u osób zdrowych somatycznie. Niewątpliwie

zdrowy, 30-letni mężczyzna, który twierdzi, że nie jest w stanie się ogolić, ponieważ przekracza to jego siły, szybko wywoła u członków swojej rodziny podejrzenie, że „coś tu jest nie tak”. Co prawda dość często początkowo wiele osób uważa taki objaw za „lenistwo” („mówi, że nic nie może robić, bo mu się po prostu nie chce. To leń śmierdzący”). Rodziny pacjentów często pytają mnie, jak odróżnić lenistwo od choroby. Czasem to nie jest takie proste, ale zazwyczaj wcale nie sprawia większych trudności. Lenistwo, z samej definicji, nie może przecież sprawiać przykrości. Jeśli ktoś jest leniwy i swoje lenistwo w praktyce realizuje, to znaczy nie lubi nic robić i rzeczywiście nic nie robi, to powinien być z tego zadowolony. Tymczasem dla chorego na depresję beczynność jest niezwykle przykra. Pacjent chciałby coś zrobić, ma z powodu swojego „lenistwa” (bo i sam chory tak to nazywa) poważne poczucie winy, często nawet myśli samobójcze. I to ma być lenistwo? To ja już wolę być pracowity...

Sytuacja jest o wiele trudniejsza w przypadku osób chorych somatycznie. W takich przypadkach z dużym prawdopodobieństwem wszelkie skargi dotyczące męczliwości zostaną przypisane problemom zdrowotnym. Podobnie zresztą wygląda sprawa utraty zainteresowań, zupełnie naturalnie osoba opiekująca się pacjentem pomyśli sobie „na jego miejscu też bym się nie interesował i nie radował – przecież jest ciężko chory!”. Czy to oznacza, że w przypadku choroby somatycznej męczliwość i niemożność czerpania przyjemności z życia nie są objawami, na których podstawie można podejrzewać występowanie depresji? Oczywiście, że tak nie jest, są to nadal istotne objawy depresji, a jedynie trudniej dostrzec ich obecność.

W rzeczywistości utrata zainteresowań i zdolności radowania się wcale nie są nierozdzielnie związane z chorobami somatycznymi, nawet ciężkimi. Na ogół jest to jedynie sposób postrzegania ludzi chorych przez ludzi zdrowych (także przez zdrowych lekarzy).

Postrzeżenie takie stanowi rodzaj tranzytywizmu, czyli przypisywania innym osobom odczuć, które – jak nam się wydaje – sami mielibyśmy na ich miejscu. Rzecz w tym, że wcale na ich miejscu nie jesteśmy, a nasze wyobrażenia są tylko wyobrażeniami. Przecież w oddziałach szpitalnych, w których leczą się nawet bardzo ciężko chorzy ludzie, nadal ogląda się w telewizji mecze piłkarskie i ulubione seriale. Tymczasem w oddziałach, w których leżą często zdrowi somatycznie ludzie z depresją, sala telewizyjna jest zwykle niemal pusta. Można to łatwo sprawdzić podczas wizyty w szpitalu. Być może to nie jest żaden dowód, ale jednak zjawisko jest zastanawiające. Obserwuję je od 25 lat i nadal nie potrafię się przyzwyczać. To prawda, co mówią niektórzy, że

CZŁOWIEK JEST RACZEJ DUSZĄ,
KTÓRA MA CIAŁO,
NIŻ ODWROTNIEM.

Nieco inaczej wygląda sprawa z męczliwością i brakiem energii. Rzeczywiście, osoby ciężko chore somatycznie często mają bardzo mało energii i gdyby dało się ten zasób energii dobrze zmierzyć obiektywnie (myślę, że jednak nie ma takiej możliwości), to pewnie okazałoby się, że chorzy somatycznie nie mają jej więcej niż chorzy na depresję. Przejawia się to jednak inaczej. Osoby chore somatycznie, które nie mają dolegliwości depresyjnych sprawiają wrażenie ludzi, którzy chcą w miarę możliwości każdą odrobinę swojej energii, która im pozostała, zebrać i spożytkować, żeby zrobić w ciągu dnia choć jedną rzecz. A kiedy się to uda, pacjent jest z tego powodu usatysfakcjonowany. Chorzy na depresję wręcz przeciwnie, sprawiają wrażenie osób, które nie chcą zużyć swojej energii, nawet w tej małej ilości, którą przecież powinni rozporządzać. A jeśli ktoś ich do zużycia energii w końcu zmusi, to są raczej jeszcze bardziej niezadowoleni i rozczarowani sobą.

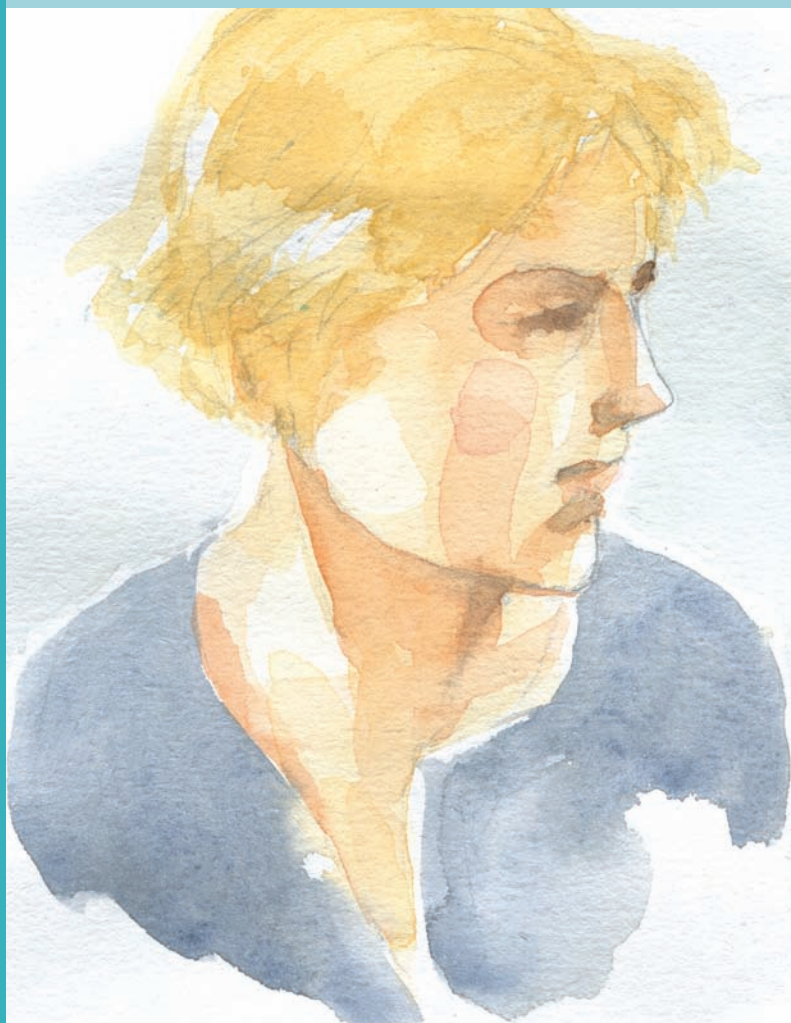
Myślę, że można zaryzykować twierdzenie, choć trudno byłoby udowodnić jego prawdziwość, że jeśli spotkamy osobę ciężko chorą somatycznie, która nie potrafi wykrzesać z siebie choćby chęci do tego, żeby mieć chęć, to powinniśmy się bardzo poważnie zastanowić, czy oprócz choroby somatycznej nie wchodzi tu w grę depresja. Bardzo często rzeczywiście tak jest.

Objawy dodatkowe Osłabienie koncentracji i uwagi

Zwykły smutek na ogół nie powoduje istotnych zaburzeń koncentracji i uwagi, choć oczywiście osoba smutna jest często mocno skupiona na przedmiocie swojego smutku i może znacznie mniejszą wagę przywiązywać do innych spraw.

W DEPRESJI ZABURZENIA
KONCENTRACJI BYWAJĄ TAK
DUŻE, ŻE PACJENT MOŻE
NAWET SPRAWIAĆ WRAŻENIE
OSOBY OTEPIAŁEJ.

I to wcale nie „otępiatej od smutku” tylko po prostu „otępiatej otępiatej”. U takich pacjentów smutek jest często zupełnie niewidoczny, a zaburzenia poznawcze wysuwają się zdecydowanie na plan pierwszy. Dopiero podczas leczenia pozorne otępienie (nazywane zresztą czasem pseudodemencją) ustępuje i obserwator ze zdziwieniem zaczyna dostrzegać ogrom smutku i przygnębienia. Nawet szczegółowe badania psychologiczne i neuropsychologiczne często nie pozwalają na odróżnienie takiego otępienia rzekomego od prawdziwych zaburzeń otępiennych. Po prostu osoba z ciężką depresją nie potrafi prawidłowo wykonać testów, ale nie dlatego, że choruje na otępienie tylko właśnie dlatego,



że ma depresję. Dopiero cierpliwa obserwacja, podczas której prowadzi się leczenie depresji, pozwala upewnić się, że żadnego otępienia w ogóle nie było. Trzeba o tym pamiętać zwłaszcza u chorych w starszym wieku. Przedwczesne stwierdzenie, że ktoś ma otępienie (a często mówi się nawet od razu „chorobę Alzheimera”, co dla większości ludzi brzmi jak wyrok), może sprawić, że osoba taka nie będzie leczona. Powszechnie uważa się, co nie jest ściśle, że chorych na otępienie nie leczy się w żaden sposób, więc motywacja rodziny, aby leczenia poszukiwać może być niewielka.

Niska samoocena i mała wiara w siebie

Objawy te są powszechnie kojarzone z depresją i uważane za bardzo charakterystyczne. Tak rzeczywiście jest, trzeba jednak zdawać sobie sprawę z tego, że niska samoocena i mała wiara w siebie nie są w przypadku osób chorych na depresję ujawniane wprost. Lekarze zajmujący się chorobami somatycznymi są przyzwyczajeni do tego, że ich pacjenci otwarcie mówią, co im dolega – np. boli mnie za mostkiem, mam duszności. Tymczasem chorzy na depresję nie deklarują „mam niską samoocenę”, a przynajmniej nie jest to sytuacja typowa. Wnioski na temat występowania małej wiary w siebie i niskiej samooceny można najczęściej wyciągać jedynie na podstawie przesłanek pośrednich. Dość często zdarza się na przykład, że chorzy z depresją mają poczucie, że poświęca się im zbyt dużo uwagi, na którą wcale nie zasługują, że są inne osoby, które powinny być otoczone troskliwą opieką itd. Pacjenci wręcz skarżą się na „nadopiekuńczość” rodziny. Tego rodzaju wypowiedzi niezwykle rzadko słyszy się od osób zdrowych. W rzeczywistości może to oznaczać, że osoba chora bardzo nisko ocenia swoją wartość, uważa, że nie zasługuje na zainteresowanie ze strony innych osób.

Poczucie winy i małej wartości (nawet w epizodach o łagodnym nasileniu)

Ten objaw jest dość wyraźnie związany z poprzednim i często z nim współwystępuje. Także w tym przypadku obserwator z zewnątrz jest skazany na wnioskowanie pośrednie, trudno liczyć na prostą deklarację ze strony pacjenta. Poczucie winy stosunkowo często przybiera postać myśli zbliżonych do urojeń lub w pełni ukształtowanych urojeń. Pacjent potrafi zarzucać sobie różne błędy, niekiedy popełnione bardzo wiele lat temu.

Wypowiedzi chorych z urojeniami winy dość często wydają się zupełnie rzeczowe. Stosunkowo łatwo uwierzyć pacjentowi, że naprawdę dopuścił się zaniedbań, o których mówi, zwłaszcza, że historia jest najczęściej opowiedziana ze szczegółami. Nawet osoby z bliskiej rodziny, które znają pacjenta „od zawsze” mogą mieć wątpliwości co do tego, czy w jego opowiadaniu nie ma jakiegось ziarna prawdy. Ostatecznie jest przecież możliwe, że nawet najbliższa nam osoba dopuściła się jakichś okropnych czynów, które przed wszystkimi ukryła – ostatecznie trudno się dziwić, jeśli to były „straszne zbrodnie”. W swojej praktyce wielokrotnie spotykałem się z sytuacją, w której członkowie rodziny pacjenta, zasadniczo przekonani, że jest on dobrym człowiekiem, nie potrafili jednak do końca wykluczyć, że „coś tam przecież mogło być”. Tak naprawdę to przecież „coś” jest zawsze! Nikt z nas nie przeszedł przez życie całkowicie suchą nogą. Nikt nie może uczciwie powiedzieć, że nigdy nie zrobił niczego, czego powinien się wstydzić i że nie ma sobie nic do zarzucenia. A jednak nie mamy urojeń winy. Widzimy złe rzeczy, które zrobiliśmy, we właściwej proporcji – trochę jak w filmie „Miś” (tylko na odwrót) złe rzeczy nie przestają nam dobrych. U człowieka zdrowie psychiczne polega między innymi na tym, że zawsze znajdujemy sobie dobre usprawiedliwienia, widzimy swoje dobre uczynki przez powiększającą część lupy, a złe przez pomniejszającą. W depresji ten mechanizm zawodzi i okazuje się, że strasznie trudno jest znieść takiego „prawdziwego siebie”.

Pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości

Wielu zdrowych psychicznie ludzi uważa się za pesymistów, a przyszłość widzi w czarnych barwach. Nie ma

to jednak nic wspólnego ze wspomnianym objawem. Zdrowi pesymiści lubią narzekać na przyszłość piłki nożnej, nie spodziewają się niczego dobrego w gospodarce globalnej, spodziewają się upadku strefy euro i podwyżek cen benzyny, jednak własną przyszłość postrzegają w najgorszym razie w kategoriach „jakoś to będzie”. Występowanie tego typu prawidłowości potwierdzają zresztą wyniki różnego rodzaju ankiet. Badania takie były prowadzone również w Polsce, a ich wyniki wskazywały, że Polacy są pesymistami w sprawie przyszłości kraju itp. Jeśli chodzi o ich własną przyszłość natomiast są umiarkowanymi optymistami.

SKRAJNY PESYMIZM
W SPRAWACH OSOBISTYCH
JEST POSTAWĄ
NIEPRZYSTOSOWAWCZĄ,
DEMOTYWUJĄCĄ,
SPRAWIAJĄCĄ, ŻE CZŁOWIEK
NIE CHCE PODEJMOWAĆ
NAWET PODSTAWOWYCH
DZIAŁAŃ.

JEST TO WŁAŚNIE POSTAWA
CHARAKTERYSTYCZNA DLA
OSÓB CHORYCH NA DEPRESJĘ.

Czarne widzenie przyszłości często oznacza, że takiej przyszłości w ogóle nie ma. Tego typu doznanie jest dla znacznej większości osób zdrowych wręcz trudne do zrozumienia. Przyszłości nie ma, bo mnie w niej nie ma – tak myślą chorzy na depresję. I często właśnie tak to określają „nie widzę przyszłości”. Osoby z otoczenia na ogół przyjmują takie deklaracje dość spokojnie. Ostatecznie ja, człowiek zdrowy, też nie widzę przyszłości. Przyszłość może zobaczyć tylko wróżka – tak

myśli wiele osób. Tymczasem w rzeczywistości, choć wcale nie znamy przyszłości, mamy mnóstwo planów z nią związanych. Wybieramy się tu i tam, myślimy o różnych przyszłych wydarzeniach, czasem z wielkim wyprzedzeniem. Zdarza się, że jesteśmy myślami na ślubie dzieci, które dopiero się urodziły. I to jest cecha charakterystyczna wszystkich zdrowych ludzi – już w Piśmie Świętym pojawia się przypowieść o człowieku, który zebrał duże plony i myślał o budowie nowych spichlerzy. A chorzy na depresję nie myślą w ten sposób. Dla nich przyszłość to mrok – bo ich w tej przyszłości nie ma. Bardzo trudno jest tak żyć...

Myśli i czyny samobójcze

Występowanie tego typu zjawisk (trudno je określić mianem objawów, ponieważ są to właśnie złożone zjawiska) nie jest wyłączną cechą depresji, ale większość autorów zgadza się co do tego, że w depresji myśli i czyny samobójcze są zdecydowanie najczęstsze. Myśli samobójcze występujące w depresji nie są rozważaniami samobójczymi, które występują dość często także u osób zdrowych. Między czysto intelektualnym założeniem, że „samobójstwo jest jednym z potencjalnie możliwych wyjść”, a rzeczywistym, silnym i dojmującym pragnieniem śmierci zachodzi fundamentalna różnica. Wydaje się, że u wielu chorych z depresją mamy do czynienia z poważnym osłabieniem elementarnego instynktu samozachowawczego, który, choć na co dzień raczej go nie zauważamy, stanowi jedną z najsilniejszych podstaw naszej osobowości. Życie bez instynktu samozachowawczego jest równie trudne do wyobrażenia, jak życie w świecie, w którym nie obowiązuje prawo grawitacji. Mimo to, wokół nas żyje wielu ludzi, którzy nie mogą już liczyć na tego typu grawitację. Trzeba sobie to koniecznie spróbować wyobrazić, aby zrozumieć powagę sytuacji

osób z depresją. Dla nas (ludzi zdrowych) myślenie o życiu jest czymś tak naturalnym, jak oddychanie. Dla części osób chorych na depresję naturalne jest myślenie o śmierci i to myślenie o śmierci z nadzieją. Niezwykle trudno jest to zrozumieć.

Zaburzenia snu i zmniejszony apetyt

Te dwie grupy objawów, bo wchodzi tu w grę większa ich liczba, można omówić łącznie, ponieważ obie dotyczą zjawisk czysto biologicznych. Zaburzenia snu w depresji polegają najczęściej na trudności w utrzymaniu snu i wczesnym budzeniu się z niemożnością ponownego zaśnięcia. Taki wzorec zaburzeń jest prawdopodobnie związany z tym, że ich pierwotną przyczyną są dysfunkcje zegara biologicznego. Prawidłowy sen wymaga dobrej rytmiki wielu zjawisk biologicznych, np. rytmiki zmian temperatury ciała czy też wydzielania hormonów. Zaburzenie tej rytmiki może nie wywierać bardzo wyraźnego wpływu na proces zasypiania i wczesnego okresu snu, kiedy górę bierze po prostu zmęczenie. Dalsze fazy snu są bardziej „delikatne”, to znaczy, że w przypadku zaburzeń rytmiki trudniej jest je na organizmie wymusić. Oczywiście w depresji zdarzają się również zaburzenia zasypiania, jednak nie są one dla tej choroby typowe. Ze specyficznymi zaburzeniami snu wiąże się prawdopodobnie występowanie równie charakterystycznych okołodobowych wahań nastroju – samopoczucie pacjentów jest typowo najlepsze wieczorem (a więc i łatwo jest zasnąć), a zdecydowanie najgorsze nad ranem (stąd trudno sen utrzymać).

WIELU CHORYCH NA DEPRESJĘ
UWAŻA ZABURZENIA SNU
ZA SWÓJ NAJWIĘKSZY,

A CZĘSTO NAWET JEDYNY PROBLEM.

Osoby takie przekonują często otoczenie (zdarza się, że skutecznie), że ich jedynym problemem jest „bezsennaść”. Ulegający tej presji lekarze podają coraz to nowe, niestety zazwyczaj uzależniające leki o działaniu nasennym, a równocześnie zaniedbują leczenie problemu, który zaburzenia snu wywołał. Nie trzeba chyba dodawać, że efekt takiego postępowania nie jest dobry. Należy zdawać sobie sprawę z tego, że skuteczne leczenie zaburzeń snu jest często niemożliwe, jeśli nie podejmie się skutecznego leczenia depresji.

Podobnie wygląda sprawa z zaburzeniami apetytu. Również w tym przypadku drogą do ustąpienia problemu jest skuteczne leczenie depresji. Trzeba jednak oddzielić problem subiektywnego braku apetytu od problemu ubytku masy ciała. U osób z ciężką depresją często obserwujemy szybki i bardzo wyraźny spadek masy ciała, niekiedy nawet o kilkanaście lub kilkadziesiąt kilogramów w ciągu kilku miesięcy. Tacy pacjenci podejrzewani są na ogół o chorobę nowotworową i dopiero wykonanie wielu badań dodatkowych wyjaśnia sytuację. Z drugiej strony wielu szybko chudnących pacjentów z depresją wcale nie zgłasza braku apetytu. Wręcz przeciwnie – na pytanie o apetyt chorzy odpowiadają, że jest „normalny”. Trudno powiedzieć jaka jest przyczyna tej paradoksalnej sytuacji. Być może częściowo przyczyną jest niechęć wynikająca z depresyjnego poczucia małej wartości, o którym wspominałem powyżej, do „niepotrzebnego zawracania głowy innym ludziom”. Pacjent wydaje się sądzić, że skoro otoczenie tak się niepokoi jego chudnięciem, to może zapewnienie o dobrym apetycie wszystkich uspokoi i przez to zmniejszy urojony dług chorego wobec otoczenia. Z kolei osoby z depresją przewlekłą (o różnym stopniu nasilenia) bardzo często narzekają na brak apetytu, skardze tej jednak nie towarzyszy

chudnięcie, a wręcz przeciwnie – wielu pacjentów wyraźnie tyje. Wiąże się to z działaniem leków przeciwdepresyjnych – większość z tych leków, z wyjątkiem bupropionu, może istotnie, w mechanizmie ośrodkowym, zwiększać łaknienie, ale także z małą aktywnością fizyczną pacjentów. Tak więc to, że pacjent określa swój apetyt jako dobry lub zły może wcale nie być związane z tym, ile rzeczywiście je i jaki ma to wpływ na masę ciała.

Leczenie depresji

Jest wiele różnych metod leczenia depresji – farmakoterapia, psychoterapia, tzw. metody neuromodulacyjne, do których zalicza się m.in. elektrowstrząsy czy prędczaszkową stymulację magnetyczną (rTMS – *repetitive transcranial magnetic stimulation*), leczenie światłem i inne. Żadna z tych metod nie jest idealna – zarówno pod względem bezpieczeństwa, jak i profilu tolerancji.

OBECNIE UWAŻA SIĘ, ŻE PODSTAWOWĄ METODĄ LECZENIA DEPRESJI JEST FARMAKOTERAPIA,

inne metody są najczęściej stosowane jako uzupełnienie leków przeciwdepresyjnych lub wówczas, gdy leki nie działają (elektrowstrząsy). Dokładne omawianie farmakoterapii depresji przekracza ramy tego poradnika, wspomnę tylko o najważniejszych zasadach, które zresztą dotyczą pacjentów w różnych okresach życia, nie tylko osób dorosłych.

Siedem zasad związanych z przyjmowaniem leków przeciwdepresyjnych.

1. Leki przeciwdepresyjne nie działają w sposób doraźny. To znaczy, że na rozpoczęcie działania trze-

ba cierpliwie poczekać. Zmiana leku po tygodniu lub dwóch nie ma żadnego sensu – w tym czasie lek i tak nie ma szansy zadziałać, w związku z tym ani lekarz, ani pacjent niczego się po tak krótkiej kuracji nie dowiedzą – bo określenie, czy lek działa jest jeszcze niemożliwe. Poza tym nie ma również sensu przyjmowanie pojedynczych tabletek „wtedy, kiedy jest smutno” – leki przeciwdepresyjne nie są podobne do przeciwbólowych i po prostu w ten sposób nie działają.

2. Leki przeciwdepresyjne można i zwykle trzeba stosować przewlekłe. Odstawienie leku często wyraźnie zwiększa ryzyko nawrotu. Producenci leków przeciwdepresyjnych są świadomi, że środki te są przeznaczone do długotrwałego użytku i biorą to pod uwagę. Leki z tej grupy są zwykle dobrze zbadane, jeśli chodzi o długoterminowy profil bezpieczeństwa i tolerancji, co oznacza, że bez obaw można je przyjmować przez długi czas.
3. Leki przeciwdepresyjne nie mają działania uzależniającego. Zdarza się, że ludzie mają przykre objawy podczas odstawiania leku przeciwdepresyjnego, ale objawy te nie są groźne i szybko mijają. Występowanie takich objawów, choć przykre, nie jest wcale dowodem na uzależnienie.
4. Leki przeciwdepresyjne nie mają szczególnie niekorzystnego wpływu na wątrobę czy nerki. Nie różnią się pod tym względem od wszystkich innych leków.
5. Leki przeciwdepresyjne nie wywołują „nienormalnego stanu umysłu”, nie zmieniają człowieka, pomagają jedynie w łagodzeniu objawów choroby, którą jest depresja. U ludzi zdrowych nie wywierają zazwyczaj żadnego działania, poza działaniami niepożądanymi.

6. Tak jak w przypadku wielu innych leków również w przypadku leków przeciwdepresyjnych ważne jest, aby przyjmować je regularnie. Nieregularne przyjmowanie leków znacznie pogarsza skuteczność kuracji.

7. Łączenie leków przeciwdepresyjnych z alkoholem jest, z różnych względów, bardzo złym pomysłem. Z pewnością picie alkoholu zmniejsza skuteczność leczenia i pogarsza przebieg depresji. Ponadto niektóre leki przeciwdepresyjne znacznie pogarszają tolerancję alkoholu – to znaczy, że mała ilość może niewspółmiernie mocno zadziałać. Najważniejsza jest jednak odpowiedź na pytanie – czy się leczy, czy pijemy? Trzeba podjąć jednoznaczną decyzję i trzymać się jej.

Zakończenie

Depresja u osób dorosłych jest chorobą w pełni uformowaną. Jej objawy można określić jako „typowe”, w porównaniu z depresją u dzieci i młodzieży oraz depresją u osób w podeszłym wieku. Mimo to, także w tej grupie wiekowej rozpoznanie depresji wcale nie jest proste i bynajmniej nie opiera się na stwierdzeniu, że „ktoś jest smutny”. Rozpoznanie depresji wymaga doświadczenia. Nie jest to choroba, którą pacjenci mogą rozpoznawać u siebie sami albo którą mogą rozpoznawać członkowie ich rodzin. Depresję można podejrzewać, ale rozpoznanie powinien weryfikować lekarz, we wszystkich trudniejszych przypadkach musi to być lekarz psychiatra. Depresja jest chorobą ciężką i musi być leczona. Jest wiele sposobów leczenia depresji. Podstawową metodą jest farmakoterapia, ale zdarza się, że przyjmowanie leków nie jest konieczne. Decyzję o sposobie leczenia musi podjąć lekarz.



JAK ĆMA – DEPRESJE WIEKU PODESZŁEGO

Tadeusz Parnowski



STAROŚĆ

Właściwie nie wiadomo, kiedy zaczyna się starość. Być może, gdy zaczynamy myśleć o zbliżającym się końcu życia albo gdy zastanowienie i refleksja zaczyna dominować nad przeżywaniem „tu i teraz”, albo gdy uświadamiamy sobie, że sił coraz mniej i pamięć zaczyna zawodzić. Starość jest pojęciem biologicznym, ale także indywidualnym, dlatego trudno ją jednoznacznie zdefiniować. Jednak to, czy „rozpoznamy” u siebie starość, czy też nie – ma duże znaczenie dla życia i funkcjonowania.

Pojęcie starości nieustannie ewoluuje. W Wielkiej Brytanii, Friendly Societies Act (1875 r.) definiował wiek podeszły, jako „każdy wiek powyżej 50. rż.”. Obecnie w większości krajów akceptuje się fakt, że ludzie „starzy” lub

„w podeszłym wieku” to osoby powyżej 65. rż., lecz nadal jest wiele wyjątków od tej granicy wieku, np. ONZ przyjmuje, że osobą starszą jest człowiek w wieku 60+; tradycyjne pojęcie starości w Afryce zaczyna się od 50. rż., a definiowanie „chorób wieku podeszłego” w licznych obszarach nauk medycznych zaczyna się od 60. rż. Co więc może być wyróżnikiem wieku podeszłego? Wydaje się, że z punktu widzenia indywidualnego – poczucie sprawności i jakości funkcjonowania, z punktu widzenia społecznego – zmniejszenie aktywnego udziału w życiu społecznym. Na podstawie badań antropologicznych w definicji starości uwzględniono trzy kategorie: wiek chronologiczny, zmianę w pełnieniu ról społecznych (np. zmiana w rodzaju wykonywanej pracy, posiadanie dorosłych dzieci i okres menopauzy) oraz zmiany w możliwościach (inwalidztwo, starość biologiczna i zmiany stanu somatycznego).

Jak wynika z przedstawionych prób definicji, starość nie jest pojęciem ani jednoznacznym, ani jednowymiarowym. Na jej wystąpienie składają się przekonania ludzi, ich samoocena (zależne na przykład od typu osobowości), aktywność społeczna i zmiany biologiczne.

Jeśli przyjąłbyśmy, że teoria zaprogramowanej przez ewolucję starości (wszystkie organizmy mają zaprogramowane spełnienie powinności biologicznych – od rozwoju do śmierci) jest prawdziwa, to starzenie charakteryzuje się narastaniem zmian niekorzystnych i kumulacją czynników szkodliwych. Oznacza to, że okres starości różni się od wieku średniego występowaniem skumulowanych licznych czynników psychospołecznych (śmierci bliskich, odejścia rodziny, pogorszenia statusu finansowego i socjalnego, pogorszenie funkcjonowania) oraz pojawianiem się chorób somatycznych, jako wyrazu zawodności mechanizmów ochronnych (zmiany fizjologiczne: pogorszenie wzroku, słuchu, pamięci; ale także wystąpienie chorób: cukrzycy typu 2, osteoporozy, nadciśnienia tętniczego).

O starości należy myśleć, gdy jesteśmy jeszcze młodzi. Wiek podeszły przypomina obcy kraj, do którego dostajemy się powoli, obserwując narastające zmiany, żeby w końcu znaleźć się w zupełnie innym otoczeniu – myślenia, oceny, klimatu, szybkości i zatartych konturów otoczonych mgiełką zadumy.

Suma licznych negatywnych czynników życiowych – obecności chorób, pogorszenia stanu finansowego, utraty znaczenia w życiu społecznym, izolacji – powoduje, że starość może być smutnym okresem życia. Przeżywanie starości zależy jednak nie tylko od czynników zewnętrznych, ale także od naszego stosunku do wydarzeń występujących w tym okresie życia. Umiejętność dostosowania sposobu funkcjonowania do występujących ułomności, kontynuacja zainteresowań i realizowanie wcześniej podjętego planu obecności w życiu codziennym (podtrzymywanie kontaktów z rodziną, poszerzanie znajomości, aktywności intelek-

tualnej i fizycznej) może spowodować, że „siedemdziesięcioletni młodzieniec jest czasem bardziej pogodny i ma więcej nadziei niż czterdziestoletni starzec” (J.O.W. Holmes). Zamiana starości przykrej, pełnej niemożności, dolegliwości i niewydolności na starość przyjemną i satysfakcjonującą, w której „wszystko, co miłe, może się jeszcze zdarzyć”, zmienia motywację do poznawania nowych rzeczy, umożliwia cieszenie się tym, co się ma i stymuluje do przeżywania radości.

ISTOTNYM ELEMENTEM
„PRZYJEMNEJ STAROŚCI”
(B.F. SKINNER, M.E. VAUGHAN)
JEST ZAMIANA TEGO,
CO „MUSIMY”, NA TÓ,
CO „LUBIMY” LUB „CHCEMY”.

„Musimy” płacić podatki, wypełniać PIT-y, ale „chcemy” jeść obiad, oglądać TV, czytać książkę, gdyż konsekwencją jest odczuwanie przyjemności. „Lubimy” chodzić na spacer, spotykać się z wnuczkami, dawnymi przyjaciółmi, przeglądać stare fotografie. Niektóre z czynności „musimy” wykonywać, ale „lubimy” to robić, inne „lubimy”, ale nie „chcemy” ich wykonywać. Nie jest możliwe całkowite ułożenie sobie życia tak, aby móc robić tylko to, co lubimy, ale zmiana myślenia z „muszę” na „chcę” pozwoli nam na zwiększenie radości. Rozpoczynanie nowych czynności, nawet jeśli początkowo wydają się nam nudne, może w efekcie dać nam wiele przyjemności. Radość jest ważnym elementem „woli życia”, istotnej i u osób starszych zdrowych i cierpiących na liczne choroby i dolegliwości, co zmniejsza ryzyko wystąpienia depresji.

Spoleczeństwo

Dla poprawy jakości życia i wzmocnienia czynników ochronnych przed wystąpieniem depresji ważne jest rozumienie zachowań ludzi starszych przez społeczeństwo. Sposób funkcjonowania ludzi starszych znacząco odbiega od propagowanego przez mass media obrazu sprawności, błyskotliwości, szybkiego kontaktowania się i wielu możliwości fizycznych charakterystycznych dla ludzi młodych. Fiziologia wieku podeszłego zmusza ludzi starszych do stosowania wielu technik zapobiegawczych, w związku z poczuciem mniejszej sprawności: powolnego poruszania się wskutek zmian zwyrodnieniowych stawów, częstszych odpoczynków spowodowanych niewydolnością oddechową lub trudnościami w podnoszeniu ciężarów i wchodzeniu na podwyższenia, związanych ze zmianami ciśnienia tętniczego krwi. Sprawność intelektualna u ponad 65% osób starszych nie ulega istotnym zmianom, jednak koncentracja uwagi i szybkość myślenia pogarsza się. U części osób starszych zmiany w funkcjonowaniu zmysłów (pogorszenie wzroku i słuchu) powodują trudności w znalezieniu różnych rzeczy, co sprawiać może wrażenie bezcelowego szukania lub mylnego rozumienia próśb, zaleceń i ustaleń. Objawy te mogą sprawiać wrażenie niesprawności procesów poznawczych. U ponad 80% osób starszych występują zaburzenia snu polegające na drzemkach w ciągu dnia i bezsenności w nocy z często przerywanym snem i poczuciem ciągłego zmęczenia po obudzeniu się.

Depresja, w której występuje „nasilenie” objawów starości, nie jest zauważana przez członków rodziny i nie jest rozpoznawana przez lekarzy. Trudności diagnostyczne zwiększają się, gdy u schorowanej, starszej osoby dolegliwości somatyczne także zwiększają swoje nasilenie. Zwykle obecność chorób somatycznych wydaje się wystarczającym powodem zgłaszania większości

skarg na niewydolność, poczucie zmęczenia, odmowy prawidłowego przyjmowania posiłków.

Spowolnienie psychoruchowe, nieadekwatne odpowiedzi, rzadkie okazywanie radości, męczliwość i drażliwość są w odbiorze społecznym charakterystyczne dla wieku podeszłego. Jednak te same objawy są również charakterystyczne dla depresji, zwłaszcza, gdy jej nasilenie jest niewielkie (tabela 1).

Tabela 1.

Objawy depresji uważane często za cechy starości

Spowolnienie psychoruchowe

Utrata zainteresowań

Niechęć do kontaktów towarzyskich

Pogorszenie apetytu

Nasilenie zaburzeń snu

Małomówność

Poczucie „bycia starym”

Psychospołeczne i biologiczne czynniki ryzyka

Niestety, obserwowane przez nas samych liczne zmiany dokonujące się w naszym organizmie, zwiększająca się izolacja społeczna, narastające inwalidyzujące dolegliwości powodują, że nastrój częściej ulega obniżeniu, zamiast możliwości łatwych rozwiązań, piętrzą się trudności, miejsce radości i satysfakcji zastępuje smutek. Czynnikiem wyzwalającym depresję jest bardzo wiele (tabela 2).

Tabela 2.

Najczęstsze czynniki ryzyka wystąpienia depresji w wieku podeszłym

Wydarzenia życiowe

Przewlekły stres
Żałoba
Pogorszenie zdrowia i ruchliwości, zależność od innych
Separacja
Pogorszenie funkcjonowania zmysłów, pamięci
Nagłe, ciężkie choroby somatyczne
Trudności w radzeniu sobie z mieszkaniem
Choroby zagrażające życiu osób bliskich
Duże kłopoty w rodzinie
Bezdomność, przeniesienie do DPS-u
Pogorszenie stanu socjalno-ekonomicznego
Znaczna utrata pieniędzy
Kłopoty w małżeństwie
Niedobre relacje z członkami rodziny lub przyjaciółmi
Kłopoty w pracy, przejście na emeryturę
Utrata „osoby znaczącej” (np. partnera życiowego, przyjaciela lub nawet zwierzęcia)
Opieka nad osobą przewlekle chorą i zależność od członków rodziny
Izolacja społeczna



Oczywiście, im więcej jest czynników, tym większe jest ryzyko wystąpienia depresji. Siła wpływu czynników negatywnych jest związana z dwoma istotnymi, niestety niemodyfikowalnymi, stanami: typem osobowości przedchorobowej i wcześniejszym występowaniem zaburzeń afektywnych u chorego lub w jego najbliższej rodzinie.

Wyniki obserwacji dotyczących częstości występowania depresji w wieku starszym wskazują, że u osób, które wcześniej charakteryzowały się zachowaniami unikającymi rozwiązywania problemów życiowych, były bierne w swoich postawach, zależne od zdania i za

chowań innych, a jednocześnie nie potrafiły elastycznie dostosowywać swoich przekonań do zmian następujących w życiu, depresja występuje częściej. Część z tych osób żyła samotnie, nie potrafiąc znaleźć partnera życiowego, ich aktywność życiowa była niewielka, a zachowania sztywne.

Także występowanie depresji we wcześniejszym okresie życia lub obecność zaburzeń afektywnych (dwubiegunowych lub jednobiegunowych) u najbliższych krewnych zwiększa ryzyko wystąpienia depresji w wieku starszym, nawet po niewielkich wydarzeniach

życiowych. Sugeruje to obecność predyspozycji genetycznej, która ujawnia się w obecności stresu. Najsilniejszym czynnikiem ryzyka wystąpienia depresji jest, zwłaszcza u takich osób, wystąpienie kilku czynników w ciągu ostatniego roku.

Depresje a choroby somatyczne

Poza licznymi czynnikami psychospołecznymi, dla wieku starszego charakterystyczne jest częstsze niż w wieku średnim występowanie chorób somatycznych i neurologicznych. Każda choroba może stać się przyczyną zaburzeń emocjonalnych. Depresje są wpisane w obraz kliniczny chorób somatycznych, zwyrodnieniowych i naczyniowych mózgu. Szczególnie należy podejrzewać obecność depresji wówczas, gdy występują najczęstsze, podstawowe czynniki ryzyka jej wystąpienia (tabela 3).

Tabela 3.

Czynniki ryzyka wystąpienia depresji w chorobie somatycznej

Płeć żeńska (poniżej 85. rż.)
Występowanie zaburzeń psychicznych w przeszłości (rozpoznane depresje, nerwica)
Większe nasilenie choroby somatycznej
Występowanie dolegliwości bólowych
Większe nasilenie niepełnosprawności funkcjonalnej

Częstość występowania zespołów depresyjnych w chorobach somatycznych wynosi od kilku do kilkudziesięciu procent, jednak związek pomiędzy depresją i chorobą somatyczną jest dwustronny. Depresja może być czynnikiem ryzyka nasilenia objawów lub wystąpienia choroby somatycznej i *vice versa* – choroba somatyczna może być czynnikiem ryzyka depresji. Rozpoznanie objawów i próby oddzielenia depresji od choroby soma-

tycznej są niezwykle trudne, ponieważ objawy mogą być charakterystyczne dla obu zaburzeń.

Objawy wspólne depresji i choroby somatycznej:

- Męczliwość
- Ból
- Zmniejszony apetyt
- Utrata masy ciała
- Lęk
- Męczliwość
- Myśli o śmierci
- Zaburzenia snu

Objawy somatyczne depresji:

- Astenia
- Bóle głowy
- Kołatanie serca
- Bóle uogólnione
- Zawroty głowy
- Ból w nadbrzuszu
- Płytke oddychanie
- Ból w konkretnym miejscu
- Ból kręgosłupa
- Zaburzenia żołądkowo-jelitowe

Dotyczy to szczególnie tzw. grup objawów biologicznych (zaburzenia snu, łaknienia, obniżenie libido, dolegliwości somatyczne, obniżenie masy ciała, dolegliwości bólowe, ale także zaburzenia koncentracji uwagi).

W często występujących chorobach nowotworowych depresje mogą być reakcją na przewlekłą chorobę, ale też mogą być wynikiem zadziaania wspólnego mechanizmu warunkującego pojawienie się zarówno depresji, jak i nowotworu (np. wpływ na układ neuroendokryny).

Depresja a cukrzyca

Chociaż odnotowuje się częstsze występowanie depresji u chorych z cukrzycą, nie jest jasne, czy cukrzyca odgrywa rolę czynnika wywołującego depresję, czy też ma wpływ etiologiczny.

CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA
DEPRESJI U CHORYCH
Z CUKRZYCĄ SZACUJE SIĘ
W ZAKRESIE 8,5-27,3%,
A WIELKOŚĆ TA WZRASTA
ZNACZNIE U CHORYCH
Z CUKRZYCĄ I CHOROBA
WIEŃCOWĄ DO PONAD 26%.

Obraz psychopatologiczny depresji w tych przypadkach cechuje częstsze występowanie skarg na objawy somatyczne i niespecyficznego występującego uczucia lęku i nadmiernego krytycyzmu chorobowego. Wystąpienie depresji tworzy mechanizm „błędnego koła”, zwiększając uczucie niewydolności fizycznej i pogarszając stabilizację poziomu glukozy w surowicy. Chorzy ci częściej zgłaszają skargi na zaburzenia funkcji poznawczych. Trudności terapeutyczne wiążą się także z bezpośrednim wpływem leków przeciwdepresyjnych na poziomy glukozy, powodując hiper- lub hipoglikemię.

Depresja a choroby układu sercowo-naczyniowego

Choroby układu krążenia, zatrzymanie czynności serca, choroba wieńcowa, zawał mięśnia sercowego są schorzeniami, w których obserwuje się występowanie symptomatologii depresyjnej. Najczęściej są to prze-

wlekłe reakcje depresyjne spełniające u osób w wieku podeszłym kryteria dystymii – zespołu objawów depresji o niewielkim lub umiarkowanym nasileniu, trwającym ponad 2 lata. Uważa się, że u 15-20% chorych z chorobą wieńcową występuje choroba afektywna. W grupie chorych z rozpoznaniem choroby afektywnej stwierdzano częstsze występowanie depresji u krewnych I stopnia. Wydaje się, że mechanizm powstawania depresji w ostrej chorobie wieńcowej i po zawale mięśnia sercowego jest dwójaki: psychologiczny i psychofizjologiczny. W wyniku ostrej niewydolności wieńcowej pacjenci cierpią na zaburzenia rytmu inwalidyzujące ich i uniemożliwiające prawidłowe funkcjonowanie. Często zgłaszają nasilone objawy psychologiczne depresji: uczucie beznadziejności, brak inicjatywy, energii i zainteresowań codzienną aktywnością. Z drugiej strony u chorych obecne jest zaburzenie równowagi układu współczulnego i adrenergicznego.

Stwierdzono, że depresja występująca po zawale mięśnia sercowego dwukrotnie częściej występuje u osób, u których zaostrzenie choroby wieńcowej wystąpiło w stanie depresji o średnim nasileniu i trzy razy częściej u osób, które cierpiały wcześniej z powodu głęboko nasilonej depresji. Wystąpienie depresji po zawale nie jest czynnikiem ryzyka następnego zawału.

Depresje a choroby ośrodkowego układu nerwowego

Szczególnym problemem diagnostycznym są depresje występujące wraz z chorobą naczyń mózgowych. Dotyczy to zarówno depresji występujących w uszkodzeniach drobnych naczyń mózgowych (depresja naczyniowa), jak i depresji występującej po udarze mózgu (depresja poudarowa). Rozpowszechnienie tego zespołu depresyjnego jest znacznie częstsze przy udarach w lewej

okolicy czołowej (60-70%). W obrazie klinicznym stwierdza się więcej zaburzeń procesów poznawczych (zaburzenia koncentracji uwagi, zaburzenia pamięci, spowolnienie myślenia, trudności w rozumieniu kontekstów), w przeciwieństwie do depresji występującej w udarach prawej okolicy, w której dominują objawy podstawowe (smutek, przygnębienie, spowolnienie psychiczne i ruchowe, zaburzenia łaknienia i snu). U chorych z depresją po udarze częściej występują zaburzenia zasypiania, bardziej obniżony jest nastrój, zmniejszona możliwość pracy i obniżenie zainteresowań, więcej jest cech spowolnienia psychoruchowego i objawów somatycznych oraz znaczniejszy ubytek wagi w porównaniu z pacjentami z chorobą afektywną. Objawy te (zahamowanie, skargi somatyczne, zaburzenia snu) występują także u pacjentów po udarze, ale bez cech depresji. Trudności w postawieniu diagnozy depresji u chorych po udarze mogą być zmniejszone poprzez wzięcie pod uwagę czynników ryzyka. Naczyniowe czynniki ryzyka (nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia, cukrzyca, palenie papierosów, alkohol) są odpowiedzialne zarówno za występowanie depresji poudarowej, jak i tzw. depresji naczyniowej (znaczne spowolnienie psychoruchowe bez wyraźnie obniżonego nastroju, mniejsze przeżywanie smutku, brak krytycznej oceny stanu psychicznego).

Depresje mogą też być pierwszymi objawami chorób zwyrodnieniowych mózgu (np. choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane). Początkowe obniżenie nastroju, utrata zainteresowań, zaburzenia snu i łaknienia – typowe dla depresji – niepostrzeżenie zamieniają się w stereotypowy „zastygły” obraz powtarzających się skarg lub objawów zauważanych przez rodzinę, w których dominuje powtarzalność bez wyraźnego współbrzmienia emocjonalnego. Na plan pierwszy wysuwają się problemy związane z trudnościami w komunikowaniu się z innymi osobami, trudności w znajdowaniu odpowiednich słów, wy-

cofanie z kontaktów w obszar beczynności lub odwrotnie – narastająca drażliwość, wybuchowość, pretensje (np. o chowanie ważnych dokumentów lub rzeczy), błędne i/lub mylne rozumienie znaczenia słów, podejrzliwość i oskarżanie członków rodziny o wrogie zachowania.

**CZŁONKOWIE RODZIN,
NIE ROZUMIEJĄC MECHANIZMU
NARASTAJĄCEGO OTEPIENIA,
CZĘSTO INTERPRETUJĄ
ZACHOWANIA CHORYCH
JAKO CELOWE, ZŁOŚLIWE,
WYMIERZONE PRZECIWKO NIM.**

Próby stwierdzenia obecności otępienia mogą jednak zafałszować obraz rzeczywisty. Objawy depresji i objawy otępienia o nasileniu niewielkim są bardzo podobne do siebie. Dotyczy to głównie tzw. objawów biologicznych (spowolnienie, utrata zainteresowań, apatia, zaburzenia snu i łaknienia, małomówność). Łatwo więc podejrzewać początek otępienia u osoby z depresją. Ma to istotne znaczenie kliniczne, ponieważ depresję można – jak w każdym wieku – uleczyć, w przeciwieństwie do otępienia. W różnicowaniu objawów pomocne mogą być niektóre wskazówki kliniczne (tabela 4).

Tabela 4.
Objawy charakterystyczne dla depresji i otępienia

Otępienie	Depresja
Pierwsze objawy dotyczą funkcji poznawczych	Pierwszymi objawami są zmiany nastroju
Nastrój jest zmienny, zależny od sytuacji	Nastrój jest trwale obniżony

Obecna jest chęć do współpracy, lecz efekty są niesatysfakcjonujące	Odmowa współpracy, niechęć do wykonywania zaleceń i realizacji próśb
Obecne zaburzenia językowe – zapominanie słów (anomia)	Brak zaburzeń językowych
Wydarzenia nadal sprawiają przyjemność, chociaż krótkotrwałą	Niemożność cieszenia się czymkolwiek (anhedonia)

Depresje występują we wszystkich chorobach ośrodkowego układu nerwowego (OUN) ze znaczną częstością. Niezależnie od przyczyny choroby i jej przebiegu depresje wpływają na obraz kliniczny, utrudniając rozpoznanie i leczenie, pogarszając funkcjonowanie chorych (tabela 5).

Tabela 5.
Częstość występowania depresji w chorobach OUN

Choroba	Częstość występowania depresji
Udar	Do 40%
Choroba Parkinsona	Do 50%
Choroba Alzheimera	20-30%
Stwardnienie rozsiane	20-40%
Guzy złośliwe i łagodne	Ok. 10-15%

Depresje mogą powstać wskutek co najmniej dwóch mechanizmów: pierwszym jest świadomość przewlekłej, dolegliwej choroby mózgu z licznymi objawami utrudniającymi funkcjonowanie oraz lęk przed negatywnym rokowaniem. Istotna jest także wiedza chorego, że leczenie zwykle zmniejsza tylko nasilenie objawów, nie likwidując choroby. Wystąpienie depresji zwykle jest czasowo związane z postawieniem diagnozy nieuleczalnej choroby. Drugi mechanizm powstawania depresji jest mniej poznany i prawdopodobnie specyficznie związany z obecnością choroby. We wszystkich chorobach mózgu dochodzi do zaburzeń regulacji przekąźnictwa mózgowego (monoamin), wskutek czego, niezależnie od pierwotnej dysfunkcji monoamin (serotoniny, noradrenaliny, dopaminy), zaburzeniom ulegają wszystkie układy.



W WIELU CHOROBAH
MECHANIZMY ODPOWIADAJĄCE
ZA PODSTAWOWĄ CHOROBE
SĄ JEDNOCZEŚNIE
MECHANIZMAMI
ODPOWIEDZIALNYMI
ZA OBECNOŚĆ NIE TYLKO
DEPRESJI, ALE TAKŻE INNYCH
ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH
(OBJAWY LĘKU, OBJAWY
PSYCHOTYCZNE).

Obraz kliniczny

Wiele objawów charakterystycznych dla depresji u osób w średnim wieku występuje także w podeszłym wieku. Przede wszystkim występuje:

1. obniżenie radości z życia i niemożność przeżywania uczuć pozytywnych (anhedonia) („nic nie cieszy, życie straciło dla mnie sens”);
2. obniżenie samooceny w odniesieniu do przeszłości, aktualnych wydarzeń i przyszłego życia („niczego nie dokonałem/łam, nie daję sobie rady z ludźmi i obciążeniami, oznacza to, że moje życie kończy się”);
3. poczucie beznadziejności, bezradności i małej wartościowości (nikt mnie nie potrzebuje, wszystko, co robię jest nieudolne, czas, żeby z tym skończyć”).

Obecne są jednak odmienności obrazu klinicznego związane z wiekiem chorych i współwystępowaniem z cho-

robami somatycznymi i OUN. Wiele osób starszych nie zgadza się z rozpoznaniem depresji, obawiając się stygmatyzacji związanej z rozpoznaniem choroby psychicznej; dla wytłumaczenia swojego stanu psychicznego poszukują wyjaśnień racjonalnych – zmęczenie życiem, obecność chorób somatycznych, zły stan finansowy, samotność. Poprawie rozpoznawania depresji nie służy też język, jakim posługują się ludzie starzy – albo nie pamiętają, od kiedy występują objawy albo uważają, że ich zły stan psychiczny i dolegliwości trwają od „zawsze”. Początek depresji może być wyraźny lub podstępny. Łatwiej jest rozpoznać depresję, której objawy występują po wyraźnym czynniku stresowym (utrata ukochanego psa, wyjazd dzieci za granicę, podwyższenie opłat za czynsz lub groźba eksmisji) niż powoli narastające objawy, wśród których dominują skargi na uczucie zmęczenia, utratę zainteresowań, myśli o końcu życia.

OBJAWY DEPRESJI ZWYKLE NIE SĄ ZAUWAŻANE PRZEZ CZŁONKÓW RODZINY PRZEZ DŁUGI CZAS.

Jest to związane z odbiorem społecznym i definicją starości. Człowiek stary „ma prawo” do licznych skarg somatycznych (bo występują choroby), porusza się powoli, często niedostępszy, występują zaburzenia snu, moczy się (m.in. z powodów fizjologicznych, np. przerost prostaty). Jego pamięć i rozumienie aktualnych wydarzeń są osłabione, a wypowiedzi często zbacząją w kierunku wydarzeń odległych w czasie. Toteż skargi na obniżenie nastroju, utratę energii, zdolności do przeżywania radości czy dolegliwości bólowych są traktowane jako fizjologia starości. Istotne jest jednak zwrócenie uwagi na fakt, iż wyraźne zmniejszenie aktywności, utrata wcześniejszych zainteresowań, niechęć do rozmów z osobami bliskimi, brak radości

i odczuwania przyjemności często są przejawami depresji. Ludzi starszych należy wtedy pytać o typowe przyjemności związane z ich życiem – reakcję na wizyty rodziny, wnuków lub podtrzymywanie dotychczasowych zainteresowań – czytanie książek, oglądanie filmów, słuchanie muzyki. Chociaż poczucie winy występuje w wieku podeszłym często, starsi ludzie nie okazują smutku. Sądzą, że takie samopoczucie jest konsekwencją ich starości, podobnie jak ciągłe poczucie zmęczenia, którego częstość ocenia się na ok. 11,3%. Poczucie zmęczenia spowodowane jest w dużym odsetku przypadków chorobami somatycznymi i zmianami zwyrodnieniowymi, jednak główną jego przyczyną jest depresja (u 7,2% osób).

Depresja a hipochondria

Nieprawidłowe interpretowanie sytuacji życiowych często jest także spowodowane obniżonym nastrojem. Martwienie się o swoich krewnych może osiągnąć nasilenie urojeń u chorych z głęboką depresją, częste są także objawy hipochondryczne i omamy – mają one jednak charakter wtórny do obniżonego nastroju. Mimo że przypominają objawy zespołu urojeniowego, zwykle towarzyszy im głęboko obniżony nastrój i depresyjne oceny, które uzasadniają rozpoznanie depresji. Cechą utrudniającą rozpoznanie, a jednocześnie częstą skargą są objawy hipochondryczne. Najbardziej prawdopodobnym mechanizmem ich powstawania jest podstawowy lęk osoby starszej o utratę najważniejszych rzeczy w życiu, do których należy posiadanie domu i zdrowia. Chorzy skarżą się na liczne dolegliwości somatyczne, które nie są stwierdzane w badaniach medycznych, wyolbrzymiają je jako uniemożliwiające funkcjonowanie. W rzeczywistości są to skargi na objawy przeżywane subiektywnie lub obecne, lecz o niewielkim nasileniu, które przed wystąpieniem de-

presji, mimo ograniczania funkcjonowania, nie były aż tak znaczące („boli mnie nogi tak, że nie mogę chodzić”, „nie mogę wychodzić z domu, bo popuszczam mocz”, „bez balkonika lub laski nie mogę się poruszać”). Znaczące nasilenie tych objawów prowadzi do występowania urojeń hipochondrycznych zagrażających życiu („mam zczopowany przewód pokarmowy, więc nie mogę nic jeść”, „nie mam żadnych myśli, bo krew nie dochodzi do głowy”, „właściwie już nie żyję, bo wszystko we mnie jest zniszczone”).

Depresja a lęk

Częstym objawem w wieku podeszłym jest lęk, który występuje u ok. 15% osób, ale często także współwystępuje z depresją. Obecność nasilonego lęku w depresji tworzy mieszany obraz zespołu depresyjno-lękowego, ze zmienną tendencją do dominacji obu objawów. Uwzględnienie lęku w depresji wieku podeszłego zwiększa trafność diagnozy zespołu depresyjnego o nasileniu lekkim i umiarkowanym z 61% do 89%. Obecność lęku charakteryzuje się licznymi objawami, często o charakterze napadowym lub falującym: zaburzenia zasypiania i/lub bezsenność w nocy z nasilonymi myślami samobójczymi, odmowa przyjmowania lub napadowe spożywanie w nadmiarze pokarmów, dolegliwości somatyczne ze strony układu oddechowego (brak tchu, niemożność oddychania) lub sercowo-naczyniowego (kołatanie serca, uczucie braku pracy serca, ucisk w klatce piersiowej, bóle przeszywające), pokarmowego (biegunki, wzdęcia, bóle brzucha).

ZNACZĄCE NASILENIE LĘKU ZAGRAŻA ŻYCIU, PONIEWAŻ UTRUDNIA CHORYM WYSTARCZAJĄCE PRZYJMOWANIE POSIŁKÓW I PŁYNÓW.

Samobójstwo

Nasilenie lęku jest jednym z czynników ryzyka samobójstwa. Częstość występowania myśli samobójczych wśród chorych w wieku podeszłym ocenia się na 0,7-1,2% i wzrasta do 5% u chorych z rozpoznaniem depresji. Wykazano związek pomiędzy częstością występowania myśli samobójczych a złym stanem zdrowia somatycznego, kłopotami rodzinnymi i utratą pracy. Ryzyko samobójstwa zwiększa się także po 85. rż. Chorzy w wieku podeszłym rzadko zapowiadają próby samobójcze, natomiast istotnie częściej dokonują samobójstw. Myśli o śmierci są w wieku podeszłym bardzo częste i są wynikiem refleksji nad przeżytym życiem i bilansem dokonań i porażek.

JEDNAK JEDYNĄ METODĄ,
ABY USTALIĆ STOPIEŃ
ZAGROŻENIA SAMOBÓJSTWEM
U STARSZEGO CZŁOWIEKA,
JEST BEZPOŚREDNIE ZADANIE
MU PYTANIA O MYŚLI
SAMOBÓJCZE.

Wśród ważnych czynników ryzyka samobójstwa znajdują się: samotność (brak rodziny), izolacja społeczna (brak kontaktów ze znajomymi i przyjaciółmi), obec-

ność przewlekłych chorób somatycznych (z nasilonymi dolegliwościami bólowymi i niekorzystną prognozą), wymuszona zmiana miejsca pobytu (eksmisja, przeniesienie do DPS-u). U mężczyzn nadużywanie alkoholu w wieku podeszłym jest dodatkowym czynnikiem ryzyka.

Należy pamiętać, że „samobójstwo nie jest jedynie przypadkiem samounicestwienia się, lecz trwającym niekiedy całymi latami ciągiem wzajemnie się ze sobą powiązanych myśli i czynów...” (Bruno Hołyst). W depresji obecnej u osoby w wieku podeszłym ocena ryzyka samobójstwa jest więc bardzo trudna. Czynnikiem, który zmniejszają to ryzyko, jest uważne słuchanie wypowiedzi osób starszych. Wypowiadanie pozornie zwyczajnych treści może mieć inne znaczenie dla osoby starszej niż osoby w wieku młodszym: „chcę umrzeć” zwiększa ryzyko samobójstwa dziesięciokrotnie, „nic mi nie pomoże i nic mnie już nie czeka” – siedmiokrotnie, a wypowiedzi po przebytej próbie samobójczej: „jestem smutny, bo nie potrafię nawet umrzeć” – nawet dziesięciokrotnie (Aaron Beck, 2006). Krótkotrwałe poprawy stanu psychicznego nie zmniejszają ryzyka samobójstwa. W wieku podeszłym częstsze są także próby samobójcze ukryte pod postacią odmowy przyjmowania posiłków i płynów (samobójstwo bierne) oraz samobójstwa dokonywane przez celowe przyjęcie nadmiernej liczby leków przepisywanych przez lekarzy na istniejące choroby.

Depresja a procesy poznawcze

W obrazie klinicznym depresji występują także zaburzenia funkcji poznawczych. Są one częścią zmian fizjologicznych występujących w wieku podeszłym, ale także istotnym objawem pogarszającym rozpoznanie i leczenie. U dużego odsetka osób skargi te nie są częścią obrazu klinicznego depresji, lecz rozpoczy-

nającego się otępienia, jednak utrudnia to ustalenie właściwego rozpoznania. Szybkie narastanie objawów, utrata zainteresowań, trudności w skupianiu uwagi, izolowanie się od dotychczasowych kontaktów rodzinnych i towarzyskich z brakiem radości, płacziwością, negatywną oceną całego życia, skargami na niewydolność intelektualną („nawet książki, które czytałam przez całe życie nie sprawiają mi przyjemności, bo nie mogę się skupić i zapominam”) przemawia za obecnością depresji, a nie otępienia. Właściwe rozpoznanie może ułatwić obecność wahań dobowych objawów (wieczorami czuję się lepiej i mogę coś zrobić”), nasilenia objawów i ustępowanie ich w miarę poprawy stanu psychicznego.

Depresja a zaburzenia snu

W depresjach występujących w wieku średnim typowe jest występowanie zaburzeń zasypiania (gdy w depresji występuje nasilony lęk), budzenie się w nocy i przedwcześnie (niezgodne z normalnym rytmem funkcjonowania) budzenie się rano. W wieku podeszłym sen podlega fizjologicznym zmianom: skróceniu i fragmentacji. Co więcej, zwiotczenie mięśni zwieraczy lub przerost prostaty zmusza chorych do częstego wstawania w nocy w celu oddania moczu, dodatkowo utrudniając zasypianie. Starsze osoby częściej niż młode skarżą się także na bezsenność. Zaburzeniom snu towarzyszy brak uczucia wypoczęcia po przebudzeniu, trudności w rozpoczynaniu dziennych aktywności i niechętnie włączanie się w rytm życia.

W DEPRESJI ZARÓWNO
W CZASIE PRZERW SNU W NOCY,
JAK I PO OBUDZENIU SIĘ
NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJE LĘK

Z TOWARZYSZĄCYM „PRZERAŻENIEM” PRZED KOLEJNYM DNIEM.

W nocy lękowi towarzyszy natłok myśli depresyjnych, bilansowanie całego życia oraz uczucie zbliżającego się końca; rano świadomość kolejnego dnia w izolacji, trudności w poruszaniu się, konieczność wykonywania czynności niedających przyjemności, nieprzydatność w pełnieniu ról rodzinnych, co sumuje się w postaci myśli o śmierci, myśli samobójczych lub planowaniu samobójstwa. Pogorszenie dbałości o siebie, odżywiania, bezplanowa aktywność wyzwala lub nasila objawy depresji.

Wpływ depresji na zdrowie i funkcjonowanie

Mimo licznych mechanizmów i różnorodnego obrazu klinicznego depresji występującej w wieku podeszłym, istnieje wiele sposobów zapobiegawczych i terapeutycznych. Podstawowa, oczywiście, jest wiedza dotycząca częstości występowania depresji w wieku podeszłym. Wiedza taka uwrażliwia członków rodziny i społeczeństwo na możliwość wystąpienia depresji, ale także sugeruje zwracanie uwagi na sposób myślenia, mówienia i funkcjonowania osób starszych. Obecność depresji w znaczący sposób wpływa negatywnie na liczne obszary funkcjonowania starszej osoby:

1. pogarsza obecną wcześniej z powodu upośledzenia fizycznego aktywność społeczną, tworząc mechanizm błędnego koła: „nie mam nic do powiedzenia, więc nie będę dzwoniła do przyjaciół”, „skoro ty do mnie nie dzwonisz, ja spotkam się z innymi przyjaciółkami”;

2. pogarsza kontakty rodzinne wskutek niezrozumienia przez członków rodziny objawów choroby. Rady: „weź się w garść, przeciw wszystkim od nas otrzymujesz”, „zamiast siedzieć przez cały dzień w domu, mogłabyś zająć się wnuczką” są przez chorych negowane. Jednocześnie u dzieci narasta zniecierpliwienie spowodowane obciążeniem opieką i „nieprzydatnością” starszej osoby do realizacji ich planów życiowych. Skarżąca się starsza osoba nie może liczyć na zrozumienie zdrowych, młodych osób, które bagatelizują jej skargi. Zwiększa to jej frustrację i nasila izolację. W czasie następnych kontaktów rodzina spotyka drażliwą, niezadowoloną i negatywnie nastawioną osobę, która uważa, że „nie jestem nikomu potrzebna i pozbawię się życia”;

3. obecność depresji to czynnik przedwczesnej śmiertelności. Chorzy nie odżywiają się prawidłowo, bardzo często nie są odpowiednio nawodnieni. Przyjmowanie zaleconych leków na choroby somatyczne jest nieregularne i przypadkowe. Może dochodzić do nieumyślnych zatruc, co w konsekwencji pogarsza stan somatyczny. Niemożność uczestniczenia w codziennej aktywności pogarsza stan fizyczny, powodując występowanie nowych dolegliwości: zawrotów głowy, osłabienia siły mięśniowej, zwiększania się zaburzeń snu. W efekcie chorzy przyjmują w sposób niekontrolowany zbyt duże dawki leków nasennych, uspokajających i nieprzydatnych, wzorując się na reklamach w mass mediach. W depresjach współwystępujących z chorobami wymagającymi rehabilitacji, leczenie jest zaniedbywane;

4. połączenie zaniedbań dietetycznych, nieregularnego przyjmowania leków i braku prawidłowej aktywności nasila negatywny wpływ chorób soma-

tycznych (np. nadciśnienia tętniczego, cukrzycy) i prowadzi do występowania urazów (upadki) i zaburzeń świadomości.

Postępowanie

Mimo przewlekłości depresji, z punktu widzenia psychospołecznego, przede wszystkim należy zadbać o zmniejszenie samotności chorego. Oznacza to wyruwanie go z izolacji poprzez stałą opiekę, częste wizyty członków rodziny, a nawet, mimo jej oporu, namówienie do uczestnictwa w życiu rodzinnym. U osób, które rodziny nie mają, rolę taką mogą pełnić przyjaciele i znajomi. Współwystępowanie inwalidztwa fizycznego powinno być zgłoszone do Ośrodka Pomocy Społecznej, skąd można zapewnić sobie regularne wizyty opiekunki, która zmniejszać będzie dotkliwą samotność nawet przez krótki czas, ale jednocześnie pełnić rolę obserwatora stanu psychicznego i somatycznego.

W DEPRESJACH O NASILENIU NIEWIELKIM OD LEKÓW BARDZIEJ EFEKTYWNA JEST PO PROSTU ZWYKŁA LUDZKA ŻYCZLIWOŚĆ I OPIEKA.

Chorzy, u których depresja wystąpiła z powodu konkretnego czynnika wyzwalającego (np. żałoba, utrata kontaktu z dziećmi), powinni mieć kontakt z terapeutą, dzięki czemu będą mieli możliwość wsparcia w postaci psychoterapii. Jak wynika z doświadczeń klinicznych psychoterapia poznawcza lub interpersonalna, poza swoją wartością merytoryczną, jest czynnikiem aktywizującym chorych (konieczność spotkań, spojrzenia szerzej na swoje problemy, możliwość ujawnienia swoich negatywnych przekonań).

Dużą pomocą, akceptowaną przez osoby starsze, w przypadku depresji o nasileniu lekkim i umiarkowa-

nym, są szpitalne oddziały dzienne. Obecność w takim oddziale reguluje rytm funkcjonowania osoby chorej, dając jej jednocześnie silne wsparcie i zrozumienie dla jej problemów psychicznych i somatycznych. W oddziałach takich zwykle prowadzona jest psychoterapia i leczenie farmakologiczne. Istotny jest fakt, że chorzy odnajdują się w grupie osób w podobnym wieku z podobnymi problemami nie tylko zdrowotnymi, ale i życiowymi.

Obecność depresji o nasileniu umiarkowanym z lękiem, zaburzeniami snu, myślami samobójczymi lub depresji o nasileniu znacznym wymaga leczenia farmakologicznego w oddziale szpitalnym. Wybór oddziału dziennego lub oddziału pełnodobowego zależy od nasilenia objawów (m.in. ryzyka popełnienia samobójstwa), ale także rodzaju opieki domowej.

Farmakoterapia i inne metody oddziaływań są leczeniem z wyboru. Aktywne leczenie depresji powinno trwać przez co najmniej 6-8 tygodni, leczenie podtrzymujące – od 6-9 miesięcy do 2 lat. Poza leczeniem farmakologicznym stosowane są także inne metody biologiczne w zależności od nasilenia i obrazu depresji: fototerapia, leczenie snem przerywanym, leczenie elektrowstrząsowe i przezczaszkowa stymulacja magnetyczna.

Wśród zasad stosowania farmakoterapii istotne jest zwrócenie uwagi na:

1. zmniejszenie ilości lub dawek leków wcześniej przyjmowanych, które mogą mieć działanie depresyjne;
2. dobór takich leków, które nie będą wchodziły w interakcje z wcześniej przyjmowanymi lekami.

Ponieważ organizm osoby w wieku podeszłym jest kruchy, leczenie rozpoczyna się od najniższych dawek leków, a ich podwyższanie odbywa się bardzo wolno.

W czasie leczenia konieczna jest okresowa kontrola podstawowych parametrów zdrowotnych (np. ciśnienie tętnicze krwi, wykonanie EKG, ocena stężenia glukozy). Pomoc opiekuna często zapewnia właściwe dawkowanie i regularne przyjmowanie zalecanych leków.

Rokowanie

DEPRESJA W WIEKU PODESZŁYM,
MIMO DŁUŻSZEGO CZASU
TRWANIA I WIĘKSZEJ
OPORNOŚCI NA LECZENIE,
JEST STANEM ULECZALNYM.

Niezależnie od przyczyn wystąpienia, ponad 30% chorych uzyskuje powrót do zdrowia. Kolejne ponad 30% chorych uzyskuje znaczną poprawę umożliwiającą im powrót do dobrego funkcjonowania w obrębie rodziny lub środowiska. Należy jeszcze raz podkreślić, że efektywne działanie leczenia jest silnie związane z sytuacjami życiowymi człowieka starszego. Im większe zrozumienie ze strony osób bliskich i większa pomoc, tym efektywniej działają leki. Depresja u osoby starszej nie jest konieczną częścią jej życia; jest wynikiem wpływu licznych czynników niekorzystnych kumulujących się przez całe życie, ale wyzwolonych przez ich nasilenie w ostatnim okresie. Dbłość o chorego i zrozumienie jego cierpienia przyspieszają powrót do zdrowia.

