



Depresja

CHOROBA • TERAPIA • WSPARCIE

Broszura została wydana dzięki wsparciu działalności statutowej
Stowarzyszenia Aktywnie Przeciwko Depresji przez BNP Paribas



Stowarzyszenie Aktywnie Przeciwko Depresji
02-656 Warszawa ul. Ksawerów 3
KRS 0000180749; Regon: 015620834; NIP: 521-327-96-90
BZ WBK XI O/Warszawa 94 1090 1043 0000 0001 0191 6962



Depresja

CHOROBA•TERAPIA•WSPARCIE

PORADNIK DLA PACJENTÓW, ICH RODZIN I BLISKICH

CHOROBA

Co to jest depresja? Kiedy zaczyna się choroba, a kończy naturalnie towarzyszący nam w życiu chwilowy smutek czy chandra?

Nie ma ostrej granicy oddzielającej chandrę od depresji. Przeżywanie smutku, jego nasilenie, sytuacje w których występuje różnią się tak samo, jak różnią się wszyscy ludzie między sobą. Istnieje jednak wiele cech, które pozwalają tę chorobę rozpoznać.

O depresji można zacząć myśleć, jeśli oprócz smutku odczuwamy:

- spowolnienie, brak energii, apatię,
- lęk, niepokój, napięcie, rozdrażnienie,
- trudności w koncentracji i kreatywnym myśleniu, wrażenie niesprawności intelektualnej i pogorszenia się pamięci,
- niechęć do wykonywania czynności, które zwykle sprawiały radość,
- problemy ze snem – trudności w zasypianiu, płytki sen, budzenie się w nocy lub nad ranem, czy też nadmierna senność, trudności w zmobilizowaniu się do wstania z łóżka,
- brak chęci do podejmowania jakichkolwiek wyzwań,
- poczucie niskiej wartości,
- poczucie winy i beznadziejności,
- zmniejszenie apetytu powodujące spadek wagi lub czasem „zajadanie smutku”, czyli zwiększenie apetytu i przyrost masy ciała,
- dolegliwości fizyczne – uczucie ciągłego zmęczenia, suchość w ustach, bóle głowy, brzucha, kręgosłupa, ucisk w klatce piersiowej, zaparcia,
- niechęć do aktywności seksualnej – obniżenie libido.

W depresji zwykle jest tak, że:

- nasilenie objawów jest znaczne (w chandrze tego nie ma),
- objawy prowadzą do upośledzenia i dezorganizacji życia rodzinnego i zawodowego (w chandrze tego nie ma),
- objawy utrzymują się powyżej dwóch tygodni (w chandrze tego nie ma).

Zaburzenie czy choroba psychiczna?

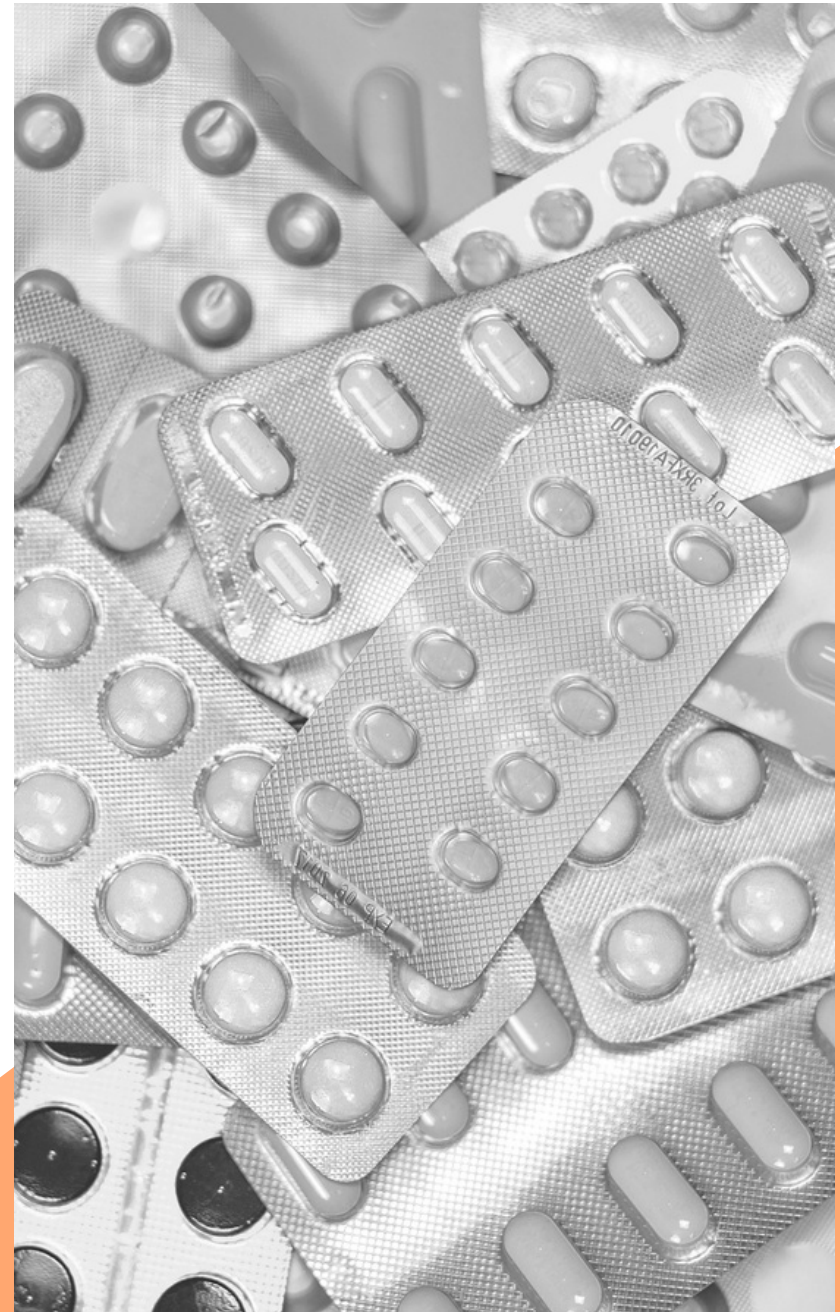
Według międzynarodowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych nie istnieje już pojęcie choroby psychicznej, depresja to zaburzenie nastroju czyli afektu. Osoba cierpiąca na depresję nie traci całkowicie kontaktu z rzeczywistością, odbiera ją tylko w czarnych barwach. Depresja nie jest, jak powszechnie rozumie się chorobę psychiczną – obtędem czy pomieszaniem zmysłów.

Dlaczego jedni chorują, a inni nie?

Depresja, tak jak wszystkie inne choroby, może dotknąć każdego, bez względu na wiek, wykształcenie czy status materialny. Pojawienie się depresji jest zwykle wypadkową wielu czynników, najczęściej:

- biologicznych (endogennych czyli wewnątrzpochodnych), a więc wrodzonych, często dziedzicznych,
- psychologicznych (reaktywnych) – związanych z urazami emocjonalnymi, reakcją na stratę, życiem w długotrwałym stresie,
- somatycznych, czyli pod wpływem innych chorób, zwłaszcza przewlekłych, które same w sobie mogą być czynnikiem stresogennym, ale przede wszystkim zaburzają równowagę w naszym mózgu (np. choroby neurologiczne, krążenia, onkologiczne, endokrynne).

Depresjogenne działania mogą mieć także pewne substancje, które wprowadzamy do organizmu, począwszy od wielu leków, poprzez alkohol, kończąc na środkach psychoaktywnych, służących do odurzania się.



Leczyć, nie leczyć?

Bez względu na to co wywołało chorobę, powinno się ją leczyć. Samo uporządkowanie sobie życia nie zawsze wystarcza, choć na pewno jest bardzo potrzebne. Czy potrzebna jest farmakoterapia może zdecydować jedynie lekarz. Czasem można obejść się bez leków - wystarczają wówczas rozmowy z psychologiem, zminimalizowanie stresów, zmiana trybu życia.

Depresja u kobiet i mężczyzn

Na depresję dwukrotnie częściej chorują kobiety. Przyczyny tak istotnej różnicy nie są w pełni wyjaśnione - ważną rolę odgrywają czynniki hormonalne, genetyczne i psychospołeczne. U mężczyzn depresje są częściej maskowane przez alkoholizm, niedostosowanie społeczne i problemy z „przyznaniem się do choroby” (wersja macho). Kobiety zaś mają niższą pozycję społeczno-zawodową, doświadczają istotnych zmian hormonalnych, są obciążone licznymi obowiązkami rodzinnymi i zawodowymi jednocześnie, łatwiej u nich tę chorobę wykryć. Szczególne natężenie depresji występuje u kobiet w wieku rozrodczym, lecz także przy stosowaniu antykoncepcji czy leczeniu niepłodności. Ponadto zaburzenia nastroju typowe dla kobiet to: zaburzenia przedmiesiączkowe, depresje okresu ciąży i poporodowe oraz zaburzenia nastroju związane z menopauzą.

Czym jest depresja maskowana?

To depresja bez typowych objawów depresji, która manifestuje się zazwyczaj dolegliwościami fizycznymi. Konsekwencją trudności diagnostycznych mogą być błędy w terapii. Pacjenci chodząc od lekarza do lekarza, zwykle uzyskują pomoc tylko objawową, wielu z nich uzależnia się od leków przeciwbólowych czy uspokajająco-nasennych. Do najczęstszych „masek” depresji należą: bóle głowy, pleców i krzyża, dolegliwości żołądkowo-jelitowe, bóle w klatce piersiowej, przewlekłe zmęczenie, nadużywanie alkoholu i/lub leków. Należy oczywiście sprawdzić wszystkie możliwe przyczyny pojawienia się tych objawów, lecz nie można pominąć tu depresji.

Depresja seniorów

Osoby w podeszłym wieku chorują na depresje podobnie, jak ludzie w innych grupach wiekowych, tylko częściej. Osoby starsze chorują częściej, bo ryzyko wystąpienia depresji wzrasta z wiekiem, a i choroba ma wówczas cięższy przebieg. Uważa się też, że pewne skargi czy dolegliwości znacznie częściej występują u osób w wieku podeszłym niż średnim. Przykładem jest uzalanie się na dolegliwości cielesne, zaburzenia pamięci, spowolnienie ruchowe.

Objawem depresji wieku podeszłego może być silny niepokój oraz drażliwość, zazwyczaj z bogatą ekspresją emocjonalną - płaczem, rozpaczaniem, zawrotem głowy. Bywa, że osoby te obwiniają się o wszystko, czują



się grzeszne, oskarżają się o dokonywanie przestępstw, co przybiera już postać tak zwanych urojeń (czyli fałszywych sądów – osobom tym wydaje się, że dzieje się coś, co nie ma kompletnie pokrycia w rzeczywistości). Zdarza się, że wypowiadają urojenia klęski materialnej (całkowitego zubożenia), przekonania o sytuacji bez wyjścia – pomimo, że mają znośną lub przyzwoitą sytuację finansową i bliskich ludzi obok siebie. Proszą, a nawet wołają o pomoc, narzekają na osłabienie, zaparcia, zalegają w łóżku, są nadmiernie sennie, tracą apetyt. Są przekonane o nieuleczalnej chorobie.

Czy depresja może minąć sama?

Bywa, że nawet poważna depresja po pewnym czasie przeminie bez leczenia. Należy jednak zdawać sobie sprawę z poważnych konsekwencji tej choroby, a najpoważniejszą jest samobójstwo. W tym kontekście depresja jest chorobą śmiertelną, nigdy więc nie należy czekać, aż minie sama. Poza tym liczy się przecież jakość życia, która w depresji jest znacznie gorsza. Jeśli mamy szansę nie skazywać się na cierpienie, uniknąć pogorszenia relacji z bliskimi, narażania na szwank kariery zawodowej, to warto ją wykorzystać. Tę szansę daje właśnie leczenie.

Leczenie ambulatoryjne czy hospitalizacja?

Jeśli objawy są bardzo nasilone, pacjent jest samotny i nie jest w stanie sam funkcjonować, istnieje ryzyko popełnienia samobójstwa lub konieczność podania większych dawek leków niż jest to dopuszczalne w warunkach ambulatoryjnych, lekarz może zaproponować hospitalizację. Robi się to jednak tylko wówczas, kiedy nie ma innego wyjścia, ponieważ samo przebywanie w szpitalu bywa dla chorego stresujące.

TERAPIA

Do psychiatry nie potrzeba skierowania

Wystarczy zgłosić się do Poradni Zdrowia Psychicznego i poprosić o zapisanie na pierwszą wizytę, która na ogół jest dłuższa niż następne. Obecnie Polskie Towarzystwo Psychiatryczne rekomenduje również zniesienie skierowań do świadczeń psychologicznych, psychoterapeutycznych i środowiskowych.

Na czym polega psychoterapia?

Psychoterapia w początkowym okresie leczenia ma zwykle działanie wspomagające leczenie farmakologiczne. W istocie polega na wspieraniu pacjenta, udzielaniu mu niezbędnych informacji, wyjaśnianiu czym jest depresja. W miarę zmniejszania się objawów, poprawy koncentracji, znaczenie psychoterapii wzrasta i często jest ona niezbędna w dalszym procesie leczenia, a zwłaszcza w zapobieganiu nawrotom. Metody i techniki psychoterapeutyczne, mające zasadnicze znaczenie w leczeniu depresji, wywodzą się z koncepcji poznawczo-behawioralnych. Koncepcje poznawcze wychodzą z założenia, że osoby chorujące na depresję jeszcze przed zachorowaniem ujawniają specyficzny sposób myślenia o sobie i otaczającym je świecie. Doprowadza on do obniżonej oceny własnej osobowości, błędnej oceny relacji z ludźmi oraz widzenia swojej przyszłości w czarnych barwach. Koncepcja behawioralna zakłada, że depresja jest wynikiem przewagi krytyki i karania nad chwaleniem i nagradzaniem. Osoby, u których wystąpiły objawy depresji, nie odczuwają zadowolenia ze swoich osiągnięć, mają kłopoty z pozytywną oceną efektów swojego działania.

Psychoterapia zamiast farmakoterapii

Wybór terapii zawsze zależy od stanu pacjenta. Nie może być mowy tylko o psychoterapii, jeśli depresja znacznie upośledza funkcjonowanie chorego, rozumienie tego co się wokół dzieje. Wdraża się ją dopiero w chwili, kiedy objawy zmniejszą się na tyle, że pacjent jest w stanie podjąć z psychoterapeutą dialog. W depresjach o niewielkim nasileniu można zrezygnować z leczenia farmakologicznego i oprzeć się tylko na psychoterapii.

Ile trwa leczenie depresji?

Faza intensywnego leczenia farmakologicznego trwa zwykle 4-8 tygodni. Dalszy okres leczenia depresji nazywa się etapem utrwalania poprawy, kiedy w zasadzie choroba została wyleczona, pacjent powrócił do zdrowia i normalnego funkcjonowania.

Należy jednak pamiętać, że przyjmowanie leków w niezmi-
nionej dawce kontynuuje się jeszcze przez okres 6-12 miesięcy.
Celem leczenia depresji jest bowiem nie tylko uzyskanie remisji,
czyli ustąpienia objawów, ale także zapobieganie nawrotom.

Profilaktyka nawrotów

Najczęstszą przyczyną nawrotu depresji jest przedwczesne odstawienie leków
lub zbyt szybkie zmniejszenie ich dawki.

Profilaktyka nawrotów, czyli długotrwałe przyjmowanie leków w niewielkiej dawce zale-
ży od wielu czynników. Działania profilaktyczne podejmuje się zawsze po przejściu trzech
epizodów depresji lub dwóch u pacjentów po 40. roku życia. Profilaktykę rozważa się również
w takich sytuacjach, jak np.:

- ciężka depresja u pacjentów po 50. roku życia,
- u młodszych osób jeśli występuje duże obciążenie rodzinne
- w innych przypadkach, np. złej sytuacji rodzinnej czy socjalnej,
- współistnienie poważnej choroby somatycznej czy uzależnienia od alkoholu lub narkotyków.

Jeśli przez pięć lat nie było nawrotu depresji, wówczas leki powoli się odstawia.

Długotrwała farmakoterapia a nawrót choroby

Zawsze trzeba się liczyć z tym, że choroba może powrócić. Jeśli jednak pacjent ma świadomość choroby, pozos-
taje pod stałą opieką lekarza specjalisty, przyjmuje podtrzymujące dawki leków, pozostaje w kontakcie z psy-
choterapeutą, wówczas pierwsze objawy nawrotu depresji łatwiej wychwycić i skuteczniej na nie zareagować.
Trzeba także podkreślić, że częstotliwość nawrotów depresji przy odpowiedniej profilaktyce jest znacznie mniej-
sza. Ponadto warto pamiętać, że istnieje wiele objawów początkowych, które pojawiają się zanim wystąpi pełny
nawrót choroby.

Nawrót najczęściej zaczyna się stopniowo. To daje szansę na to, aby zauważyć samemu, że coś się dzieje lub aby
zauważyła to rodzina czy przyjaciele. I zgłosić się do lekarza, zanim choroba rozwinie się na dobre. Jeśli więc do-
świadczyłeś depresji, zapisz sobie odpowiedź na poniższe pytanie:

Jak u mnie zaczyna się depresja? A ponieważ może zaczynać się różnie, oto kilka przykładów:

- Zaczyna mi być smutno.
- Czuję się ciągle zmęczony.
- Przestaję mieć siłę i chęć do robienia czegokolwiek.
- Zaczynam mieć poczucie, że nic się nie uda.
- Tracę zainteresowanie tym, co robię.
- Przestaję sobie radzić w pracy i w domu.
- Zaczynam źle sypiać.
- Płakuję, płaczę coraz więcej.
- Zaczynam być nerwowy, drażliwy.
- Myślę o sobie negatywnie, zaczynam czuć się winny.
- Tracę apetyt.
- Nie mam ochoty na seks.
- Zaczynam mieć różne bóle.

Czy leki przeciwdepresyjne uzależniają?

Leki przeciwdepresyjne nie uzależniają! Powstają ich coraz to nowsze generacje, które mają mniej działań niepożądanych i mniej interakcji z innymi lekami, są również lepiej tolerowane. Podobnie zresztą jest z braniem leków w innych chorobach – nadciśnieniu, cukrzycy. Założenie jest takie, że lek, który musi być brany długotrwale powinien być bezpieczny. Inna sprawa, że czasem w ostrym stanie włącza się na krótko leki uspokajająco-nasenne, które mają potencjał uzależniający, ale należy w ciągu miesiąca je odstawić. Błędem jest leczenie depresji samymi lekami uspokajająco-nasennymi. Do tego służą leki przeciwdepresyjne.

Działania niepożądane i czy czytać ulotki

Każdy lek może mieć działanie niepożądane, co nie oznacza, że należy go natychmiast odstawić. Często organizm potrzebuje adaptacji, przyzwyczajania się do nowego leku, więc zdarza się, że przez pierwsze 3-4 dni pacjent nie czuje się komfortowo. Na działanie terapeutyczne leków, czyli wyraźną poprawę trzeba czasem poczekać 2 do 4 tygodni. Najczęstszymi niepożądanymi objawami w przypadku leków przeciwdepresyjnych są senność, oszołomienie, suchość w ustach, czasem niepokój, które z reguły mijają po pierwszych 2-4 dniach kuracji. Ważne jest, aby w takich przypadkach pozostawać w ścisłym kontakcie z lekarzem, który może zdecydować o przerwaniu lub kontynuacji terapii.

W ulotce załączonej do leku producent jest zobowiązany zamieścić wszystkie możliwe działania niepożądane, nawet jeśli ich wystąpienie jest mało prawdopodobne. Ale najważniejszym źródłem informacji dla pacjenta jest zawsze lekarz. To co powie powinno być wystarczające, a pozbawione treści nieistotnych i pacjentowi niepotrzebnych. Depresji często towarzyszy lęk, niepokój, nadwrażliwość, chory zwykle nadmiernie wsłuchuje się w swój organizm i niekiedy najmniejsze nawet objawy wyolbrzymia i dodatkowo się nimi zadrecza. Lekarz zawsze jest gotowy na wszelkie wyjaśnienia i warto z tego skorzystać, ponieważ ulotce nie da się zadać dodatkowych pytań.

Depresja a seks

Występowanie zaburzeń seksualnych u osób cierpiących z powodu depresji jest tak częste, że są one obecnie uznawane za jeden z jej objawów. W depresji zmniejszona jest pobudliwość seksualna, co wynika najprawdopodobniej ze zmian stężeń neuroprzekaźników (substancji pośredniczących w przekazywaniu sygnałów w mózgu), leżących u podłoża depresji. Większość leków przeciwdepresyjnych, zwłaszcza starszej generacji, może powodować występowanie zaburzeń seksualnych. Dostępne obecnie, nowoczesne leki przeciwdepresyjne rzadziej powodują problemy w tej sferze. Jeżeli jednak ze względu na dobry efekt leczenia depresji konieczne jest utrzymanie dotychczas stosowanego leku, pomoc może konsultacja u lekarza seksuologa i dołączenie do terapii innego leku (np. poprawiającego erekcję) lub wyrównującego powstałe zaburzenia hormonalne.

Leki przeciwdepresyjne - interakcje z innymi lekami

Biorąc dwa różne leki zawsze należy liczyć się z możliwością interakcji czyli wzajemnego wpływu leku na lek. Często osoby starsze, schorowane biorą leki „garściami”. Interakcje mogą być w związku z tym bardzo różne. Zawsze należy poinformować lekarza o wszystkich przyjmowanych lekach, aby wykluczyć pojawienie się działań niepożądanych związanych z interakcjami.

Dobór leków i dawkowanie

O wyborze leku decyduje obraz kliniczny depresji, obecność schorzeń współistniejących, bezpieczeństwo stosowania (objawy niepożądane, toksyczność, możliwe interakcje) a także wygoda dawkowania i koszt. Należy zwrócić uwagę na wiek pacjenta. Z wiekiem spowalnia się metabolizm, zatem dawki leków powinny być obniżone. Aktualnie dostępne leki przeciwdepresyjne cechują się zbliżoną skutecznością

terapeutyczną. Wszystkie znane dotychczas leki przeciwdepresyjne zaczynają działać z pewnym opóźnieniem, które wynosi zazwyczaj 2-4 tygodnie. Zmniejszenie lub zwiększenie dawki leków bez konsultacji z lekarzem może prowadzić do wystąpienia skutków niepożądanych lub braku efektów terapeutycznych.

Działanie leków przeciwdepresyjnych

Zasadą działania wszystkich leków przeciwdepresyjnych jest wpływ na neuroprzekaźniki – substancje, które pozwalają na komunikację pomiędzy komórkami nerwowymi w mózgu. W pojawieniu się stanów depresyjnych największe znaczenie mają zaburzenia w przekaznictwie noradrenaliny, serotoniny i dopaminy.

Leki ze starszej grupy tak zwane trójpierścieniowe (TLPD) działają nieselektywnie, czyli bardziej ogólnie na wiele neuroprzekaźników, powodując więcej efektów niepożądanych i wykazują więcej interakcji z innymi lekami. Nowsze leki – inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), inhibitory wychwytu zwrotnego noradrenaliny (SNRI) oraz leki o innych mechanizmach działania – są bardziej selektywne i w taki sposób opracowane, aby dawały maksymalny efekt, przy minimalnych działaniach na te obszary mózgu, które nie są zaangażowane w proces depresji, a tym samym są bezpieczniejsze.

Depresje lekooporne

O depresji lekoopornej można mówić wówczas, kiedy trzy pełne kuracje lekami z różnych grup, trwające 4-6 tygodni każda, nie przynoszą oczekiwanej poprawy. Na ogół wprowadza się wówczas drugi lek przeciwdepresyjny lub inny, który zwiększy siłę działania przeciwdepresyjnego. Jeśli i w takim przypadku terapia nie skutkuje – można zastosować terapię elektrowstrząsową, która choć wykazuje dużą skuteczność terapeutyczną, wzbudza wiele negatywnych emocji i musi być związana z hospitalizacją. Są też bardziej nowoczesne sposoby – przeczaszkowa stymulacja magnetyczna (TMS) oraz leczenie esketaminą – pochodną substancji (ketaminy), która jest wykorzystywana w anestezji.

Ceny leków i refundacja

Większość leków przeciwdepresyjnych jest refundowana przez NFZ, również w przypadku długoterminowej terapii. Leki nier refundowane również nie są bardzo drogie, w porównaniu z lekami na inne schorzenia. Ich cena waha się w granicach 10-50 zł. Ponadto jeśli lekarz nie zaznaczy na receptce, że lek nie podlega zamianie, farmaceuta może zaproponować tańszy odpowiednik.



WSPARCIE

Jak wspierać chorego na depresję

Najważniejsza zasada, to zrobić tyle, na ile nas stać, ile jest możliwe i nie obwiniać się o to, że nie udało się zrobić nic więcej. Przede wszystkim należy zdobyć jak najwięcej rzetelnych, a nie przypadkowych, informacji na temat depresji. Uchroni to między innymi przed niezręcznymi lub głupimi radami i nakłanianiem do aktywności chorych z depresją, dla których propozycja wzięcia się w garść będzie tak samo skuteczna jak dla inwalidy na wózku. Trzeba starać się znaleźć lekarza, który wzbudzi zaufanie i pilnować, żeby pacjent regularnie zgłaszał się na wizyty i przyjmował leki. Warto pamiętać, że choroba może mieć przebieg nawrotowy, i starać się poznać jakie czynniki mogą zwiększać ryzyko nawrotu. Pacjent oczywiście może nie chcieć się leczyć, należy spróbować zrozumieć co się za tym kryje – czy bezkrytycyzm i brak poczucia choroby, czy trudność w podjęciu decyzji i zmobilizowaniu się do pójścia na konsultację, czy też lęk przed przypięciem łatki „wariata”. Trzeba próbować o tym spokojnie z chorym porozmawiać, namówić go na leczenie – to jest obowiązek rodziny. Czasem trzeba podjąć decyzję za pacjenta (w depresji podjęcie każdej decyzji może być niewyobrażalnie trudne). Dużym problemem mogą być złe relacje w rodzinie, kiedy mało się ze sobą rozmawia, a jeśli już, to słowa są pełne pretensji i żalu. Jeśli trudno jest przekonać chorego by poszedł na konsultację, warto zwrócić się do kogoś, kto ma u niego poważanie, albo zapytać o radę psychiatrę. Do psychiatry czy psychologa warto pójść zawsze, nie tylko po to żeby poradzić się w sprawie bliskiego, ale również po to, żeby pomóc sobie w sytuacji,

kiedy ma się już dość, kiedy trudno sobie poradzić z frustracją, własną złością, agresją, żalem, niecierpliwością. Bo przecież chciałoby się pożyć przyjemnie, lekko, stabilnie, chciałoby się móc liczyć na swojego męża, żonę, rodzica, syna, córkę, brata, siostrę, ale choroba na to nie pozwala. I wówczas, kiedy pojawia się tyle przykrych myśli, negatywnych uczuć, dobrze jest z kimś pogadać – a z przyjacielem nie zawsze się udaje, bo on sam może być wobec takiego problemu bezradny.

I jeszcze jedno. Nie można tracić wiary w wyleczenie, ponieważ choroba, mimo iż ciężka, przy odpowiednim postępowaniu terapeutycznym nie jest wyrokiem i pozwala na normalne życie. Ważne, aby wszyscy zainteresowani – osoba chora, lekarze, psycholodzy oraz rodzina ze sobą współpracowali, grali w jednej drużynie.

Co robić, a czego nie robić

Przede wszystkim należy postarać się zrozumieć, że depresja jest chorobą i nie ma nic wspólnego ze złą wolą, lenistwem czy słabym charakterem chorego.

Należy unikać:

- stwierdzeń typu: weź się w garść, przecież nie masz powodu do depresji, inni są w gorszej sytuacji i jakoś sobie radzą itp.,
- organizowania na siłę życia chorego: zapraszania gości, wyciągania do kina czy na towarzyskie imprezy, wyszukiwania zajęć, które powinny zainteresować chorego i nakłaniania do ich wykonywania, wysyłania na urlop,
- narzucania się, prób rozweselania na siłę.

Warto natomiast:

- przypominać choremu o wizytach u lekarza i regularnym przyjmowaniu leków,
- być cierpliwym, wyrozumiałym i mieć świadomość, że wiele obowiązków może spaść na nasze barki w okresie choroby bliskiego,
- spróbować zaszczepić w chorym przekonanie, że depresja jest stanem przejściowym i minie, jeśli podejmie się stosowne leczenie,
- odradzać choremu podejmowania ważnych decyzji, kiedy w okresie choroby pesymistycznie patrzy w przyszłość,

- traktować z powagą wszystkie wypowiedzi o samobójstwie, ponieważ nie jest prawdą, że jeśli ktoś mówi o samobójstwie to go nie popełni,
- pamiętać o sobie i nie wstydzić się zasięgnąć porady lekarza czy psychologa, jeśli wspieranie chorego stanie się dla nas trudne do zniesienia.

Gdzie leczyć depresję

Lekarz psychiatra jest specjalistą od problemów natury psychicznej. Jeśli ktoś zaczyna chorować na serce nie ma wątpliwości, że zasadnym jest udać się do kardiologa, a nie do żadnego innego lekarza. Na szczęście, coraz więcej osób to rozumie i mając świadomość zaburzeń depresyjnych udaje się do psychiatry. Gorzej, kiedy takiej świadomości nie ma i chory jest bezkrytyczny w stosunku do siebie i swoich problemów, co często wynika właśnie z samej choroby. Wtedy bliscy, przyjaciele, osoby cieszące się u chorego autorytetem powinny postarać się go do tego nakłonić. Jeśli pacjent się bardzo upiera, można zgłosić się do lekarza rodzinnego, ale należy pamiętać, że z bardziej skomplikowanymi przypadkami może on sobie nie poradzić.

Tajemnica lekarska

Każdego lekarza obowiązuje tajemnica lekarska, z której może zwolnić go jedynie sąd, prokurator, niektóre organy administracji państwowej (ZUS) lub sam pacjent, upoważniając np. do poinformowania rodziny o swojej chorobie. W innych przypadkach lekarza i osoby z nim współpracujące – psychologów, personel pomocniczy, obowiązuje ścisła tajemnica, obejmująca nie tylko to na co pacjent się leczy, ale również to, że w ogóle się leczy. Nie ma o to prawa pytać nawet policja. Natomiast lekarza obowiązuje sporządzenie dokumentacji medycznej przechowywanej przez dwadzieścia pięć lat, z zachowaniem wszelkich zasad tajności, do której nikt niepowołany nie ma dostępu.

Warto jeszcze raz podkreślić, że depresja jest uleczalna i czym szybciej podejmie się leczenie, tym krócej trzeba będzie znosić ból duszy spowodowany chorobą, którego nie da się przyrównać do żadnego fizycznego cierpienia.

The image features a central composition where a pair of hands holds a dark, textured heart. The background is split diagonally from the top-left to the bottom-right. The upper-left portion is a solid, warm orange color, while the lower-right portion shows a detailed, vertical wood grain texture in shades of grey and black. A white rectangular border frames the central text and heart area.

www.depresja.org