

Martin E. Keck

Depresja

Jak powstaje? Jak jest leczona?
Jaki ma związek ze stresem?



Autor:

Docent dr n. med. dr rer. nat. Martin E. Keck jest lekarzem specjalistą psychiatrą, psychoterapeutą i neurologiem oraz naukowcem neurologiem, który po zdobyciu wykształcenia międzynarodowego w Monachium, Bazylei, Londynie i Zurychu pracował od 1996 do 2005 w Instytucie Psychiatrii Maxa Planka w Monachium. Ostatnią specjalnością, którą się tam zajmował, była „Depresja i strach”. Za jego pracę naukową otrzymał między innymi Bawarską Nagrodę Naukową do habilitacji (Bayerischer Habilitationsförderpreis) przyznaną przez Bawarskie Krajowe Ministerstwo Nauki, Badań Naukowych i Sztuki. Jest członkiem wydziału medycznego Uniwersytetu im. Ludwika Maksymiliana w Monachium oraz licznych towarzystw specjalistycznych i członkiem założycielem związku badawczego „Sieć kompetencji depresji”. Oprócz tego, Martin Keck jest członkiem zarządu Szwajcarskiego Towarzystwa ds. Strachu i Depresji (SGAD), doradcą naukowym w zarządzie Szwajcarskiego Towarzystwa Bezpieczeństwa Leków w Psychiatrii (SGAMSP), członkiem Komisji Etycznej ds. Psychiatrii, Neurologii i Neurochirurgii Kantonu Zurych oraz liderem grupy roboczej przy Centrum Neuronauki w Zurychu. Od 2006 roku jest wicedyrektorem i ordynatorem Szwajcarskiej Kliniki Prywatnej Privatlinik Clenia Schölssli in Oetwil am See/Zurych.

Docent dr n. med. dr rer. nat. Martin E. Keck, MBA, wicedyrektor, ordynator Oddziału Psychiatrii i Psychoterapii, lekarz specjalista neurochirurg, Clenia Privatlinik Schölssli, 8618 Oetwil am See/Zurych, www.clenia.ch, Tel. 044 929 81 11

Wstęp



Choroby depresyjne należą do najważniejszych na całym świecie i najbardziej znaczących obrazów choroby. W różnych formach dotyczą do 20% ludności. Myślenie, uczucia, organizm, kontakty społeczne -wływają na całe życie. Mimo ich ogromnego znaczenia, depresja jest często nierozpoznawana lub też niewystarczająco leczona. Powoduje to duże cierpienie i utratę jakości życia osób dotkniętych tym schorzeniem i ich bliskich. Dodatkowo, w minionych latach stało się jasne, że depresja jest chorobą wywołaną chronicznym stresem, stąd też określenie „depresja wywołana stresem”. Stanowi czynnik ryzyka dla innych ważnych chorób społecznych, takich jak zawał serca, udar mózgu, osteoporoza i cukrzyca. Nieleczona depresja może skrócić przewidywaną długość życia.

Depresja jest ciężką, ale uleczalną chorobą. Nie jest zwykłym smutkiem, błędem, brakiem woli! Z postępu minionych lat powstał nowy i daleko idący obraz możliwości leczenia depresji.

Ważne jest długotrwałe i specjalistyczne, psychoterapeutyczne i farmakologiczne leczenie depresji, prowadzące do całkowitego wyleczenia. Ponieważ u 80% pacjentów z końcowymi objawami dochodzi do nawrotu choroby. W przypadku terapii zachowawczej, aby zapobiec nawrotom choroby, pacjenci kontrolowani są przez minimum sześć miesięcy po ustąpieniu symptomów choroby. Im częściej pojawiały się fazy depresyjne i im cięższej przebiegały, tym bardziej konieczna jest długotrwała terapia. Oznacza to, że pacjenci są poddawani terapii zachowawczej przez cały czas jej trwania.

Niniejszy poradnik opiera się na aktualnym stanie badań i powinien pomóc w lepszym zrozumieniu choroby zwanej „depresją”. Jest skierowany w równym stopniu do osób dotkniętych, ich bliskich i przyjaciół oraz do wszystkich zainteresowanych. Poradnik nie może w żadnym wypadku zastąpić indywidualnych konsultacji lekarskich i diagnostyki - ma jedynie stanowić zachętę do głębszych rozmów.

Z najlepszymi życzeniami

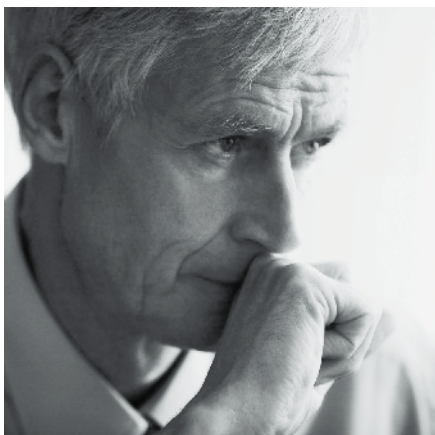
Docent dr n. med. dr rer. nat. Martin E. Keck

Najważniejsze informacje w skrócie



1. Depresja to ciężka, a w niektórych przypadkach nawet zagrażająca życiu choroba, wymagająca fachowego leczenia.
2. Główną oznaką depresji jest smutny nastrój lub uczucie wewnętrznej pustki, wyczerpanie (wypalenie), przeciążenie, napady lęku, wewnętrzny niepokój, zaburzenie myślenia i snu.
3. Osoby z depresją nie potrafią już cieszyć się życiem i mają bardzo duże trudności z samodzielnym podejmowaniem prostych decyzji.
4. Depresji towarzyszą często uporczywe dolegliwości cielesne, jak na przykład bóle żołądkowo-jelitowe, bóle głowy, podbrzusza lub pleców. U wielu chorujących, objawy te wysuwają się na pierwszy plan.
5. Nieuzasadnione poczucie winy może być istotnym objawem depresji.
6. Tak jak wszyscy ciężko chorujący ludzie, osoby z depresją potrzebują zrozumienia i wsparcia ich otoczenia.
7. Depresję cechują nerwowe zaburzenia metabolizmu w mózgu. Stężenie substancji hormonalnych (serotonina, noradrenalina, dopamina) nie jest zrównoważone. Przyczyną jest najczęściej długotrwała nadaktywność hormonów stresu. Nieleczenie tej nadaktywności może również prowadzić do chorób następnych, takich jak nadciśnienie krwi, zawał serca, udar mózgu, cukrzyca i osteoporoza. Dlatego też ważna jest dokładna i długotrwała terapia.
8. Depresje są uleczalne. Podczas leczenia można wykorzystać różne wypróbowane formy psychoterapii, nowoczesne leki poprawiające nastrój (antydepresanty), metody zwalczania stresu, techniki rozluźniające i -uzupełniająco - metody medycyny komplementarnej (na przykład ziołolecznictwo).
9. Nowoczesne antydepresanty nie powodują prawie żadnych skutków ubocznych. Często występują tylko na początku terapii. Nie uzależniają. Nie zmieniają osobowości. Nie są również środkami pobudzającymi lub uspokajającymi.
10. Antydepresanty nie działają od razu. Najczęściej upływają dni lub tygodnie do uzyskania poprawy.
11. Jeśli leczenie farmakologiczne jest konieczne, to bardzo regularne zażywanie leków, ściśle według zalecenia lekarza, jest warunkiem koniecznym. Ewentualne działania uboczne, niedyspozycja, lęki lub wątpliwości powinny być zawsze otwarcie omawiane z lekarzem prowadzącym.
12. Stale nawracające depresje mogą być profilaktycznie leczone.
13. Dużym niebezpieczeństwem jest samobójstwo. Ryzyko samobójstwa może być w porę rozpoznane. Jest to nagły przypadek. Osoby obciążone ryzykiem samobójstwa powinny być możliwie najszybciej poddane leczeniu klinicznemu.

Co rozumiemy pod pojęciem depresji?



Depresja: częsta i ważna choroba

Ponieważ schorzenia depresyjne występują często, bardzo ważna jest wiedza z zakresu leczenia i pomocy, nie tylko w przypadku lekarzy każdej specjalności, ale również ogółu ludności. Depresją dotkniętych jest około 15% ludności, przy czym kobiety chorują dwukrotnie częściej niż mężczyźni (mężczyźni: 10%, kobiety: 20%). Oznacza to, że każdy może znaleźć osoby dotknięte depresją w kręgu swoich krewnych, znajomych lub przyjaciół. Niestety choroba ta jest cały czas zbyt często zatajana lub nierozpoznawana. Powód niedoceniaenia depresji tkwi w tym, że w języku potocznym często mówi się o „depresjach”, gdy występuje tylko nastrój niewielkiego przygnębienia.

Choroba ta może wystąpić w każdym wieku – od dzieciństwa do późnej starości. W około 15-20% przypadków zachorowań może rozwinąć się choroba przewlekła, przede wszystkim w przypadku nieleczenia lub niewystarczającego leczenia. W 50-75% przypadków następuje drugi

epizod. Z wzrastającą liczbą epizodów wzrasta ryzyko wystąpienia kolejnego epizodu choroby. Tym ważniejsza jest dokładna terapia każdej pojedynczej choroby.

Objawy depresji

Depresja może wykazywać różnorodne objawy i przebiegać w różnym stopniu uciążliwości. Typowe dolegliwości wskazują na znaczne, indywidualne zmiany. Według kryteriów Światowej Organizacji Zdrowia (ICD-10), epizod depresyjny cechuje smutny nastrój utrzymujący się przez okres przynajmniej dwóch tygodni. Towarzyszy temu utrata zdolności przeżywania radości, utrata bodźców i zainteresowania oraz zdolności koncentracji i ogólnej sprawności. Ponadto, występują charakterystyczne objawy cielesne, jak na przykład zaburzenia snu, utrata apetytu i strata na wadze oraz również zawężenie myślenia podczas sytuacji odbieranych jako beznadziejne. Może to prowadzić do wystąpienia myśli samobójczych i konkretnych chęci popełnienia samobójstwa. Myślenie takie jest spowolnione i dotyczy najczęściej jednego tematu - z reguły tego, jak źle się powodzi, jak bezcelowa jest obecna sytuacja i jak beznadziejna wydaje się przyszłość.

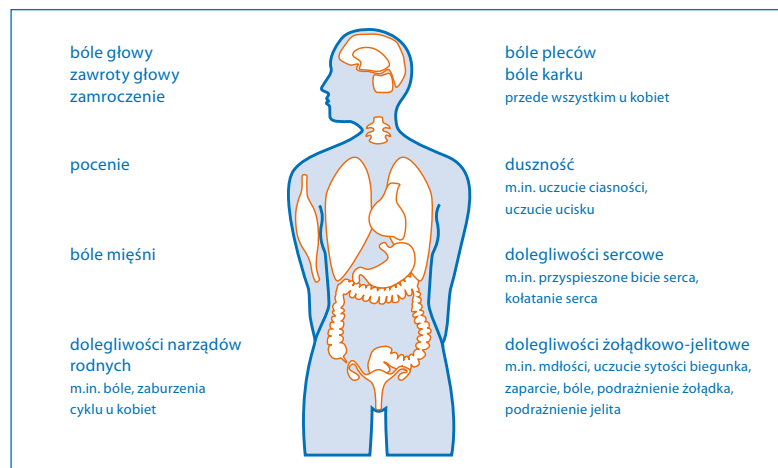
Zaburzenia snu

Zaburzenia snu mogą prowadzić do trudności w zasypianiu, do zaburzeń podczas snu z powtarzającym się budzeniem lub zbyt wczesnym przebudzeniem. Sen odczuwany jest jako niewystarczający, nieregenerujący i bardzo płytki. Jeśli brakuje głębokiego snu i marzeń sennych lub pojedyncze stadia snu nie będą przebiegać prawidłowo, to również długi sen w perspektywie nie będzie zapewniał odczuwalnego odpoczynku. Dotyczy to depresji. W nowoczesnych klinikach można zbadać sen. Antydepresanty odtwarzają normalną i zdrową architekturę snu.



Rodzaje depresji

Na podstawie szczególnie widocznych objawów można wyróżnić różne rodzaje depresji. Wśród nich najważniejsza jest tak zwana „ukryta depresja” (zwana „depresją zamaskowaną”). Objawy cielesne, zaburzenia wegetatywne i dolegliwości narządów są tutaj na pierwszym planie. W przypadku kolejnej odmiany, „depresji endogennej” (melancholii), charakterystyczne jest przedwczesne budzenie poranne, utrata wagi, smutek, pogorszenie stanu libido i zainteresowania światem. U niektórych osób depresja może objawiać się zupełnie inaczej. Zamiast przygnębieniem lub smutkiem chorzy reagują rozdrażnieniem, agresywnością, złością lub zwiększonym spożyciem alkoholu. W niektórych przypadkach przesadnie uprawiany jest sport. Chorzy czują się zestresowani i wypaleni. Taki rodzaj objawów dotyczy częściej mężczyzn.



Możliwe cielesne objawy depresji. Dolegliwości cielesne mogą wysuwać się na pierwszy plan, a ukrywające się za nimi dolegliwości psychiczne są słabo rozpoznawalne. Dotyczy to depresji zamaskowanej (zwanej „ukrytą”).

Syndrom wypalenia („burn-out”)

Tak zwany „syndrom wypalenia” określa depresję z wyczerpania, powstającą na skutek (zawodowego) trwałego obciążenia. Syndrom wypalenia charakteryzuje utrata energii, zredukowana sprawność, obojętność, cynizm i niechęć, poprzedzone często wieloletnim, bardzo wysokim zaangażowaniem i ponadprzeciętną wydolnością. Często w przypadku wieloletniego nagromadzenia stresu wystarczy tylko względnie niski bodziec wyzwalający (na przykład zmiana stanowiska), aby doprowadzić do wybuchu choroby. Często pojawiają się niejasne dolegliwości organizmu, jak zwiększone pocenie, zawroty głowy, bóle głowy, problemy żołądkowo-jelitowe i bóle mięśni. Bardzo często występują też problemy ze snem. Syndrom wypalenia może rozwinąć się do ciężkiej depresji.

Depresja wieku podeszłego

Zachorowania powyżej 65 roku życia związane są z „depresją wieku podeszłego”. Choroby depresyjne nie występują zasadniczo częściej w podeszłym wieku. W przypadku pacjentów w podeszłym wieku, depresja jest jednak często niezauważona i w ten sposób przez wiele lat nieleczona. Starsi pacjenci częściej zatajają symptomy depresyjne i uskarżają się bardziej na inne schorzenia organizmu. U osób starszych, częściej niż u młodszych pacjentów, na pierwszym planie są różne objawy cielesne. Przykładowo, niejasne bóle mogą być u osób starszych często objawem depresji. Depresja wieku podeszłego może powstać na skutek niedożywienia i błędnego odżywiania oraz niewystarczającego wchłaniania płynów.

Depresja poporodowa

Depresyjne epizody po porodzie występują u około 10-15% kobiet i rozpoczynają się najczęściej w pierwszym lub drugim tygodniu. Często przebiegają skrycie, i trwają od tygodni do miesięcy. Obrazu choroby nie można odróżnić od typowego epizodu depresyjnego w innym okresie życia. Od „depresji poporodowej” należy oddzielić dużo częściej występujące tak zwane „poporodowe przygnębienie” (zwane również „baby blues”). Rozpoczyna się ono w pierwszym tygodniu po porodzie, z reguły jednak nie przed trzecim dniem i trwa tylko kilka godzin lub dni. Występuje u około 50% kobiet w połogu i nie ma charakteru choroby.

Depresja sezonowa

Ciemne i mgliste dni mogą pogorszyć nastrój. Może to prowadzić w pojedynczych przypadkach tak zwanej „depresji sezonowej” lub „depresji zimowej” do ciężkich, a nawet zagrażających życiu schorzeń. Przyczyną jest sezonowa mniejsza ilość światła przenikająca do oczu. Prowadzi to u osób dotkniętych tym schorzeniem do zaburzeń metabolizmu w mózgu i tym samym do powstania depresji.



Zagrozenie dla życia (samobójstwo)

U każdej osoby z depresją ważną jest wiedza dotycząca wielkości ryzyka samobójczego. Rozpoznajemy to najlepiej bezpośrednio pytając chorego, z jaką intensywnością i jak często myśli o samobójstwie. Często istnieje pogląd, że nie można w żadnym wypadku rozmawiać na ten temat z chorymi na depresję, ponieważ dopiero w ten sposób można naprowadzić ich na ten pomysł. Jest to błąd. Każda osoba chora na depresję w momentach rozpaczmyśli przynajmniej raz o takim rozwiązaniu, a możliwość rozmowy na ten temat odbiera z reguły jako ułatwienie. Skłonności samobójcze to nagły przypadek! Osoby obciążone ryzykiem samobójstwa powinny być możliwie najszybciej poddane leczeniu klinicznemu.

Depresja: Choroba zagrażająca życiu

Depresja jest ciężką chorobą, w niektórych przypadkach zagrażającą nawet życiu. Nieleczona może zakończyć się śmiertelnie. U osób do 40 roku życia samobójstwo wywołane depresją jest drugą najczęstszą przyczyną śmierci, tuż za śmiercią na skutek wypadku. Prawie wszyscy pacjenci z ciężką depresją mają przynajmniej myśli samobójcze. Jeśli depresja zostaje rozpoznana i leczona, to zanika również, często wzmożone, życzenie śmierci.

« Ten kto dziś zabija się w napadzie melancholii,
życzyłby sobie życia,
gdyby wtedy mógł tylko odczekać jeden tydzień. »

Voltaire, pisarz i filozof, 1694 – 1778

Jak powstaje depresja?



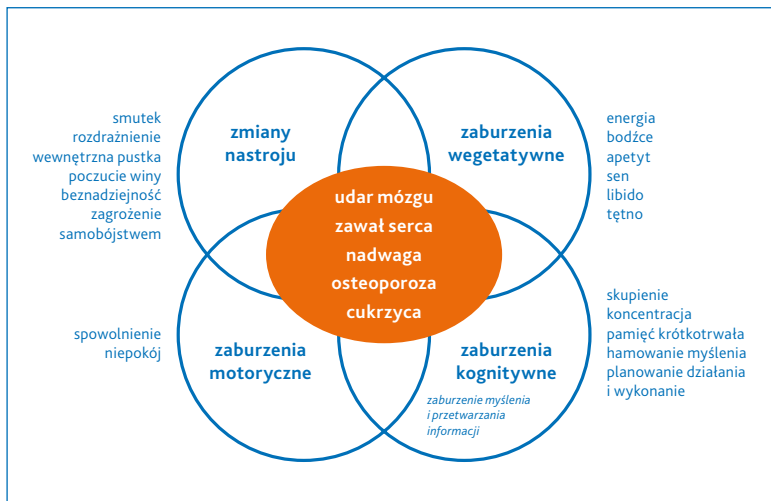
Depresja dotyczy całego organizmu

Depresja stanowi czynnik ryzyka dla powstania chorób naczyniowych, jak na przykład choroby serca i udar mózgu. Ma tym samym przypuszczalnie to samo znaczenie jak klasyczne czynniki ryzyka: palenie tytoniu, nadwaga i brak ruchu, którym obecnie poświęca się dużo więcej uwagi zarówno w świadomości publicznej jak i w ramach strategii profilaktycznych polityki zdrowotnej. Choroba depresyjna sprzyja równocześnie występowaniu osteoporozy i cukrzycy starczej. Dlatego depresja jest dziś traktowana jako choroba „układowa”, ponieważ obok mózgu może ucierpieć wiele innych narządów. Wszystko to pokazuje, jak duże znaczenie ma wczesna, dokładna i długotrwała terapia.

Jak powstaje „depresja wywołana stresem”?

Depresja ma rzadko tylko jedną przyczynę. Najczęściej do choroby prowadzi współdziałanie różnych czynników, na podłożu wrodzonych skłonności. Nagłe obciążenia, jak strata lub śmierć ważnej i bliskiej osoby lub przewlekłe sytuacje przeciążające mogą być bodźcem wyzwalającym dla choroby depresyjnej. Również czynniki społeczne, powiązane z dopasowaniem do nowych okoliczności (na przykład ślub, bezrobocie, emerytura), występują w dużym stopniu przed początkiem depresji. Jednak tego typu czynniki wyzwalające nie dotyczą wszystkich pacjentów. Wiele przypadków depresji spada na chorych jak grom z jasnego nieba. Dlatego należy być bardzo ostrożnym w pojmowaniu depresji tylko jako wyobraźalnej i zrozumiałej reakcji na ciężkie okoliczności życiowe. Ciężki cios powoduje wprawdzie smutek, przygnębienie i zaburzenia nastroju, jednak niekoniecznie depresję. Jeśli jednak pojawi się choroba depresyjna, to należy ją konsekwentnie leczyć. Stres utrzymujący się przez wiele lat nie prowadzi przez długi czas do choroby. Najczęściej wystarczy wtedy względnie drobne zdarzenie, aby przelać czarę goryczy i wyzwolić chorobę.

Podczas depresji metabolizm w mózgu jest zaburzony: wydzielanie substancji hormonalnych, takich jak serotonina, noradrenalina i dopamina, jest nie zrównoważone. Przyczyną jest zaburzony system kontroli hormonów stresu: trwała nadaktywność systemu hormonów stresu zaburza metabolizm komórek nerwowych tak bardzo, że produkcja i rozkład substancji hormonalnych nie funkcjonują prawidłowo. Ich stężenie jest zbyt niskie lub przesyłanie nie przebiega prawidłowo. Jeśli z tego powodu zaburzona jest komunikacja pomiędzy komórkami nerwowymi, to odzwierciedlone jest to z czasem w uczuciach i myślach. Prowadzi to do utraty bodźców, do braku apetytu i bezzsenności, trudności z koncentracją i do innych objawów depresji. Leki antydepresyjne działają miejscowo i ponownie przywracają równowagę metabolizmu w mózgu, poprzez znormalizowanie regulacji hormonów stresu. Do tego samego prowadzi psychoterapia. Tym sposobem jest jasne, dlaczego w przypadku średnio ciężkich i ciężkich przypadków depresji, najlepsze wyniki osiągane są przy połączeniu psychoterapii i leków.



Objawy depresji

Jak leczona jest depresja?



Przy poprawnym leczeniu, depresja jest uleczalna.

Trzy etapy skutecznego leczenia depresji

Leczenie ostrej fazy choroby:

Zmniejsza dolegliwości i prowadzi do ich zaniknięcia.

Czas trwania: 4-8 tygodni.

Leczenie podtrzymujące:

Zapobiega nawrotom poprzez dalszą stabilizację bezobjawowej fazy choroby. Dopiero gdy brak objawów podczas terapii utrzymuje się przez sześć miesięcy, można mówić o całkowitym wyleczeniu. Czas trwania: przynajmniej sześć miesięcy.

Zapobieganie nawrotom:

Zapobiega nawrotom choroby po całkowitym wyleczeniu i rozwojowi nowego epizodu choroby. Czas trwania: rok do wielu lat.

Plan leczenia

Skuteczne leczenie pacjentów z depresją wymaga całościowego planu. Wybierane są lub indywidualnie łączone różne metody psychoterapii, takie jak kognitywna terapia zachowania, psychologia głębi i terapia rozmową, zgodnie z potrzebami każdego pacjenta. Oprócz leczenia farmakologicznego stosowane są terapie jednoosobowe i grupowe oraz, w zależności od symptomów, dodatkowe metody zorientowane na ciało lub metody terapii kreatywnej, metody rozluźniające i trening zwalczania stresu (na przykład biofeedback, progresywny trening relaksujący mięśnie wg Jacobsena, joga, qigong, tai chi), zestawione w różny sposób i indywidualnie dopasowane.

Psychoterapia

Leczenie depresji powinno zawsze obejmować psychoterapię. Ta prowadzi w idealny sposób do odmienionego obcowania ze stresem i do poprawy negatywnej indywidualnej oceny i opracowania osobistych stresujących wydarzeń życiowych. Wśród metod psychoterapeutycznych aktualnie najlepiej zbadana i potwierdzona jest terapia zachowania (VT) i psychoterapia interpersonalna (IPT). Dodatkowo obniżają one na dłuższy czas ryzyko nawrotu i stosowane są z bardzo dobrym wynikiem zarówno podczas leczenia ambulatoryjnego jak i w szpitalu. W przypadku tych nowoczesnych metod terapeutycznych kluczowym zagadnieniem leczenia jest przede wszystkim odnalezienie rozwiązań i mobilizacja pacjenta, a nie samodzielne poszukiwanie starych konfliktów i przyczyn oraz zajmowanie się niedoborami.

Nasze odczuwanie, myślenie i działanie wpływają na siebie wzajemnie i oddziałują na funkcje naszego organizmu. W ten sposób przygnębienie jest przykładowo dodatkowo wzmacniane poprzez negatywne myślenie. Wycofanie społeczne, które jest często naturalnym skutkiem złego stanu zdrowia, wzmacnia z kolei nieprzyjemne myśli i uczucia. To powoduje ponowny stres, który jeszcze bardziej zacieśnia zakłętą spiralę, w której regularnie zamykane są osoby z depresją. Leczenie psychoterapeutyczne daje możliwości przełamania tej spirali depresji. Często ważne jest, aby poprzez wsparcie terapeutyczne ponownie rozpocząć czynności, które mogą poprawić nastrój. W depresji nie można tego osiągnąć samemu. Równie ważne jest rozpoznanie, jak poszczególne sytuacje w depresji wyzwalały niemal automatycznie określone negatywne uczucia i myśli. Typowe depresyjne myślenie jest jednostronne i skrzywione w stronę „negatywna”. Depresja zmusza do tego, aby widzieć wszystko w ciemnych barwach. Psychoterapia sprawia, że świat powoli nabiera kolorów.



Terapia zachowani

Każdy człowiek nauczył się w ciągu swojego życia typowych dla niego wzorców zachowań, nastawień i reakcji emocjonalnych, poprzez osobiste doświadczenie i naśladownictwo. Odnośnie powstania depresji, istnieje szereg typowych wzorców myślenia i zachowania, które wspólnie z sytuacjami obciążającymi i przewlekłym stresem prowadzą do choroby. Podczas terapii zostają dokładnie omówione i sprawdzone problematyczne sposoby zachowania, wzorce myślenia i nastawienia. „Terapia zachowania” sięga zarówno do negatywnych wzorców myślenia jak i do płaszczyzny zachowania. Zmiana zachowania, na przykład rekonstrukcja przyjemnych czynności i działania społecznego, prowadzi powoli do pozytywnych emocji i nowych doświadczeń. Te z kolei prowadzą do zmienionych myśli i na odwrót. Celem terapii zachowania jest między innymi nabycie zdolności umożliwiających utworzenie sukcesywnego i zadowolającego kształtu stosunków społecznych i obcowania z własnymi uczuciami. Kolejnym celem może być opracowanie starych obciążających doświadczeń, aktualnych kryzysów i trudnych sytuacji życiowych.

Psychoterapia interpersonalna (IPT)

Psychoterapia interpersonalna jest specjalnie dostosowana do leczenia depresji. Wychodzi z założenia, że stosunki międzyludzkie (interpersonalne) mogą znacząco przyczynić się do powstania depresji. Istnieje przy tym założenie, że wcześniejsze doświadczenia międzyludzkie i psychiczne pacjenta ukazują się w aktualnym zachowaniu. W ten sposób obciążające wydarzenia życiowe (jak na przykład śmierć bliskiej osoby lub rozłąka z partnerem) oraz trudne okoliczności życiowe (jak na przykład mobbing w pracy, utrata pracy i emerytura lub permanentne kłótnie z krewnymi) mogą prowadzić do wystąpienia symptomów depresji. U innych pacjentów ważne może być opracowanie doznań związanych ze stratą (żałoba) lub rozwiązanie problemów okresów przejściowych pomiędzy poszczególnymi rolami społecznymi (na przykład gdy dzieci opuszczają dom lub podczas emerytury). Celem psychoterapii interpersonalnej jest złagodzenie objawów depresji oraz poprawa stosunków międzyludzkich w sferze prywatnej i/lub zawodowej.

Kolejne elementy psychoterapii

„Zarządzanie stresem” jest kolejnym ważnym elementem składowym psychoterapii. W pojedynczych przypadkach bardzo sensowne może być zastosowanie terapii psychoanalitycznej lub psychologii głębi. Duże znaczenie przypisuje się tutaj rozwojowi dziecięcemu. Psychoanaliza wychodzi z założenia, że przede wszystkim wpływ pierwszych lat życia pozostawia ślad w psychice. W czasie terapii pracuje się nad tym, aby pacjent mógł rozpoznać i opracować konflikty ukryte lub wypierane.

Podczas „systematycznej terapii (rodzinnej)” kwestia kluczowa tkwi w grupie (systemie), w której chory żyje. Systemem tym może być małżeństwo, rodzina, grono przyjaciół lub koledzy z pracy. Wychodzi się z założenia, że chory jest tylko „nośnikiem symptomu”, a przyczyn jego problemu należy szukać i opracowywać w całym systemie. Tak samo jak w przypadku psychoterapii interpersonalnej, w centrum uwagi znajdują się aspekty międzyludzkie i społeczne.



Leczenie farmakologiczne

Podczas gdy w przypadku form choroby lekkiego stopnia można z reguły osiągnąć bardzo dobre wyniki leczenia stosując samą psychoterapię, leczenie depresji średniego do ciężkiego stopnia przebiega dodatkowo farmakologicznie, z pomocą antydepresantów. Wszystkie te leki opierają się na czynnej zasadzie, odkrytej przed ponad 50 laty przez Rolanda Kuhna w Szwajcarii, polegającej na wzmacnianiu substancji hormonalnych (serotoniny, noradrenaliny, dopaminy). Przez długi czas myślano, że działanie antydepresantów polega tylko na podwyższeniu stężenia tych substancji hormonalnych (przekazników nerwowych). Dziś wiadomo jednak, że jest to normowanie aktywności hormonów stresu. Również roślinny środek leczniczy, dziurawiec zwyczajny (*Hypericum perforatum*), skuteczny w przypadku lekkich do średnio ciężkich przypadków choroby, działa między innymi poprzez wpływ na poziom serotoniny i noradrenaliny. Aby uniknąć straty czasu poprzez zbyt wcześnie i przedwczesne zmiany leków, należy pamiętać o tym, że działanie antydepresyjne pojawia się z reguły dopiero po dwóch do czterech tygodni. Dlatego też przepisane preparaty mogą być zmienione najwcześniej po przyjęciu odpowiedniej dawki i po czterech tygodniach.

Możliwe skutki uboczne (np. w rzadkich przypadkach przyrost wagi, zaburzenia funkcji seksualnych, nerwowość), historia leczenia choroby oraz indywidualne objawy aktualnego epizodu choroby mają znaczenie przy wyborze leku antydepresyjnego. Jeśli na pierwszym planie są objawy przykładowo takie jak zaburzenia snu, niepokój, nerwowość, strach lub zagrożenie samobójstwem, to jako pierwsze wybierane są antydepresanty uspokajające, ewentualnie z przejściowym połączeniem z benzodiazepiną. W przypadku zaburzeń snu, zaletą jest to, że antydepresanty, w przeciwieństwie do klasycznych środków nasennych, ponownie normalizują architekturę snu zburzoną przez depresję i tym samym zapewniają zdrowy sen.

Antydepresanty nie podwyższają ryzyka samobójstwa. Farmakoterapia może jednak w pojedynczych przypadkach ewentualnie wywołać myśli samobójcze i pogorszyć działanie we wczesnej fazie leczenia, ponieważ do momentu działania antydepresyjnego może wywołać nerwowość i pobudzenie, poprzez stymulację metabolizmu nerwowego. Pokazuje to, jak bardzo ważne jest podczas depresji ścisłe leczenie i towarzyszenie pacjentowi oraz staranna kontrola przepisanej przejściowo benzodiazepiny. Skutki uboczne tego typu mogą być złagodzone lub usunięte poprzez zastosowanie preparatów roślinnych (fitoterapeutyki). Skuteczne są tutaj na przykład kwiat męczennicy, korzeń waleriany, korzeń lepiężnika i listki melisy.

Mity o antydepresantach

Wszystkie antydepresanty stosowane dziś podczas depresji mają niewiele skutków ubocznych. Jeśli już występują jakiegokolwiek skutki uboczne, to często tylko na początku i są one przejściowe. Antydepresanty nie uzależniają i nie zmieniają osobowości. Nie są środkami pobudzającymi lub uspokajającymi. Celem terapii nie jest w żadnym wypadku zatuszowanie problemu. Przeciwnie: leczenie farmakologiczne, poprzez uzyskanie poprawy u pacjenta, stanowi często podstawę dla psychoterapii. Poprawnie stosowane antydepresanty są jak podpora lub kula, które poprzez znormalizowanie metabolizmu nerwowego pomagają ponownie zmobilizować siły samoregeneracyjne. Stanowią pomoc dla samopomocy.



Metody rozluźniające

Terapeutyczne metody zwalczania stresu

(uzupełniająco do psychoterapii i terapii farmakologicznej)

- Aktywny trening zwalczania stresu/zarządzanie stresem
- Trening autogenny
- Progresywny trening relaksujący mięśnie
- Biofeedback, neurofeedback
- Tai chi
- Qigong
- Terapia kraniosakralna
- Masaż
- Masaż refleksyjny stóp
- Hydroterapia (np. terapia Kneippa)
- Aromaterapia
- Akupunktura

Skuteczne uzupełniające nefarmakologiczne formy terapii

Obok „terapii poprzez czuwanie” (pozbawienie snu) lub fototerapii istnieją inne skuteczne możliwości leczenia, które można stosować uzupełniająco, lub w przypadku lekkich form choroby, jako alternatywę dla terapii farmakologicznej. W ciężkich przypadkach, eksperci w specjalistycznych klinikach mogą stosować nowe, skuteczne metody, takie jak „stymulacja nerwu błędnego” (VNS) lub „transkraniałna stymulacja magnetyczna” (TMS). Ponadto, leczenie można uzupełniać sensownymi metodami medycyny komplementarnej, przykładowo metodami przyrodolecznictwa jak fitoterapia (ziołolecznictwo) i hydroterapia (zastosowanie wody, na przykład terapia Kneippa), tradycyjna medycyna chińska (na przykład akupunktura, qigong), masaże i aromaterapia.

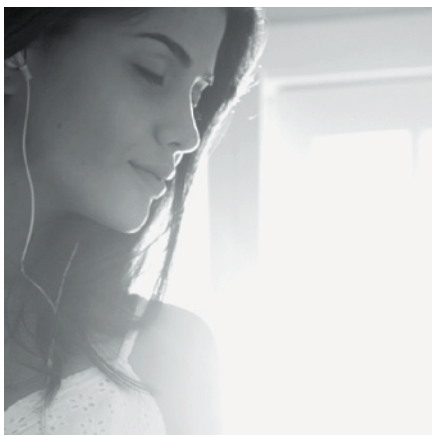
Terapia poprzez czuwanie

Pozbawienie snu poprawia nastrój. Brzmi to początkowo raczej dziwnie, ponieważ wiele pacjentów i tak już cierpi z powodu zaburzeń snu. Z reguły tylko częściowe pozbawienie snu sprawdziło się jednak podczas leczenia depresji: pacjent normalnie kładzie się do łóżka i zostaje obudzony około godziny pierwszej w nocy. Ważnym jest, aby podczas tej terapii i później w ciągu dnia nie zasnął nawet na bardzo krótki czas. Może to zaburzyć całe działanie związane z poprawą nastroju. Terapia ta przeprowadzana jest najczęściej w grupie terapeutycznej, ponieważ w przypadku jednej osoby jest to bardzo trudne.

Fototerapia

Terapia ta, prawie pozbawiona działań ubocznych, okazała się bardzo skuteczna nie tylko podczas leczenia depresji zimowej, ale również w przypadku wszystkich form depresji. Pacjenci spędzają codziennie rano 30 do 60 minut przed jasnym źródłem światła (2500 do 10.000 luksów). Można w tym czasie również czytać. Im wcześniej rano odbywa się fototerapia, tym lepszy jest z reguły rezultat leczenia. Przy typowych nawracających depresjach jesienią i zimą można zapobiegawczo stosować tę formę leczenia.

Dwanaście krótkich podstawowych zasad podczas leczenia depresji



1. Trzeba być cierpliwym! Depresja rozwija się najczęściej powoli i zanika podczas leczenia również stopniowo. Terapia wymaga czasu – to się opłaca.
2. Jeśli potrzebne są leki, trzeba zażywać je dokładnie według zaleceń lekarza. Trzeba wykazać cierpliwość, działanie następuje najczęściej z opóźnieniem.
3. Antydepresanty nie uzależniają i nie zmieniają osobowości.
4. Ważne jest, aby informować lekarza o wszelkich zmianach naszego stanu zdrowia i aby otwarcie i z pełnym zaufaniem mówić o wszystkich obawach, lękach i wątpliwościach dotyczących terapii.
5. Należy natychmiast dopytać się o szczegóły, w przypadku nieprzyjemnych objawów towarzyszących. Najczęściej są one nieszkodliwe i występują tylko na początku.
6. Również gdy czujemy się lepiej, nie można odstawiać leków! Należy to starannie zaplanować.
7. Dzień przed zaplanujmy możliwie dokładnie każdy następny dzień (na przykład przy pomocy rozkładu zajęć). Planujmy również przyjemne czynności.
8. Wytyczajmy sobie małe i jasne cele. Nasz lekarz lub terapeuta pomorze nam w tym.
9. Prowadźmy dziennik nastrojów. Nasz lekarz lub terapeuta objaśni nam, jak to wygląda i omówi z nami regularnie wszystkie notatki.
10. Po przebudzeniu należy natychmiast wstać i opuścić łóżko. Leżenie po przebudzeniu w łóżku podczas depresji jest „pułapką rozmyślenia”. Jest to często dość trudne. Trzeba w takim przypadku wraz z terapeutą opracować strategię.
11. Bądźmy aktywni fizycznie: ruch działa antydepresyjnie i wspomaga powstawanie nowych komórek nerwowych.
12. Jak już będzie lepiej: musimy odnaleźć wraz z naszym lekarzem lub terapeutą sposoby zmniejszenia naszego osobistego ryzyka nawrotu choroby. Opracujmy objawy wczesnego ostrzegania i plan kryzysowy.