

# Rola edukacyjna pielęgniarki w zakresie postępowania z chorym na depresję

## Educational role of a nurse in the course of treatment of people suffering from depression

KRYSZYNA KLIMASZEWSKA <sup>1/</sup>, IZA BONDARIK <sup>2/</sup>, HANNA ROLKA <sup>1/</sup>, ELŻBIETA KRAJEWSKA-KUŁAK <sup>1/</sup>, KRYSZYNA KOWALCZUK <sup>1/</sup>, BARBARA JANKOWIAK <sup>1/</sup>, DOROTA KONDZIOR <sup>1/</sup>, ANNA BARANOWSKA <sup>1/</sup>

<sup>1/</sup> Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku

<sup>2/</sup> Indywidualna praktyka pielęgniarska, Białystok

Depresja towarzyszy ludziom na całym świecie od bardzo dawna. Już w Starożytności wielcy myśliciele pisali o niej; Hipokrates określił ją bardzo prosto, jako smutek i przygnębienie i nazwał melancholią. Jest to oczywiście prawdą i najprzystępniej odzwierciedla samopoczucie w depresji. Do ustalenia przyczyn powstania depresji uczeni stworzyli kilka modeli i teorii powstawania tej choroby, natomiast do dnia dzisiejszego nie zdołano ustalić konkretnej przyczyny jej pojawiania się u poszczególnych osób.

Tak jak wiele jest symptomów depresji, tak samo dużo istnieje jej rodzajów. Każdy z nich jest najczęściej uzależniony od okoliczności, w jakich choroba pojawia się i z jakimi żywymi sytuacjami ma ścisły związek. Rodzaj depresji uzależniony jest od wieku chorego.

Ocenia się występowanie depresji na około 18% całej populacji; jest zaburzeniem nawracającym często i ma charakter przewlekły. Częściej zapadają na nią kobiety i osoby z ekstrawertywnymi cechami osobowości.

Przebieg depresji jest bardzo różny; u jednych jest on łagodny, u innych bardzo agresywny i cechuje się dużą nawrotowością. W głębszych depresjach najczęściej pojawia się ryzyko samobójstwa.

Pacjenci, jak również rodzina, wykazują bardzo duże braki w wiedzy dotyczącej jednostki chorobowej, sposobów postępowania i zapobiegania nawrotom choroby. Istotne znaczenie w terapii depresji ma rola pielęgniarki, która wspomaga leczenie tego zaburzenia. Planuje ona opiekę nad chorym w oparciu o proces pielęgnowania, który jako domena pielęgniarstwa przynosi świetne efekty i cechuje się wysokim profesjonalizmem działań pielęgniarstwa podjętych do jego realizowania.

**Słowa kluczowe:** depresja, edukacja, pielęgniarka, samoopieka

It is well known that depression accompanies people all over the world from long ago. Even in ancient times, great philosophers wrote about this problem, Hippocrates described it in a very simple way as sadness and dejection, and named it melancholy. This feeling is of course true, and perfectly reflects the way people feel when depressed. To establish the causes of depression scientists have created several models and theories of the illness development. Nevertheless, so far it has not been possible to establish a specific cause of depression in an individual person.

There are many symptoms of depression and as many kinds of the disease. Each of them is most often dependent on the circumstances in which the illness develops and what sort of life situations it is connected with. The kind of depression depends on the age of the patient.

It is estimated that 18% of the population suffer from depression which is a recurrent and chronic disorder. Those who more often fall ill with depression are women and people with extroverted personality traits.

The course of depression varies significantly, in some people it is mild, in others aggressive and recurrent. In deep depression there is a high risk of committing suicide.

Patients, as well as family members demonstrate severe deficiencies of knowledge concerning the illness, its treatment and prevention of recurrence. A significant role in the treatment of depression is played by a nurse who may support the therapeutic process. She develops a plan of care for a patient based on the nursing care process – an approach to nursing that has brought good effects and is characterized by professionalism of nursing activities.

**Key words:** depression, education, nurse, self-care

© Probl Hig Epidemiol 2007, 88(4): 408-416

www.phie.pl

Nadesłano: 12.10.2007

Zakwalifikowano do druku: 27.12.2007

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

Mgr Krystyna Klimaszewska

Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku

ul. M. Curie-Skłodowskiej 7a, 15-898 Białystok, tel. (085) 778 55 28

e-mail: krysiaklimaszewska@wp.pl

## Wstęp

Depresja – to choroba znana od tysięcy lat, natomiast nie zawsze jest rozumiana i akceptowana społecznie, w tym w Polsce. Mentalność wielu ludzi nie zawsze akceptuje w pełni tę dramatyczną często w swoich skutkach chorobę. Zespół depresyjny – to jednostka chorobowa, przez którą rozumieć należy nie-

domaganie całego organizmu. Wiadomo, że jest to niemoc nie tylko psychiczna, ale również fizyczna – czego dowodzą liczne badania naukowe [np. 1]. Nierzadko trudno jest zrozumieć człowieka cierpiącego na depresję, gdyż nie wygląda on na osobę chorą, nie jest obłożnie chory, nie posiada wyraźnych cech niepełnosprawności, natomiast depresja jest jedną z naj-

bardziej uciążliwych i przewlekłych chorób, której leczenie nie prowadzi do wyraźnej poprawy klinicznej i nie ma pewności wyzdrowienia. Nawrotowość tej choroby jest jedną z głównych przyczyn trudności w leczeniu i pomyślnym rokowaniu co do całkowitego wyzdrowienia.

Depresja może dotknąć każdego z nas, niezależnie od narodowości, rasy, płci, pochodzenia, wykształcenia, zawodu, wieku. Trudno jest podać konkretną przyczynę zachorowania u określonego pacjenta, nie ma jednoznacznego wytłumaczenia dla wystąpienia tego zespołu; nawet, kiedy z łatwością znajdujemy wiele czynników sprzyjających, a nawet jednoznacznych przyczyn, to zawsze pozostaje jakaś niewiadoma, co do określenia powodu zachorowania [1].

## 1. Objawy depresji

Najbardziej typowe objawy depresji to:

- **Nastroj depresyjny** – chorzy skarżą się na niemożność przeżywania przyjemnych doznań, odczuwają smutek, przygnębienie, żal, zniechęcenie, zobojętnienie, brak satysfakcji, itp. Innymi słowy nic ich nie cieszy. Negatywnie oceniają swoje dokonania z przeszłości, a w przyszłości, wskutek utraty nadziei, widzą tylko przykre perspektywy. W krańcowych przypadkach obniżenia nastroju chorzy samooskarżają się, przewidują rychłą śmierć z powodu urojonych ciężkich chorób lub kataklizmów. Najbardziej niebezpieczne są myśli i tendencje samobójcze.
- **Spowolnienie lub niepokój** – chorzy nie radzą sobie ze zwykłymi, codziennymi zajęciami; skarżą się na niewydolność intelektualną: spowolnienie myślenia, trudności w koncentracji i podejmowaniu decyzji, zmęczenie. Depresja może też przebiegać z niepokojem, zarówno psychicznym (napiecie, nieemożność odprężenia się, natłok nieprzyjemnych myśli), jak i motorycznym (nieemożność usiedzenia w miejscu, nerwowa ruchliwość).
- **Zaburzenia wegetatywne i somatyczne** – zaburzenia snu pod postacią jego spłycenia i zbyt wczesnego budzenia się, chory budzi się rano zmęczony; charakterystyczne jest, że chorzy czują się gorzej rano i lepiej wieczorem. W ciągu dnia dominuje uczucie zmęczenia, utraty sił i witalności. Wyrazem zaburzeń rytmów biologicznych u kobiet mogą być zaburzenia cyklu miesięczkowego. Najczęściej zgłaszane zaburzenia wegetatywne to: suchość w jamie ustnej, kołatanie serca, uczucie spłycenia oddechu, zaparcia i inne dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, zawroty i bóle głowy. Często występuje zmniejszenie popędu seksualnego oraz utrata apetytu i spadek masy ciała.

- **Lęk** występuje u 2/3 pacjentów cierpiących na depresję. Jest on zwykle wolnopłynący i często zlokalizowany w okolicy przedsercowej.

Diagnoza depresji jest – wbrew pozorom – łatwa, chociaż ze względu na wielopostaciowość choroby, nie ma żadnego jednego testu, który stwierdzałby obecność depresji. Wg DSM-IV<sup>1/</sup> do rozpoznania epizodu dużej depresji niezbędny jest co najmniej dwutygodniowy okres obniżonego nastroju lub też utraty zainteresowania wszystkimi niemal czynnościami i płynącym z nich przyjemnościami. Dodatkowo, w tym samym czasie, musi wystąpić pięć lub więcej spośród wymienionych niżej objawów:

- depresyjny nastrój przez większość części dnia
- zmniejszenie zainteresowań i zdolności do przeżywania przyjemności
- wyraźny wzrost lub spadek masy ciała
- bezsenność albo nadmierna senność
- pogorszenie panowania nad ruchami ciała
- wrażenie zmęczenia
- poczucie własnej bezwartościowości i winy
- spadek sprawności myślenia i koncentracji
- powracające myśli o śmierci i samobójstwie.

Są to symptomy dużej depresji, chociaż granica pomiędzy depresją dużą (endogenną) a przewlekłą depresją nerwicową (obecnie klasyfikowaną jako **dystymia**) jest często nieostra. Warunkiem rozpoznania dystymii (wg DSM-IV) jest depresyjny nastrój utrzymujący się przez większą część dni w ciągu co najmniej dwóch tygodni. Dodatkowo muszą wystąpić nie mniej niż dwa z następujących objawów:

- spadek lub wzmożony apetyt
- nadmierna senność lub bezsenność
- poczucie zmęczenia lub braku energii
- obniżone poczucie własnej wartości
- trudności ze skupieniem uwagi albo podejmowaniem decyzji
- poczucie beznadziejności

## 2. Rodzaje depresji

Istnieje bardzo wiele podziałów depresji i najprawdopodobniej wszystkie są jak najbardziej prawidłowe i dają logiczny obraz choroby. Otóż każdy z nich jest charakterystyczny dla indywidualnego przypadku klinicznego, to znaczy ściśle związany jest z objawami, przebiegiem, częstością nawracających symptomów i ich nasileniem. Dokonać należy także

<sup>1/</sup> DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) jest to system diagnozy nozologicznej Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Stanowi narzędzie dla lekarzy rodzinnych, psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów. Diagnosta korzysta z pięciu wymiarów, czyli osi. Służą one nie tylko klasyfikacji zaburzenia, ale także prognozie i planowaniu leczenia.

podziału rodzajów depresji ze względu na: wiek pacjenta, sytuację na skutek której choroba wystąpiła, wpływ czynników genetycznych, inne procesy chorobowe toczące się jednocześnie w organizmie [2].

Jest wiele rodzajów depresji, natomiast na potrzeby medycyny ustalono pewne określone rodzaje depresji; podzielono je na kilka grup zaburzeń nastroju.

**W klasyfikacji DSM-IV** wyodrębniono następujące grupy zaburzeń nastroju:

- a) Zaburzenia depresyjne, w tym:
  - duże zaburzenia depresyjne (nawracające zaburzenia afektywne, w których występują zespoły depresyjne o wyraźnym nasileniu klinicznym (*major depressive episode*))
  - zaburzenia dystymiczne (utrzymujące się długo zaburzenia nastroju w postaci stanów subdepresji)
- b) Zaburzenia dwubiegunowe:
  - nawracające zaburzenia afektywne, w których występują zespoły depresyjne i stany maniakalne (typ I zaburzeń dwubiegunowych)
  - depresje i stany hipomanii (typ II zaburzeń dwubiegunowych)
  - zaburzenia cyklotymiczne w postaci długo (lub stale) utrzymujących się wahań nastroju (subdepresja – hipomania)
- c) Zaburzenia afektywne związane z chorobami somatycznymi, schorzeniami organicznymi ośrodkowego układu nerwowego, uzależnieniami.

W DSM-IV sprecyzowano kryteria rozpoznawania zespołów depresyjnych typowych, zespołów maniakalnych oraz hipomaniakalnych.

**W klasyfikacji ICD-10**<sup>2/</sup> występuje szereg cech wspólnych z DSM-IV, jednak są różnice. Do podstawowych grup zaburzeń zaliczono:

- 1) zaburzenia afektywne dwubiegunowe
- 2) zaburzenia depresyjne nawracające
- 3) zaburzenia afektywne utrwalone w postaci zaburzeń cyklotymicznych i dystymicznych.

Wyodrębniono ponadto:

- 4) epizod maniakalny
- 5) epizod depresyjny [1].

Przedstawiony podział jest oczywiście stworzony ściśle na potrzeby kliniczne. Istnieje jeszcze inny podział, ze względu na sytuację w jakiej choroba się pojawia.

**Depresja endogenna (typowa)** – charakteryzuje się obniżeniem nastroju, osłabieniem procesów psy-

chicznych i ruchowych (zahamowanie psychoruchowe), objawami somatycznymi i zaburzeniami rytmów biologicznych oraz lękiem [3].

**Depresje poronne (subdepresje, depresje maskowane, depresja atypowa)** – termin ten jest stosowany w odniesieniu do takich zespołów depresyjnych, w których wszystkie objawy podstawowe i wtórne są mało nasilone (subdepresja), bądź zespołów, w których depresja jako objaw podstawowy nie występuje (albo jest trudna do rozpoznania), jej miejsce zaś zajmują inne objawy i cechy zespołu depresyjnego. Niekiedy jest to jedna grupa objawów (zaburzenia snu, bóle głowy, przewlekłe utrzymujący się lęk, natręctwa).

**Depresja maskowana** – tak określa się postać depresji, w której główne skargi dotyczą przeżywania smutku i przygnębienia, depresja jest „maskowana” przez inne objawy. Chorzy z tego typu depresją często mogą z powodu swoich dolegliwości zgłaszać się do lekarzy pierwszego kontaktu. Zgłaszane objawy to:

- uczucie zmęczenia, osłabienia fizycznego
- poczucie gorszego funkcjonowania psychicznego (osłabienia pamięci, kłopoty z koncentracją)
- dolegliwości bólowe, parastezje, pieczenie, drętwienie, nerwobóle
- zaburzenia snu lub nadmierna senność
- brak apetytu lub nadmierny apetyt
- zaburzenia somatyczne [2, 4].

## Dystymia

Dystymia najbardziej odpowiada dawnym określeniom depresji nerwicowej i charakterologicznej, ale jej zakres jest szerszy. Tak zwaną dystymię pierwotną należy odróżnić od przewlekłych objawów depresyjnych, które są bezpośrednią patofizjologiczną konsekwencją choroby somatycznej. Mówi się wówczas o organicznym zaburzeniu nastroju lub dystymii wtórnej, która może być wynikiem nadużywania substancji psychoaktywnych.

Główną cechą charakterystyczną dystymii jest długi (przynajmniej 2 lata, z reguły znacznie dłuższy – u 42% chorych powyżej 10 lat), prawie nieprzerwany przebieg (kilkudniowe, najwyżej kilkutygodniowe okresy remisji) [5].

Dystymia stanowi heterogenną grupę przewlekłych zaburzeń depresyjnych, a w jej patogenezie ważne są również czynniki biologiczne (w tym genetyczne), jak i psychologiczne [5].

## Depresja poporodowa

Dotyczy ona okresu pierwszych czterech tygodni po porodzie, niemniej jednak z uwagi na istotny udział czynników psychospołecznych w mechanizmie wywołującym omawiany rodzaj depresji, większość ba-

<sup>2/</sup> ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych jest jedną z popularniejszych klasyfikacji diagnoz klinicznych opracowaną przez Światową Organizację Zdrowia. Obecnie obowiązuje jej dziesiąta edycja, oznaczana skrótowo symbolem ICD-10.

daczy stosuje odmienną definicję tego okresu, zgodnie z nią okres ten trwa do sześciu miesięcy po porodzie. W tym czasie zachodzą bardzo szybkie zmiany hormonalne, które mogą zwiększać podatność na depresję. Występują wówczas następujące objawy:

- obniżenie nastroju
- zmniejszenie zainteresowań przez minimum dwa tygodnie
- zaobserwowanie utrudnienia w życiu, pracach domowych
- unikanie kontaktów nawet z najbliższymi osobami
- niezdolność do przestrzegania higieny osobistej
- niezdolność do opieki nad noworodkiem
- czasami nadużywanie substancji uzależniających, przy czym wcześniej nie miało to miejsca.

Depresja poporodowa powinna być różnicowana z tak zwanym zespołem *baby blues*, który występuje u większości matek i charakteryzuje się płaczliwością, smutkiem, drażliwością, nerwowością oraz zakłopotaniem. Największe nasilenie objawów występuje około 4-10 dnia po porodzie, ustępują one po 10 dniach, nie upośledzają zdolności matki do prawidłowego funkcjonowania i należytej opieki nad dzieckiem [6].

### Depresja u dzieci i młodzieży

Depresja pełnoobjawowa stanowi u młodzieży przyczynę znacznego pogorszenia samopoczucia, w tym dolegliwości fizycznych oraz upośledzenia sprawności poznawczej, pogorszenia relacji międzyludzkich i wyników w nauce.

Do wiodących objawów zaliczyć należy:

- zwiększoną potrzebę snu
- ospałość
- znaczny przyrost masy ciała
- spowolnienie ruchowe
- smutek lub rozdrażnienie
- zaburzenia łaknienia
- upośledzenie koncentracji
- poczucie winy lub niskiej wartości
- próby samobójcze w skrajnych przypadkach.

Depresji wśród młodzieży mogą towarzyszyć również: napady paniki, choroba natręctw, zaburzenia odżywiania, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia opozycyjno-buntownicze, trudności w nauce, zaburzenia aktywności i uwagi. Czytniacz próby rozpoznawania depresji u nastolatków należy brać pod uwagę współistnienie chorób somatycznych, które mogą dawać rzekomy obraz depresji, np. mononukleozę, utajoną niedoczynność tarczycy, niedobory żywieniowe (zwłaszcza niedobór żelaza), niedokrwistość, przewlekła choroba układowa, niewydolność nerek, przewlekłe zapalenie oskrzeli, przewlekłe zespoły bólowe o różnej etiologii [7].

Obok wspomnianych wyżej podstawowych rodzajów depresji, należy również wspomnieć o występowaniu tego schorzenia w przebiegu różnych chorób somatycznych – tym bardziej, że dzisiejsza medycyna podchodzi się do pacjenta holistycznie. Dlatego ze względu na choroby somatyczne możemy wyróżnić następujące rodzaje depresji:

### Depresje naczyniowe, depresja poudarowa

Depresja ta jest częstym schorzeniem występującym u pacjentów z chorobami naczyniowymi, takimi jak: nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, cukrzyca i otępienie naczyniopochodne. Często występowanie depresji odnotowano również u pacjentów po udarze mózgu – u około 30–50% [8]. W badaniu klinicznym u pacjentów po przebytych udarach trudno jest odróżnić niektóre objawy depresji od objawów uszkodzenia płótów czołowych. Analiza funkcjonowania chorych po udarze, u których występowała depresja, zarówno mała, jak i duża, wykazywała, że u chorych z depresją występuje większe upośledzenie aktywności fizycznej i większe zaburzenia językowe [9].

Zespół depresyjny, obok deficytu ruchowego oraz zaburzeń funkcji poznawczych, jest jednym z najpoważniejszych powikłań występujących u chorych po udarze mózgu, zarówno niedokrwinnym, jak i krwotocznym. Do objawów osiowych należą:

- obniżony nastrój
- zwolnienie czynności psychicznych
- zmniejszenie napędu psychomotorycznego
- objawy lęku o znacznym nasileniu
- reakcje o charakterze katastroficznym.

Depresji poudarowej towarzyszą także objawy deficytu neurologicznego, jak: afazja, objawy piramidowe oraz pozapiramidowe. Czas trwania depresji w tych przypadkach wynosi średnio 7-9 miesięcy, ma ona jednak u niektórych chorych tendencję do przewlekania się, nawet do 2-3 lat [8, 9, 10, 11, 12].

### Depresja u pacjentów dializowanych

Częstość występowania zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów dializowanych jest kilkakrotnie wyższa, niż w populacji ogólnej. W przypadku tej grupy chorych depresja często staje się sposobem na życie, formą ucieczki. Do głównych jej objawów zaliczamy:

- obniżenie napędu/aktywności
- zamartwianie się o przyszłość
- lęk
- zaburzenia snu
- obniżenie popędu seksualnego
- uczucie zmęczenia i zniechęcenia
- „bierne samobójstwo” – nieprzestrzeganie reżi-

mu związanego z podażą płynów, dietą, niestosowanie zapisywanych leków.

Te objawy, które zwykle występują w depresji, nabierają szczególnego znaczenia, na przykład: utrata apetytu może prowadzić do szybkiego wystąpienia powikłań metabolicznych, spadek napędu może prowadzić do zaniedbań w samodzielnie prowadzonych procedurach (szczególnie jest to ważne u pacjentów dializowanych otrzewnowo), a w skrajnym wypadku prowadzić do zaniechania dializ [13, 14].

### Depresja w chorobie niedokrwiennej serca

Choroba niedokrwienne serca wpływa niekorzystnie na funkcjonowanie psychospołeczne pacjenta, jego samoocenę i odbierana jest przez niego jako zagrożenie. Szczególnie silnym, trudnym do opanowania czynnikiem stresogennym, jest zawał serca. Ryzyko wystąpienia po nim dużej depresji można ocenić na około 16%. Współwystępowanie depresji zwiększa liczbę poważnych powikłań, co niekorzystnie wpływa na przebieg choroby niedokrwiennej serca, natomiast po przebytym zawale serca wyraźnie pogarsza rokowanie – zwiększa śmiertelność. Pacjenci z chorobą niedokrwinną serca i współistniejącą depresją wykazują większe zaburzenia kontroli autonomicznej serca; stwierdzono u nich częstsze występowanie częstoskurczu komorowego, cechuje ich szybsza akcja serca [15].

### Depresja farmakogenna

Niektóre leki poprzez swoje specyficzne działanie mogą wyzwać lub indukować zespoły depresyjne. Mówimy wówczas o tak zwanej depresji farmakogennej. Istnieje długa lista leków, które miałyby wykazywać działanie depresyjne. Wśród nich wymieniane są również podstawowe leki stosowane w chorobach sercowo-naczyniowych [16].

### Depresja w okresie okołomenopauzalnym

Okres menopauzy tradycyjnie jest postrzegany przez kobiety i ich otoczenie jako trudny emocjonalnie i niosący za sobą ryzyko chorób somatycznych. Objawy psychiczne stwarzają problemy takie, jak: rozdrażnienie, depresja, lęk, problemy z pamięcią, czy niezdarność. Nikt nie neguje pewnych odrębności obrazu klinicznego i przebiegu części depresji okresu okołomenopauzalnego. W tym okresie występują silniej wyrażone tendencje samobójcze, natomiast do głównych objawów zaliczamy: wysoki poziom niepokoju, pobudzenie psychoruchowe. W tej grupie kobiet obserwuje się, niestety, utrudnione leczenie ze względu na występowanie towarzyszących chorób somatycznych, co nie wpływa korzystnie na stan i samopoczucie kobiety [17, 18].

### Depresja wieku podeszłego

Najprawdopodobniej częstość występowania depresji wzrasta z wiekiem. Treść współistniejących urojeń ma zwykle ścisły związek z obniżonym lub podwyższonym nastrojem (np. poczucie winy, niska samoocena, choroba, śmierć). Depresje występujące w wieku podeszłym są z wielu względów dużym problemem klinicznym i społecznym. Częściej niż w wieku średnim w depresjach tych zdarzają się próby samobójcze i samobójstwa dokonane. Obecność objawów psychotycznych może wyrażać się odmową przyjmowania płynów i posiłków, co doprowadza do dekompensacji somatycznej [19, 20].

### 3. Epidemiologia depresji

Depresja jest chorobą częstą. Niejednokrotnie bywa powodem znacznego pogorszenia jakości życia, aż do inwalidztwa włącznie. Jest zaburzeniem nawracającym, często o charakterze przewlekłym. W związku z permanentnie zmieniającą się charakterystyką jej *subgroups* i stale trwającymi rewizjami międzynarodowej klasyfikacji, wiele danych odnośnie częstości jej występowania z opisem owych *subgroups* (nazywa się to epidemiologia depresji) jest jeszcze nie w pełni wiarygodnych i porównywalnych w różnych krajach. Uważa się, że 3% ogólnej populacji cierpi na zespół depresyjny o większym lub mniejszym nasileniu [21].

W ciągu całego życia aż 18% populacji w krajach rozwiniętych ma szansę (lub raczej pecha) chorować na depresję [21]. Według niektórych doniesień kobiety chorują dwa razy częściej, niż mężczyźni [21]. Istnieje sporo wyrwykowych informacji o częstości występowania poszczególnych form depresji. Na przykład: częstość występowania dystymii w populacji ogólnej szacuje się na 3%, częstość występowania depresji u dzieci na około 3% wszystkich rozpoznawanych depresji, duża depresja pojawia się u 17% populacji, biorąc pod uwagę całe życie człowieka, a mała depresja w ciągu życia występuje u około 10% populacji [21].

Wydaje się, że częściej na depresję zapadają osoby z ekstrawertywnymi cechami osobowości, niż osoby introwertywne. Około 25-50% cierpiących na to schorzenie dokonuje samookaleczeń i usiłuje popełnić samobójstwo, które jest przyczyną około 10% zgonów tych osób [21]. Tylko u 7% pacjentów z rzutem depresji nie ma nawrotów choroby. Choroba rozpoczyna się zwykle pomiędzy 15-24 rokiem życia, jednak może mieć swój początek w każdym wieku [21]. Niektórzy pacjenci, u których rozpoznano nawracające zaburzenia depresyjne, mogą doświadczyć pierwszego epizodu w wieku 40-50 lat [21]. Uważa się, że

u jednego na pięciu pacjentów, u których rozpoznano nawracające zaburzenia depresyjne, rozwinie się w przyszłości choroba dwubiegunowa [21]. Na depresję chorują ludzie wszystkich ras i wszystkich krajów. W państwach rozwijających się jest rzadziej rozpoznawana, gdyż dostępność do lekarza psychiatry jest mniejsza. Częściej rozpoznania depresji stawiane są w aglomeracjach wielkomiejskich, niż na wsi. Znaczenie decydujące ma prawdopodobnie wspomniany czynnik dostępności. Oszacowanie faktycznego występowania depresji jest utrudnione między innymi tym, że choroba ta u wielu osób nie jest rozpoznawana. Dzieje się tak albo z powodu mylącego obrazu zaburzeń, albo względnie łagodnego nasilenia objawów. Wielu pacjentów udaje się ze swoimi dolegliwościami (a faktycznie z depresją) do lekarzy pierwszego kontaktu. Szacuje się, że około 15% z nich, to chorzy na depresję, jednak z tej liczby tylko u połowy stawia się to rozpoznanie (dotyczy depresji w nasileniu będącej wskazaniem do leczenia) [21]. Ostatecznie w całej grupie osób z depresją (zgłaszających się do lekarzy lub nie), jak szacuje się w badaniach, tylko mniejsza część leczy się specjalistycznie. Do leczenia dochodzi prawdopodobnie u około 20-25% osób z tą chorobą. Depresje o mniej typowym obrazie klinicznym, w tym „depresje maskowane”, są prawdopodobnie bardziej liczne od tych o obrazie typowym, co zresztą może być punktem wyjścia do dyskusji, co jest „typowym”, a co „nietypowym” obrazem choroby i czy istnieje uzasadnienie dla terminu „maskowane”.

W ostatnich kilkudziesięciu latach nastąpił rzeczywisty wzrost zachorowań na depresję. Za czynniki sprawcze podaje się:

- niekorzystne czynniki środowiskowe (katastrofalne)
- doświadczenia wojen
- migracje
- zagrożenia osobistego bezpieczeństwa
- izolację, osamotnienie
- wydłużenie średniego czasu życia
- depresjogeny wpływ substancji chemicznych, zwłaszcza niektórych leków [21].

#### 4. Przebieg i rokowanie w depresji

Przebieg i rokowanie w depresji wykazuje duże różnice u poszczególnych osób – w zależności od cech osobniczych organizmu, warunków socjalnych, sposobu leczenia. U niektórych chorych może wystąpić jeden lub dwa nawroty w życiu (np. w okresie inwolucji lub w wieku podeszłym), u części choroba może mieć przebieg bardzo złośliwy: liczba nawrotów jest duża, fazy chorobowe bardzo długie, okresy remisji

krótkie; niekiedy występuje przebieg naprzemienny bez remisji.

Chociaż okresy oddzielające nawroty nazywane są remisjami, określenie to nie jest w pełni adekwatne do wielu chorych. U blisko połowy z rozpoznaną depresją, w miarę trwania procesu chorobowego, przerwy pomiędzy nawrotami nie są remisjami w sensie ścisłym, lecz stanami częściowej poprawy z przewlekłe utrzymującymi się zaburzeniami nastroju, najczęściej w postaci subdepresji, rzadziej hipomanii [22].

Zespół depresyjny wykazuje często uporządkowany, powtarzający się rytm nawracania, często związany z porą roku (zwłaszcza wiosną i jesienią, niekiedy zimą – tak zwana „depresja zimowa”).

W przebiegu depresji (co jest bardzo ważne i ma duże znaczenie w terapii) może występować poronna postać tej choroby – **dystymia**. Jest to przewlekły, utrzymujący się ponad dwa lata stan subdepresyjny. Złe samopoczucie i przygnębienie wykazuje dużą zmienność, jest często zależne od bieżących wydarzeń. Podłoże tego stanu nie jest do końca wyjaśnione; najprawdopodobniej ma etiologię nerwicową lub wiąże się z zaburzeniami osobowości (odpowiada więc terminowi diagnostycznemu „depresja nerwicowa”) [22].

Zejsciem zespołu depresyjnego u części osób jest całkowite ustąpienie nawrotów i powrót do stanu zdrowia. Nigdy jednak nie można wykluczyć możliwości ponownego nawrotu, nawet po bardzo długiej remisji; tu można porównać to do syndromu „wiecznego alkoholika”, czyli na całe życie pozostaje się narażonym na powrót zaburzeń. Formą zejścia jest również przewlekłe utrzymujący się stan subdepresji, w którym leki przeciwdepresyjne często są mało skuteczne. Dotyczy to 15-20% chorych i pojawia się częściej u osób po 50 roku życia [22]. Stan taki wymaga różnicowania z długo utrzymującym się nawrotem depresji.

Szczególnym problemem są powiązania między nadużywaniem alkoholu i uzależnieniem od alkoholu, a depresją. Dane statystyczne, zamieszczane w pracach licznych autorów, określają to zjawisko na 20-65% populacji chorych z zaburzeniami depresyjnymi [22]. Zagadnienia powiązań pomiędzy depresją i nadużywaniem leków (przeciwbólowych, nasennych) jest na pewno bardzo znaczące i stanowi ogromne utrudnienie w procesie leczenia.

Zgon związany z zamachem samobójczym również należy zaliczyć do form zejścia depresji. Wyniki badań nad genezą samobójstw w zespole depresyjnym wskazują, że chociaż są dość ściśle powiązania pomiędzy zamachem samobójczym a zespołem depresyjnym, to depresja stanowi ważną, ale nie jedyną

przyczynę decyzji o odebraniu sobie życia. Duże ryzyko samobójstwa pojawia się również w głębokich depresjach, zwłaszcza przebiegających z lękiem, podnieceniem, urojeniami depresyjnymi (urojenia hipochondryczne, nihilistyczne, katastroficzne).

Zespoły depresyjne u części chorych mogą być przyczyną trwałego lub okresowego inwalidztwa. Trwałe inwalidztwo jest najczęściej następstwem ciężkiego (np. naprzemiennego) przebiegu choroby lub przewlekłego utrzymywania się poronnych zaburzeń nastroju (subdepresja) i stanowi podstawę do orzekania o inwalidztwie.

## 5. Metody leczenia depresji

Depresja jest chorobą uleczalną pomimo tego, że mówi się o tym, iż nawet wyleczenie nie daje pewności wyzdrowienia na zawsze i w każdym momencie życia może powrócić, natomiast po leczeniu i terapii następuje okres remisji choroby, który trwać może nawet do końca życia, nie dając nawrotu. Po zastosowaniu odpowiedniego leczenia dolegliwości i zaburzenia związane z depresją ustępują w ciągu 2-3 tygodni. Osoba chora może wrócić do normalnego życia i cieszyć się nim jak dawniej. Po wielu latach badań nad skutecznością różnych form terapii, uważa się, że współczesne leczenie depresji opiera się na dwóch metodach:

- leczeniu farmakologicznym
- metodach nefarmakologicznych

### 1. Leczenie farmakologiczne

Decyzję o leczeniu farmakologicznym depresji podejmuje lekarz, najlepiej psychiatra, który musi podjąć decyzję o tym, czy pacjent ma być hospitalizowany, czy też leczony ambulatoryjnie. Przy wyborze miejsca powinien uwzględnić:

- nasilenie depresji
- ryzyko samobójstwa
- ryzyko farmakoterapii
- aktualny stan somatyczny
- warunki środowiskowe (opieka rodziny, możliwość kontaktu z lekarzem).

Leczenie depresji przebiega w trzech etapach:

1. rozpoznanie i leczenie ostrej fazy
2. leczenie podtrzymujące – trwa ono od trzech do sześciu miesięcy po ustąpieniu objawów depresji
3. zapobieganie nawrotom – trwa około dwóch lat, a niektórych przypadkach całe życie; tu leży wymienić dwie grupy stosowanych leków, a mianowicie leki przeciwd depresyjne i często dodatkowo wprowadzane leki przeciwlękowe [23, 24, 25].

### 2. Metody nefarmakologiczne

Do najważniejszych form psychoterapii stosowanych w Polsce należą:

- a) **fototerapia** – przydatna głównie w depresjach sezonowych, podczas zabiegów pacjent poddawany jest działaniu światła o spektrum widmowym światła słonecznego.
- b) **depriwacja snu** – wymuszona bezsenność w postaci pozbawienia pacjenta snu nocnego przez kolejne trzy noce.
- c) **psychoterapia** – oddziaływania psychoterapeutyczne powinny być prowadzone równolegle z terapią farmakologiczną. Takie kompleksowe oddziaływanie uznaje się za najbardziej skuteczne. Prowadzone być musi przez wykwalifikowanych specjalistów. Metodę, która ma być zastosowana, wybiera się w zależności od stanu pacjenta. Może to być terapia analityczna, bądź poznawczo-behawioralna:
  - terapia poznawczo-behawioralna koncentruje się na zmianie sposobu reagowania chorego w konkretnych, związanych z przeżywanymi objawami sytuacjach
  - terapia analityczna polega na dotarciu do nieświadomych treści psychicznych stanowiących podłoże objawów lękowych.
- d) **elektrowstrząsy** – są skuteczną metodą leczenia ciężkich postaci depresji z zagrożeniem samobójstwem, depresji z osłupieniem, depresji lekoopornych oraz wtedy, gdy farmakoterapia jest przeciwwskazana (pacjentki w ciąży). Zabiegi te wykonywane są w znieczuleniu ogólnym, 2-3 razy w tygodniu, łącznie około dwunastu; są bezpieczne, przeprowadzane przez lekarza anestezjologa i psychiatrę [23, 24, 25].

### 6. Rola edukacyjna pielęgniarki w postępowaniu z chorym na depresję

Istotna w terapii depresji jest rola pielęgniarki, która wspomaga to leczenie. Planuje ona opiekę nad chorym w oparciu o proces pielęgnowania, który – jako domena pielęgniarstwa – przynosi dobre efekty i cechuje się wysokim profesjonalizmem działań pielęgniarstkich podjętych do jego realizowania, oraz edukuje rodzinę i pacjenta w zakresie samoopieki i samopielęgnacji.

Pacjenci, jak również rodzina, wykazują bardzo duże braki w wiedzy dotyczącej jednostki chorobowej, sposobów postępowania i sposobów zapobiegania nawrotom choroby.

Edukację dzieli się na dwa etapy.

W pierwszym z nich należy wyjaśnić istotę depresji, wytłumaczyć choremu i jego rodzinie: jakie są przyczyny depresji, w jaki sposób się ona manifestu-

je, jakie niebezpieczeństwa niesie za sobą oraz jakie mogą być konsekwencje nieleczonej depresji. Na tym etapie edukacji dostarcza się broszury i ulotki dotyczące depresji przeznaczone dla pacjentów, gdzie znajdują się wszystkie potrzebne informacje na temat choroby. Należy zaznaczyć jak ważna jest umiejętność samoobserwacji (ze strony chorego) oraz umiejętne obserwowanie stanu zdrowia pacjenta, którą ma prowadzić rodzina.

W drugim etapie edukacji zwraca się szczególną uwagę na sferę psychiczną oraz społeczną pacjentów. Ten etap edukacji przeprowadza się dwufazowo:

### 1) sfera psychiczna:

- a) wyedukowanie pacjenta i jego rodziny w kierunku umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach
- b) uaktywnienie rodziny do wspierania chorego w jego chorobie i dalszym codziennym życiu już po całkowitym ustąpieniu objawów
- c) ukazanie konieczności systematycznego przyjmowania leków i wizyt kontrolnych zgodnie z zleceniami lekarza
- d) zapoznanie chorego i jego rodziny ze sposobami radzenia sobie ze stresem
- e) zwrócenie szczególnej uwagi na umiejętność asertywnego zachowania się w życiu osobistym, jak i zawodowym
- f) wytłumaczenie pacjentowi, że nadal jest tą samą osobą, a choroba nie zmieniła i nie naruszyła jego osobowości w żaden sposób

### 2) sfera społeczna:

- wytłumaczenie pacjentowi i jego rodzinie konieczności pełnego i takiego samego, jak przed zachorowaniem, uczestnictwa chorego w życiu społecznym i rodzinnym (nadanie pacjentowi

obowiązków, włączanie do prac domowych, powrót do pracy zawodowej)

- wskazanie na konieczność spotykania się z rodziną, znajomymi, pełnego powrotu życia towarzyskiego
- przeprowadzenie rozmowy z rodziną chorego o konieczności autentycznego i szczerego stosunku do pacjenta oraz o potrzebie poświęcania czasu na rozmowę z nim
- wyedukowanie rodziny pacjenta pod kątem komunikacji niewerbalnej, aby potrafili prawidłowo interpretować zachowania pacjenta.

Po przeprowadzonej edukacji należy poprosić chorego i jego rodzinę o wypełnienie ankiety, która ma sprawdzić ich poziom wiedzy na temat choroby, sposobów postępowania, samoobserwacji, samokontroli i ocenić ich postawę wobec choroby, z jaką się zetknęli.

Często okazuje się, że przekazana wiedza zostaje przyswojona w stopniu bardzo dobrym, rodzina posiada potrzebne informacje i umiejętności na temat choroby, postępowania, zapobiegania ponownemu wystąpieniu objawów oraz potrafi prowadzić w sposób prawidłowy obserwację istotnych zmian w stanie zdrowia chorego. Pacjent również posiada wiedzę, która jest potrzebna jej do dalszego życia w zdrowiu, wie jak ważne jest prowadzenie samokontroli i samoobserwacji w kierunku, możliwości ponownego zachorowania, zdaje sobie sprawę z tego, iż choroba może powrócić i wówczas powinna jak najszybciej udać się do lekarza. Chory zdaje sobie sprawę z tego, że musi systematycznie przyjmować leki i stosować się ściśle do zaleceń lekarza i zobowiązał się do przestrzegania tych zasad.

## Piśmiennictwo / References

1. Bilikiewicz A. Psychiatria dla studentów medycyny [w:] Pużyński S (red): Choroby afektywne. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2001: 266-282.
2. \*\*\*Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków – Warszawa 1998.
3. Ugniewska C. Pielęgniarstwo psychiatryczno-neurologiczne. Wyd Lekarskie PZWL Warszawa 1998: 227-230.
4. Waroszeko-Łyskowska H. Vademecum lekarza rodzinnego [w:] Bruth W, Brzozowski R (red): Choroby psychiczne. Wyd Lekarskie PZWL Warszawa 1988: 35-42.
5. Pużyński S. Zaburzenia afektywne – interdyscyplinarne zagadnienia kliniczne. Lęk i depresja. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1996: 3-9.
6. Bałkowiec-Iska E, Newada M. Depresja poporodowa. Przewodnik Lekarza 2002, 11, 47: 104-108.
7. Garland-Jane E. Depresja u młodzieży. Lekarz Rodzinny 1997, 2, 6: 20-24.
8. Bilikiewicz A. Zaburzenia psychiczne w ostrym udarze mózgu i ostrych zespołach niedokrwiennych [w:] Mazur R (red): Zawał mózgu. Arcanus, Bydgoszcz 1987: 27-42.
9. Broła W, Szafraniec L. Depresja jako powikłanie udaru mózgu. Przegląd Lekarski 1996; 53: 690-692.
10. Jaracz J, Rybakowski J. Depresja po udarze mózgu. Dyskusje o Depresji 1999, 12: 5-8.
11. Krychowiak G. Depresja poudarowa. Postępy Psychiatrii. Neurologia 1998, 7 suppl.: 47-50.
12. Pużyński S. Depresja i zaburzenia afektywne. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1996, 7-64.
13. Górajek-Jóźwik J. Proces pielęgnowania. Model samodzielnego, całościowego i ciągłego pielęgnowania. Skrypt dla studentów wydziału pielęgniarstwa. AM w Lublinie, Lublin 1994.

14. Kawczyńska-Butrym Z. Pielęgniarstwo rodzinne. Teoria i praktyka [w:] Górajek-Jóźwik J (red): Proces pielęgnowania. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997: 57-79.
15. Dudek D, Zięba A, Wróbel A, Jawor M, Dubiel J. Depresja w chorobie niedokrwiennej serca. *Przeg Lek* 1999, 56: 302-307.
16. Landowski J. Depresja a choroba niedokrwienność serca. Depresja farmakogenna. *Drogowskazy. Terapia Depresji* 2000, 2, 22.
17. Krogulski S, Pertyński T, Woźniak P. Zaburzenia psychiczne u kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Ginekol Pol* 1997, 6, 399.
18. Krogulski S, Lipińska-Szałak A. Zachowania samobójcze i depresje u kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Nowa Medycyna* 1998, 15, 10-15.
19. Jackuelyn-Harris M. Psychozy u osób w wieku podeszłym. *Medycyna po Dyplomie* 1999, 8, 4: 35-42.
20. Pędich W, Żakowska-Wachelko B. Podręcznik geriatrii dla lekarzy [w:] Żakowska-Wachelko B: Choroby układu nerwowego. Depresja. Wyd Lekarskie PZWL Warszawa 1988: 123-125.
21. Zung W, Broadhead W, Roth M. Częstość występowania objawów depresyjnych u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. *Lęk i Depresja* 1996, 1: 10-23.
22. Wciórka J. Psychiatria kliniczna dla lekarza rodzinnego. IPN Warszawa 1992: 35-68.
23. Kasper S. Diagnostyka i farmakoterapia zespołu lęku napadowego. *Lęk i Depresja* 1998, supl. 3: 83-87.
24. Pużyński S. Depresja i lęk. Wyd Lekarskie PZWL Warszawa 1999, 143-156.
25. Rzewuska M. Leczenie zaburzeń psychicznych. Wyd Lekarskie PZWL Warszawa 2003.