DEPRESJA A BÓL

BROSZURA DLA PACJENTÓW

Broszura została wydana dzięki wsparciu działalności statutowej

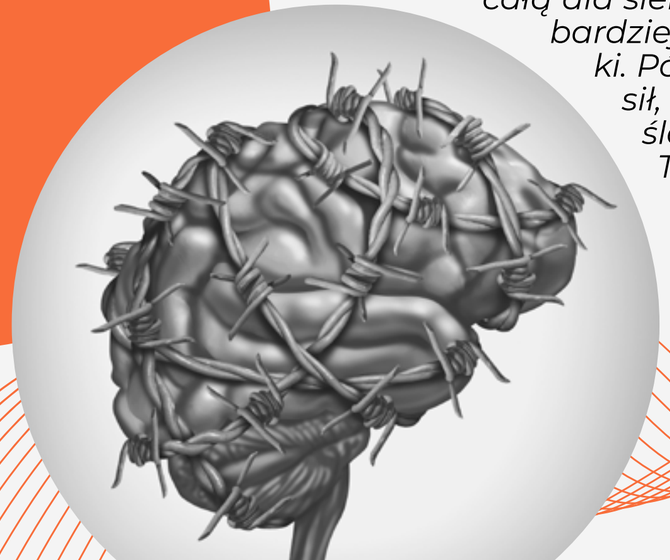
Stowarzyszenia Aktywnie Przeciwko Depresji przez BNP Paribas

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 A BÓL

BROSZURA DLA PACJENTÓW

(...) Ból był moim najwierniejszym przyjacielem. Nie odstępował mnie na krok. Budził w nocy, nie opuszczał w dzień. Traciłam już nadzieję, że będę mogła żyć bez niego. Był bardzo zaborczy. Chciał mieć mnie całą dla siebie, a ja z każdym dniem coraz bardziej przystawałam na jego warunki. Póki było we mnie choć odrobinę sił, próbowałam walczyć. Nie myślałam jednak wtedy o depresji. Teraz wydaje mi się, że to ON nie chciał, bym o niej pomyślała. (...)



Gdy cierpi dusza cierpi także ciało. Opisy depresji uwzględniają w obrazie choroby problemy żołądkowo-jelitowe, seksualne, brak apetytu, bezsenność, zmęczenie oraz dolegliwości bólowe. Dolegliwości somatycznych (cielesnych) w depresji jest wiele. Oprócz powyższych, warto przypomnieć o suchości w ustach, zaparciach, ucisku w klatce piersiowej, duszności oraz pogorszeniu pamięci.

Skargi somatyczne mogą wyprzedzać pojawienie się objawów depresyjnych
U części chorych na depresję objawy somatyczne występują przez kilka lat, zanim zostanie ustalone prawidłowe rozpoznanie. Czyli, że się okaże, iż wynikają one z *choroby duszy* a nie ciała. Bo pacjenci odwiedzający lekarzy pierwszego kontaktu ujawniają przede wszystkim objawy fizyczne, a nie emocjonalne. Wiele osób z depresją zgłasza objawy somatyczne jako główną przyczynę wizyty u lekarza, a część z nich wręcz zaprzecza problemom emocjonalnym, nawet gdy są o to pytani wprost.

Ból – objaw depresji
Wiele badań prowadzonych na całym świecie podkreśla, że częstość skarg na dolegliwości bólowe u pacjentów z depresją może być bardzo wysoka. Zgłasza je 65 proc. chorych. Są to zazwyczaj: bóle głowy, brzucha, szyi i pleców oraz bóle niespecyficzne. Wśród pacjentów hospitalizowanych z powodu depresji, aż 92 proc. skarży się przynajmniej na jeden objaw bólowy, a 76 proc. na wiele takich dolegliwości.

Jeśli nawet na początku choroby takie skargi nie występują to z czasem mogą się one pojawić, ponieważ obecność zaburzeń depresyjnych zwiększa istotnie ryzyko wystąpienia bólów mięśniowo-szkieletowych, bólów głowy i klatki piersiowej w ciągu najbliższych 3 lat. To są tylko suche fakty, ale doskonale ilustrują tezę, że depresja to ból. Bo depresja boli zawsze – i należy zdawać sobie sprawę, że na ból psychiczny, który występuje u wszystkich pacjentów, może nakładać się jeszcze ból fizyczny.

Depresja – konsekwencja bólu
W drugą stronę ten związek także istnieje i jest udokumentowany wieloma badaniami. Zaburzenia depresyjne stwierdza się u około 50 proc. chorych z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi. A u pacjentów hospitalizowanych w klinikach leczenia bólu, klinikach ortopedycznych, reumatologicznych czy stomatologicznych może sięgać nawet 85 proc. Ból zwiększa dwukrotnie ryzyko pojawienia się depresji, a związek pomiędzy depresją i bólem staje się silniejszy, gdy wzrasta nasilenie objawów depresji bądź bólu.

Im więcej skarg na bóle w różnych okolicach, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń nastroju. Pacjenci, którzy zgłaszają 2 lub więcej różnych dolegliwości bólowych 6 razy częściej zapadają na depresję, a ci którzy zgłaszają 3 lub więcej dolegliwości - aż 8 razy częściej.
Na wzrost ryzyka wystąpienia zaburzeń depresyjnych ma również przewlekłość dolegliwości bólowych. Pacjenci z bólem trwającym powyżej 6 miesięcy zapadają na depresję 4 razy częściej niż pacjenci bez bólu przewlekłego. Chroniczny ból może również zwiększać ryzyko samobójstwa.

Depresja może pojawić się jako efekt chorób somatycznych i przewlekłego bólu.
Przyczyny i patogeneza depresji, pojawiających się u chorych somatycznie są złożone. Przede wszystkim należy uwzględnić wpływ samej choroby somatycznej na funkcje naszego mózgu. Depresja pojawia się jako efekt zaburzeń metabolizmu komórek nerwowych - w tym zaburzeń neuroprzekaźnictwa – czyli sposobu kontaktowania się między sobą komórek mózgowych. Wpływają na to szczególnie choroby układu krążenia, prowadzące do stanów niedotlenienia, zaburzenia hormonalne, choroby nowotworowe oraz oczywiście wszelkie choroby mózgu. Wiele takich chorób przebiega z bólem.

Ból jako stresor
Dolegliwości bólowe, zwłaszcza te ciężkie i przewlekłe są poważnym bodźcem stresującym, który może wywołać reakcję depresyjną. Dodatkowym obciążeniem jest fakt, że leczenie tego typu schorzeń wiąże się często z zasadniczą zmianą trybu życia, poddaniem się uciążliwym zabiegom diagnostycznym i terapeutycznym czy długotrwałej rehabilitacji. W takich sytuacjach może się pogorszyć sytuacja socjalna – utrata zdolności do pracy zarobkowej, prestiżu, pozycji materialnej, a także izolacja społeczna związana z inwalidztwem.

Osoby w trakcie trwanie choroby lub bezpośrednio po jej przebyciu, a jednocześnie cierpiący na depresję,6 często nie przestrzegają zaleceń lekarskich i nie potrafią zmienić dotychczasowego trybu życia. Depresja może sprawić, że nie będą stosować się do zaleceń rehabilitacyjnych czy przyjmować regularnie leków. To automatycznie pogarsza rekonwalescencję i rokowanie.

Przyjmowanie niektórych leków może mieć wpływ na nastrój
Przewlekłe bóle mogą wymagać leczenia przeciwbólowego. Choroby somatyczne przebiegające z bólem mogą wymagać zastosowania wielu różnych leków. Istnieją substancje, które mają działanie depresjogenne. Istotne są także interakcje pomiędzy nimi. Bywa jednak, że odstawienie takiego leku, czy nawet zmniejszenie dawki jest niemożliwe z powodu konieczności leczenia choroby podstawowej. Należy wówczas rozważyć wdrożenie leczenia przeciwdepresyjnego. Warto tę kwestię omówić z lekarzem prowadzącym, zwłaszcza gdy mamy już za sobą doświadczenia z depresją. Należy zapytać go czy lek, który właśnie zapisał może powodować obniżenie nastroju.

Ból, depresja i leki
Depresja nasila odczuwanie bólu, i odwrotnie – choroba somatyczna z towarzyszącym jej bólem przewlekłym może pogarszać przebieg depresji. Poza tym w niektórych okolicznościach (zwłaszcza u pacjentów schorowanych) stosowanie leków przeciwdepresyjnych i ich dawkowanie powinno odbywać się z największą ostrożnością, gdyż istnieje ryzyko wystąpienia działań niepożądanych i powikłań, które mogą nie tylko zaciemnić obraz choroby lub pogorszyć jej przebieg, lecz także na tyle przestraszyć pacjenta, że zrazi się do leczenia przeciwdepresyjnego. Na szczęście leki przeciwdepresyjne nowej generacji, są zazwyczaj dobrze tolerowane. Warto podkreślić, że osoby schorowane biorą często wiele różnych leków i należy liczyć się z możliwością wzajemnego ich oddziaływania. Wówczas może zaistnieć potrzeba zmniejszenia dawki lub nawet zmiany przyjmowanego leku. I tu jeszcze raz trzeba podkreslić, że leki przeciwdepresyjne nowej generacji rzadko wchodzą w niebezpieczne interakcje.

Działania niepożądane leków przeciwdepresyjnych
Najczęstszymi niepożądanymi objawami w przypadku leków przeciwdepresyjnych są senność, oszołomienie, suchość w ustach, problemy żołądkowo-jelitowe, czasem niepokój, które z reguły mijają po pierwszych dniach kuracji. Ważne jest, aby w takich przypadkach pozostawać w ścisłym kontakcie z lekarzem, który może zdecydować o przerwaniu lub kontynuacji terapii. Opieranie się na informacjach pochodzących z ulotek czy for internetowych może wzbudzać niepokój. Ulotka na pytanie nie odpowie a fora internetowe są pełne niezdrowych sensacji. Największą wiedze na temat stosowanych leków ma lekarz.

Do najczęstszych bólowych masek depresji należą:

- bóle głowy
- bóle kręgosłupa, pleców, krzyża
- bóle w jamie brzusznej
- ból i ucisk w okolicy serca

Maski depresji

Depresja może przebiegać bez depresji, a wówczas na czoło wysuwają się inne objawy – zwykle somatyczne. Mówimy wtedy, że depresja przybiera maskę. Trudno się wówczas doszukać objawów charakterystycznych dla depresji – przygnębienia, apatii, czy zmniejszenia napędu życiowego. Na pierwszy rzut oka ich nie widać. Chorzy mogą dość dobrze funkcjonować, ale skarżą się na różne mniej lub bardziej charakterystyczne dolegliwości, chodzą na konsultacje do wielu lekarzy, jednak nie udaje się znaleźć konkretnej przyczyny ich problemów i odpowiedzieć na pytanie co im właściwie jest. Bardzo często maską depresji są przewlekłe dolegliwości bólowe.

Fibromialgia

Choroba, w której szczególnie widać związek pomiędzy zaburzeniami nastroju a bólem jest fibromialgia. Nie ma w pełni jasności, czy jest to schorzenie reumatologiczne (czasem używa się dość powszechnego określenia – reumatyzm) czy też maskowana postać depresji. Pacjent skarży się na wiele dolegliwości bólowych. Ból zwykle ma charakter uogólniony (ale może też być ograniczony do jakiejś okolicy ciała). Często zaczyna się w okolicy krzyowej, skąd promieniuje wzdłuż kręgosłupa do karku, barków, łokci i rąk, bioder, a potem do kolan i stóp. Dolegliwości mogą także objąć klatką piersiową, a nawet szczęki. Bolą mięśnie, a także ścięgna i więzadła. Ból jest przewlekły, może być głęboki i rozlany. Może mieć również charakter pulsujący, świdrujący, bądź kłujący. Bywa tak, że pacjenci czują jakby wykręcało im mięśnie. Czasem skarżą się na bóle strzelające. Ból prowadzi do napięcia mięśni, co z kolei powoduje, że odczucia są jeszcze silniejsze i pojawia się błędne koło...

Charakterystyczne dla fibromialgii jest także występowanie tak zwanych punktów tkliwych. Jest ich kilkanaście, występują w różnych częściach ciała. Oprócz bólów w mięśniach chorzy skarżą się na ogólne zmęczenie, niechęć do działania, pogorszenie nastroju, lęk, znaczące problemy ze snem. Częste są objawy żołądkowo-jelitowe – biegunki, zaparcia. Wraz z rozwojem choroby następuje ograniczenie samodzielności. Obniża się odporność – co i rusz dopada jakiaś infekcja...

Nie znamy w pełni przyczyn powstawania tej choroby, ale wiadomo, że jej pojawieniu sprzyja nagromadzenie się trosk i kłopotów życiowych (choroby i urazy, problemy rodzinne i osobiste, rozstanie z bliskimi, zła sytuacja finansowa, trudności w pracy – mobbing, utrata pozycji społecznej itp.). Im więcej tego typu trosk tym lepsze warunki dla rozwoju fibromialgii. Pacjenci są częstymi gośćmi u różnych specjalistów (reumatologów, ortopedów, neurologów), lecz badania nie wykazują szczególnych odchyleń od normy.

To z kolei rodzi coraz większą frustrację i zniechęcenie. Pacjenci coraz częściej sięgają po leki przeciwbólowe i nasenne. Z czasem bywa, że uzależniają się od nich. Lecz pomimo wielu znaków zapytania dotyczących tej choroby i dyskusji czy jest to schorzenie reumatologiczne, depresja maskowana, rodzaj nerwicy, czy też reumatyzm psychogenny – to i tak faktem pozostaje, że skutecznym środkiem w leczeniu tej choroby są leki przeciwdepresyjne.

Jeśli...

- rano wstajesz wyczerpany/a, zesztywniały/a i obolały/a,
- boli Cię całe ciało, również w ciągu dnia,
- jesteś ciągle zmęczony/a, niewyspany/a i przygnębiony/a,
- badania u lekarzy nie wyjaśniają niczego to...

Możesz chorować na fibromialgię.

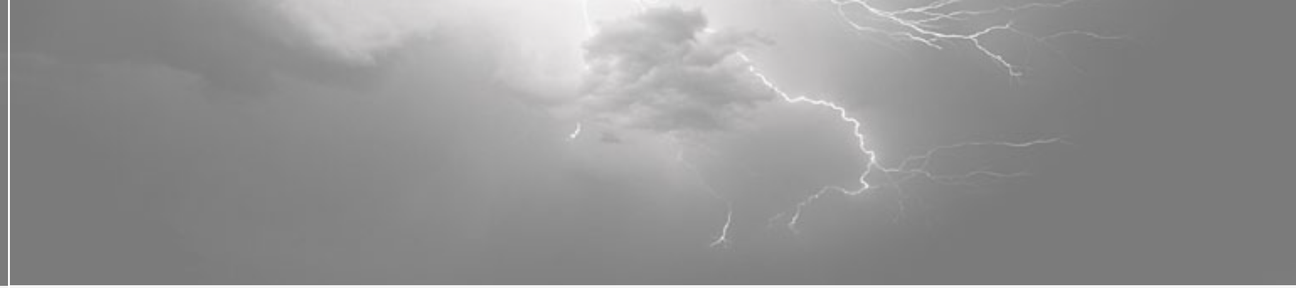
Konsekwencje nie rozpoznania depresji maskowanej

Pacjenci z depresją maskowaną są zwykle leczeni jak chorzy somatycznie, wykonuje się u nich liczne, często kosztowne badania, z których nic nie wynika. Pojawiają się kolejne koncepcje pod tytułem: *jaka to choroba?*, aż wreszcie dochodzi do zniecierpliwienia zarówno wśród lekarzy jak i pacjentów. A jeśli są trudności w diagnozie to mogą być i błędy w terapii. Pacjenci zwykle uzyskują pomoc tylko objawową – otrzymują leki przeciwbólowe, nasercowe, czy uspokajająco-nasenne. A od leków przeciwbólowych i uspokajająco-nasennych można się uzależnić. I wówczas zamiast jednego problemu mamy dwa.

Warto w tym miejscu podkreślić, że w przeciwieństwie do leków nasennych, uspokajających czy przeciwbólowych leki przeciwdepresyjne nie uzależniają.

Oczywistym jest, że w przypadku, kiedy objawy depresji są kamuflowane dolegliwościami bólowymi prawidłowe rozpoznanie nastręcza znacznych trudności. Ale warto pamiętać, że w miarę zwiększania się liczby skarg na dolegliwości fizyczne rośnie prawdopodobieństwo występowania zaburzeń nastroju. O tym powinien wiedzieć nie tylko lekarz, ale także potencjalny jego pacjent. I nie martwić się, ani nie złościć, kiedy okaże się, że wskazana jest konsultacja u psychiatry.

(...) wtedy pierwszy raz usłyszałam od ortopedy, że może jednak przyczyny mojego samopoczucia należałoby szukać zupełnie gdzie indziej. Razem z moim rehabilitantem, zasugerowali wizytę u psychiatry. Początkowo byłam na nich zła. Dlaczego mam leczyć głowę, kiedy boli mnie ciało?! Sądziłam, że widzą we mnie hipochondryczkę i chcą się pozbyć kłopotu. Długo zwlekałam z wizytą u psychiatry, ale z dnia na dzień ubywało mi sił i może właśnie ta niemoc i poczucie bezsilności sprawiły, że postanowiłam spróbować. Poszłam... Spodziewałam się, że psychiatra odeśle mnie z powrotem do ortopedy, bo przecież bolało mnie ciało, a nie dusza. Długo ze mną rozmawiał. Dokładnie wypytywał o moje bólowe dolegliwości, obejrzał wyniki badań. Pytał o przeszłość, życie osobiste, rodzinne, moją pracę, a raczej jej brak. Na koniec postawił diagnozę: DEPRESJA... (...)



Konsultacja u psychiatry?
Jeśli istnieją uporczywe objawy bólowe, a badania nie wykazują odchyleń od normy, może to oznaczać, że nasza psychika poprzez ciało sygnalizuje nam jakieś problemy emocjonalne.

Psychiatra może zalecić leki przeciwdepresyjne
Leki przeciwdepresyjne są najważniejszym orężem w walce z tą chorobą. Może się również zdarzyć, że lekarz zaleci pracę z psychoterapeutą, który zajmie się problemami emocjonalnymi pacjenta. Może się zdarzyć, że psychoterapia będzie możliwa dopiero w następnym etapie leczenia, kiedy leki poprawią funkcjonowanie chorego.
Od dawna wiadomo, że wiele leków przeciwdepresyjnych ma również działanie przeciwbólowe. Zwłaszcza te, które wykazują tak zwany podwójny mechanizm działania (noradrenergiczno-serotoninergiczny). Noradrenalina i serotonina są to neuroprzekaźniki (substancje umożliwiające kontakt pomiędzy komórkami mózgowymi), które mają znaczenie w związku z odczuwaniem zarówno depresji jak i bólu.

Bezpieczeństwo leków przeciwdepresyjnych
Leki przeciwdepresyjne nie uzależniają, są coraz bezpieczniejsze i lepiej tolerowane. A zwykle jest tak, że pierwszym krokiem w leczeniu pacjenta uzależnionego od leków przeciwbólowych czy uspokajająco-nasennych jest właśnie włączenie leku przeciwdepresyjnego. I tym samym osiągamy podwójny skutek – leczymy depresję, zmniejszamy ból i powoli przymierzamy się do odstawienia leku, od którego pacjent jest uzależniony.

Skuteczność leczenia
Należy pamiętać, że depresja jest chorobą, którą należy leczyć. Czekanie aż sama przejdzie może mieć poważne konsekwencje – najpoważniejszą jest samobójstwo. I w tym znaczeniu depresja jest chorobą śmiertelną. Trzeba też dodać, że przewlekłe dolegliwości bólowe ryzyko samobójstwa nasilają.

Ale każdą depresję można wyleczyć. Trzeba tylko podjąć leczenie i nie zniechęcać się, jeśli terapia będzie długotrwała.

(...) stopniowo następowała poprawa mojego samopoczucia. Zauważyłam, że nie tylko ustąpił ból, ale także zaczęłam inaczej patrzeć na swoje życie. Postanowiłam skończyć kurs księgowości i podjąć pracę. Poprawiły mi się relacje z ludźmi. Zaczęłam znów szukać ich towarzystwa(...)

Nadal chodzę do psychiatry. Raz na kwartał. Przyjmuję jeszcze leki przeciwdepresyjne i będę to robić tak długo, jak każe mi lekarz. Ale nareszcie czuję się zdrowa i szczęśliwa. I nic mnie nie boli.

Anna

www.depresja.org