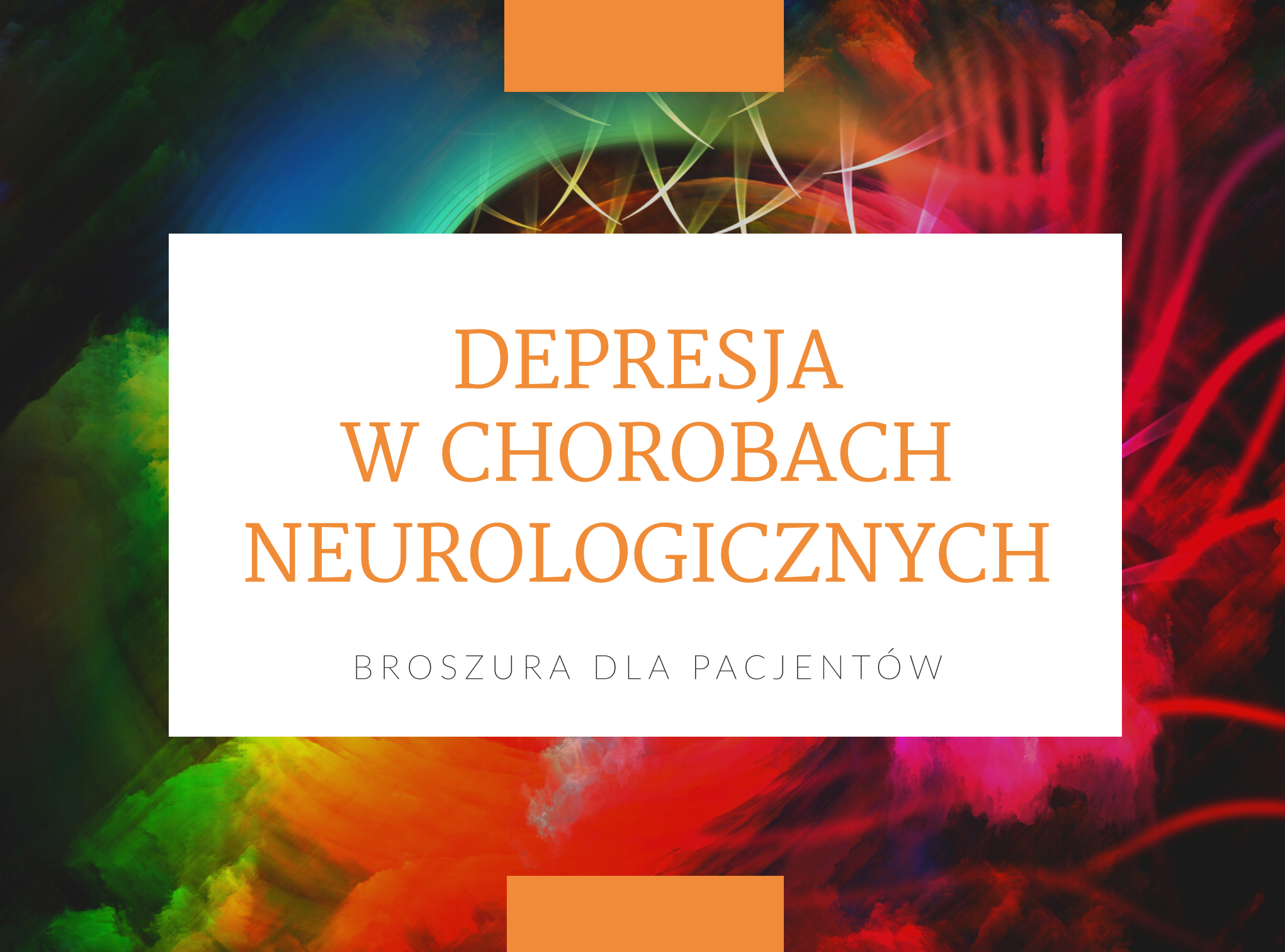




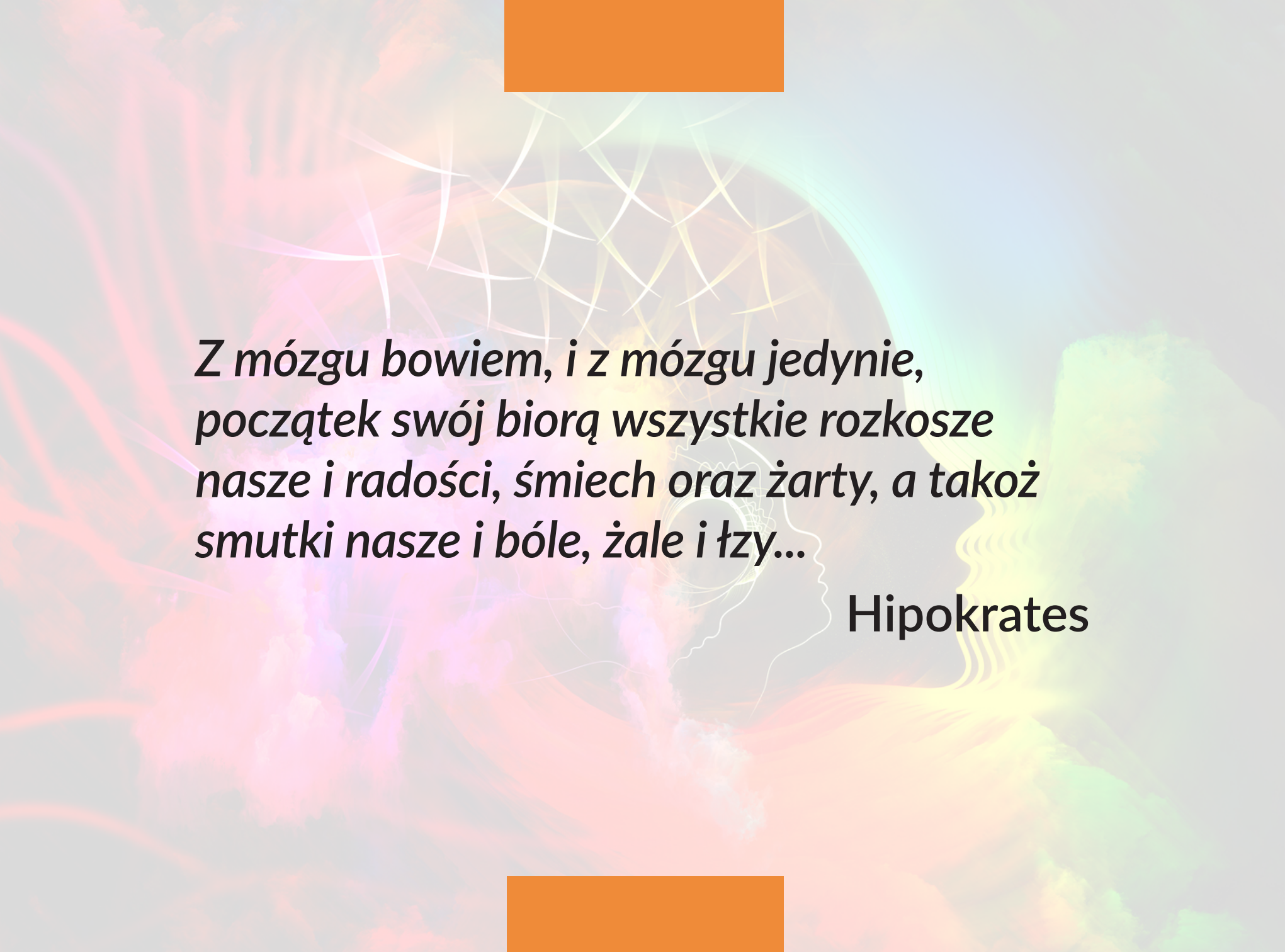
DEPRESJA W CHOROBACH NEUROLOGICZNYCH

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



*Z mózgu bowiem, i z mózgu jedynie,
początek swój biorą wszystkie rozkosze
nasze i radości, śmiech oraz żarty, a także
smutki nasze i bóle, żale i łzy...*

Hipokrates

DEPRESJA W CHOROBACH NEUROLOGICZNYCH

DEPRESJA

Nie ma człowieka, który nie wie co to oznacza być smutnym. To uczucie jest nam wszystkim znane. Ale być smutnym nie oznacza chorować na depresję. Smutek depresyjny jest bardziej długotrwały niż zwyczajna „chandra”. Smutek depresyjny jest chorobowy, bo depresja jest chorobą. Tak jak chorobami są: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, grypa czy zawał serca. Cierpieli na nią starożytni, cierpią i współcześni. Może dotknąć każdego – sławnego i bogatego oraz biednego inikomu nieznanego. Niezależnie od przyczyny, w depresji cierpi nasz umysł i nasze emocje, często też cierpi nasze ciało. Nad depresją nie da się zapanować tak, jak nie da się zapanować nad gorączką, bóle mięśni, biegunką, czy wzrostem ciśnienia. Bo nad objawami depresji nie ma kontroli. Obecnie uważa się, że na zaburzenia depresyjne w skali roku cierpi około 10% populacji dorosłych i odsetek ten wzrasta.

PRZYCZYNY DEPRESJI

Depresja może się pojawić u każdego z nas. Najbardziej zrozumiałą przyczyną są problemy życiowe, bo kto ich nie ma, różne urazy, których doświadczamy, śmierć czy odejście bliskiej

osoby, utrata pracy, majątku, stresujące wydarzenia, kłopoty w pracy, w domu. Depresja może się pojawić kiedy choruje ciało, w tym również mózg. Im cięższa choroba i im dłużej trwa, tym większe ryzyko, że pojawi się depresja. I nie tylko dlatego, że każda choroba jest stresem, wiele chorób naszego ciała bezpośrednio wpływa na pracę naszego mózgu. Najbardziej oczywiście choroby samego mózgu. Ale również choroby układu krążenia, nowotwory, zaburzenia hormonalne. Zdarza się, że depresja pojawia się nie wiadomo skąd, u osoby „młodej, pięknej i bogatej”. Taka depresja nazywa się endogenną. Nie wiemy do końca jaka jest przyczyna tego rodzaju depresji.

ROZPOZNANIE DEPRESJI

Depresja ma wiele objawów. Typowe są, oprócz smutku i apatii, brak radości życia (nic nie cieszy), brak aktywności, utrata zainteresowań, niechęć do spotkania się z ludźmi. Także objawy fizyczne – zaparcia, suchość wustach, zmęczenie, zmniejszenie ochoty na seks, bóle głowy, karku i pleców. Często jest bezsenność. Objawy te nie przemijają w ciągu godziny czy dnia. Gdy utrzymują się ponad dwa tygodnie należy podejrzewać depresję. Wielu pacjentów cierpi nawet miesiącami zanim zgłoszą się do lekarza.

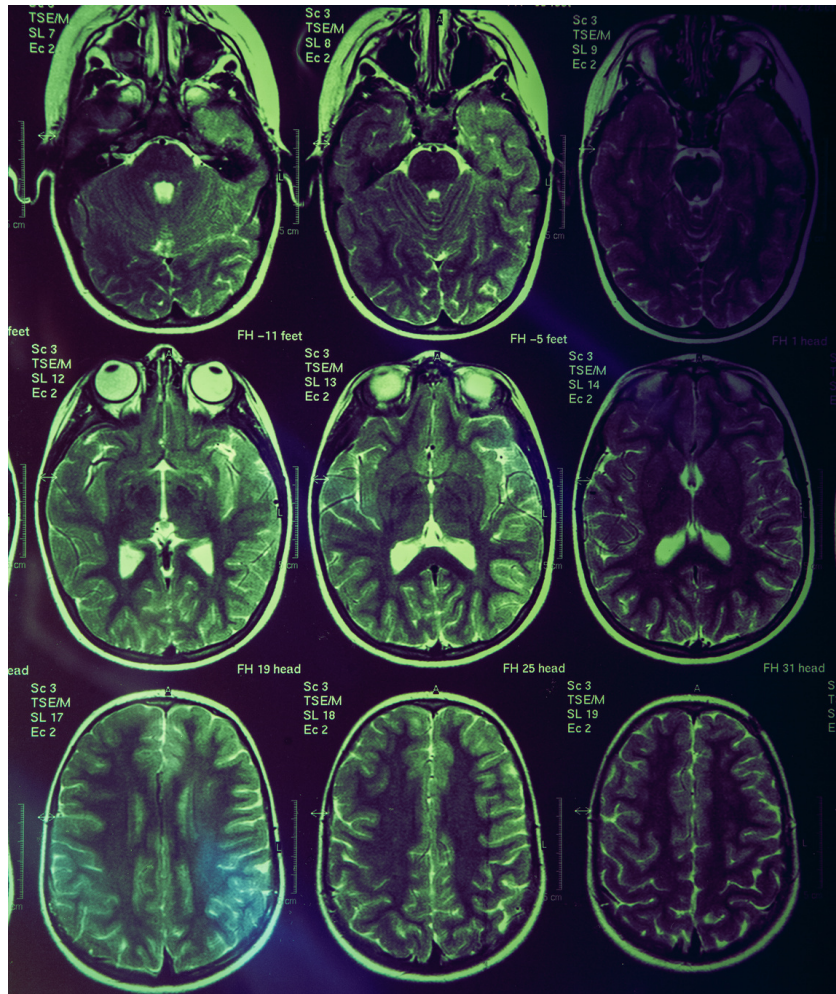
DEPRESJA W CHOROBAH NEUROLOGICZNYCH

POCZĄTEK DEPRESJI

Zwykle smutek pojawia się „po cichutku”, nasila powoli, przestaje się chcieć pracować, chodzić do kina, rozmawiać, kochać, opiekować się rodziną, czytać ukochane książki, grać w piłkę czy karty. Z każdym dniem jest co-raz ciężiej. Ale zdarza się tak, że smutek czy apatia pojawi się nagle, niemal z dnia na dzień. Początek może też być zupełnie inny – wiele osób cierpiących na depresję może nie zdawać sobie zupełnie sprawy z faktu, że zaczęła się choroba. Objawy mogą rozwijać się podstępnie, powoli. Nie zawsze są typowe, nie zawsze początek wiąże się z przeżywaniem smutku. Depresja może się rozpocząć zmęczeniem, kłopotami ze snem, bólami głowy, co w połączeniu z przepracowaniem może dla niektórych osób wydawać się naturalne. Nie podejrzewają, że zaczyna się choroba, a jeśli już, to że raczej jakaś somatyczna. Dopiero potem mogą pojawić się bardziej charakterystyczne objawy. Bywa też, że depresja bardziej manifestuje się objawami fizycznymi.



DEPRESJA W CHOROBAH NEUROLOGICZNYCH



DEPRESJA W CHOROBAH MÓZGU (ORODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO)

W czasach starożytnych, gdy królowały poglądy teologiczno-metafizyczne, snuto różne nadprzyrodzone spekulacje na temat genezy wszelkich chorób. Hipokrates, jak przystało na ojca medycyny, próbował kierować się zdrowym rozsądkiem i wdawał się w częste dyskusje, aby udowodnić, że sił nadprzyrodzonych nie ma co tu mieszać. O padaczkę, którą nazywano wówczas „świętą chorobą” (morbus sacer), mówił, że nie jest bardziej święta aniżeli inne choroby, a przypisywanie jej bogom świadczy tylko o nieudolności lekarzy, znachorów czy czarowników. „Jeśli otworzycie głowę – mówił Hipokrates – znajdziecie w niej mózg pełen wilgoci i brzydkiego zapachu; możecie się w ten sposób przekonać, że nie Bóg, lecz choroba uszkadza ciało”. W ten sposób sprowadził całą medycynę, w tym również psychiatrię, na właściwe tory badań przyrodniczych. Dociekania naukowe czasów nowożytnych, a zwłaszcza rozwój nowoczesnych metod diagnostycznych pozwoliły obalić kolejne mgliste koncepcje dotyczące wielu zaburzeń psychicznych. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w chorobach ośrodkowego układu nerwowego jest wysokie. Najczęstszym powikłaniem są stany depresyjne. Przyczyny tego faktu są złożone. Podział na przyczyny endogenne (czyli

DEPRESJA W CHOROBACH NEUROLOGICZNYCH

wewnętrzne, nie do końca wiadomo skąd pochodzące), reaktywne (związane ze stresem i problemami życiowymi) i organiczne (związane z obecnością różnych chorób ciała i mózgu) wynika z przekonania, że pojawienie się depresji jest związane z czynnikami genetycznymi, środowiskowymi, stresem lub zmianami w mózgu. Kolejne odkrycia w medycynie sprawiają, że taki podział staje się coraz bardziej płynny. Dzięki badaniom tomograficznym oraz rezonansu magnetycznego u pacjentów z depresją wykazano pewne zmiany w tkance mózgowej. Ale depresja jest także reakcją na chorobę, na wypadnięcie z ról rodzinnych i społecznych, obniżenie statusu zawodowego, niemożność zarabiania pieniędzy, na niesprawność ruchową i co za tym idzie konieczność opieki innych osób. Podobnie jak w przypadku innych schorzeń (choroby serca, narządów ruchu, nowotwory, zaburzenia hormonalne) im cięższy przebieg choroby głównej, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń nastroju. Wiele osób uznaje wystąpienie objawów depresji za uzasadnione przy nasileniu objawów neurologicznych. Pojawienie się zmian organicznych w mózgu w związku z infekcją, urazem czy guzem potrafi wyzwolić depresję lub pogorszyć dotychczasowy jej przebieg. Żeby jeszcze bardziej zagmatwać sprawę – może się zdarzyć, że wszystkie do-mniemane przyczyny depresji się nałożą: choroba mózgu, stres z nią związany (albo niezależne

życiowe poważne zdarzenie) oraz czynniki endogenne (te wewnętrzne, nie do końca poznane). Do tego możemy dołożyć kwestie związane z braniem leków – niektóre leki stosowane w leczeniu różnych chorób mogą mieć działanie depresyjne. Pojawia się galimatias, w którym nawet „tęgie głowy” mogą się pogubić. Oprócz nowoczesnych metod diagnostycznych nadal naj-ważniejsza jest rozmowa z pacjentem i rodziną. Należy koniecznie zwrócić uwagę na wszystkie czynniki mogące mieć wpływ na dysfunkcję mózgu – urazy okołoporodowe, opóźnienie w rozwoju w dzieciństwie, urazy głowy (również te niewielkie, ale regularne u osób uprawiających sporty walki, zwłaszcza boks), nadużywanie alkoholu, innych środków odurzających (zwłaszcza lotnych rozpuszczalników, które mogą dokonać znacznego spustoszenia w mózgu), obecność zaburzeń pamięci, zmiany „w charakterze”. Zaburzenia psychiczne związane z organicznymi zmianami w mózgu (ośrodkowym układzie nerwowym) charakteryzują się zazwyczaj nagłym początkiem, pojawieniem się zmian charakteru osób już dojrzałych lub zaostreniem cech charakteru już istniejących, narastaniem objawów otępiennych (zaburzenia pamięci i koncentracji) oraz występowaniem zaburzeń przytomności. Depresja może pojawić się niemalże w każdym schorzeniu ośrodkowego układu nerwowego. Poniżej przedstawiono najczęstsze organiczne przyczyny zaburzeń depresyjnych.

DEPRESJA W CHOROBACH NEUROLOGICZNYCH

PADACZKA, STANY POURAZOWE

Podstawowymi objawami depresji są obniżenie nastroju i napędu, zaburzenia rytmów biologicznych (bezsenność lub senność nadmierna, wahania samopoczucia w ciągu dnia – zwykle pacjenci rano czują się gorzej) oraz objawy somatyczne (zaparcia, suchość w ustach, bóle głowy, chudnięcie) a także lęk (zazwyczaj o niewielkim nasileniu ale stały, o typie przewlekłego napięcia, oczekiwania, że „coś się stanie”). **W depresjach, które występują u chorych z organicznym uszkodzeniem mózgu obraz choroby wykazuje pewną nietypowość.** W zasadzie można wyodrębnić dwie zasadnicze postaci: jedna z nich to przewlekły stan depresyjny o niezbyt nasilonym przebiegu, z niewielkim lękiem, martwieniem się, hipochondrią oraz zaburzeniami snu; druga – to depresja z silnym lękiem i niepokojem, urojeniami (fałszywymi sądami) depresyjnymi (hipochondrycznymi, katastroficznymi, nihilistycznymi – pacjenci są przekonani, że chorują na jakieś ciężkie choroby, że świat i całą rodzinę za chwilę czeka katastrofa, że ich ciało się rozpada, przewód pokarmowy nie istnieje itp.) oraz skłonnościami samobójczymi. Wspólną cechą zaburzeń depresyjnych w chorobach ośrodkowego układu nerwowego jest uporczywość objawów (zazwyczaj przewlekły przebieg), trudności diagnostyczne, a także mniejsza skuteczność leczenia przeciwdepresyjnego.

OTĘPIENIE

Wiele schorzeń neurologicznych pojawia się w drugiej połowie życia, czy wręcz w okresie „trzeciego wieku”. Wiek jest również czynnikiem ryzyka w występowaniu stanów depresyjnych. W wieku podeszłym obserwuje się ogólnie gorsze funkcjonowanie organizmu, częstsze chodzenie „po lekarzach”, co owocuje przyjmowaniem wielu różnych leków, które mogą mieć wpływ na samopoczucie. Z wiekiem mogą pojawić się łagodne zaburzenia procesów poznawczych (pamięć i koncentracja). Zaburzenia procesów poznawczych są także objawem depresji. Choroby zwyrodnieniowe mózgu prowadzą do globalnego otępienia, a zacząć się mogą stanami depresyjnymi. Otępienie jest stanem, w którym zaburzone są takie funkcje, jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język i ocena. Najczęstszą przyczyną otępienia jest choroba Alzheimera, następnie inne choroby zwyrodnieniowe mózgu, miażdżyca, uzależnienie od alkoholu, AIDS, kiła. U wielu pacjentów objawy depresji poprzedzają wystąpienie objawów otępienia.

DEPRESJA W CHOROBAH NEUROLOGICZNYCH

PROCESY ZWYRODNIENIOWO-ZANIKOWE MÓZGU

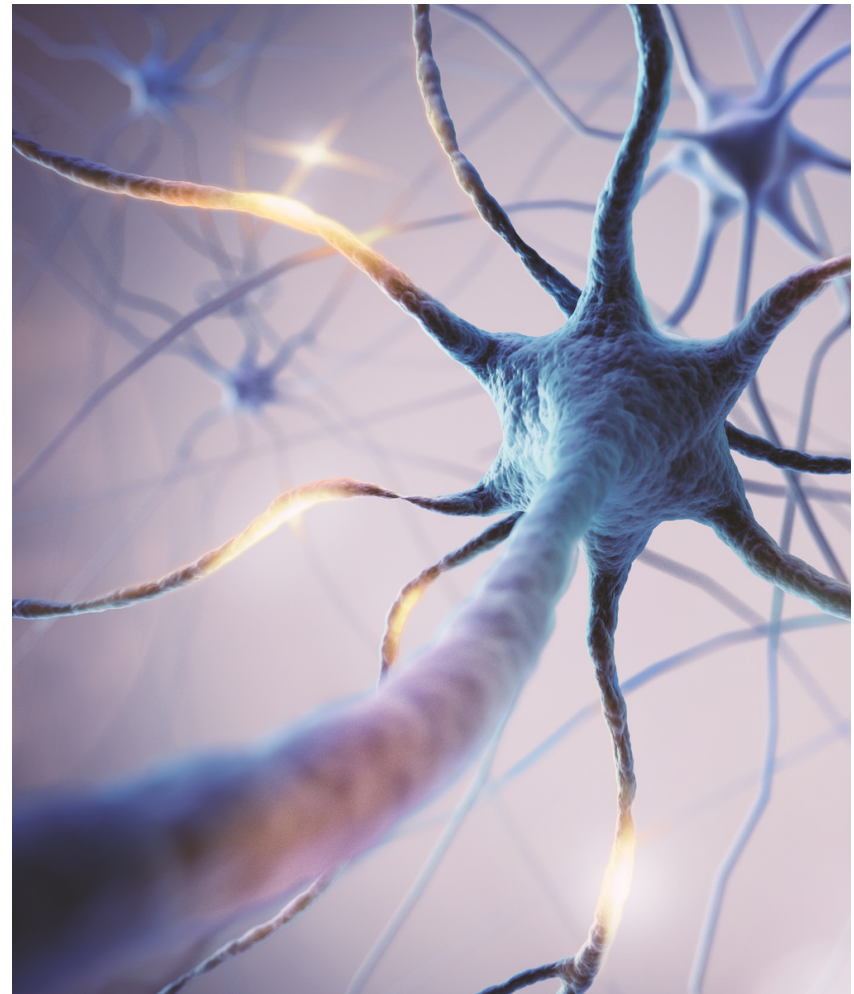
- Choroba Alzheimera
- Płasawica Huntingtona
- Zwyródnienie wątrobowo-soczewkowe
- Stwardnienie rozsiane

GUZY MÓZGU, CHOROBY NACZYNIOWE MÓZGU

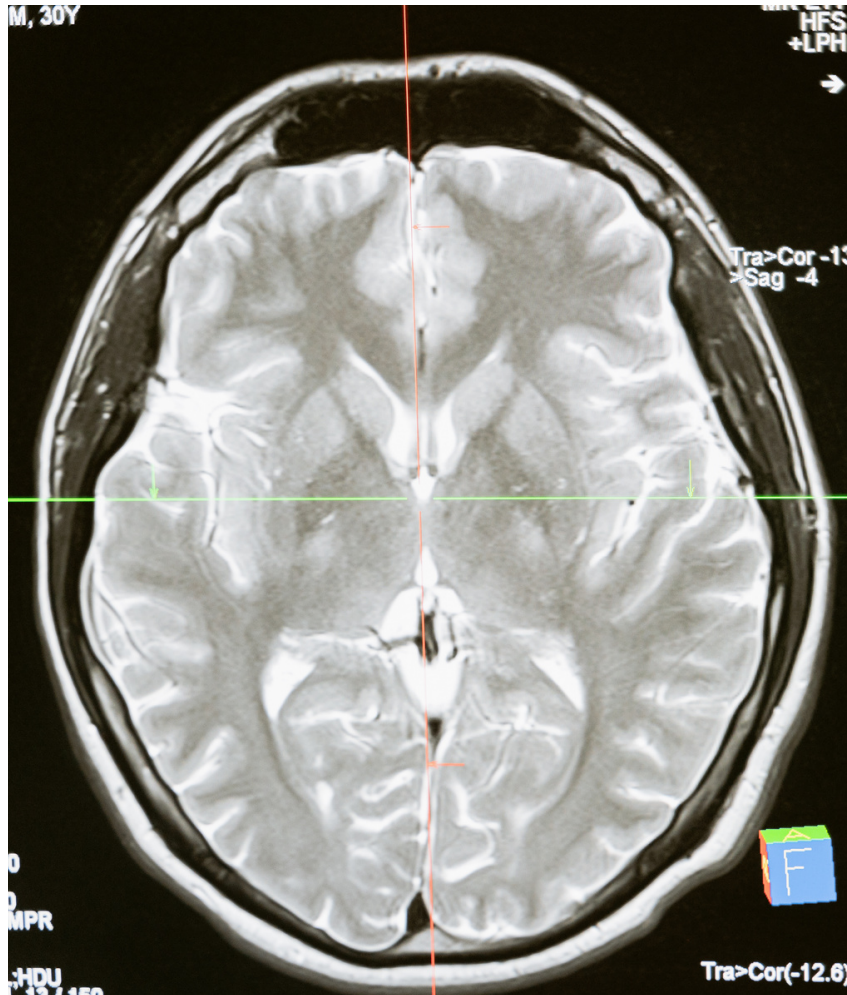
- Miażdżyca naczyń mózgowych
- Niewydolność krążenia mózgowego
- Udary

ZWIĄZKI MIĘDZY OTĘPIENIEM I DEPRESJĄ SĄ NASTĘPUJĄCE:

- Depresja, która manifestuje się jako otępienie (tak zwane pseudootępienie nie ma obiektywnych cech zaburzeń pamięci).
- Otępienie, które błędnie rozpoznawane jest jako depresja.
- Otępienie współwystępujące z depresją.



DEPRESJA W CHOROBACH NEUROLOGICZNYCH



Badania wykazują, że u blisko 60% pacjentów z otępieniem wcześniej pojawiły się objawy depresyjne.

U ponad 30% pacjentów z otępieniem miażdżycowym obserwowano zaburzenia depresyjne. Dane dotyczące choroby Alzheimera również sięgają kilkudziesięciu procent.

Współwystępowanie objawów depresyjnych i otępiennych stanowi jeden z poważniejszych problemów w diagnostyce neuropsychiatrycznej i co za tym idzie – w terapii.

DEPRESJA W CHOROBACH NEUROLOGICZNYCH

UDAR MÓZGU

Depresja po udarze mózgu występuje u około 25-60% chorych. Częstość występowania depresji poudarowej może być zależna od czasu jaki upłynął od wystąpienia udaru. Czynnikiem sprawczym jest uszkodzenie mózgu, w wyniku którego dochodzi do zaburzeń funkcji po-znawczych (pamięć i koncentracja), ruchowych i emocjonalnych. Lokalizacja udaru prawdopodobnie nie ma wpływu na wystąpienie depresji. Bardzo istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia objawów depresyjnych są psychologiczne skutki udaru: niesprawność ruchowa i intelektualna, utrata pozycji zawodowej i społecznej, poczucie bycia ciężarem dla bliskich, izolacja. W depresji poudarowej obserwuje się spore nasilenie lęku. Trudności poznawcze typowe dla udaru mogą powodować problemy diagnostyczne stanów depresyjnych. Sama zaś depresja może mieć znaczący wpływ na proces rehabilitacji – niechęć do współpracy z lekarzami, psychologami i rehabilitantami.

CHOROBA PARKINSONA

Depresja występuje u około 40% chorych z chorobą Parkinsona. U połowy ma przebieg łagodny, a u połowy rozpoznaje się znaczne nasilenie objawów. Stany depresyjne pojawiają się zazwyczaj na początku lub w późnym stadium choroby.

W rozwijaniu się zaburzeń nastroju znaczenie ma zaburzenie neuroprzekątnictwa dopaminergicznego (dopamina jest jednym z neuroprzekazników umożliwiających prawidłowy kontakt między komórkami nerwowymi; zaburzenia w jej wydzielaniu obserwuje się zarówno w chorobie Parkinsona jak i w depresji), ale także reakcja na narastającą niesprawność ruchową i co za tym idzie wypadnięcie z ról społecznych i zawodowych. Mogą się pojawiać trudności diagnostyczne ze względu na typowe dla choroby Parkinsona – spowolnienie ruchowe i ubogą mimikę, które to objawy też mogą się pojawiać w depresji.

STWARDNIENIE ROZSIANE (SCLEROSIS MULTIPLEX)

Depresja pojawia się u około 40-50% pacjentów z rozpoznaniem sclerosis multiplex (SM). Czasem objawy depresji poprzedzają wystąpienie stwardnienia rozsianego. Oprócz uszkodzenia struktur mózgowych przez proces chorobowy, na pojawienie się zaburzeń nastroju może mieć wpływ leczenie kortykosteroidami i interferonem (lekami stosowanymi w leczeniu tej choroby, mogącymi działać depresjogennie) i, jak w przypadkach innych chorób, powodujących niesprawność

DEPRESJA W CHOROBACH NEUROLOGICZNYCH

– utratą pozycji zawodowej i społecznej. Duże jest ryzyko samobójstwa – pacjenci chorujący na SM z współwystępującą depresją 2 do 7 razy częściej popełniają samobójstwo aniżeli populacja ogólna. Niektóre leki przeciwdepresyjne, zwłaszcza te starszej generacji, oprócz wpływu na nastrój, mogą mieć korzystny wpływ na nietrzymanie moczu spowodowane zaburzeniem pracy zwieraczy pęcherza, częstym objawem w tej chorobie.

PLĄSAWICA HUNTINGTONA

Już dawno opisywano zaburzenia psychiczne współwystępujące z pląsawicą Huntingtona (zaburzenia schizotypowe, depresje, zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości, otępienie). Schorzenie to występuje dziedzicznie, a objawy depresyjne mogą pojawiać się wiele lat przed wystąpieniem pląsawicy. W trakcie trwania choroby depresja występuje u 40% pacjentów. Wysokie jest ryzyko samobójstwa, również u osób z rodziny, u których nie wystąpiły objawy pląsawicy.

PADACZKA

Objawy depresji występują u 20-50% chorych z padaczką. W obrazie klinicznym często można zaobserwować wysoki poziom lęku, wrogość, nadmierną drażliwość a także objawy

obsesyjne. Na przebieg depresji mają wpływ czynniki psychologiczno-społeczne, zwłaszcza niechęć środowiska. W naszym społeczeństwie słowo padaczka nadal wzbudza lęk – mała jest wiedza na temat tej choroby. W leczeniu depresji obok leków przeciwdepresyjnych stosuje się oddziaływania psychoterapeutyczne. Warto pamiętać, że niektóre leki przeciwdepresyjne powinny być stosowane z ostrożnością, gdyż mogą obniżać próg drgawkowy, czyli prowokować napady padaczkowe.

LECZENIE

Przede wszystkim należy leczyć schorzenie podstawowe. Czasem podawanie środków przeciwdepresyjnych może okazać się zbędne, depresja przemija w miarę zmniejszenia się objawów choroby. Niemniej u znaczącej części chorych zachodzi potrzeba takiego leczenia. Należy wówczas uwzględnić wszystkie przeciwwskazania oraz możliwość interakcji. Przede wszystkim stosuje się leki przeciwdepresyjne nowej generacji. Leki przeciwdepresyjne starszej generacji (leki trójpierścieniowe) są z reguły gorzej tolerowane, mają więcej działań niepożądanych i interakcji, niż leki nowsze i nie powinny być lekami pierwszego rzutu. Dawkowanie leku powinno być indywidualne, dostosowane do stanu somatycznego pacjenta. Należy pamiętać, że w skutek choroby mózgu

DEPRESJA W CHOROBAH NEUROLOGICZNYCH

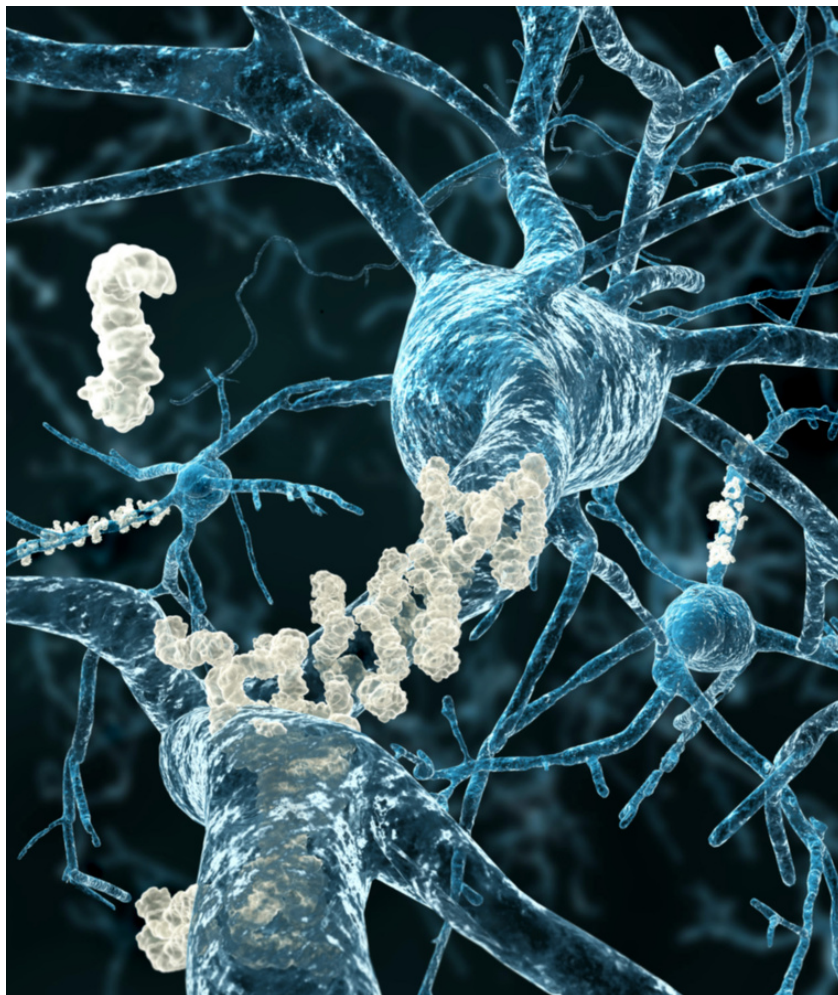
(i w konsekwencji zaburzeń neuroprzekąźnictwa) może się zmienić wrażliwość na leki przeciwdepresyjne. Może to spowodować mniejszą skuteczność, bądź złą tolerancję leku.

LEKARZE SPECJALISCI

Najlepiej na leczeniu depresji znają się lekarze psychiatry. Psychiatria jest taką samą specjalnością medyczną jak każda inna. Tak jak kardiolog zna się na sercu, tak psychiatra na psychice ludzkiej. Nie należy się wstydzić wizyty u psychiatry. Psychiatra dla osoby z depresją jest ważnym sojusznikiem. Jako wykwalifikowany specjalista może bardzo pomóc. I tak jak wszystkich lekarzy obowiązuje go tajemnica lekarska. O skuteczności postępowania wobec pacjentów z depresją i innymi chorobami decyduje sprawna współpraca między psychiatrami a lekarzami innych specjalności, a w przypadku chorób mózgu z neurologami. Od dawna twierdzi się, że depresja jest chorobą „interdyscyplinarną” i takie właśnie podejście do niej powinno być udziałem wszystkich lekarzy i służb medycznych.



DEPRESJA W CHOROBAH NEUROLOGICZNYCH



LECZENIE SPECJALISTYCZNE DEPRESJI

Podstawą jest leczenie farmakologiczne. Leki do leczenia depresji nazywają się lekami przeciwdepresyjnymi. W Polsce zarejestrowano ponad 20 leków przeciwdepresyjnych. Leki te mają podobną skuteczność, a różnią się między innymi tolerancją. Wiele leków przeciwdepresyjnych, obok działania przeciwdepresyjnego, ma też dobre działanie przeciwlękowe i poprawia sen. Leki przeciwdepresyjne nie uzależniają, nie powodują uszkodzenia mózgu, nie zmieniają osobowości. Ich działanie przeciwdepresyjne pojawia się powoli, zazwyczaj w ciągu 2 tygodni. Szybciej może się poprawić sen i zmniejszyć napięcie psychiczne i lęk. Leki przeciwdepresyjne starszej generacji są mniej przydatne w leczeniu depresji w przebiegu chorób OUN. Lekami z wyboru zazwyczaj są leki przeciwdepresyjne nowszej generacji. Są też inne metody leczenia. W lżejszych postaciach depresji skuteczną metodą może być psychoterapia. Nie ma wówczas konieczności podawania leków. W cięższych postaciach depresji psychoterapia również jest przydatna, jest wówczas zwykle metodą uzupełniającą leczenie farmakologiczne. Psychoterapia jest szczególnym rodzajem rozmowy terapeutycznej ukierunkowanej na problemy chorego, na jego chorobliwy sposób widzenia świata. Jej celem między innymi jest nauczanie życia

DEPRESJA W CHOROBAH NEUROLOGICZNYCH

z chorobą, mobilizowanie do aktywnego uczestnictwa w leczeniu i rehabilitacji. Psychoterapia może się też przyczynić do zmniejszenia ryzyka pojawienia się depresji u osób z chorobami neurologicznymi. Coraz częściej pomoc psychologiczna jest stałym elementem postępowania z przewlekłymi chorobami.

KONSEKWENCJE DEPRESJI NIELECZONEJ

Najpoważniejszą konsekwencją depresji jest samobójstwo. Większość pacjentów ma myśli samobójcze, ale nie każdy decyduje się na podjęcie próby samobójczej. Jeśli rodzina usłyszy lub zauważy jakieś znaki świadczące o tym, powinna próbować z chorym porozmawiać. Nie należy się bać, że rozmowa o samobójstwie spowoduje pacjenta do takiego czynu. Raczej przyniesie mu ulgę. Należy też jak najprędzej udać się do lekarza. Depresja ma znaczący wpływ na życie rodzinne, może naruszyć trwałość małżeństwa, utrudnia lub uniemożliwia funkcjonowanie zawodowe. Depresja, jeśli współistnieje z inną chorobą, pogarsza jej przebieg. Ma też negatywny wpływ na współpracę z lekarzami i rehabilitację.

UWAGI KOŃCOWE

Depresja jest najczęstszym zaburzeniem psychicznym występującym w chorobach mózgu. Oprócz uszkodzenia tkanki mózgowej w wystąpieniu depresji duże znaczenie mają czynniki psychologiczno-społeczne. Współwystępowanie depresji i choroby ośrodkowego układu nerwowego pogarsza rokowanie i znacznie obniża jakość życia chorego. Depresja, tak jak wszystkie inne choroby, powinna być leczona. Najbardziej kompetentnymi specjalistami w leczeniu depresji są lekarze psychiatrzy. W przypadku depresji współwystępującej z chorobami mózgu niezbędna jest współpraca psychiatry i neurologa. Do terapii depresji służą leki przeciwdepresyjne. Leki przeciwdepresyjne działają z pewnym opóźnieniem. Zazwyczaj są dobrze tolerowane, nie powodują uzależnienia. Leczenie depresji jest długotrwałe, przedwczesne przerwanie kuracji może spowodować nawrót objawów choroby.

I na koniec to co najważniejsze: depresję można wyleczyć.



www.depresja.org