

**John
Preston**

Pokonać depresję

przekład:
Jolanta Bartosik

**GDAŃSKIE
WYDAWNICTWO
PSYCHOLOGICZNE**

Gdańsk 2002

Tytuł oryginału: *You can beat depression*

Copyright © 1989, 1996, 2000, 2001 by John Preston

Copyright © for the Polish edition by Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne s. c., Gdańsk 2002

Wszystkie prawa zastrzeżone. Książka ani jej część nie może być przedrukowywana ani w żaden inny sposób reprodukowana, powielana mechanicznie, fotograficznie, elektronicznie lub magnetycznie ani odczytywana w środkach masowego przekazu bez pisemnej zgody Gdańskiego Wydawnictwa Psychologicznego.

Wydanie pierwsze w języku polskim

Redakcja: Jolanta Stecewicz

Korekta: Anna Świtalska-Jopek, Grażyna Kompowska

Projekt okładki: Agnieszka Żelewska

Zdjęcie na okładce: Joanna Olechnowicz-Sadocha

Skład: Piotr Żylicz

ISBN 83-89120-38-0

Druk: WDG Drukarnia w Gdyni sp. z o. o.,

ul. Św. Piotra 12, 81-347 Gdynia

tel. 058 660 73 10, tel./fax 058 621 68 51

Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne s. c.

81-753 Sopot, ul. Bema 4/1a, tel./fax 0 (pretix) 58 551 61 04

e-mail: gwp@gwp.gda.pl

www.gwp.pl

Od autora

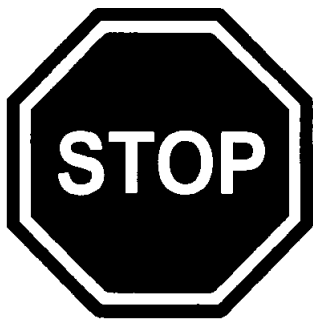
-L/awki leków przeciwdepresyjnych, które zalecam w tej książce, odpowiadają stanowi mojej wiedzy, jednak lekarz, zanim wypisze receptę, powinien jeszcze sprawdzić, jakie dawki podaje spis leków i jakie zaleca producent w ulotce informacyjnej.

Imiona wszystkich pacjentów, o których napisałem, zostały zmienione.

Od wydawcy

F

^elem tej publikacji jest dostarczenie rzetelnej wiedzy na tematy, które zostały tu poruszone, należy jednak pamiętać, że wydawca nie świadczy usług medycznych ani nie udziela pomocy psychologicznej. Osoby, które takiej pomocy potrzebują, powinny się zgłosić do specjalisty.



Jeśli jesteś w depresji, pewnie nie masz ochoty na czytanie. Nie jesteś wyjątkiem. Większość ludzi cierpiących na depresję doświadcza braku sił życiowych i trudności z koncentracją uwagi. Pamiętałem o tym i pisząc tę książkę, starałem się formułować myśli prosto i zwięźle. Myślę, że książka jest praktyczna i łatwa w odbiorze.

Warto wiedzieć, że depresja jest:

- powszechna (co roku dotyka 10% populacji; w którymś momencie życia cierpi na nią co piąta osoba),
- poważna (jest źródłem ogromnego cierpienia, nieleczona może trwać wiele miesięcy),
- przeważnie uleczalna.

Mimo to tylko jedna na trzy osoby, które są w depresji, szuka pomocy!

Mam nadzieję, że ta książka ci pomoże. Jeśli jednak nic masz siły na nic innego, przynajmniej pójź do lekarza! Zgłoś się do poradni zdrowia psychicznego albo spytaj swojego lekarza, gdzie możesz uzyskać pomoc. **Nie odkładaj tego na później.** Z depresją można wygrać!

John Preston

Spis treści

Podziękowania	11
Wprowadzenie.....	12
<u>Rozdział 1 Czym jest</u>	
depresja?.....	14
<u>Rozdział 2 Depresja może mieć różne</u>	
oblicza	18
<u>Rozdział 3 Objawy</u>	
depresji	23
<u>Rozdział 4</u>	
Samodzielne stawianie diagnozy	
i obserwowanie postępów leczenia.....	30
<u>Rozdział 5 Jakie są przyczyny depresji? Historia przypadku</u>	35
<u>Rozdział 6 Jakie są przyczyny depresji? Aktualne wydarzenia życiowe.....</u>	42
<u>Rozdział 7 Jakie są przyczyny depresji? Czynniki biologiczne.....</u>	48
<u>Rozdział 8 Przebieg depresji i zapobieganie</u>	
nawrotom	55

<u>Rozdział 9</u> Wybór terapii	62
<u>Rozdział 10</u> Zdrowe i niezdrowe sposoby reagowania na ból emocjonalny	65
<u>Rozdział 11</u> Czy można pomóc sobie samemu?.....	69
<u>Rozdział 12</u> Zmiana negatywnego myślenia.....	75
<u>Rozdział 13</u> Inne techniki do samodzielnego wykorzystania	87
<u>Rozdział 14</u> Psychoterapia i inne specjalistyczne metody terapeutyczne	96
<u>Rozdział 15</u> Leki przeciwdepresyjne	106
<u>Rozdział 16</u> Czy w depresji biologicznej może pomóc tylko leczenie farmakologiczne?.....	121
<u>Rozdział 17</u> Depresja a rodzina.....	128
<u>Rozdział 18</u> Nie trać nadziei!	133
Bibliografia.....	135

Podziękowania

(J) estem pełen podziwu dla doktorów Alberta Ellisa, Aarona Becka i Johna Rusha, którzy podjęli pionierskie badania. Ich wiedza i innowacje tchnęły nadzieję w ludzi cierpiących na depresję.

Słowa uznania należą się też Isabel Davidoff i innym członkom Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego, uczestniczącym w programie Depression Awareness, dzięki któremu społeczeństwo zaczęło rozumieć, że depresję można leczyć. Redaktor Robert Alberti udzielił mi wielu cennych wskazówek. Jestem bardzo wdzięczny za jego pomoc.

Specjalne podziękowania należą się moim przyjaciołom i kolegom: doktorowi Johnowi O'Nealowi i doktorowi Mike'owi Duvencekowi. Zawsze mogę liczyć na zachętę, pomoc i miłość z ich strony.

Bonnie, mojej żonie, dziękuję za to, że dzieli ze mną życie i uczestniczy w realizacji wspólnych celów, przez co moje cierpienie jest mniejsze.

Pragnę podziękować również moim pacjentom, którzy nauczyli mnie, jak można wytrwać i się odrodzić.

John Preston, doktor psychiatrii

Wprowadzenie

Depresja jest źródłem cierpienia.

To wyniszczająca choroba, która co roku dotyka miliony ludzi. Powoduje emocjonalny ból, komplikuje życie codzienne, rodzinne i zawodowe, zwiększa podatność na inne choroby, czasem kończy się samobójczą śmiercią... A przecież można ją leczyć! Niestety, większość chorych na depresję nie korzysta z pomocy lekarskiej i nawet nie wie, że taka możliwość istnieje.

Jednym z najbardziej bolesnych aspektów depresji jest poczucie bezradności i bezsilności. Chory czuje się jak w pułapce, jest zrozpaczony, nie ma żadnej nadziei na poprawę i nie potrafi sobie poradzić z tymi uczuciami. Zaniepokojeni przyjaciele często próbują go podnosić na duchu. Mówią: „Nie jest aż tak źle; jutro będzie lepiej”, ale takie słowa nie przenikają przez gęstą zasłonę smutku i pesymizmu. Źródłem nadziei może się stać wskazanie takiego sposobu wyjścia z depresji, który wyda się choremu sensowny i który wcześniej okazał się skuteczny.

W tej książce zwięźle i zrozumiale opisano kilka metod leczenia depresji u osób dorosłych i u starszych nastolatków. Wszystkie metody terapeutyczne mają solidne, naukowe podstawy i sprawdziły się w praktyce. Można je podzielić na dwie duże grupy: **leczenie specjalistyczne i pomaganie sobie we własnym zakresie**. Niejeden chory potrzebuje pomocy psychiatry, ale wiele można zrobić samemu, żeby poprawić swój stan. Próby samodzielnego zapanowania nad własnym życiem przynoszą wiele korzyści.

- Opisane przeze mnie sposoby pomagania sobie we własnym zakresie są bardzo skuteczne, bardzo szybko można zauważyć poprawę. Badania wielokrotnie potwierdzały efektywność tych metod.
- Świadomość, że można samemu coś zrobić, żeby zmienić sytuację, że panuje się nad swoimi uczuciami i ma się siłę do pokonania

depresji, daje poczucie satysfakcji i podbudowuje wiarę w siebie. Odbudowanie zaufania we własne możliwości i szacunku dla siebie samego to ważny element walki z depresją.

- Metody, które można stosować we własnym zakresie, pomogą także tym, którzy są objęci leczeniem specjalistycznym.
- Człowiek, który wie, jak walczyć z depresją, dysponuje narzędziem, którego będzie mógł używać w przyszłości w celu zapobiegania nawrotom choroby.
- Oczywiście, samodzielna walka z chorobą **nie zastąpi** specjalistycznego leczenia. Osoba, która zdecyduje się skorzystać z przedstawionych tu metod, powinna mimo to zgłosić się do lekarza. W podjęciu decyzji pomogą informacje zamieszczone w rozdziałach czwartym i piątym.

Zdaję sobie sprawę z tego, że dla wielu osób, które cierpią na depresję, nawet przeczytanie książki może być trudnym zadaniem, dlatego starałem się pisać zwięźle i jasno. W pierwszym rozdziale odpowiadam na pytanie, czym jest depresja; w dalszych skoncentrowałem się na tym, jak sobie z nią poradzić i kiedy trzeba się zwrócić o pomoc do specjalisty.

Mam gorącą nadzieję, że moja książka odmieni Twoje życie albo życie bliskiej Ci osoby.

Rozdział I

Czym jest depresja?

(**J** eśli jesteś w depresji, pewnie próbowałeś różnych sposobów, żeby poczuć się lepiej, ale trudno jest się wyrwać z przygnębienia. Wiele osób stara się jakoś pozbyć tego nieprzyjemnego uczucia, walczyć ze zmęczeniem, apatią i brakiem nadziei, jednak bez skutku.

Na oddziale psychiatrycznym dużego szpitala na zachodnim wybrzeżu otworzyłem klinikę walki z depresją. Uczymy w niej pacjentów, czym jest depresja, jakie są jej przyczyny i jak psychiatria może pomóc chorym. W pierwszych trzech latach działalności kliniki mieliśmy około 2500 pacjentów. Z wieloma rozmawiałem po zakończeniu zajęć i dowiedziałem się, że spotkania bardzo im pomogły i dały nadzieję na lepszą przyszłość.

Oto kilka typowych wypowiedzi pacjentów, którzy uczęszczali w zajęciach:

„ Teraz rozumiem, co się ze mną działo, a już myślałam, że zaczynam wariować. Szkoda, że nikt mi wcześniej nie wyjaśnił, o co chodzi w tej całej depresji”.

„Pierwszy raz od długiego czasu mam nadzieję [...] Czuję, że mogę zrobić coś konkretnego, żeby zmniejszyć objawy depresji”.

„Techniki do samodzielnego wykorzystania wydają mi się rozsądne”.

Pewna kobieta, która zapisała się na kurs drugi raz, oświadczyła:

„Myślałam, że nic mi nie pomoże. Byłam sceptyczna i nie miałam żadnej nadziei, ale po ostatnich zajęciach, w których

uczestniczyłam, wypróbowałam metody przeznaczone do samodzielnego zastosowania i to mi pomogło. Teraz wróciłam tu po zastrzyk wzmacniający, żeby znów nie wpaść w depresję".

Przygotowując zajęcia i pisząc książkę, pamiętałem, że pacjentom w depresji potrzebne są rzeczowe wskazówki i że metody walki z chorobą powinny być proste, łatwe do zastosowania i skuteczne. Napisałem tę książkę za namową moich pacjentów, żeby również z tobą, Czytelniku, podzielić się tym, czego uczymy podczas zajęć w naszej klinice. Mam nadzieję, że znajdziesz tu wiele praktycznych i skutecznych rad, które pomogą Ci wygrać z depresją. Zacznijmy od zdefiniowania depresji.

Każdy człowiek doświadcza czasami smutku, żalu, rozpaczony i przeżywa rozczarowania. Ludziom zależy na wielu rzeczach: na rodzinie, na przyjaciółach, na pracy, na zwierzętach. Kiedy odchodzi ukochana osoba, kiedy rozpada się małżeństwo, kiedy tracimy pracę, jesteśmy smutni i rozbici - to normalne. Wcześniej czy później każdy przeżywa rozczarowanie albo tragedię. Żal w obliczu straty jest równie naturalny, jak krwawienie z rany. Często ludzie, którzy mają za sobą bolesne doświadczenia życiowe, mówią, że są w depresji. Trzeba jednak pamiętać, że smutek nie jest tym samym co depresja.

Depresja kliniczna różni się od normalnego smutku pięcioma aspektami:

- jest dużo bardziej bolesna,
- trwa dłużej,
- uniemożliwia normalne życie,
- niszczy życie emocjonalne (normalny żal też boli, ale jest nowym doświadczeniem emocjonalnym, które w końcu przynosi uzdrowienie),
- zwykle jest czymś więcej niż tylko bolesnym doświadczeniem emocjonalnym; wiąże się z całym zespołem objawów, które zaburzą życie towarzyskie, procesy myślowe, funkcje biologiczne i powodują zmiany w zachowaniu.

Pełnoobjawowa depresja wcale nie jest rzadka. Jedna piąta ludzi chorowała lub choruje na ciężką depresję kliniczną. Co piętnasty chory na depresję jest w tak poważnym stanie, że trzeba go hospitalizować. Spośród tych pacjentów, u których następuje **powrót ciężkiej depresji klinicznej**, samobójstwo popełnia aż 15%. W niektórych rodzajach depresji zachodzą zmiany hormonalne, zaburzające funkcjonowanie układu

odpornościowego. Taki pacjent jest bardziej podatny na inne choroby i ma różne problemy zdrowotne.

Statystyki są więc ponure, ale pragnę podkreślić dwa fakty, które dają nadzieję. Po pierwsze, **jeśli jesteś w depresji, nie jesteś sarn**. Ludzie, którzy cierpią, często czują się straszliwie osamotnieni. Depresja to dość powszechna dolegliwość, ale podobnie jak w wypadku problemów emocjonalnych wiele osób czuje zbyt duże zahamowanie lub wstyd, by się do niej przyznać. Depresja jest zazwyczaj oceniana negatywnie. To bardzo niefortunne, zwłaszcza że jest to tak częsta przypadłość i spotyka się ją prawie w każdej rodzinie.

Po drugie pacjentowi w depresji **można pomóc i jest nadzieja na poprawę**. Depresja to zaburzenia emocjonalne, które poddają się leczeniu. Książka, którą Czytelnik trzyma w ręce, pomoże zrozumieć depresję i podjąć decyzję o rozpoczęciu terapii, wyposaży w umiejętności, które pomogą pokonać chorobę, i przedstawi sposoby leczenia, którymi dysponuje współczesna medycyna.

„Jestem w depresji”

Pacjent przychodzący do lekarza zwykle skarży się na te objawy, które sprawiają mu ból albo innego rodzaju przykrości. Podobnie jest w wypadku chorych na depresję. Jeśli ktoś mówi, że jest w depresji, może mieć na myśli wiele różnych rzeczy. Pacjenci często:

- czują się smutni, jakby coś stracili; odczuwają wewnętrzną pustkę (większość nas doświadcza podobnych emocji po stracie ukochanej osoby),
- są apatyczni, obojętni na wszystko, mają słabą motywację, są zmęczeni,
- nie odczuwają przyjemności, nic ich nie cieszy,
- są nadmiernie wrażliwi na krytykę i odrzucenie; są drażliwi,
- brakuje im szacunku dla siebie, zaufania we własne siły i możliwości, łatwo wpadają w gniew,
- doświadczają poczucia winy, mają sobie wiele do zarzucenia, nienawidzą siebie,
- czują się bezradni, nie mają nadziei na poprawę.

Wymienione powyżej objawy należą do najczęściej spotykanych, ale depresja jest bardzo złożoną chorobą i wywołuje też inne dolegliwości.

Wielu pacjentów, oprócz nieprzyjemnych uczuć, doświadcza również innych objawów.

W następnym rozdziale będzie mowa o najczęściej spotykanych postaciach depresji. Leczenie zależy od tego, z jakiego rodzaju depresją mamy do czynienia. Czytając, warto myśleć o sobie i zapisywać problemy oraz objawy, których się doświadcza. Później ta wiedza pomoże w podjęciu decyzji o wyborze sposobu leczenia.

Rozdział 2

Depresja może mieć różne oblicza

LJ poszczególnych osób depresja wywołuje różne zmiany, a jej objawy często są niepokojące i wprawiają w zakłopotanie. Pacjenci w depresji często myślą, że tracą rozum albo że są poważnie chorzy fizycznie (nawet jeśli lekarz nie potwierdza tego podejrzenia). Kiedy zrozumieją naturę problemu, czują się mniej przerażeni i zagubieni. Wiedza na temat choroby pomaga w wyborze terapii. Depresja może mieć różne oblicza i wiele jest też sposobów jej leczenia.

W depresji klinicznej można wyróżnić trzy kategorie: **depresję psychologiczną** (jest reakcją emocjonalną na poniesione straty i przeżyte rozczarowania), **depresję biologiczną** (pod wieloma względami jest chorobą ciała) i **depresję mieszaną** (łączy objawy emocjonalne i somatyczne).

Depresja psychologiczna. Można ją definiować na dwa sposoby. Po pierwsze podłożem takiej depresji jest psychologiczna lub emocjonalna reakcja na konkretne wydarzenia. Przykładem może być kobieta, która wpadła w depresję, kiedy mąż poprosił ją o rozwód. Jej uczucia są zrozumiałe, bo rozpacz jest normalną reakcją na rozpad małżeństwa. W tym przykładzie mamy do czynienia z konkretnym, bolesnym, stresującym wydarzeniem (rozwód), ale czasami ustalenie, co spowodowało depresję, jest dużo trudniejsze. Przykładem może być mężczyzna, który od dawna widzi, że w jego małżeństwie miłość powoli wygasa. Żona okazuje mu coraz mniej uczucia i staje mu się coraz

bardziej obca. Mimo że nie wydarzyło się nic dramatycznego, mężczyzna czuje, że coś traci, że w jego małżeństwie czegoś brakuje, i wpada w depresję. Czynniki psychologiczne lub emocjonalne mogą być nagłe i oczywiste albo podstępne i działające przez dłuższy czas, ale zawsze dochodzi do jakiejś zmiany (w relacjach z ludźmi, w stylu życia, w pracy) i ta zmiana wywołuje depresję.

Po drugie depresja psychologiczna cechuje się tym, że powoduje tylko psychologiczne (emocjonalne) objawy i nie zmienia biologicznych funkcji organizmu.

Psychologiczne objawy depresji

- smutek i rozpacz
- rozdrażnienie
- niska samoocena
- apatia; brak motywacji
- trudności w relacjach międzyludzkich
- poczucie winy
- negatywne myślenie
- myśli samobójcze

Rycina 2.1

Mike cierpi na depresję psychologiczną. Po dwóch latach pracy spodziewał się awansu. Dawał z siebie wszystko i czuł, że osiąga sukcesy. W końcu zwolniło się interesujące go stanowisko, ale objął je ktoś, kto przepracował w firmie tylko sześć miesięcy. Mike'a bardzo rozczarował fakt, że awans otrzymał ktoś inny. Przez kilka tygodni walczył z przeświadczeniem, że jest nic niewarty i nic nie potrafi. Często myślał: „Nigdy mnie nie awansują, widocznie czegoś mi brakuje”. Jedną z reakcji na to wydarzenie było to, że zaczął się izolować. Kiedy zapraszano go na kolację, odmawiał. Wolał po pracy wrócić do domu, wypić drinka i położyć się spać. Był smutny i stracił motywację. Czasem myślał o samobójstwie.

Mike sypia normalnie, je tyle co zwykle, nie zauważył u siebie zmiany popędu seksualnego, ale robi się coraz bardziej smutny, czuje się bezwartościowy i unika ludzi. Jego reakcja emocjonalna na doświadczenie życiowe jest charakterystyczna dla depresji psychologicznej.

Depresja biologiczna jest raczej skutkiem zmian biologicznych w organizmie niż reakcją na zmiany w życiu czy bolesne doświadczenia. Zwykle chory jest zdziwiony objawami choroby i nie rozumie, co się z nim dzieje. Myśli: „Dlaczego czuję się tak źle? Przecież wszystko było w porządku. To nie ma sensu”. Oprócz symptomów psychologicznych lub emocjonalnych w depresji biologicznej zwykle występują objawy somatyczne, spowodowane zaburzeniami funkcji chemicznych w obrębie układu nerwowego i hormonalnego (więcej na ten temat można się dowiedzieć z rozdziałów siódmego i piętnastego).

Somatyczne objawy depresji

zaburzenia snu
zaburzenia łaknienia
zanik popędu seksualnego
zmęczenie i brak energii życiowej
niezdolność do odczuwania radości (anhedonia)
w rodzinie były przypadki depresji, zaburzeń jedzenia,
alkoholizmu lub samobójstwa

Rycina 2.2

Pięćdziesięciodwuletni Joel jest technikiem laboratoryjnym, ma żonę i dwoje dorosłych dzieci. Jest powszechnie lubiany i cieszy się opinią człowieka, który ciężko pracuje. W zeszłym miesiącu, bez widocznych przyczyn, zaczęło się to zmieniać. Zawsze miał wielu przyjaciół i znajomych, ale od kilku tygodni czuł się źle w ich towarzystwie. Powiedział żonie, że chce ograniczyć życie towarzyskie. („Nie wiem dlaczego, ale nie mam ochoty na dalsze kontakty”). W pracy też stał się cichy i zamyślony. Kilka osób pytało go, czy nie jest chory. „Rzeczywiście, coś się ze mną dzieje” - odpowiadał.

Jego organizm zaczął funkcjonować inaczej niż zwykle. Joel zauważył, że jedzenie ma inny smak i stracił apetyt. W ciągu trzech tygodni schudł ponad półtora kilograma. Od miesiąca budzi się codziennie o czwartej rano i nie może zasnąć. Dotąd sypiał dobrze.

W końcu Joel wybrał się do lekarza. Powiedział: „Nie poznaję siebie. Jestem smutny, ale nie wiem dlaczego. Nie mam żadnych kłopotów, ale coś jest ze mną nie tak. Ciągle się czuję zmęczony i nie lubię towarzystwa ludzi”.

Wszystko wskazuje na depresję biologiczną. Objawy pojawiły się nagle i bez konkretnego powodu. W życiu Joela nie wydarzyło się nic takiego, co mogłoby spowodować stres, a jednak oprócz przygnębienia wystąpiły nasilające się objawy somatyczne.

Depresja psychologiczna z objawami biologicznymi (mieszana). Bardzo wiele osób choruje na tę odmianę depresji. W tych przypadkach objawy pojawiają się w związku z reakcją psychologiczną na jakieś wydarzenia, ale obok symptomów emocjonalnych występują też fizjologiczne.

Objawy depresji mieszanej

trudności z koncentracją uwagi i zaburzenia pamięci
krótkotrwałej
hipochondria (przesadna troska o swoje zdrowie)
nadużywanie środków psychotropowych lub alkoholu
nadwrażliwość emocjonalna (gniew, rozdrażnienie)
wyraźne wahania nastroju
niepokój

Rycina 2.3

Eve ma trzydzieści dwa lata. Dwa miesiące temu dowiedziała się, że jej trzydziestoczteroletni mąż ma raka i od tej chwili ogarniają czasami głęboki smutek. Eve płacze, często myśli o chorobie męża i boi się, że jeśli on umrze, ona zostanie całkiem sama. Dręczy ją również poczucie winy, że przez kilka ostatnich lat nie cieszyła się mężem tak, jak powinna. Straciła ochotę na seks i bardzo źle sypia (budzi się kilkanaście razy w ciągu nocy). Jej choroba nosi wszelkie cechy depresji mieszanej. Pojawiła się jako reakcja na bolesne wydarzenie, ale niektóre objawy są somatyczne.

Rozróżnienie między tymi trzema rodzajami depresji jest ważne ze względu na leczenie. Istnieją przekonujące dowody na to, że osoby, które cierpią na depresję biologiczną i mieszaną, zwykle dobrze reagują na leki przeciwdepresyjne (70-80% pacjentów, którym postawiono **trafną diagnozę**).

Jeśli masz depresję biologiczną, prawdopodobnie pomogą ci leki przeciwdepresyjne i pomoc bliskich. W wypadku depresji mieszanej

najbardziej skuteczne może się okazać leczenie farmakologiczne połączone z innymi rodzajami terapii opisanymi w tej książce (psychoterapia i terapie do samodzielnego zastosowania). W depresji psychologicznej raczej nie stosuje się leczenia farmakologicznego (choć zdarzają się wyjątki od tej reguły). Takim pacjentom najbardziej pomaga psychoterapia w połączeniu z opisanymi w tej książce technikami do samodzielnego wykorzystania.

Jednorazowy epizod czy depresja nawracająca?

Niektórzy ludzie przechodzą jedynie jednorazowy atak depresji, wracają do zdrowia i nigdy więcej nie doświadczają ostrych objawów tej choroby. Niestety, takie przypadki należą do rzadkości. U dwóch trzecich pacjentów depresja powraca. Niektórzy między nawrotami choroby mogą normalnie funkcjonować, ale wiele osób wciąż ma gorszy nastrój, a inne objawy słabną, jednak nie mijają.

Czytając o procesie diagnostycznym i o leczeniu depresji, należy pamiętać o dwóch rzeczach. Po pierwsze **należy zrobić wszystko, żeby zwalczyć obecny atak depresji**; po drugie **trzeba zadbać o to, żeby nie nastąpił nawrót**.

Strategie opisane w kilku następnych rozdziałach wielokrotnie okazywały się skuteczne i mogą pomóc w osiągnięciu obu celów. W rozdziałach jedenastym, dwunastym i trzynastym omówiłem techniki przeznaczone do samodzielnego zastosowania, w rozdziale czternastym - techniki psychoterapeutyczne, a w piętnastym napisałem o lekach przeciwdepresyjnych.

Część pacjentów, u których ataki były częste, stale przyjmuje leki przeciwdepresyjne, żeby uniknąć nawrotów, jednak zazwyczaj po remisji choroby odstawia się lekarstwa i uczy się pacjenta rozpoznawania wczesnych jej objawów. Kiedy wystąpią, znów podaje się środki przeciwdepresyjne, żeby nie dopuścić do rozwinięcia się symptomów.

Skąd zwykły człowiek ma wiedzieć, czy to, czego doświadcza, jest depresją, a jeśli tak - to jakiego rodzaju? A przede wszystkim, skąd wiedzieć, co należy zrobić? W następnym rozdziale odpowiem na te pytania.

Rozdział 3

Objawy depresji

W poprzednim rozdziale wymieniliśmy objawy depresji psychologicznej, biologicznej i mieszanej. Teraz przyjrzymy się im z bliska. Ten rozdział powinien pomóc Czytelnikowi zrozumieć samego siebie i objawy choroby. Osoba, która rozumie naturę problemu, jest lepiej przygotowana do podjęcia decyzji w sprawie leczenia.

Psychologiczne objawy depresji

- **Smutek i rozpacz.** Często właśnie te objawy są najbardziej bolesne i wyraźne. Oprócz smutku i rozpaczony chory może odczuwać wewnętrzną pustkę, rozczarowanie; bywa ponury, załamany lub przygnębiony. Około 40% pacjentów w ciężkiej depresji nie doświadcza smutku, tylko irytacji i frustracji. W takich przypadkach nawet drobny problem lub rozczarowanie może chorego załamać albo doprowadzić do wybuchu gniewu.
- **Niska samoocena.** Człowiek w depresji czuje się bezwartościowy, brakuje mu pewności siebie, uważa, że nie potrafi sprostać stawianym mu wymaganiom, nienawidzi siebie. Tacy ludzie mówią: „Nie potrafię tego zrobić”, „Jestem do niczego”, „Nigdy nie potrafię niczego zrobić dobrze”. Zwykle już w dzieciństwie nie umieli sprostać oczekiwaniom własnym, rodziców ani nauczycieli. Często spotykały ich niepowodzenia w szkole, w relacjach z ludźmi, w sporcie i w pracy.

Ludzie z niską samooceną na ogół uważają innych za bardziej wartościowych od siebie, ulegają cudzym opiniom i robią to, co ktoś im poradzi. Czasem takie uczucia przemijają (pojawiają się tylko w trudnych chwilach, na przykład w związku z utratą pracy lub z utratą bliskiej osoby), ale bardzo często są ciężarem, który człowiek nosi przez całe życie.

• **Apatia** to brak motywacji do działania, unikanie kontaktów z ludźmi, ograniczony poziom aktywności i porzucanie wielu spraw, w które się było dotąd zaangażowanym. Apatia może doprowadzić do pojawienia się poważniejszych problemów i do pogłębienia się depresji. Na przykład chory w apatii może sobie powiedzieć: „I po co mi to wszystko? Nie mam ochoty wychodzić z domu ani widzieć się z ludźmi”. Unikanie spotkań ze znajomymi i innych rozrywek sprawia, że życie staje się mniej przyjemne. Niektórzy naukowcy uważają, że brak przyjemności jest główną przyczyną depresji (napisali o tym Lewinsohn i Graf w książce wydanej w 1973 roku, wymienionej w bibliografii). Ograniczenie aktywności prowadzi do zmian fizjologicznych, takich jak zmęczenie i zaparcia, co pogarsza ogólne samopoczucie. **Problemy w relacjach z ludźmi.** Ludzie w depresji zazwyczaj są bardzo wrażliwi na krytykę i odrzucenie. W obecności innych są skępowani, mają wrażenie, że nie pasują do towarzystwa i czują się samotni. Często uważają, że nie powinni się zachowywać asertywnie (nie potrafią trwać przy swoim zdaniu, mają trudności z wyrażaniem swoich opinii, uczuć i przekonań, nie umieją prosić o pomoc ani odmawiać tym, którzy ich o coś proszą). Takie problemy są częste również wśród ludzi zdrowych, ale w depresji się nasilają. Zdarza się, że człowiek, który dotąd czuł się swobodnie w towarzystwie, kiedy wpadnie w depresję, nie lubi przebywać wśród ludzi. Pewien mężczyzna powiedział mi: „Na ogół czuję się dobrze, kiedy z kimś rozmawiam, ale ostatnio straciłem pewność siebie. Martwię się tym, jak jestem odbierany, i nie chcę mówić tego, co naprawdę myślę i czuję. Wydaje mi się, że coś jest ze mną nie w porządku”.

Poczucie winy. To normalne, że człowiek doświadcza żalu lub wyrzutów sumienia, kiedy zdarzy mu się popełnić błąd albo niechcący sprawić komuś ból. Doktor David Burns napisał w swojej książce wydanej w 1980 roku, że poczucie winy to żal i wyrzuty sumienia oraz przeświadczenie, że jest się złym człowiekiem. Właśnie to przeświadczenie działa niszcząco.

- **Negatywne myślenie.** Psychologowie używają terminu **zakłócenia poznawcze** na określenie negatywnego, pesymistycznego myślenia. (Sfera poznawcza obejmuje myślenie i spostrzeganie). Zakłócenia i błędy w myśleniu i spostrzeganiu obserwuje się prawie w każdej depresji. Myśli i spostrzeganie świata przez osobę, u której wystąpiła depresja, są skrajnie negatywne i pesymistyczne. Te zaburzenia są objawem i zarazem przyczyną depresji, mają też ogromny wpływ na przedłużanie się i nasilanie stanu depresyjnego. W rozdziałach jedenastym i dwunastym temat negatywnego myślenia został omówiony dużo szerzej.
- **Myśli samobójcze.** W depresji myśli o samobójstwie są bardzo częste. Chociaż większość ludzi, którzy zastanawiają się nad odebraniem sobie życia, nie wprowadza myśli w czyn, jednak skłonności samobójcze zawsze należy traktować bardzo poważnie. Myśli samobójcze odzwierciedlają pesymistyczne, pozbawione nadziei spojrzenie na przyszłość.

Biologiczne objawy depresji

Przyczyną biologicznych objawów depresji są zmiany biochemiczne w układzie nerwowym i hormonalnym (więcej na ten temat można się dowiedzieć z rozdziałów siódmego i piętnastego). Obecność jednego lub kilku z wymienionych niżej symptomów powinna być sygnałem, że przynajmniej niektóre z nich są spowodowane czynnikami biologicznymi.

- **Zaburzenia snu.** W naturalnym cyklu snu może wystąpić wiele zaburzeń. **Trudności z zasypianiem** są częstym objawem stresu. U większości ludzi pojawiają się już nawet przy lekkim zdenerwowaniu. Szacuje się, że codziennie około trzydziestu pięciu procent ludzi ma trudności z zaśnięciem. Niektóre zaburzenia snu są jednak bardzo charakterystyczne dla depresji i świadczą o zmianach fizjologicznych. Mam tu na myśli wczesne budzenie się, częste budzenie się w środku nocy, nadmierną senność i złą jakość snu. O **wczesnym budzeniu się** mówimy wtedy, kiedy pacjent budzi się kilka godzin wcześniej niż zwykle i nie może zasnąć. **Budzenie się w środku nocy** to częste budzenie się i zasypianie na nowo, sprawiające, że po całej nocy człowiek jest tak zmęczony, jakby wcale nie spał. **Nadmierna senność** polega na przesypianiu dużo większej liczby godzin

niż normalnie. O **złej jakości snu** mówimy wtedy, gdy człowiek, który przespał osiem lub więcej godzin, w ciągu dnia czuje się zmęczony. W depresji długość głębokiej fazy snu, przywracającej nam siły fizyczne i psychiczne, zostaje skrócona.

- **Zaburzenia apetytu** objawiają się nagłym wzrostem apetytu lub przeciwnie - jego utratą oraz wyraźną zmianą wagi ciała. Na ogół uważa się, że brak apetytu wskazuje na depresję biologiczną. Wzrost apetytu bywa spowodowany reakcją psychologiczną na stres, bo jedzenie potrafi na moment zdławić poczucie wewnętrznej pustki, ale może też być objawem depresji biologicznej.
- **Zanik popędu seksualnego** jest niekiedy spowodowany przyczynami biologicznymi, chociaż zaburzenia funkcji seksualnych często mają podłoże psychologiczne. Zdarza się, że kiedy małżeństwo przeżywa poważne trudności, jeden z partnerów traci zainteresowanie seksem z powodu braku miłości lub zaufania. W depresji biologicznej zanik popędu seksualnego ma podłoże biologiczne i dotyka nawet osoby pozostające w szczęśliwym, pełnym miłości związku. Pewna kobieta pogrążona w depresji powiedziała: „Naprawdę kocham swojego męża. Bardzo chcę, by kontakt z nim mnie pobudzał, ale to się nie udaje, i boję się, że mąż pomyśli, iż mi na nim nie zależy”. Współmałżonek często opacznie rozumie brak zainteresowania życiem seksualnym i w zgodnym dotąd związku dochodzi do konfliktów.
- **Zmęczenie i brak siły.** Wielu chorych w depresji mówi: „Czuję się potwornie zmęczony... Każdy dzień ciągnie się bez końca. Nawet jeśli się wyśpię, to nic nie pomaga. Czasem kładę się w ciągu dnia, ale kiedy się budzę, jestem jeszcze bardziej zmęczony”. To mogą być pierwotne lub wtórne objawy kłopotów ze snem.
- **Niezdolność do odczuwania przyjemności** psychologowie nazywają **anhedonią**, pacjenci zaś mówią o braku ochoty do życia. Łagodną postać anhedonii spotykamy w depresji psychologicznej, silna zaś wskazuje na zaburzenia chemiczne w tych częściach układu nerwowego, które uczestniczą w przeżywaniu radości.
- **Zmiany hormonalne.** Głęboka depresja często prowadzi do zmian hormonalnych. Najczęściej zmniejsza się ilość **hormonu wzrostu**, co sprzyja osteoporozie i podwyższeniu poziomu

kortyzolu; u pacjentów pogrążonych w przewlekłej depresji zmiany hormonalne mogą prowadzić do chorób serca.

- **Występowanie w rodzinie depresji, alkoholizmu, zaburzeń łaknienia lub samobójstw.** Obecności wymienionych zaburzeń w rodzinie chorego nie można uznać za objaw depresji, ale ich występowanie sugeruje, że dany pacjent może być podatny na depresję biologiczną. Psychiatrycy biorą to pod uwagę, podejmując decyzje dotyczące leczenia. Depresja biologiczna często jest uwarunkowana genetycznie. Wiele wskazuje na to, że alkoholizm, samobójstwa i zaburzenia łaknienia (na przykład bulimia) mają podobne podłoże biologiczne. Człowiek, którego rodzice (lub krewni) doświadczyli takich problemów, może być genetycznie podatny na depresję. Jeżeli któreś z rodziców choruje na depresję, to jego dzieci są bardziej zagrożone tą chorobą, ale nie są na nią skazane.

Inne objawy psychologiczne i biologiczne, które mogą występować w depresji psychologicznej, biologicznej i mieszanej

- **Trudności z koncentracją uwagi i zaburzenia pamięci krótkotrwałej.** Wiele osób trafiających do klinik psychiatrycznych boi się, że ma guza mózgu albo chorobę Alzheimera. Często zapominanie o różnych faktach i trudności z koncentracją uwagi są spowodowane depresją lub stresem, ale te same objawy występują także w innych chorobach, dlatego konieczne są badania lekarskie.
- **Hipochondria.** Nierozpoznana depresja jest jedną z najczęstszych przyczyn hipochondrii (czyli silnego niepokoju o stan zdrowia, mimo że badania nie potwierdzają podejrzenia choroby).
- **Nadużywanie alkoholu lub środków psychotropowych** często służy łagodzeniu bólu doświadczanego w depresji. Nadużywanie alkoholu może być przyczyną głębokiej depresji.
- **Nadwrażliwość emocjonalna,** objawiająca się silną reakcją emocjonalną na drobne frustracje, może być objawem depresji. Chorzy często płaczą i są poirytowani.
- **Gwałtowne wahania nastroju.** Niektórzy ludzie doświadczają gwałtownych zmian nastroju i po depresji przychodzi

okres nieuzasadnionej euforii (często nazywanej manią). Takie objawy są charakterystyczne dla szczególnej postaci depresji biologicznej, którą nazywamy depresją dwubiegunową (dawniej - chorobą maniakalno-depresyjną). Jeśli postawiono właściwą diagnozę, pacjentów z depresją dwubiegunową można skutecznie leczyć litem. (Więcej na ten temat można się dowiedzieć z rozdziału siódmego).

Niepokój. Około 60% pacjentów z depresją odczuwa silny niepokój (napięcie, nerwowość, zamartwianie się, pobudzenie). Niepokój może towarzyszyć choremu nieustannie albo pojawiać się nagle, przybierając formę ataków paniki.

Napady paniki to nagle i gwałtowne epizody silnego dyskomfortu fizycznego i psychicznego, którym towarzyszą wszystkie lub niektóre z następujących objawów: przyspieszone bicie serca, krótki oddech, skłonność do omdleń, zawroty głowy, mrowienie w palcach u dłoni i u stóp, czasem bóle w klatce piersiowej i przeczucie nadciągającego nieszczęścia (często nieokreślonego), panika i silny strach przed chorobą psychiczną i utratą kontroli nad sobą. Ataki mogą się pojawiać niespodziewanie, bez żadnej określonej przyczyny. Trwają od pięciu do dziesięciu minut. Takie napady zdarzają się także ludziom zdrowym, którzy nie są w depresji, jednak około pięćdziesięciu procent osób doświadczających zaburzeń lękowych cierpi na depresję. Trzeba wiedzieć, że niektóre choroby somatyczne dają podobne objawy i każdy, kto miewa ataki paniki, powinien się zgłosić do lekarza i zrobić badania.

Depresja w różnych okresach ludzkiego życia

Na depresję chorują także dzieci i młodzież (około 8-10%). Ich choroba często pozostaje nierozpoznana, bo dzieci w depresji zwykle nie są smutne! Najczęstszymi objawami tej choroby u dzieci i nastolatków są: anhedonia i rozdrażnienie. Niezdolność do radości może dotyczyć wszystkich aspektów życia; większość dzieci w depresji zamyka się w sobie i we własnych czterech ścianach. Młodzi ludzie odsuwają się od przyjaciół, nie mają chęci do życia, są znudzeni, zmęczeni i nic ich nie interesuje. Często występują u nich również inne objawy depresji. W latach 1950-2000 liczba samobójstw wśród nastolatków wzrosła o 600%! **Depresję u ludzi młodych trzeba leczyć!**

Ludzie starsi również mogą popaść w depresję (trzeba jednak podkreślić, że głęboka depresja nie jest naturalnym elementem starzenia się). U osób w podeszłym wieku najbardziej widocznym objawem depresji mogą być zaburzenia pamięci. W takich przypadkach czasem błędnie rozpoznaje się demencję (lub chorobę Alzheimera). Jeśli przyczyną zaburzeń jest depresja, można je skutecznie leczyć.

Ważne jest poprawne rozpoznanie, z jakiego typu depresją mamy do czynienia, ponieważ pozwoli to dobrać odpowiedni sposób leczenia. Bardzo wielu chorych na depresję nie poddaje się żadnej terapii. Równie wielu próbuje się leczyć, ale niewłaściwymi metodami (więcej na ten temat można się dowiedzieć z rozdziału czternastego). Uważam, że należy jak najwięcej wiedzieć o depresji i o własnych problemach oraz szukać pomocy i domagać się właściwego leczenia. Każdy ma do tego prawo!

Samodzielne stawianie diagnozy i obserwowanie postępów leczenia

Q

kJkoro omówiliśmy już najczęstsze objawy depresji, czas odpowiedzieć na inne pytania.

Służy to realizacji trzech celów: po pierwsze - pomaga ocenić nasilenie depresji, po drugie - pozwala ustalić, czy leczenie farmakologiczne jest wskazane, i po trzecie - najważniejsze - ma ułatwić obserwację zmian zachodzących w czasie. Kiedy pacjent zaczyna wychodzić z depresji, objawy choroby zwykle słabną, ale ktoś, kto jest w depresji, może tej poprawy nie dostrzec. Przyjaciele, rodzina i terapeuci często widzą zmiany na lepsze długo przedtem, zanim zauważy je pacjent. Po wdrożeniu leczenia stan zdrowia się poprawia, ale chory nadal ma skłonność do negatywnego widzenia siebie samego i całego świata. Kwestionariusz ułatwi dokonanie bardziej obiektywnej oceny stanu własnego zdrowia.

Susan była w głębokiej depresji i leczyła się od czterech tygodni. Na pierwszej wizycie odpowiedziała na pytania zawarte w kwestionariuszu. Podczas naszego czwartego spotkania stwierdziła: „Nadal jestem w depresji. Nic się nie zmieniło na lepsze”. Moja ocena sytuacji była inna. Susan wydawała mi się bardziej energiczna, spontaniczna i zainteresowana życiem. Nadal była smutna, ale jej stan wyraźnie się poprawiał. Najpierw poprosiłem ją o ponowne wypełnienie kwestionariusza,

potem porównaliśmy jej aktualne odpowiedzi z tymi sprzed czterech tygodni. Okazało się, że Susan lepiej śpi, ma więcej energii i lepiej panuje nad swoimi uczuciami. Kiedy spytałem ją, co o tym myśli, Susan powiedziała: „Teraz wydaje mi się, że rzeczywiście jest lepiej. Nadal czuję się nic niewarta, ale coś się jednak zmieniło”.

To dość typowa reakcja. Kwestionariusz może być swego rodzaju wzorcem, pomagającym ocenić skuteczność leczenia. Kiedy Susan stwierdziła, że jej stan się poprawił, odżyła w niej nadzieja. To ważne, bo nadzieja stanowi przeciwwagę dla pesymizmu i złego samopoczucia.

Gorąco namawiam, żebyś teraz odpowiedział na pytania i po podjęciu leczenia obserwował, jak zmienia się twój stan, wypełniając kwestionariusz pod koniec każdego tygodnia. Warto sporządzić kilka kopii kwestionariusza.

Arkusz oceny depresji

I. Funkcje biologiczne

Punkty

A. Zaburzenia snu

1. Nie mam kłopotów ze snaniem 0
2. Czasem źle śpię 1
3. Często budzę się w nocy albo wcześniej rano
a. 1-3 razy w minionym tygodniu 2 b. 4 lub więcej razy w
minionym tygodniu 3

B. Zmiana łaknienia

1. Brak zmiany łaknienia 0
2. Zauważam zmianę łaknienia
(jest większe lub mniejsze niż zwykle), ale waga ciała pozostała taka
sama 1
3. Zauważam wyraźną zmianę łaknienia
(jest większe lub mniejsze niż zwykle) i zmieniła się waga mojego ciała
(w ciągu miesiąca przybyło lub ubyło mi więcej niż kilogram)
3

C. Zmęczenie

1. Nie odczuwam zmęczenia w ciągu dnia
albo czuję się trochę zmęczony 0
2. W ciągu dnia jestem zmęczony lub bardzo zmęczony

- a. czasem 1 b. 1-3 dni w minionym tygodniu
 2 c. przez 4 lub więcej dni w minionym tygodniu 3

D. Popęd seksualny

1. Brak zmiany popędu seksualnego O
 2. Zauważam zmianę popędu seksualnego
 a. niewielką 1 b. średnią
 2 c. w ogóle nie odczuwam pożądania 3

E. Anhedonia

1. Mimo smutku potrafię się czasem cieszyć i odczuwać przyjemność O
 2. Umiejętność cieszenia się życiem jest mniejsza
 a. trochę 1 b. średnio
 2 c. w ogóle nie umiem się cieszyć i brak mi ochoty do życia 3

LICZBA PUNKTÓW W SUMIE []

II. Objawy emocjonalne/psychologiczne

A. Smutek i rozpacz

1. Nie jestem bardziej smutny O
 2. Czasem jestem smutny 1
 3. Bywam bardzo smutny 2
 4. Prawie codziennie jestem bardzo smutny 3

B. Szacunek dla własnej osoby

1. Czuję się pewnie i dobrze O
 2. Czasem wątpię w siebie 1
 3. Często czuję, że nie umiem sprostać obowiązkom, jestem gorszy od innych, brak mi pewności siebie 2
 4. Zwykle czuję się zupełnie bezwartościowy 3

C. Apatia i motywacja

1. Mam silną motywację i często z entuzjazmem podchodzę do różnych zadań O
 2. Czasem jest mi trudno zabrać się do pracy 1
 3. Często jestem apatyczny i odczuwam brak motywacji 2

4. Nawet jeśli mam coś do zrobienia, nie potrafię się za to zabrać 3

D. Negatywne myślenie i pesymizm

1. O swoim życiu i o przyszłości myślę raczej pozytywnie O 1
2. Czasem jestem nastawiony pesymistycznie 1
3. Często jestem nastawiony pesymistycznie 2
4. Świat jest do mnie nastawiony negatywnie, a przyszłość maluje się w ciemnych barwach 3

E. Panowanie nad emocjami

1. Kiedy doświadczam nieprzyjemnych emocji, boli mnie to, ale nie czuję się przytłoczony 1
2. Emocje czasem mnie przytłaczają 2
3. Często się czuję przytłoczony emocjami albo w ogóle nic nie czuję 3

F. Irytacja i frustracja

1. Nie irytuję się bez powodu ani nie czuję się sfrustrowany bez wyraźnej przyczyny O 1
2. Czasem jestem drażliwy i sfrustrowany 1
3. Często jestem drażliwy i doświadczam frustracji
a. w minionym tygodniu miałem 1-3 takich dni 2 b. w minionym tygodniu miałem 4 lub więcej takich dni 3

LICZBA PUNKTÓW W SUMIE []

Sumowanie punktów i interpretacja wyników

Przyjrzyjmy się wynikom. Ogólną liczbę punktów dla każdej z dwóch części, uzyskaną po podsumowaniu punktów za kolejne odpowiedzi, należy zapisać w wyznaczonym miejscu.

Funkcje biologiczne. Jeśli za odpowiedź na którekolwiek z pytań od A do E uzyskałeś 2 lub 3 punkty, to znaczy, że depresja zmieniła funkcje biologiczne twojego organizmu i wskazane jest leczenie środkami farmaceutycznymi (szczególnie jeśli za którąś odpowiedź uzyskałeś aż 3 punkty). Powinieneś się skontaktować z psychiatrą, lekarzem rodzinnym lub terapeutą w celu podjęcia leczenia. Jeśli wszystkie odpowiedzi były punktowane 1 lub O, leki przeciwdepresyjne raczej

nie będą potrzebne. Interpretacja ogólnej liczby punktów: 0-5 lekka depresja, 6-10 średnia depresja, 11-15 ciężka depresja biologiczna.

Objawy emocjonalne i psychologiczne. Jeśli za odpowiedź na którekolwiek z pytań uzyskałeś 2 lub 3 punkty, prawdopodobnie masz depresję psychologiczną. Interpretacja ogólnej liczby punktów:

0-5 lekka depresja, 6-10 średnia depresja, 11-18 głęboka depresja psychologiczna. Duża liczba punktów w obu częściach wskazuje na depresję mieszaną. Jak już pisałem, przy tego typu depresji często można uzyskać poprawę, podając leki.

Zachęcam do wypełniania kwestionariusza pod koniec każdego tygodnia w celu obserwacji postępów leczenia.

W następnych rozdziałach będzie mowa o przyczynach depresji. W drugiej części książki napisałem o tym, co chory może zrobić, żeby pokonać depresję i - w razie potrzeby - uzyskać fachową pomoc.

Jakie są przyczyny depresji? Historia przypadku

(Ja chyba wariuję. Co się ze mną dzieje? Czuję się okropnie. Nie mogę myśleć, nie mam siły ani motywacji do działania. Dlaczego czuję się tak źle?"

Poczucie zagubienia zwykle nasila ból związany z depresją. Zdarza się, że przyczyna depresji jest oczywista. Jeden z moich pacjentów powiedział: „Nie ma nic dziwnego w tym, że wpadłem w depresję. Żona ode mnie odeszła, jestem sam, całe moje życie legło w gruzach. Przecież ludzie, którzy się rozwodzą, popadają w depresję, prawda?"

Prawda, ale przyczyny depresji często są ukryte lub niejasne. U wielu osób choroba pojawia się całkiem niespodziewanie. Dobrze jest znać przyczyny depresji, bo to ułatwia podjęcie decyzji dotyczących leczenia. Nie każdy ból gardła można wyleczyć antybiotykami i nie każdą depresję - takimi samymi działaniami terapeutycznymi. Kiedy ma się pewność, że w gardle rozwijają się chorobotwórcze bakterie, należy rozpocząć leczenie antybiotykami. Kiedy wiadomo, co spowodowało depresję, można trafniej dobrać rodzaj terapii.

Ponadto poznanie przyczyn depresji pozwala choremu zrozumieć, co się z nim dzieje, zmniejsza poczucie zagubienia i rozwiewa atmosferę tajemnicy, otaczającą tę chorobę. To wszystko zwiększa szansę na uzyskanie poprawy.

W tym rozdziale krótko omówię najczęstsze przyczyny depresji. Proszę pamiętać, że choroba zwykle pojawia się w wyniku działania

kilku czynników. (W tym rozdziale koncentruję się na tym, jak historia życia danej osoby przyczynia się do depresji. W dalszych rozdziałach napiszę więcej o wpływie bieżących wydarzeń i czynników biologicznych).

Doświadczenia z dzieciństwa

Wyobraźmy sobie, że dwie osoby mają się ścigać boso na parkingu wysypanym żwirem. Jeden z zawodników od początku ma stopy pokryte pęcherzami. Dla obu biegaczy wyścig będzie się wiązał z dużym bólem, ale ten, który już na starcie miał obolałe stopy, ucierpi bardziej. Udowodniono, że podobnie jest w życiu emocjonalnym: ktoś, kto w dzieciństwie wiele wycierpiał, po osiągnięciu dojrzałości jest bardziej narażony na depresję. To nie znaczy, że bolesne przeżycia w pierwszych latach życia zawsze kończą się depresją w wieku dorosłym, jednak na pewno zwiększają podatność na tę chorobę. Doświadczenia z dzieciństwa, takie jak te, które opisuję na kilku następnych stronach, tłumaczą, dlaczego w stresujących okolicznościach jedna osoba daje sobie radę, a inna popada w depresję.

- **Zaniedbywanie.** Najnowsze badania pokazały, że zaniedbywanie dziecka na wczesnym etapie rozwoju może doprowadzić do zaburzeń w rozwoju mózgu (szczególnie podwzgórza, co powoduje trwałe zwiększenie wydzielania pewnych związków chemicznych w mózgu, **pobudzających produkcję kortyko-tropiny**). Jeśli doszło do takich zaburzeń (szczególnie w pierwszych miesiącach życia), zmiany w funkcjonowaniu mózgu mogą być nieodwracalne, nawet gdyby okoliczności zewnętrzne się poprawiły. Osoby, które w dzieciństwie były zaniedbywane, w wieku dorosłym są bardziej narażone na depresję. Dzisiaj wiemy, jak bardzo ważne jest przytulanie, dotykanie i kołysanie niemowląt i małych dzieci.
- **Utrata bliskiej osoby w dzieciństwie.** Małe dzieci są szczególnie wrażliwe na rozłąkę z bliskimi. To normalne, że na początkowym etapie rozwoju więzi z rodziną - a zwłaszcza z jednym z rodziców - są bardzo silne. Zdarza się, że dziecko traci któregoś z rodziców na skutek śmierci, rozwodu, separacji, częstych wyjazdów służbowych albo długiej hospitalizacji. Jeśli dziecko doświadcza ze strony matki lub ojca chłodu emocjonalnego i braku zainteresowania, również może czuć, że ich

straciło, mimo że fizycznie rodzice są obecni. Ciężka choroba także może emocjonalnie oddzielać dziecko od rodziców. Dzieci rodziców chorych na depresję często same na nią cierpią. Nawet jeśli matka i ojciec bardzo kochają swojego potomka, depresja odbiera im siły i zdolność do angażowania się w jego życie.

Zdarza się, że dziecko jest niechciane, niekochane albo że wyjątkowo stresująca sytuacja rodzinna sprawia, iż rodzice traktują je surowo lub odtrącają. Dzieci alkoholików zwykle są bardzo zaniedbane emocjonalnie. Długotrwałe nadużywanie alkoholu niszczy rodziców i może ich uczynić niezdolnymi do zbudowania więzi z dziećmi. W wieku dorosłym wiele takich dzieci cierpi z powodu braku zaangażowania emocjonalnego rodziców w dzieciństwo.

Dzieci w wielu sytuacjach mogą doświadczyć bolesnej straty, która sprawi, że w życiu dorosłym będą się borykać z poważnymi trudnościami. Mam na myśli trzy problemy:

Trudności w nawiązywaniu intymnych więzi. Dziecko, które przywiązało się do jednego z rodziców, a potem go straciło, może się stać przesadnie ostrożne w kontaktach z ludźmi. Takie dzieci pragną bliskości, ale bardzo się boją odrzucenia oraz straty i ze strachu nie potrafią się do nikogo zbliżyć. Tęsknota za miłością i emocjonalna izolacja zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia depresji.

Niepokój i strach. W życiu dziecka rodzice są źródłem poczucia bezpieczeństwa. Kiedy ich zabraknie, dziecko czuje się zagrożone i się boi.

Głęboki smutek i żal. Lęk przed bliskością, brak poczucia bezpieczeństwa i smutek potrafią trwać w człowieku nawet wiele lat po wydarzeniach, które je zrodziły. Dzieci, które mają za sobą trauma-tyczne przeżycia, potrafią bardzo silnie reagować na każdą stratę. Pewne wydarzenia mogą odnawiać głębokie, niezagojone rany z przeszłości. Dopiero kiedy się weźmie pod uwagę doświadczenia z dzieciństwa, można zrozumieć, dlaczego konkretny człowiek tak silnie reaguje na stratę.

Linda ma dwadzieścia siedem lat i nie ma męża. Z wyraźnym zażenowaniem i z oporami wyznała mi, że wpadła w depresję, kiedy zdechł jej ukochany kot, Callie. „Wiem, że to głupie. Każdemu jest smutno, kiedy zdycha jego zwierzątko, ale ja po śmierci Callie całkiem się załamalam” -powiedziała. Przyjaciele nie pojmowali, dlaczego śmierć kota sprawiła jej tak wielki ból, aleja w trakcie rozmowy zrozumiałem

ją. Kiedy Linda była mała, jej matka zachorowała psychicznie i często przebywała w szpitalu. Ojciec nie chciał lub nie potrafił sobie poradzić z wychowaniem córki i dwóch synów, więc za każdym razem, kiedy matka szła do szpitala, na wiele miesięcy oddawał dzieci do domu opieki (Linda nazywała go sierocińcem). „Za pierwszym razem, kiedy tata przyszedł nas odwiedzić, bardzo płakałam i tata powiedział, że nie jest w stanie tego znieść. Potem przestał przychodzić”. Ze strachu, że może więcej nie zobaczyć ojca, Linda nauczyła się powstrzymywać łzy, nawet kiedy była bardzo smutna, a w „sierocińcu” miała wiele powodów do smutku. Nauczyła się ukrywać swoje uczucia. Później, kiedy miała kilkanaście lat, bała się bliskich związków, w kontaktach z ludźmi zachowywała duży dystans i rzadko spotykała się z chłopcami, mimo że tęskniła za miłością i bliskością. Całą swoją czułość przelała na Callie. Nie dość, że wraz ze śmiercią kota straciła ulubione zwierzątko, to jeszcze przypomniały się jej bolesne uczucia z dzieciństwa. Linda powinna rozumieć, dlaczego jej reakcja na śmierć zwierzęcia jest tak silna. Po kilku sesjach psychoterapeutycznych, podczas których przeżyła z pierwszych lat życia Lindy zostały dokładnie omówione, pacjentka stwierdziła: „Teraz lepiej rozumiem swoje emocje. Nadal odczuwam silny ból, ale już nie uważam swoich uczuć za dziwne ani za nienormalne. Rozumiem, skąd się bierze ten ból”.

Na szczęście straty poniesione w dzieciństwie nie przesądzają o tym, że dziecko w dorosłym życiu zachoruje na depresję. Dwie ważne rzeczy mogą pomóc maluchowi poradzić sobie z bolesną stratą. Pierwszą jest emocjonalna bliskość dorosłej osoby. Często w życiu dziecka, które straciło matkę lub ojca, najważniejsze miejsce zajmuje drugie z rodziców, babcia, dziadek albo ciotka. Po drugie trzeba pomóc dziecku w przeżywaniu żalu. Gdyby ojciec Lindy okazywał jej czułość, gdyby nie oddawał dzieci albo przynajmniej pozwolił córce płakać, jej życie wyglądałoby inaczej. Pokazując dziecku, że sieje rozumie, pozwalając mu się wypłakać i wyżalić w obliczu tragedii, okazując mu współczucie i mówiąc o swoich uczuciach, można pomóc zagoić rany, które bołą przez całe życie, jeśli nie zostaną w porę uleczone.

- **Nadmierna surowość.** Każdemu z rodziców zdarza się stracić panowanie nad sobą, każdy bywa niewrażliwy, każdy popełnia błędy i sprawia swoim dzieciom ból, ale sporadyczne pomyłki nie zostawiają głębokich śladów. Wielu specjalistów zajmujących się rozwojem dziecka twierdzi, że wystarczy stworzyć w domu „dość dobrą” atmosferę, żeby dzieci się rozwijały i rozkwitały.

„Dość dobra” atmosfera panuje w domu, w którym z reguły doświadczają się przyjemnych lub neutralnych emocji i w którym jest więcej dobra niż zła. Ostatecznie, nikt z nas nie jest doskonały!

Jednak w zbyt wielu domach panuje nienaturalnie surowa atmosfera. Zdarzają się rodziny, w których dzieci są bite. Znacznie częściej maluchy traktuje się tak, że czują się bezwartościowe, niechciane, głupie i złe. Niedawno w sklepie spożywczym widziałem ojca, który potrząsał swoim synem, mówiąc: „Jesteś śmierdzącym gówniarzem”. Dziecko czuło się poniżone i upokorzone. Takie zachowanie ojca na pewno zostawiło w chłopcu głęboki ślad, szczególnie jeśli podobne słowa słyszy na co dzień. Jeśli poniżające stwierdzenia wychodzą z ust tak ważnego człowieka, jak matka lub ojciec, dziecko w nie wierzy i dorasta w przeświadczeniu, że jest nic niewarte. Później nawet najdrobniejsze porażki i rozczarowania będą mu o tym przypominały. Jeden z moich pacjentów powiedział: „No właśnie! Tak było, kiedy schrzałem coś w pracy i szef mnie objechał. Myślałem, że ma w pełni rację. Zawsze byłem do niczego i zawsze taki będę!”.

Porażki i rozczarowania są naturalną częścią dorosłego życia. W najlepszym razie nasze życie jest tylko ciężkie. Surowa atmosfera w domu rodzinnym sprawia, że później każdy stres jest znacznie bardziej bolesny i niszczący.

- **Brak wsparcia w czasie dojrzewania.** Dzieci trzeba chronić przed niebezpieczeństwem i dbać o nie, ale trzeba je też zachęcać do dojrzewania. Wewnętrzna siła popycha każdego człowieka ku dojrzałości; wzdramy, stajemy się coraz bardziej sobą, chcemy mieć własne zdanie, podejmować różne działania, sprawdzać się i zostawić coś po sobie. Niektórzy rodzice nie popierają tego dążenia do dojrzałości. Kiedy małe dziecko, realizując wewnętrzną potrzebę, chce stanąć na własnych nogach, kiedy zaczyna się odsuwać od rodziców, oni mogą się poczuć zranieni, odsunięci, mogą się złościć i utrudniać proces dojrzewania, lekceważyć dziecko, traktując je tak, jakby nadal było całkowicie bezradne i nie umiało niczego zrobić samodzielnie. Na przykład kiedy maluch uczy się chodzić, bieżą mu na pomoc od razu, kiedy się tylko zaczyna przewracać. Może im się wydawać, że robią to z troski o bezpieczeństwo, ale w rzeczywistości przekazują dziecku następującą informację: „Widzę, że jesteś bezradny. Myślę, że sam nie dasz sobie rady. Sądzę, że nie

potrafisz zrobić tego dobrze, więc będę cię chronił i wyręczał". Zwykle rodzice nie rozumieją, jak poważne konsekwencje ma takie postępowanie. Jeśli ich nastawienie się nie zmieni, dziecko przez cały okres dojrzewania będzie przekonane, że niczego nie potrafi i z niczym sobie nie radzi. Później, w życiu dorosłym, nieustannie będzie potrzebowało czyjejś pomocy. Jeśli straci małżonka lub któregoś z rodziców, będzie bardzo cierpiało, bo jest głęboko przekonane, że samo nie da sobie rady. Oprócz normalnego żalu doświadczy również niewiary we własne siły.

Kiedy dziecko zaczyna podejmować różne działania samodzielnie, zdarza się, że jest wyśmiewane lub lekceważone przez rodziców. Jeden z moich pacjentów powiedział, że pamięta, jak zrobił model samolotu z drewna i z kilku gwoździ. Chciał być majsterkowiczem, jak jego tata. Kiedy ojciec zobaczył dzieło syna, zaczął się śmiać i, żartując, pokazał zabawkę swoim kolegom. „Poczułem się tak bardzo upokorzony, że nigdy więcej nie próbowałem majsterkować". Rodzice powinni wspierać wczesne dążenia dziecka do niezależności i do wyrażania siebie.

W niektórych rodzinach od dzieci wymaga się doskonałości. Choćby córka czy syn nie wiem jak się starali, zawsze coś jest nie tak, jak być powinno. Jeśli dostają same piątki, słyszą: „Dlaczego to nie są piątki z plusem?" i czują, że to, co osiągnęli, jest nie dość dobre. Z czasem takie traktowanie niszczy szacunek dziecka do własnej osoby.

W ludziach, którzy w dzieciństwie nie byli wspierani w dążeniu do dojrzałości, przykre przeżycia wieku dorosłego (szczególnie porażki) budzą bolesne wspomnienia. Dzieci, które były przez rodziców wspierane, czują w głębi duszy, że sobie poradzą, dlatego niepowodzenia ich nie niszczą (mimo że są bolesne).

- **Maltretowanie i seksualne wykorzystywanie dziecka** ma głęboki wpływ na jego życie emocjonalne i wyrządza wiele szkody, szczególnie jeśli oprawcami byli rodzice. Matka i ojciec powinni dać dziecku poczucie trwałości, bezpieczeństwa i muszą zasługiwać na zaufanie. Wielu uczonych, zajmujących się dziećmi maltretowanymi i wykorzystywanymi seksualnie przez rodziców, uważa, że takie traktowanie niszczy w młodym człowieku poczucie bezpieczeństwa. Wiele (może nawet większość) ofiar wierzy, że wina leży po ich stronie. W wypadku dzieci wykorzystywanych seksualnie jest to szczególnie prawdziwe. Gdzieś w głębi serca są przekonane, że to one są za wszystko odpowiedzialne,

że są wstrętne i złe. Tego rodzaju doświadczenia niszczą poczucie własnej wartości.

Doświadczenia z dzieciństwa kształtują rozwój dziecka i mogą mieć wpływ na umiejętność radzenia sobie z przeciwnościami w życiu dorosłym. Większość dzieci nigdy nie wyrasta z bolesnych uczuć, których doświadczyły. Kiedy przychodzi im wziąć udział w wyścigu, jakim jest dorosłe życie, stają na starcie głęboko zranione.

Jakie są przyczyny depresji? Aktualne wydarzenia życiowe

T

JL raumatyczne przeżycia z dzieciństwa zwiększają podatność człowieka na depresję, ale choroba dotyka również te osoby, które nic do niej nie predysponowało. Nikt nie jest na nią odporny. Na depresję chorują ludzie z różnych środowisk, niezależnie od zamożności, inteligencji i sukcesów. Zwykle choroba jest reakcją na jakieś zmiany w życiu, ale depresja biologiczna czasem spada jak grom z jasnego nieba. Rzecz jasna, nie każda zmiana powoduje depresję, ale kilka wydarzeń często poprzedza pojawienie się choroby.

Aktualne lub niedawne wydarzenia, które wywołują depresję:

- **Strata bliskiego człowieka** jest najczęstszym wydarzeniem, które prowadzi do depresji. Bliską osobę można stracić z różnych przyczyn: w wyniku śmierci, rozvodu lub separacji, wyprowadzenia się dziecka z domu, odejścia przyjaciela lub kochanka. Często kogoś tracimy. W Stanach Zjednoczonych co roku dochodzi do około miliona rozwodów, ośmiu milionom osób śmierć zabiera kogoś bliskiego, osiemset tysięcy kobiet i mężczyzn zostaje wdowami lub wdowcami (za M. Osterweis ze współpracownikami, 1984). W Stanach Zjednoczonych żyją 2 miliony wdowców i aż 11 milionów wdów. Ludzie często tracą przyjaciół, ponieważ praca zmusza ich do zmiany miejsca zamieszkania. Konflikty niszczą miliony więzi rodzinnych i przyjacielskich.

Na stratę zwykle reagujemy żalem. To bolesne uczucie, ale większość ludzi potrafi się z niego otrząsnąć. Jednak około 25% osób, które straciły bliską osobę, wpada w kliniczną depresję.

Jednym z nieporozumień dotyczących żalu, który w danych okolicznościach uważamy za naturalny, jest oczekiwanie, że powinno wystarczyć kilka miesięcy, żeby dojść do siebie po stracie kogoś bliskiego. Badania wykazały, że żal trwa o wiele dłużej, niż się powszechnie sądzi. Osoba pogrążona w smutku powinna pamiętać, że żałoba obejmuje trzy etapy:

Etap pierwszy to zaskoczenie i przerażenie, gwałtowny żal, emocjonalne cierpienie i odrętwienie.

Etap drugi to właściwa żałoba, którą charakteryzują częste okresy smutku i poczucie osamotnienia. Osoba pogrążona w żałobie czuje, że nic już nie jest takie samo. (Wbrew powszechnym przekonaniom ten okres trwa długo: zwykle do dwóch lat po śmierci matki lub ojca, mniej więcej cztery lata po rozpadzie małżeństwa, od czterech do sześciu lat po śmierci małżonka i od ośmiu do dziesięciu lat po śmierci dziecka. Są jednak osoby, u których żałoba może trwać nawet znacznie dłużej).

Etap trzeci to ostateczne ukojenie, które wcale nie jest kresem żalu. Większość ludzi przez długie lata z bólem wspomina zmarłego. O ukojeniu można mówić wtedy, kiedy bolesne napady smutku stają się słabsze lub rzadsze, a życie wraca do normalności.

Od każdego, kto stracił bliską osobę, można usłyszeć, że ból nigdy nie mija. Na szczęście to nieprawda, chociaż zwykle musi upłynąć bardzo dużo czasu, żeby ból osłabł. Trzeba rozumieć, że żałoba jest bolesnym i długotrwałym procesem, a nie patologią czy chorobą psychiczną. Z rozdziału dziesiątego można się dowiedzieć, czym żal różni się od depresji.

- **Strata egzystencjalna.** Robert dowiedział się, że jego czter-dziesięcioletni przyjaciel i kolega z pracy zmarł na zawał serca podczas gry w golfa. Robert powiedział mi: „Najbardziej przeraziło mnie, że to mogłem być ja. Zacząłem się zastanawiać nad sobą. Czy jestem szczęśliwy? Czy moje życie ma sens?”. Podobne wydarzenia często sprawiają, że zaczynamy szukać sensu naszego istnienia, zastanawiamy się nad swoją moralnością i nad tym, czym jest szczęście. Możliwe, że to, co nazywamy kryzysem wieku średniego, jest po prostu depresją o podłożu egzystencjalnym.

Do najczęściej spotykanych problemów egzystencjalnych należy rozczarowanie albo utrata marzeń. Większość ludzi ma jakieś nadzieje i marzenia; wielu jesteśmy świadomi, ale niektóre kryją się w naszej nieświadomości. Ludzie myślą: „Mam nadzieję, że małżeństwo i dzieci dadzą mi poczucie spełnienia”, „Mam nadzieję, że odniosę sukces zawodowy i będę szczęśliwy” albo: „Chcę, żeby moje życie miało sens”. Często praca lub życie rodzinne są inne niż sobie wymarzyliśmy. Nie jest niczym niezwykłym, że człowiek budzi się pewnego dnia z bolesną świadomością faktu, że nie jest szczęśliwy w pracy lub w domu.

Ludzie często zadają sobie wiele trudu, żeby nie stracić nadziei nawet w obliczu najbardziej bolesnych rozczarowań. Trzydziestoosmioletnia Pam powiedziała mi: „Czuję to dzień w dzień, od jedenastu lat -mojemu mężowi na mnie nie zależy. Zawsze traktował mnie jak kompletne zero, ignorował mnie. Czasem się nade mną znęcał, ale ja miałam nadzieję, że on się zmieni. Powtarzałam mu, że musimy się bardziej starać. Dopiero teraz zrozumiałam, że on jest, jaki jest, i zawsze taki będzie. Dlaczego byłam taka głupia?”. Nie była głupia, po prostu miała nadzieję. Nadzieja pomaga ludziom przetrwać trudne chwile i znieść ból, ale może też czynić ich ślepyimi. Pam żyła nadzieją i to dawało jej obronę przed przykrymi uczuciami, ale w pewnym momencie mydlana bańka pękła. Głębokie rozczarowanie wpędziło ją w depresję. Marzenie o szczęściu małżeńskim legło w gruzach. Tego rodzaju przeżycia są typowymi przyczynami depresji, chociaż rzadko zdajemy sobie z tego sprawę. Przyjaciele Pam mówili: „Nie rozumiemy, czym się przejmujesz. Przecież wiedziałas o tym od lat”. Słyszac to, Pam czuła się jeszcze gorzej. Możliwe, że jej przyjaciele mieli dobre intencje, ale ich słowa zawierały krytykę. Niezależnie od tego, jak długo Pam żyła z mężem i przez ile lat znosiła jego brutalne zachowania, kiedy straciła nadzieję, wpadła w depresję.

Drugim głównym rodzajem straty emocjonalnej, z którym często mamy do czynienia, jest uświadomienie sobie, że nie będziemy żyli wiecznie. Dwudziestoletni student wie, że to prawda, ale raczej się nad tym nie zastanawia. Inaczej jest z człowiekiem czterdziestoletnim. Śmierć rodziców lub kogoś znajomego potrafi mu dobitnie uświadomić prawdę o tym, że kiedyś nadejdzie jego kres. Rabin Harold Kushner powiedział: „To nie strach przed śmiercią, przed końcem życia spędza nam sen z powiek, tylko obawa, że nasze życie jest bez znaczenia [...]” (1986). Świadomi upływającego czasu, zaczynamy się

martwić nie tylko o przyszłość, ale i żałować pustego, rozczarowującego, pozbawionego znaczenia życia.

Wszyscy wiedzą, że śmierć kogoś bliskiego lub rozwód są powodem do żalu i depresji, ale na kwestie egzystencjalne patrzymy inaczej. Pewna pacjentka powiedziała mi po śmierci męża: „Cóż, takie rzeczy się zdarzają. Człowiek się starzeje i musi się z tym pogodzić”. Mówiąc, że „takie rzeczy się zdarzają”, chciała przekonać mnie i siebie samą, że powinna umieć sobie z tym poradzić, ale w rzeczywistości nie potrafiła się pogodzić ze śmiercią męża ani z tym, że ona również jest śmiertelna. Rodzina i przyjaciele okazywali jej współczucie z tego powodu, że została wdową, ale nie mieli dla niej zrozumienia, kiedy mówiła, że jest smutna, bo uświadomiła sobie, że kiedyś ona też będzie musiała rozstać się z tym światem. Śmierć męża była postrzegana jako strata, ale kryzys egzystencjalny był lekceważony i bolał tym bardziej. Trzeba rozumieć, że każda strata może być źródłem ogromnego bólu.

- **Wydarzenia, które powodują utratę szacunku dla siebie.** Wiele wydarzeń życiowych może sprawić, że stracimy szacunek dla samych siebie. Osobiste porażki (na przykład brak awansu zawodowego), odrzucenie przez kogoś, krytyka lub popełnione błędy - to tylko kilka przykładów.

Andy, czterdziestotrzyletni księgowy, przez przypadek wznicił pożar w swojej kuchni. Dom ocalał, ale kuchnia została kompletnie zniszczona. Mimo że firma ubezpieczeniowa pokryła koszty remontu, Andy przez wiele miesięcy był na siebie wściekły. „Co się ze mną stało? Jestem idiotą! Nie mogę uwierzyć, że zachowałem się tak głupio” - powtarzał. Długo nie mógł sobie wybaczyć, że popełnił tak poważny błąd.

Cari przez dwadzieścia trzy lata pracował w sklepie z maszynami. Potem sklep sprzedano i nowy właściciel zwolnił Carla, mimo doskonałych referencji. Przez dwa lata Cari na próżno szukał pracy w swoim zawodzie. Jego szwagier przy każdej okazji żartował sobie z niego i dokuczał mu z powodu „chronicznego braku zatrudnienia”. Cari bardzo cierpiał, czuł się nikim.

Każdy człowiek chce się czuć wartościowy. Wydarzenia, które niszczą nasze przekonanie o własnej wartości, często prowadzą do depresji.

- **Przewlekłe choroby i ból.** Choroba może być źródłem wielu problemów emocjonalnych. W niektórych przypadkach ból fizyczny jest tak silny i stały, że trudno nawet o krótkie chwile radości.

Z niektórymi chorobami wiąże się groźba kalectwa lub przedwczesnej śmierci. W pewnych badaniach porównano dwie grupy pacjentów:

jedni mieli uszkodzony rdzeń kręgowy, drudzy - zaniki mięśni. Badani z obu grup byli w takim samym stopniu upośledzeni ruchowo, ale stan chorych z uszkodzonym rdzeniem kręgowym w zasadzie się nie zmieniał, podczas gdy stan chorych z zanikiem mięśniowym się pogarszał. Pacjenci z zanikami mięśni żyli w większym stresie niż badani z uszkodzonym rdzeniem kręgowym (Duvencek i in., 1986). To normalne, że ludzie myślą o dniu jutrzejszym, jednak w wypadku niektórych chorób widoki na przyszłość są ponure.

Pewne choroby nakładają na ludzi ograniczenia i wymuszają ogromne zmiany w trybie życia. Sharon ma trzydzieści cztery lata i bardzo lubi taniec współczesny. Przez wiele lat pracowała jako sekretarka. Największą radością jej życia były wieczory w klubie tanecznym. Kiedy zachorowała na artretyzm, musiała zrezygnować z tańca. „Zmieniło się całe moje życie. Czuję się pusta” - powiedziała mi. Choroba fizyczna bywa bolesna, może stać się źródłem obaw o przyszłość i zmienić codzienne życie chorego.

Przewlekły ból często prowadzi do depresji, ponieważ jest źródłem stresu. Osoby, które cierpią, zwykle źle śpią, a zaburzenia snu mogą wywoływać lub pogłębiać depresję.

- **Przewlekły stres.** Zwykle stres nie wywołuje depresji. Ludzie często biorą na siebie dużo stresujących obowiązków, a mimo to czują się dobrze. Wiele zależy jednak od tego, jak człowiek postrzega siebie samego w stresującej sytuacji. Dopóki myśli:
„Jest ciężko, ale dam sobie radę, idzie ku lepszemu” - stres jest wyzwaniem i raczej nie doprowadzi do depresji. Jeśli człowiek poczuje się przytłoczony, jeśli nie będzie sobie radził z narastającą presją, zacznie inaczej patrzeć na siebie. Będzie myślał:
„Nie dam sobie rady. Nic na to nie poradzę. To już koniec”. Takie myśli prowadzą do depresji. Człowiek, który nie radzi sobie w trudnej sytuacji, może się poczuć bezradny, bezbronny, bezsilny. Ciągły stres i poczucie bezradności mogą sprowokować reakcje depresyjne.

Czasem znamy przyczyny depresji, ale znacznie częściej pozostają one niejasne. Wiadomo, że wiele doświadczeń może czynić psychikę podatną na depresję albo wyzwać chorobę, więc nie powinniśmy się dziwić, że tak dużo osób na nią cierpi. Zrozumienie przyczyn tej dole

gliwości może w istotny sposób przyczynić się do jej pokonania. Jednym z najlepszych sposobów na uświadomienie sobie przyczyn depresji jest rozmawianie z drugą osobą o sobie, o swoich uczuciach, o przeszłości i o dniu dzisiejszym. Myśląc o swoim życiu, dzieląc się swoimi myślami z kimś bliskim, łatwiej jest zobaczyć, że wszystkie elementy składają się w jedną całość i zauważyć, dlaczego jest się w depresji. Niektórym ludziom najłatwiej jest rozmawiać z psychoterapeutą, inni wolą rozmowy z przyjaciółmi, z członkami rodziny lub z duchownymi. Rozmowa jest bardzo ważna, bo pozwala przeniknąć tajemnicę i zrozumieć sens naszego życia, a ból, który dzielimy z drugą osobą, staje się bardziej znośny.

Jakie są przyczyny depresji? Czynniki biologiczne

i.¹ iektóre struktury ludzkiego mózgu odgrywają ważną rolę w układzie kontrolującym emocje i inne cykle biologiczne. Dla depresji najistotniejsze są: **podwzgórze i układ limbiczny.**

Podwzgórze to niezwykle skomplikowana część mózgu. Ma wielkość ziarnka grochu i steruje wieloma układami w organizmie (systemem hormonalnym i odpornościowym), aktywnością i rytмами biologicznymi (kontroluje cykl snu, apetyt, popęd seksualny i zdolność do odczuwania przyjemności).

Wokół podwzgórza znajdują się różne elementy układu limbicznego, który czasem bywa nazywany „mózgiem emocjonalnym”, ponieważ jest źródłem naszych uczuć. Jeśli podwzgórze i układ limbiczny funkcjonują prawidłowo, możemy zasnąć i dobrze spać, możemy wypocząć, mamy normalny apetyt i popęd seksualny, czujemy się normalnie, mamy dużo sił i odczuwamy przyjemność, kiedy spotka nas coś miłego. W obliczu bolesnych zdarzeń czujemy się smutni lub zdenerwowani, ale nie przybici (dzięki układowi limbicznemu nasze emocje nie są zbyt intensywne).

Funkcjami układu limbicznego i podwzgórza sterują związki chemiczne, które nazywamy neuroprzekaźnikami. Niestety, zarówno równowaga tych związków, jak i ich działanie mogą ulegać zaburzeniom, co wywołuje czasem depresję biologiczną. Co sprawia, że ten

wrażliwy układ przestaje sprawnie funkcjonować? Znamy sześć grup przyczyn takich niekorzystnych zmian.

Niepożądane działania leków

Niektóre leki mogą wywoływać zmiany w aktywności chemicznej mózgu i powodować ciężką depresję biologiczną, (patrz rycina 7.1) Takie niepożądane działania środków farmakologicznych są rzadko spotykane, ale niewykluczone. Jeśli nie można się doszukać żadnej logicznej przyczyny depresji (w życiu chorego nie zaszły istotne zmiany i nie było bolesnej straty), a objawy pojawiły się po rozpoczęciu leczenia którymś ze środków farmakologicznych wymienionych na rycinie 7.1, można podejrzewać, że odpowiedzialne za nie jest lekarstwo. W takim wypadku należy się skontaktować z lekarzem, który zalecił terapię farmakologiczną.

Leki, które mogą wywołać depresję		
Grupa leków	Nazwa rodzajowa	Nazwa handlowa
Leki na nadciśnienie lub migrenę	Rezerpina	Raupasil, Tensin*
	Chlorowodorek propranololu	Propranolol Aldomet*
	Guanetydyna	Guanethidin*
	Metyldopa	Catapres*
	Dihydralazyna	Dihydralazinum
	Klonidyna	
Kortykosteroidy	Octan kortyzonu	Cortison
Hormony	Estrogeny	Oestradiolum benzoicum, Agofollin*, Benzo-gynoestryl 5*
	Progesteron	^ Progesteronum, Agolutin, Cyclogest
Leki na chorobę Parkinsona	Karbidopa	Sinemet Bendopa, Berkdopa*
	Lewodopa	Amantadin*
	Amantadyna	

Leki przedawkowe	Diazepam Chlordiazepoksyd i inne	Valium, Relanium Librium*
Leki antykoncepcyjne		Różne nazwy handlowe ————— Rycina 7.1 —'
* W Polsce lek nie jest zarejestrowany.		

Uzależnienie od narkotyków lub alkoholu

Drugą częstą przyczyną depresji biologicznej jest długotrwałe nadużywanie alkoholu lub środków psychotropowych. Dobrze wiemy, że niektóre narkotyki (na przykład kokaina i amfetamina) wywołują euforię. Wiele osób uzależnionych przekonuje się na własnej skórze, że po pewnym czasie z narkotykowego transu wpada się prosto w depresję. Podobne doświadczenia mają osoby, które przez długi czas nadużywają alkoholu. Alkohol jest przyczyną niejednej głębokiej depresji. Często depresja mija w kilka tygodni po odstawieniu alkoholu. (Uwaga! Każdy, kto dużo pił i postanowił zerwać z nałogiem, powinien się porozumieć z lekarzem, ponieważ abstynencja może wywołać objawy odstawienne).

Choroby somatyczne

Choroby somatyczne są trzecim czynnikiem biologicznym, który może wywoływać depresję. Przykładem może być osoba chorująca na artretyzm, która każdego dnia doświadcza bólu. Poważne choroby serca wymuszają na pacjentach wiele zmian w życiu. Śmiertelnie chory pacjent z dnia na dzień traci siły i wie, że jego kres jest bliski. Każda ciężka choroba somatyczna ma wpływ na psychikę i na emocje pacjenta, ale te, które wymieniam na rycinie, mogą powodować zmiany w chemicznej aktywności mózgu i prowadzić do depresji.

Choroby,	które mogą wywoływać depresję	
Choroba Addisona	Grypa	
AIDS	Guzy złośliwe	
Anemia		Niedożywienie

Astma	Klimakterium
Zespół przewlekłego zmęczenia	Stwardnienie rozsiane
Przewlekłe infekcje (mononukleozą, gruźlicą)	Choroba Parkinsona Porfiria
Przewlekły ból	Poporodowe zmiany nastroju
Zastoinowa niewydolność serca	Zespół napięcia przedmiesiączkowego
Choroba Cushinga	Artretyzm reumatoidalny
Cukrzyca	Syfilis
Nadczynność tarczycy	Toczeń rumieniowaty
Niedoczynność tarczycy	Mocznica
Zapalenie wątroby	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego

Zmiany hormonalne

Na rycinie wymieniono takie dolegliwości, jak poporodowe wahania nastroju, zespół napięcia przedmiesiączkowego i klimakterium, które nie są chorobami, ale są związane z dużymi zmianami hormonalnymi. Kobiety znacznie częściej od mężczyzn zapadają na depresję. Możliwe, że odpowiedzialne za ten stan *rzeczy* są wahania nastroju powodowane przez żeńskie hormony. Stwierdzono, że w okresach wzrostu poziomu hormonów (na przykład po porodzie) kobiety częściej popadają w depresję. Niektórzy naukowcy sugerują, że aż 50% kobiet doświadcza zmiany nastroju przed miesiączką. 5% kobiet przechodzi w tym okresie głęboką depresję. 10% kobiet po urodzeniu dziecka cierpi na głęboką depresję poporodową. Hormony zaburzają delikatną równowagę chemiczną w mózgu, ale mechanizm tego oddziaływania na razie jest nieznanym.

Stres

Stres emocjonalny - szczególnie jeśli trwa długo - może doprowadzić do zmian biochemicznych w mózgu. Sprzyjają temu dwie sytuacje: (1) utrata kogoś lub czegoś ważnego i (2) trudne zmiany w życiu. W obu

wypadkach czujemy się bezbronni, bezradni i przytłoczeni. Udowodniono, że sytuacje, które rodzą poczucie bezradności, wywołują silne reakcje biologiczne nie tylko u ludzi, ale również u zwierząt.

Depresja endogenna

O depresji endogennej mówimy wtedy, gdy nie wiemy, dlaczego dana osoba jest podatna na tę chorobę, a mimo to co jakiś czas dochodzi u niej do silnego rozregulowania funkcji biochemicznych mózgu.

- **Dwubiegunowe zaburzenia afektywne** to szczególna odmiana endogennej depresji biologicznej, dawniej nazywana psychozą maniakalno-depresyjną. Wiadomo, że jest ono uwarunkowane genetycznie (w niektórych rodzinach występuje szczególnie często). Większość uczonych zgadza się z poglądem, że źródłem tej depresji jest rozregulowanie funkcji biochemicznych mózgu. Zaburzenia dwubiegunowe charakteryzuje się częstymi, zdecydowanymi zmianami nastroju. Po jednej stronie bieguna znajduje się głęboka depresja, po drugiej - silne pobudzenie. W okresach dobrego humoru osoba z dwubiegunowym zaburzeniem afektywnym ma mnóstwo energii, czuje, że jest jednostką wartościową, żyje w euforii, łatwo ulega rozdrażnieniu i ma mniejszą niż normalnie potrzebę snu. Taki nastrój, stanowiący przeciwieństwo depresji, nazywamy manią lub hipo-manią (czyli łagodną manią). Można by pomyśleć, że mania jest stanem przyjemnym. Każdy chciałby być pełen energii i doświadczać euforii. Niestety, człowiek w tym stanie nie panuje nad sobą, a jego zachowanie staje się tak chaotyczne jak działanie silnika samochodowego, który pracuje z taką prędkością, że *zaczyna się rozpadać*.

Na szczęście dysponujemy lekami, które pozwalają skutecznie leczyć dwubiegunowe zaburzenie afektywne. Do najczęściej stosowanych należą lit i Depakote (*Divalproex sodium EC*). Więcej na ten temat można się dowiedzieć z rozdziału piętnastego. Jeśli podejrzewasz, że członek twojej rodziny może cierpieć na to zaburzenie, powinieneś go namówić na wizytę u psychiatry. Polecam książkę Francisa Marka *Bi-Polar Disorder: A Guide for Patients and Families*, wydaną w 1999 roku.

- **Dwubiegunowe sezonowe zaburzenia afektywne** (*Seasonal Affective Disorder - SAD*) to depresja spowodowana -jak się przypuszcza - mniejszą ilością docierającego do nas światła

słonecznego. Czy w pochmurne dni jesteś smutny? Kiedy na niebie wiszą gęste chmury, wiele osób odczuwa lekką zmianę nastroju, ale niektórzy popadają w głęboką depresję biologiczną. Dwubiegunowe sezonowe zaburzenie afektywne najczęściej pojawia się zimą, kiedy jest mniej słońca. Również u osób, które często pracują na nocną zmianę, może wystąpić depresja spowodowana niedoborem światła słonecznego. Słońce stymuluje pewne zmiany w podwzgórzu. U niektórych osób niedobór światła słonecznego zaburza równowagę biochemiczną w mózgu i wywołuje głęboką depresję biologiczną. Niektórzy lekarze przepisują pacjentom z SAD leczenie jasnym światłem (10000 luksów). W miesiącach zimowych pacjenci muszą spędzać od 20 do 60 minut dziennie w odległości metra od źródeł światła. W tym czasie mogą się zajmować normalną pracą. Takie leczenie przynosi poprawę u tych pacjentów, którzy rzeczywiście cierpią na dwubiegunowe sezonowe zaburzenie afektywne. Poza tym pacjent musi codziennie spędzać jedną godzinę na dworze (nawet w pochmurne dni w domu jest mniej światła niż na zewnątrz).

Kiedy depresję wywołują czynniki biologiczne, chorzy nie rozumieją, co się z nimi dzieje, bo nie potrafią znaleźć przyczyny swojej słabości. Znamy kilka skutecznych terapii (dysponujemy również wieloma środkami farmakologicznymi), które przynoszą poprawę w depresji biologicznej. Więcej informacji na ten temat można znaleźć w rozdziale piętnastym.

Podsumowanie. Przyczyny depresji

Czynniki, które zwiększają podatność na chorobę

A. Doświadczenia z wczesnego dzieciństwa

1. Zaniedbywanie
2. Strata poniesiona w dzieciństwie
3. Rodzice emocjonalnie niedostępni
4. Nadmiernie surowa atmosfera w domu rodzinnym
5. Brak zachęty do dojrzewania
6. Maltretowanie i wykorzystywanie seksualne dziecka

B. Czynniki dziedziczne *Czynniki działające aktualnie lub w niedawnej przeszłości*

A. Utrata bliskiej osoby

B. Straty egzystencjalne

1. Rozczarowanie i utrata marzeń

2. Świadomość własnej śmiertelności

C. Wydarzenia, które podkopują szacunek do siebie samego D.

Choroba somatyczna i przewlekły ból E. Długotrwały stres

Czynniki biologiczne

A. Niepożądane działania leków

B. Nadużywanie alkoholu i środków psychotropowych

C. Choroba somatyczna

D. Zmiany hormonalne

E. Stres

F. Depresja endogenna

Rycina 7.3 -

Przebieg depresji i zapobieganie nawrotom

Zdarza się, że depresja pojawia się tylko raz w życiu i nigdy więcej nie wraca, ale w dwóch trzecich przypadków choroba powraca wielokrotnie. Ponieważ zdarza się to tak często, uważam, że powinniśmy rozumieć przewlekły charakter tej choroby. Ta cecha depresji sprawia, że oprócz głównego celu terapii, którym jest zmniejszenie i wyeliminowanie **występujących obecnie objawów**, jest jeszcze drugi, bardzo ważny - zapobieganie **nawrotom**.

Na szczęście możemy zrobić naprawdę wiele, żeby przerwać cykl depresyjny. Jeśli będziemy wiedzieli, z czym walczymy, nasze działania będą bardziej skuteczne, dlatego chcę, żebyśmy się teraz przyjrzyli objawom depresji i ustalili, jakie mają znaczenie dla zapobiegania nawrotom.

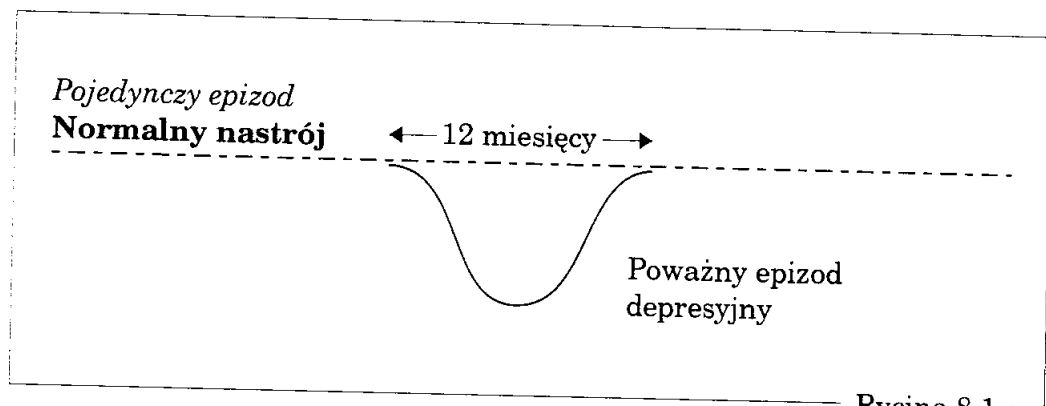
Krótki rzut okiem na przebieg depresji

Przebieg depresji można zaznaczyć na linii czasu. Na rycinie 8.1 przedstawiłem pojedynczy epizod depresyjny

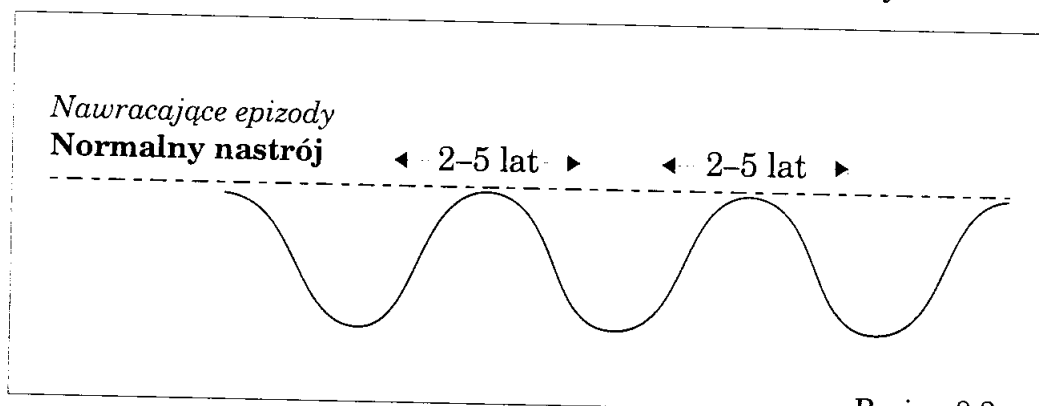
Nieleczony, pojedynczy epizod zwykle trwa około dwunastu miesięcy (leczenie może bardzo skrócić cierpienie).

Na rycinie 8.2 przedstawiłem typowy przebieg najczęściej spotykanej depresji z nawrotami. Między poszczególnymi epizodami choroby może minąć kilka lat (od dwóch do pięciu).

Przy pierwszym epizodzie depresyjnym nie wiemy czy w przyszłości przyjdą kolejne, ale pewne fakty mogą służyć jako wskazówki. Bada-



Rycina 8.1



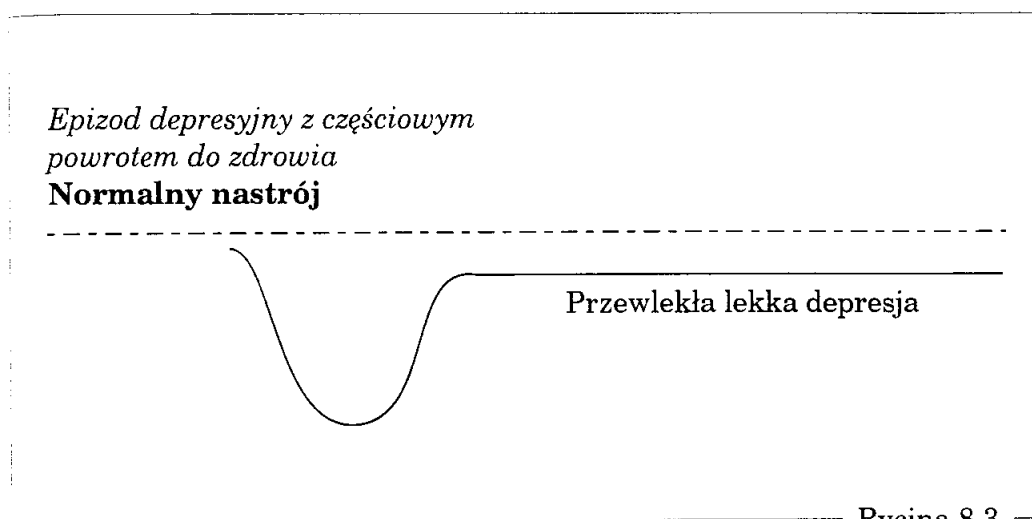
Rycina 8.2

nią wykazały, że istnieje kilka czynników ryzyka, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia nawrotów. Oto one:

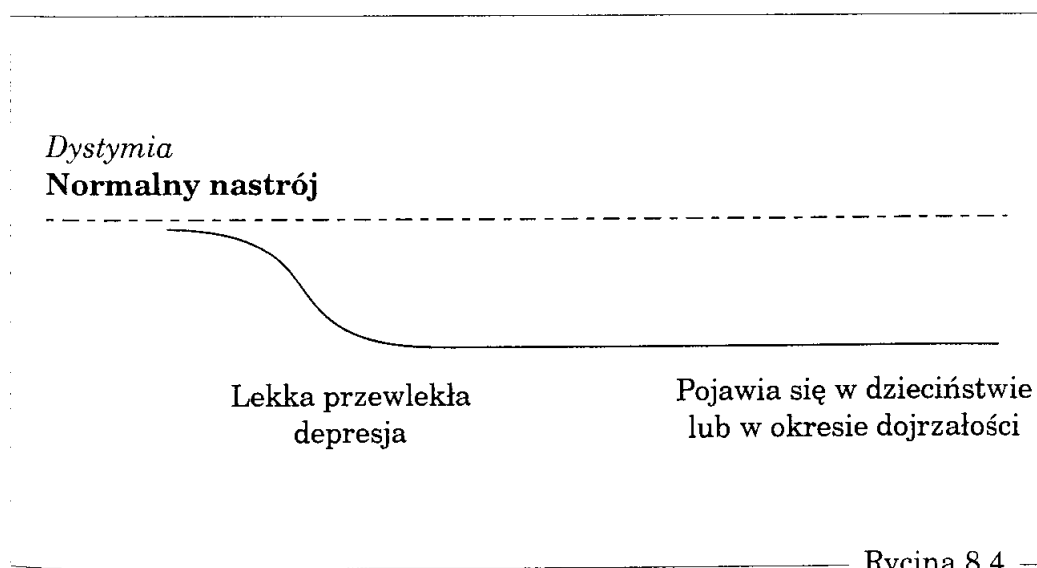
- 1) częsta depresja w rodzinie,
- 2) pierwszy epizod przed ukończeniem osiemnastego roku życia,
- 3) bardzo silny epizod z wyraźnymi objawami biologicznymi.

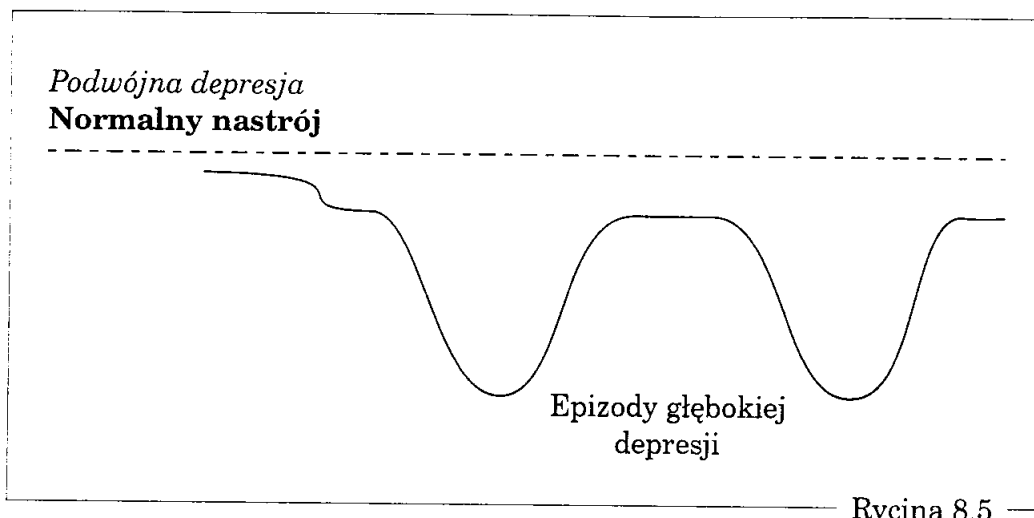
Nie chcę być pesymistą, ale uważam, że znajomość faktów jest istotna. Jeśli znajdujesz się w grupie podwyższonego ryzyka, powinieneś wiedzieć, że znamy skuteczne sposoby zapobiegania nawrotom depresji. Napiszę o nich w dalszej części tego rozdziału.

Około 15-20% osób po ciężkim epizodzie depresyjnym tylko częściowo odzyskuje zdrowie (nawet jeśli poddały się leczeniu) i musi całymi latami żyć z **obniżonym nastrojeniem** (taką sytuację przedstawiłem na rycinie 8.3). W większości takich przypadków po podjęciu intensywnego leczenia można uzyskać poprawę. Niestety, wiele osób uważa, że lżejszą, ale przewlekłą depresję trzeba przetrzymać, a przecież nie musi tak być. Jeśli należysz do osób, u których obniżony nastrój utrzymuje się bardzo długo, powinieneś zacząć działać. Okazało się, że najnowsze leki przeciwdepresyjne skutecznie pomagają w takich przypadkach.



Dystymia (lekka przewlekła depresja, która często zaczyna się w dzieciństwie lub w okresie dojrzewania i może trwać nawet przez całe życie) została przedstawiona na rycinie 8.4. Dystymię nazywa się czasem nieprawidłowo „lekką depresją”, ponieważ objawy zwykle nie są ostre i nie zagrażają życiu. Tego typu choroba afektywna dotyka około 3-5% populacji. Chorzy **na co dzień** żyją z poczuciem braku szacunku dla siebie, z brakiem motywacji, z negatywnym myśleniem i z przekonaniem, że życie przecieka im przez palce, więc problem bynajmniej nie jest błahy. Dystymia pozbawia chorych radości życia i ma duży wpływ na ich bliskich.

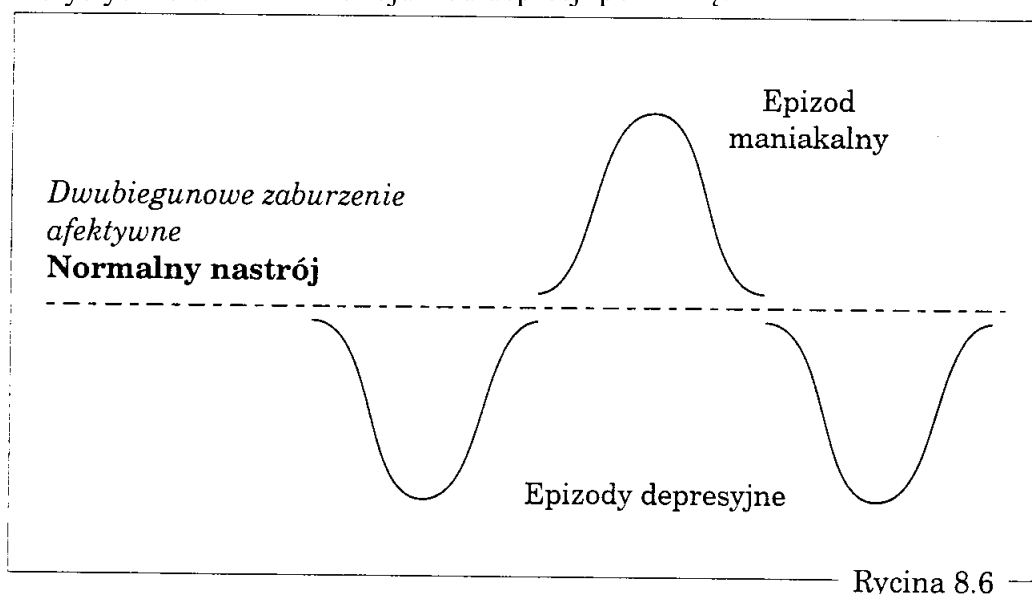




Na szczęście znamy metody terapeutyczne (także farmakologiczne), które pomagają więcej niż połowie chorych na dystymię. Moi pacjenci, którzy dobrze zareagowali na leki, prawie zawsze mówią: „W życiu nie czułem się tak dobrze jak teraz!”. W takich przypadkach leczenie naprawdę odmienia życie.

Chorzy z dystymią mogą co jakiś czas przeżywać silne epizody depresyjne. Kiedy epizod mija, pacjent wraca do stanu lekkiej depresji. Takie przypadki nazywamy **podwójną depresją** (rycina 8.5), ich leczenie często przynosi bardzo dobre rezultaty.

W końcu dochodzimy do **dwubiegunowego zaburzenia afektywnego**, o którym mówiliśmy już w rozdziale siódmym. Rycina 8.6 pokazuje charakterystyczne wahania nastroju - od depresji po manię.



Zapobieganie nawrotom

Znam wiele osób, które przeżyły ciężki epizod depresji. Wszystkie drżą na myśl o tym, że znów miałyby przechodzić przez podobne piekło. Jeśli będziesz wiedział, z czym walczysz, i będziesz gotowy do działania, to, czego się boisz, może się nigdy nie urzeczywistnić.

Opisane wyżej, przewlekłe lub powtarzające się epizody depresji są bardzo częste, dlatego powinniśmy się starać zapobiegać nawrotom. Można się do tego zabrać na trzy sposoby:

Bezpośrednie działanie. Warto wiedzieć, jakie okoliczności życiowe lub jakie wydarzenia w przeszłości doprowadziły do depresji. Do najczęściej spotykanych okoliczności przyczyniających się do depresji należą trwałe, ale burzliwe **związki**, w których pacjenci są wykorzystywani, ignorowani albo źle traktowani. Niemal równie częstą przyczyną depresji jest mniejsze zaangażowanie w **działania, które nadają życiu sens** (w życie Kościoła, w wypoczynek, w pracę społeczną itp.). Zdrowe relacje i aktywność towarzyska dają poczucie, że nasze życie jest ważne. Jeśli zaniedbamy tego rodzaju aktywność, źródła życiodajnej siły stopniowo wysychają i powoli dryfujemy ku depresji.

Kiedy w domu wybucha pożar, można pootwierać okna i wypuścić trochę dymu, ale sytuacja poprawi się na krótko. Znacznie lepiej jest zdusić ogień. Podjęcie kroków w celu zmiany okoliczności, które mogą wywoływać depresję, jest ważną częścią zapobiegania nawrotom. Myślicie, że piszę banały? Być może, ale wiele osób wykazuje zdumiewającą wytrwałość w ignorowaniu trudnych sytuacji, dopóki nie nadejdzie kryzys.

Zachęcam do zmiany nastawienia. Trzeba myśleć tak: „Dla własnego dobra muszę zapobiegać nawrotom depresji, dlatego będę zwracał uwagę na wszystkie okoliczności, które mogą mnie emocjonalnie zranić. Jeśli napotkam problemy, których nie da się łatwo rozwiązać, pójdę do terapeuty i uzgodnię z nim plan działania. Stawką jest moje zdrowie emocjonalne i nie będę ignorował tych rzeczy, kiedy pojawią się w moim życiu”.

Jeśli źródłem niepokoju są problemy w relacjach z ludźmi, być może trzeba będzie zacząć aktywnie poszukiwać ich rozwiązania. Gdy rozdźwięki są poważne i w grę wchodzi ważny związek (na przykład małżeństwo), najlepiej będzie skorzystać z psychoterapii lub z pomocy poradni rodzinnej.

Jeśli problemem jest brak kontaktów towarzyskich i zaangażowania w życie społeczności, rozwiązanie jest prostsze: trzeba zacząć działać. Poszukaj małych grup ludzi, którzy mają zainteresowania podobne do twoich - w Kościele, w organizacjach społecznych, w zespołach muzycznych, w klubach sportowych, w kołach zainteresowań, w teatrze i tym podobnych miejscach.

Uważaj na wczesne objawy. Drugim elementem walki z nawrotami jest rozpoznawanie ich wczesnych objawów. Trzeba pamiętać, że u różnych osób mogą one być różne. U niektórych pierwszym objawem depresji jest utrzymujące się przez cały dzień zmęczenie lub irytacja albo pogłębiające się kłopoty ze spaniem. Inni ludzie na początku zaczynają zamykać się w sobie, unikają towarzystwa innych, tracą zainteresowanie rzeczami, które dotąd sprawiały im przyjemność i dodawały sił.

Kiedy zaczynasz zauważać takie objawy, **nie powinieneś ich ignorować**, ponieważ szybka reakcja jest najlepszym antidotum. Powinieneś natychmiast podjąć kroki zaradcze. Jeśli w przeszłości pomogło ci **leczenie psychologiczne**, skontaktuj się z terapeutą. Jeśli ulgę przynosiło to wszystko, co możesz zrobić, żeby **pomóc sobie we własnym zakresie**, zajrzyj do tej książki, przypomnij sobie przedstawione tu zasady i przejdź do działania. Jeśli pomagały ci leki **przeciw-depresyjne**, natychmiast umów się z lekarzem. Większość nawrotów można zdusić w zarodku, jeśli zaczniesz się z nimi walczyć, zanim choroba przybierze na sile.

Rozważ celowość przyjmowania leków przeciwdepresyjnych. W wypadku tych osób, którym one pomagały, dobrym rozwiązaniem może być ich stałe przyjmowanie. Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego w Stanach Zjednoczonych zaleca w swoich wskazówkach dla lekarzy ciągle (przez całe życie) podawanie leków przeciw-depresyjnych wszystkim pacjentom, którzy mają za sobą dwa lub trzy ciężkie epizody. Udowodniono, że u osób z wyraźnymi, nawracającymi epizodami taki sposób postępowania jest najlepszym środkiem zapobiegawczym.

To rozwiązanie może się wydawać drastyczne, ale jeśli ma uchronić pacjenta przed nawracającymi epizodami ciężkiej depresji, nic lepszego nie możemy zrobić. Badania udowodniły, że nieprzerwane podawanie środków farmakologicznych skutecznie zapobiega nawrotom ciężkiej depresji. (W rozdziale piętnastym można znaleźć więcej informacji na temat leków przeciwdepresyjnych).

Pomyśl: gdyby się okazało, że chorujesz na cukrzycę, wiedziałbyś, że musisz do końca życia przyjmować insulinę. Czy zdrowie psychiczne nie jest równie ważne?

W tym rozdziale zaledwie dotknęliśmy tematu zapobiegania nawrotom depresji po silnym epizodzie depresyjnym lub wychodzenia ze stanu depresyjnego, który trwa przez całe życie. W zapobieganiu epizodom choroby pomoże wszystko to, o czym napisałem w drugiej części tej książki. Jeśli myślisz: „Już tam byłem, już to robiłem”, jeśli skutecznie walczyłeś z depresją, gorąco namawiam do zapoznania się z metodami, które pomagają zapobiegać nawrotom, i do stosowania ich. Przekonałeś się na własnej skórze, że najlepiej jest nie dopuszczać do rozwoju choroby.

Rozdział 9

Wybór terapii

Większość ludzi cierpiących na depresję się nie leczy. Tylko jedna trzecia szuka pomocy u specjalisty.

Niektórzy ludzie nie wiedzą nawet, że ich dolegliwości są spowodowane przez depresję. Wiele osób pogrążonych w tej chorobie zauważa jedynie objawy somatyczne. Jedni nie wiedzą, że mogą uzyskać pomoc, innych nie stać na prywatne leczenie.

Zwykły, przelotny zły nastrój nie wymaga leczenia. Od czasu do czasu każdy miewa fatalny humor, ale poważniejsze i dłuższe okresy depresji, jak te opisane w rozdziale pierwszym, powinny budzić niepokój. Depresja jest źródłem ogromnego emocjonalnego cierpienia i może prowadzić do poważnych zaburzeń zachowania (czasem kończy się utratą pracy lub rozpadem małżeństwa). Wiele kochających rodziców doświadcza poważnych trudności w kontaktach z dziećmi pogrążonymi w depresji i nie wie, jak się opiekować chorym potomkiem (czasem rodzice czują, że w ogóle nie potrafią sobie z tym poradzić). Depresja może zmniejszać odporność organizmu i stać się przyczyną kłopotów zdrowotnych. Zdarza się, że kończy się samobójstwem. Nie wolno zapominać, że w **przytłaczającej większości przypadków depresję można skutecznie leczyć.**

Wielu chorych w depresji odczuwa całkowitą bezradność. Wydaje im się, że ich stan nigdy się nie poprawi i że nic nie jest w stanie im pomóc. Kiedy doświadcza się takiego nastroju, trzeba pamiętać, że **poczucie i przekonanie** nie muszą być zgodne z **rzeczywistością.**

Pacjent, u którego niedawno prowadziłem psychoterapię, miał za sobą bardzo ciężki epizod depresyjny. Kiedy jego stan się poprawił, powiedział: „Kiedy byłem w depresji, byłem absolutnie pewny, że nie ma dla mnie nadziei. Nic nie mogło mnie przekonać, że wydobędę się z depresji. Brak nadziei był bardzo realny. Dziękuję Bogu, że nie popełniłem wtedy samobójstwa, bo teraz jestem zdrowy”. To typowe. Depresja okrywa przyszłość chorego ciemnym welonem; brak nadziei na poprawę jest **objawem** depresji, a nie trzeźwą oceną **rzeczywistości**. Faktem jest natomiast, że cztery z pięciu osób, które poddają się kuracji, można wyleczyć z głębokiej depresji!

Pomoc w leczeniu

Leczenie w prywatnym gabinecie psychiatrycznym lub psychoterapeutycznym często dużo kosztuje. W większości miast można skorzystać z bezpłatnego lub stosunkowo niedrogiego leczenia w publicznych szpitalach psychiatrycznych i w poradniach zdrowia psychicznego.

Bez wahania dzwoń do psychologów, psychiatrów, pracowników społecznych w klinikach, do terapeutów rodzinnych lub do poradni przykościelnych i pytaj o ich stawki, jeśli zależy ci na znalezieniu najtańszego specjalisty.

Co dalej?

Wielokrotnie pisałem, że masz do wyboru różne możliwości. Możesz wypróbować **samodzielne techniki terapii** albo skorzystać z pomocy **specjalisty - zależnie od tego, na ile poważny jest twój stan oraz z jakim typem depresji się borykasz**.

Co powinieneś zrobić, jeśli dotychczasowa lektura tej książki przekonała Cię, że jesteś w depresji? W wypadku lekkiej depresji często wystarczy skorzystać z metod, które przedstawię w kilku następnych rozdziałach. Jeśli dolegliwości są poważniejsze, być może potrzebna będzie pomoc specjalisty. Jeśli zaobserwowałeś u siebie objawy, które wymieniam poniżej, powinieneś się zwrócić o pomoc do lekarza psychiatry lub do psychologa. Te symptomy to:

- wszechogarniające uczucie smutku, pustki lub rozpacz i całkowita niezdolność do doświadczania radości,

- poważne trudności w bliskich relacjach lub niezdolność do pracy,
- uporczywe myśli samobójcze,
- biologiczne objawy depresji, takie jak poważne zaburzenia snu lub zmniejszenie wagi ciała (pisałem o tym w rozdziałach pierwszym i siódmym),
- dokuczliwa bezradność lub apatia; chorzy często czują się tak bezradni lub są tak apatyczni, że nie mają siły zastosować technik przeznaczonych do samodzielnego wykorzystania.

Jeśli nie masz pewności, co powinieneś zrobić, najlepiej umów się na spotkanie ze specjalistą zdrowia psychicznego i poproś go o radę.

W kilku następnych rozdziałach opisuję techniki przeznaczone do samodzielnego wykorzystania, które są skuteczne w leczeniu depresji. Walka z depresją przypomina wojnę - przeciwnika (problem) trzeba atakować na wielu frontach. Jeśli zastosujesz kilka technik opisanych w tych rozdziałach, dostaniesz do rąk amunicję, dzięki której pokonasz depresję.

Zdrowe i niezdrowe sposoby reagowania na ból emocjonalny

Wszystcy doświadczamy bólu fizycznego i emocjonalnego. Na przykre wydarzenia możemy reagować w różny sposób; niektóre metody prowadzą do uzdrowienia, inne dają początek procesom, które nasilają cierpienie emocjonalne, uniemożliwiając wzrastanie i odzyskiwanie sił.

Ból emocjonalny można porównać do bólu fizycznego. Jeśli się przewrócisz i zranisz skórę na kolanie, możesz grubo obandażować ranę, żeby uniknąć zakażenia. Gdy po kilku tygodniach zdejmiesz bandaż, przekonasz się, że rana wcale się nie zagoiła, lecz wygląda gorzej niż zaraz po wypadku. Ranę trzeba chronić, ale trzeba jej też zapewnić dostęp powietrza, żeby mógł się uformować strup.

Podobnie jest z ludźmi, którzy w reakcji na traumatyczne wydarzenia emocjonalne **zaprzeczają swoim uczuciom lub wypierają je ze świadomości**. Zdarza się, że ktoś postępuje tak po śmierci bliskiej osoby. W rodzinie zawsze znajdzie się ktoś, kto nie okazuje smutku, bo woli wypierać nieprzyjemne uczucia. Taki człowiek może myśleć: „Trzeba być silnym i zająć się pogrzebem... Ktoś musi być oparciem dla innych”. Niestety, często chwalimy takie osoby za ich siłę: „On doskonale daje sobie radę. Jest twardy jak skała”. Innym powodem, dla którego ludzie wypierają żal, jest strach przed tym, że ból okaże się nieznośny. To zrozumiałe i nie musimy tego tłumaczyć.

Czy wypieranie żalu lub zaprzeczanie mu jest złe? Wypieranie uczuć pomaga na krótko. Wewnętrzny ból nie znika, za to -jak grube

bandaże na świeżej ranie - utrudnia powrót do zdrowia. Ludzie, którzy nie chcą przeżywać żalu, zwykle tylko przedłużają okres rekonwalescencji. Wewnętrznie dłużej niż inni boją się nad poniesioną stratą, są bardziej zagrożeni chorobami somatycznymi i często popadają w depresję. Wypieranie bolesnych uczuć w niczym nie pomaga.

Wróćmy do naszego przykładu ze zranionym kolaniem. Możesz je zostawić nieobandażowane i narazić się na to, że kiedy rana zacznie się goić, znów się przewrócisz i zranisz albo zedrzesz strup. Za każdym razem, kiedy uszkodzisz strup, powstanie nowa rana, która będzie się musiała zagoić. Co gorsza, może dojść do infekcji.

W życiu emocjonalnym jest podobnie. Sami się ranimy. Robimy to dość często, chociaż zwykle nieświadomie. Jak to możliwe? Możemy na przykład **narażać się stale na te same, bolesne sytuacje**. Tak jest z kobietą bitą przez męża. Mąż jest wobec niej okrutny, poniżają i lekceważą, a ona ciągle do niego wraca, mimo cierpienia, na które się przez to naraża.

Drugim często spotykanym sposobem ranienia siebie jest **kultywowanie negatywnych i samokrytycznych myśli**. Specjaliści w zakresie zdrowia psychicznego odkryli bardzo powszechny i niezdrowy proces, który zwykle pojawia się na wczesnym etapie choroby depresyjnej. Człowiek zaczyna bardzo negatywnie postrzegać świat i siebie samego; widzi tylko swoje ograniczenia i braki. Świat jest czarny, przyszłość ponura, na siebie patrzy zbyt krytycznie. Mężczyzna, którego opuściła żona, robi sobie wyrzuty: „Jestem przeklętym głupcem! Co ze mną jest? Zniszczyłem małżeństwo i całe swoje życie. Jestem do niczego, nikt nie ma ze mnie żadnego pożytku. Nic nie umiem zrobić dobrze”. Nie dość, że cierpi z powodu odejścia żony, to jeszcze sam siebie karze i upokarza. Osoba pogrążona w depresji może nie być świadoma tych negatywnych myśli, ale one bardzo nasilają emocjonalny ból. (W dalszych częściach tego rozdziału napiszę o tym nieco więcej).

Zachowania, które przeszkadzają w odzyskaniu równowagi emocjonalnej

1. Wypieranie bolesnych uczuć lub zaprzeczanie im.
2. Robienie sobie krzywdy przez:
 - a) ciągle narażanie się na te same, bolesne sytuacje,
 - b) nadmiernie negatywne i samokrytyczne myśli.

Rycina 10.1

Co możesz zrobić, żeby pielęgnować zdrowie psychiczne? Ludzie, którym się udało przetrwać bardzo trudne chwile, twierdzą, że pomogło im sześć rzeczy:

- Po pierwsze byli przekonani, że **ból jest normalną reakcją**. Jedna z moich pacjentek, opuszczona przez męża, ujęła to bardzo trafnie: „To cholerny ból, a ja nie lubię smutku, ale to przecież normalne, że się tak czuję, bo zależało mi na tym człowieku”.
- Po drugie **pozwalają sobie na te normalne, ludzkie uczucia**. Wiele osób myśli: „Już dawno powinnam się z tym uporać”, „Nie powinienem pozwalać, żeby to tak bardzo bolało”, „Mam ochotę płakać jak dziecko”, „Muszę być silny” i podobnie. Tacy ludzie doświadczają uczuć, ale nie chcą się do nich przyznawać, wypierają je ze świadomości, często myślą o sobie krytycznie („Co mi jest? Jestem taka słaba”).
- Ludzie, którzy **dobrze** znoszą bolesne doświadczenia, **dają wyraz** swoim uczuciom. Psychologowie nie wiedzą, dlaczego tak się dzieje, ale faktem jest, że wyrażanie bolesnych uczuć jest zdrowe, szczególnie kiedy możemy opowiadać o swoich emocjach osobie, która nas słucha, której na nas zależy i która nas nie osądza. Przyjaciele mówią czasem: „Będzie dobrze. Wszystko się jakoś ułoży Dasz sobie radę”. Mają dobre intencje, ale w ich słowach kryje się sugestia, że **nie powinniśmy** płakać ani się smucić. Zaprzeczanie uczuciom w niczym nie pomaga, przeciwnie, przeszkadza w ich wyrażaniu i w odzyskiwaniu równowagi.
- Ogromnie ważne jest **utrzymywanie kontaktu z przyjaciółmi i z członkami rodziny, którzy umieją nas wesprzeć**. Kiedy próbujesz leczyć emocjonalne rany, nie powinieneś myśleć o tym, że musisz być dzielny i samodzielnie dać sobie radę ze wszystkim.
- W leczeniu emocjonalnego bólu pomaga **trzeźwa ocena rzeczywistości**. Trzeba odważnie spojrzeć na swoje życie, na siebie samego, na to, co pozytywne i co negatywne. Wiele osób uczy się wyrażać swoje uczucia i zachowuje realistyczną ocenę rzeczywistości dzięki prowadzeniu dziennika. Warto przelewać na papier najgłębsze emocje (suche opisywanie faktów nie pomaga, lepiej jest pisać od serca).
- Szóstą rzeczą, która pomaga w odzyskaniu równowagi, jest **zaangażowanie się w rozwiązywanie problemów**. W chwili głębokiej żałoby lub rozpaczcy często jest to trudne, ale warto się

zmobilizować. Przykładem może być mężczyzna, który ma za sobą bolesny rozwód. Jest smutny, bo jego małżeństwo się rozpadło, tęskni za żoną, ale nie zamyka oczu na fakty, na to wszystko, co się w jego życiu zmieniło, i pozwala sobie na odczuwanie i wyrażanie smutku. „Jestem bardzo smutny, ale muszę żyć dalej i chcę myśleć o tym, co powinienem zrobić, żeby się pozbierać. Wiem, że dużo czasu będę teraz spędzał samotnie. Będę się musiał nauczyć żyć z bólem i z pustką samotności, ale chcę szukać czegoś, czym będę się mógł zajmować wieczorami”. Planując spotkania z przyjaciółmi i krewnymi, angażując się w działalność kościoła, mężczyzna zaczyna się zmagać z problemem samotności.

Działania, które ułatwiają odzyskanie wewnętrznej równowagi

1. Uznanie faktu, że ból jest normalną reakcją emocjonalną.
2. Pozwolenie sobie na odczuwanie normalnych uczuć.
3. Wyrażanie uczuć (rozmawianie o nich przynajmniej z jedną osobą).
4. Utrzymywanie kontaktu z przyjaciółmi i krewnymi, którzy umieją nas wesprzeć.
5. Utrzymywanie realistycznego spojrzenia na życie i na własną osobę (często pomaga w tym prowadzenie dziennika).
6. Angażowanie się w rozwiązywanie problemów w taki sposób, by możliwy był powrót do zdrowia.

— Rycina 10.2

Czy można pomóc sobie samemu?

W ostatnich latach psychiatrzy i psychologowie stworzyli terapię poznawczą, która pomaga w walce z depresją.

„Ta forma leczenia stała się popularna z dwóch powodów. Po pierwsze dlatego, że **jest skuteczna**. W trakcie sześcioletnich badań prowadzonych przez Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego udowodniono, że terapia poznawcza jest bardzo skuteczna w leczeniu lekkiej i średnio ciężkiej depresji. Skutecznością dorównuje terapii farmakologicznej” - doniósł „Time” 26 maja 1986 roku. Inne liczne, niezależne badania naukowe też udowodniły, że ta metoda sprawdza. (Badania na tym polu zostały opisane przez doktora Aarona Becka w książce *Cognitive Therapy of Depression*). Skuteczność terapii poznawczej została więc potwierdzona w badaniach, czego nie można powiedzieć o wielu innych sposobach leczenia.

Drugim powodem, który sprawił, że to podejście stało się tak popularne, jest fakt, że z **metod terapii poznawczej mogą korzystać zarówno specjaliści, jak i sami chorzy**.

W tym rozdziale chcę przedstawić założenia tej terapii i pokazać, jak można samodzielnie wprowadzić je w życie. Z doświadczenia wiem, że większość osób szybko się uczy technik poznawczych, ponieważ w znacznym stopniu opierają się one na zdrowym rozsądku. Po przeczytaniu tego rozdziału będziesz umiał samodzielnie je stosować w celu osłabienia depresyjnego nastroju.

Chwilowa poprawa humoru nie uleczy głębokiej depresji, ale kiedy jesteś w depresji i możesz zrobić coś, co w kilka minut sprawi, że poczujesz się trochę lepiej, łatwiej uwierzysz, że masz kontrolę nad swoimi uczuciami i odzyskasz nadzieję. Co więcej, stosowanie metod poznawczych przez kilka kolejnych tygodni w znaczącym stopniu zmniejsza objawy depresji. Badania to potwierdziły.

Wiem, że człowiekowi w depresji trudno jest uwierzyć, iż istnieje metoda, która pozwala samodzielnie poprawić sobie nastrój. Wiele osób próbowało różnych sposobów, żeby się wydobyć z przygnębienia, ale doświadczyło jedynie frustracji, bo wszystkie wysiłki spełzały na niczym. Kędy nic nie pomaga, łatwo można popaść w pesymizm i nabrać przeświadczenia, że jest się całkowicie bezradnym. Nic nie uleczy głębokiej depresji szybko i całkowicie, ale wiele technik terapii poznawczej od razu poprawia nastrój. Czytaj dalej, żeby się o tym przekonać.

Negatywne myślenie wywołuje depresję i nasila ją

W pierwszej części książki była mowa o tym, że niektóre rodzaje depresji mają podłoże biologiczne. Z rozdziału piętnastego można się dowiedzieć, jak sobie radzić z taką depresją. Często jednak depresję wywołują czynniki środowiskowe. Czasami są to konkretne, łatwe do ustalenia wydarzenia, takie jak rozwód, utrata pracy, śmierć przyjaciela bądź członka rodziny. Innym razem chodzi o bardziej subtelne problemy, takie jak stopniowe wygasanie uczucia w małżeństwie, powolne uświadamianie sobie, że marzenia, którymi się dotąd żyło, nigdy się nie spełnią (czasem chodzi o nadzieję na sukces zawodowy, czasem o znalezienie szczęścia w bliskiej relacji). Wszystkie wydarzenia - czy to nagłe i konkretne, czy trudne do ustalenia i nieokreślone - łączą się z rozczarowaniem i poczuciem straty. Czy każda strata i każde rozczarowanie kończy się depresją? Zdecydowanie nie! Kiedy coś tracimy, najczęściej jesteśmy smutni, ale między smutkiem a depresją jest ogromna różnica.

Zęby zrozumieć, jak się rozwija depresja, musimy zacząć od następującego stwierdzenia: „Nastroje są wytworem sfery poznawczej”.

(David Burns, 1980).

Sfera poznawcza obejmuje różne procesy psychiczne, między innymi myślenie, postrzeganie, przekonania i postawy. To, jak patrzymy

na rzeczywistość i jak ją interpretujemy, ma wielki wpływ na nasze uczucia. Rozważmy następujący przykład: dwóch robotników zatrudnionych w jednej fabryce spotyka ten sam los - dowiadują się, że fabryka zostanie zlikwidowana i w związku z tym tracą pracę. Załóżmy, że możemy czytać w ich myślach:

- Bob: „Boże, to okropne. I co ja teraz zrobię? Muszę jakoś wyżywić rodzinę, ale nie znajdę innej pracy... Nikt nie będzie chciał mnie zatrudnić. Mam czterdzieści pięć lat, a dzisiaj wszyscy szukają młodych pracowników”.
- Jim: „Będzie ciężko. Co robić? O nową pracę nie będzie łatwo, ale tutaj wystawią mi dobrą opinię i mam spore doświadczenie. Muszę jak najszybciej zacząć się za czymś rozglądać”.

Często na początku depresji człowiek zaczyna reagować negatywnie i myśleć pesymistycznie. Bob popełnił w myśleniu kilka błędów, które narażają go na cierpienie. Po pierwsze **przewiduje przyszłość** i widzi ją w czarnych barwach („Nie znajdę innej pracy... Nikt nie będzie chciał mnie zatrudnić”). Gdyby jego przepowiednie okazały się prawdziwe, miałby powód, żeby rozpaczać, ale skąd Bob **wie**, że to, co sobie wyobraża, jest **prawdą**? Gdzie są na to dowody? Ludzie w depresji często przyjmują swoje pesymistyczne przewidywania za prawdę.

Po drugie, Bob wyciąga pewne **wnioski** na temat rzeczywistości („Dzisiaj wszyscy szukają młodych pracowników”). Czy to prawda? Raczej nie, ale Bob czuje, że tak jest, i wpada w rozpacz lub ogarnia go przerażenie. Możliwe, że o pracę jest **trudno**, ale większości ludzi wcześniej czy później udaje się znaleźć zatrudnienie. W dodatku Bob ignoruje pozytywne aspekty sytuacji. To naturalne, że czuje się źle w związku z utratą pracy. Na jego miejscu nikt by się nie cieszył. Obaj mężczyźni mają więc powód do zdenerwowania, ale tylko Bob myśli bardzo pesymistycznie, przez co naraża się na dodatkowe cierpienie.

Jim reaguje inaczej. Przyznaje, że utrata pracy jest przykrym doświadczeniem; zamykanie oczu na problemy, na własny ból i na nieszczęście w niczym nie pomaga. Jim nie wyciąga pochopnych wniosków, nie maluje w myślach czarnego obrazu przyszłości i nie pomija pozytywnych aspektów rzeczywistości. Mimo że znalazł się w takiej samej sytuacji jak Bob, nie zapomina, że zdobył pewne umiejętności i doświadczenie zawodowe. Jest gotowy podjąć nową pracę, która polega na **szukaniu** pracy. Mam nadzieję, że ten przykład przekonał cię,

iż to, jak człowiek **interpretuje sytuację i jak o niej myśli**, ma duży wpływ na jego uczucia.

Inny przykład. Lecisz samolotem na drugi koniec kraju, by spotkać się z rodziną. Ktoś ma czekać na ciebie na lotnisku. Wchodzisz do poczekalni, rozglądasz się i stwierdzasz, że nikt po ciebie nie przyszedł. Czekasz pół godziny - na próżno. Co myślisz? Myśli mają ogromny wpływ na to, jak się będziesz czuł. Oto kilka przykładowych myśli i zrodzonych z nich emocji

Czekając na	na lotnisku
<i>Myśli</i>	<i>Uczucia</i>
1. „Boże, mam nadzieję, że po drodze nie mieli wypadku”.	1. Strach, zmartwienie
2. „Może ja coś pochrzaniłem? Może podałem im złą datę?”	2. Złość i pretensje do siebie
3. „Aż trudno uwierzyć, ale za-i pomnieli o mnie!”	3. Złość na znajomych
4. „Pewnie utknęli w korku”.	4. Lekkie niezadowolenie
5. „Nie rozumiem, dlaczego nikogo nie ma. Będę musiał do I nich zadzwonić albo wziąć taksówkę”.	5. Brak silnych uczuć

T?vpina 111 —

Nie wiesz, co się stało, możesz najwyżej snuć domysły. Twoje uczucia i ich siła nie zależą bezpośrednio od sytuacji, lecz od twojej reakcji. Osoba, której myśli zostały przedstawione w punkcie piątym, nie wyciąga pochopnych wniosków i nie stara się przewidywać przyszłości, tylko szuka najlepszego rozwiązania nieoczekiwanego problemu.

Powiedz mi, co myślisz

Podstawowe założenie poznawczego podejścia do walki z depresją mówi, że w stresującej sytuacji, kiedy coś tracimy albo przeżywamy

rozczarowanie, w naszej głowie uruchamia się łańcuch myśli. Aktywność psychiczna może pójść dwoma torami. Po pierwsze możesz **realistycznie** postrzegać sytuację i tak samo o niej myśleć. W takim przypadku twoje uczucia będą normalne i pomogą Ci przystosować się do okoliczności. Na przykład smutek lub żal są normalną reakcją emocjonalną na stratę. Normalny smutek jest bolesny, ale z czasem zaczyna słabnąć. Osoba, która odczuwa zwykły żal, nie popada w pesymizm i zachowuje poczucie własnej wartości.

Możesz jednak wybrać inną drogę. Twoje procesy poznawcze mogą być **zaburzone** (szczególnie przez nadmierny pesymizm). Silnie negatywne myśli często wydają się prawdziwe, ale rzadko takimi są. **Zaburzenia**, o których myślę, to:

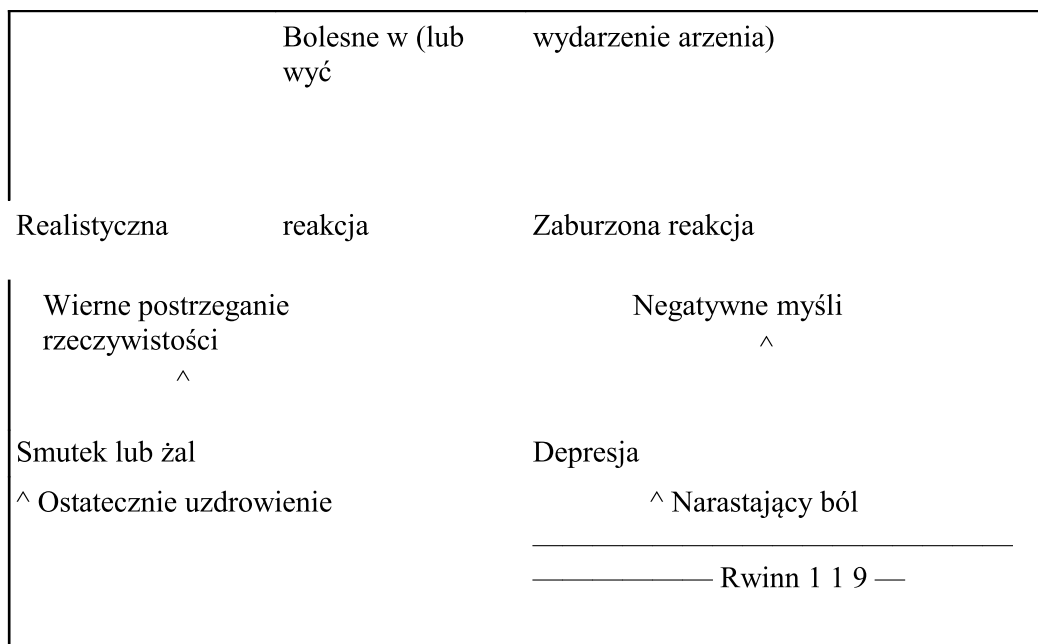
- wypaczone, negatywne postrzeganie siebie, swojej obecnej sytuacji i doświadczeń,
- bardzo pesymistyczne myślenie o przyszłości,
- niedostrzeganie pozytywnych aspektów danej sytuacji.

Taką negatywną, zniekształcającą rzeczywistość percepcję często nazywa się **zakłóceniami poznawczymi**. Skutki błędnego, zniekształconego myślenia i postrzegania to:

- skrajny pesymizm,
- zniszczenie poczucia własnej wartości i szacunku dla własnej osoby,
- niszczące uczucia, które nasilają cierpienie i uniemożliwiają odzyskanie równowagi.

Reakcje te dają początek procesowi depresyjnemu, który coraz bardziej nasila cierpienie.

Depresja zaczyna się od narastającej lawiny negatywnych myśli (podobnie jak pożar zaczyna się od jednej iskiarki), prowadzącej do gwałtownego wybuchu czarnowidztwa. U człowieka w depresji takie negatywne myśli pojawiają się dosłownie setki razy w ciągu dnia i powodują cierpienie i pesymizm. Później wystarczy, że osoba pogrążona w depresji dołączy od czasu do czasu jakąś bolesną myśl, tak jak dorzuca się drewna do ogniska, żeby podtrzymać ogień. Negatywne myśli, powtarzane niemal bez przerwy, nasilają depresję i przeszkadzają w odzyskaniu emocjonalnej równowagi. Rany są nieustannie rozdrapywane, jak w naszym wcześniejszym przykładzie ze strupem na nie-obandażowanym kolanie.



Rycina 11.2 przedstawia dwa typy reakcji poznawczych. Dlaczego jednak ktoś miałby specjalnie robić coś, co zwiększa ból i uniemożliwia odzyskanie równowagi? Gdyby ta czynność była świadoma, prawie nikt by tak nie postępował, ale większość ludzi nie uświadamia sobie, że ich procesy poznawcze są zakłócone. Nie ma tu świadomego, dobrowolnego aktu, takie myśli same przychodzą do głowy. Proces, który jest nieświadomy, pozostaje poza naszą kontrolą. Intelkt nie ma z tym nic wspólnego. Nawet najbardziej inteligentni ludzie czasami zaczynają myśleć negatywnie. To, czy jesteśmy mądrzy, czy ograniczeni, nie ma żadnego znaczenia.

Na szczęście możemy się nauczyć technik, które pozwolą powstrzymać ten niszczący proces. Pora się dowiedzieć czegoś więcej na ten temat.

Zmiana negatywnego myślenia

7

Z-Jeby powstrzymać ten proces, nie wystarczy wiedzieć, że negatywne myśli wywołują depresję. Trzeba zrobić kilka konkretnych kroków, żeby rozwiązać problem. Po pierwsze należy sobie uświadomić obecność zakłóceń poznawczych. Zaczniemy od przedstawienia najczęściej występujących rodzajów takich zaburzeń, prowadzących do depresji. (Większość poniższych twierdzeń zaczerpnięto z prac Aaro-na Becka z 1979 roku i doktora Davida Burnsa z 1980 roku).

Rodzaje zakłóceń poznawczych

- **Negatywne przewidywania** to skłonność do negatywnego, pesymistycznego myślenia o przyszłości. Oto kilka przykładów:
 - Samotny mężczyzna zaprosił na randkę atrakcyjną kobietę i spotkał się z odmową. Myśli: „Nigdy nie znajdę dziewczyny, która zechce się ze mną umówić”.
 - Kobieta w depresji myśli: „Jestem w depresji już od kilku miesięcy. Nigdy z tego nie wyjdę, nic mi nie pomoże”.W obu przykładach negatywne myśli nasilają rozpacz i odbierają wszelką nadzieję.
- **Myślenie w kategoriach „wszystko albo nic”** to skłonność do pochopnego wyciągania zbyt ogólnych wniosków na temat własnej osoby i rzeczywistości. Na przykład:

Kobieta, która przygotowała raport służbowy, została skrytykowana przez przełożonego i doszła do wniosku, że nic nie umie. W rzeczywistości jest wartościowym pracownikiem, wcześniej napisała pięć dobrych raportów, ale teraz skoncentrowała się wyłącznie na słowach krytyki i na ich podstawie doszła do uogólnionego, nieprawdziwego wniosku („Nic nie umiem”).

Mężczyzna, który się niedawno rozwiódł, samotnie spędza piątkowy wieczór. Miał nadzieję, że ktoś do niego zadzwoni, ale telefon milczy. Mężczyzna myśli: „Wszyscy mają mnie w nosie”. W rzeczywistości krewni i przyjaciele są mu oddani, ale akurat tego dnia żaden nie zadzwonił.

Wyciąganie pochopnych wniosków to skłonność do wyciągania wniosków najgorszych z możliwych, mimo braku przekonujących dowodów. Na przykład:

Mężczyzna stara się o pracę. Po rozmowie kwalifikacyjnej powiedziano mu: „Jeśli zdecydujemy się Pana zatrudnić, zadzwonimy w poniedziałek”. W poniedziałek już w południe mężczyzna myśli: „Wiedziałem, że nie dostanę tej pracy”.

Ograniczone pole widzenia to częsta u osób w depresji skłonność do koncentrowania się wyłącznie na negatywnych szczegółach i ignorowanie pozytywnych aspektów sytuacji oraz niezauważanie swoich zalet. Na przykład:

Mężczyzna w średnim wieku spojrzął w lustro i zauważył, że ma spory brzuszek. Myśli: „Wyglądam okropnie. Nic dziwnego, że kobiety się mną nie interesują”. Rzeczywiście, ma lekką nadwagę, ale stojąc przed lustrem, widzi tylko duży brzuch i stwierdza, że wygląda nieatrakcyjnie, zapominając, że jest też miły i wrażliwy.

Odnoszenie wszystkiego do siebie to skłonność do zakładania, że jeśli coś jest złe, to z naszej winy. Na przykład:

Mężczyzna wszedł do biura i przywitał się z kierownikiem. Przełożony kiwnął tylko głową, ale nie odpowiedział. Mężczyzna myśli: „No tak, jest na mnie wściekły”. Możliwe, że ma rację, ale może też być w błędzie. Nie znając prawdy, niepotrzebnie się martwi. Kierownik może być po prostu zaprzątnięty własnymi myślami albo zmartwiony poranną kłótnią z żoną. Jego zachowanie można tłumaczyć na wiele różnych sposobów. Nie

umiemy czytać w myślach drugiego człowieka, a reakcje osób w depresji często są przesadne - tacy ludzie wszystko odnoszą do siebie, szczególnie kiedy się boją krytyki i odrzucenia.

- **Myślenie o tym, co powinno być** to skłonność do upierania się przy tym, że coś powinno się dziać w określony sposób. Można myśleć o tym, że samemu powinno się być jakimś i coś powinno się robić lub że ludzie powinni być tacy czy inni, że rzeczywistość powinna być lub nie być taka, jaka jest. W myśleniu takiego człowieka ciągle powtarzają się słowa: „powinno”, „nie powinno”, „musimy”, „należy”. Oto kilka przykładów:

„W pracy muszę wszystko zrobić bezbłędnie, bo inaczej będę się czuł podle”.

„Po dwudziestu latach żona powinna wiedzieć, co czuję!”.

„On nie powinien odchodzić. Byłam dla niego dobra. Poświęciłam mu całe życie”.

Myślenie, które koncentruje się na tym, co powinno się wydarzyć, nasila ból - nigdy go nie zmniejsza ani nie zmienia sytuacji.

Częste zakłócenia poznawcze

1. Negatywne przewidywania.
2. Myślenie w kategoriach „wszystko albo nic”.
3. Wyciąganie pochopnych wniosków.
4. Ograniczone pole widzenia.
5. Odnoszenie wszystkiego do siebie.
6. Myślenie o tym, co powinno być.

Rycina 12.1 ¹

Wszystkie zakłócenia tego typu mają dwie wspólne cechy: zniekształcają rzeczywistość (co powoduje skrzywienie perspektywy i pesymistyczne poglądy na obecną sytuację i na to, co przyniesie przyszłość) oraz nasilają emocjonalny ból. Jeśli nie zostaną rozpoznane i zmienione, przekształcą się w nasilający się proces depresyjny. Trzeba położyć temu kres. Przede wszystkim należy sobie uświadomić zakłócenia procesu poznawczego, kiedy się pojawiają. Niestety, zwykle nie jesteśmy świadomi niezdrowych i nieprawdziwych myśli. Aby je zmienić, musimy się nauczyć je rozpoznawać.

Nawet gdybyś przerwał lekturę książki w tym miejscu i tak wiesz już bardzo dużo o zakłóceniach poznawczych i to pozwoli ci zwrócić na nie uwagę, kiedy się pojawiają w twoim myśleniu. Jeśli będziesz czytać dalej, dowiesz się, co możesz zrobić, żeby przerwać ten niszczący proces.

Uświadamianie sobie zakłóceń poznawczych

W chwilach trudnych pod względem emocjonalnym wiele osób nie uświadamia sobie własnych myśli. Ludzie są świadomi jedynie uczuć. Ważnym i skutecznym sposobem na uświadomienie sobie procesu poznawczego jest traktowanie uczuć jak sygnałów lub wskazówek. Następnym razem, kiedy uświadomisz sobie nieprzyjemne uczucia (takie jak smutek lub frustracja), uznaj je za sygnał ostrzegający cię, że w twoim umyśle coś się dzieje, i zadaj sobie następujące pytania:

„Co się dzieje w mojej głowie?”

„O czym myślę?”

„Co mówię do siebie?”

„Jak postrzegam sytuację, która wyzwoлиła te uczucia?”

Pamiętasz przykład z osobą, która w poczekalni na lotnisku na próżno rozgląda się za kimś, kto miał na nią czekać? Każdy, kto w takiej sytuacji zacznie się denerwować, powinien pomyśleć tak: „Jestem zdenerwowany. Znajomi po mnie nie przyjechali. Jakie są moje myśli? Co się dzieje w mojej głowie? No właśnie, myślę, że oni nie przyjechali, bo w drodze na lotnisko mieli wypadek”.

To bardzo ważny krok i chociaż jest prosty, wymaga ćwiczeń. Nie można bezpośrednio zmieniać swoich uczuć, ale przy odrobinie doświadczenia można zmienić myśli. Żeby to osiągnąć, najpierw należy je sobie uświadomić.

Pamiętaj, żeby zwracać uwagę na to, co się z tobą dzieje. Wsłuchaj się w swoje uczucia i myśli, zadawaj sobie pytania, które pozwolą ci zrozumieć, jakie myśli kryją się za doświadczanymi uczuciami.

Podważanie prawdziwości zakłóconych myśli

Istnieje skuteczny sposób, który pozwala zmienić niekorzystny proces poznawczy. Trzeba wziąć kartkę i narysować pośrodku pionową linię.

Potem trzeba zadać sobie pytanie: „Co się dzieje w mojej głowie?” i po lewej stronie kartki zapisać wszystkie myśli, słowo po słowie. Doktorzy Burns i Beck oraz inni terapeuci poznawczy nazywają te myśli automatycznymi, ponieważ przebiegają one przez nasz umysł bardzo szybko.

Następnie, patrząc na swoje notatki, trzeba sobie zadać dwa pytania: „Czy te myśli mogą wskazywać na zakłócenia poznawcze?” i „Czy są realistyczne i prawdziwe?”. W przykładzie z lotniskiem czekająca osoba zapisała pierwszą myśl i myśli dalej: „Mam wrażenie, że wyciągam pochopne wnioski, które nie znajdują potwierdzenia w faktach”.

Potem należy podważyć zasadność swoich myśli. Chodzi o to, żeby zmusić się do rzeczowej oceny sytuacji, pamiętając, że ostatecznym celem tego procesu jest ograniczenie nadmiernego bądź zbędnego emocjonalnego bólu.

Muszę podkreślić, że naszym celem nie jest dokonanie pobieżnego przeglądu myśli powstających w głowie ani osładzanie rzeczywistości. Prawdzie, nawet bolesnej, trzeba spojrzeć prosto w oczy.

Osoba z naszego przykładu może sobie powiedzieć: „Widzę, że wyciągam pochopne wnioski. Jakie są fakty? Znajomi spóźniają się, ale nie wiem dlaczego. Możliwe, że mieli wypadek, ale tego nie jestem pewien”. Potem, po prawej stronie kartki, powinna zapisać bardziej racjonalne, realistyczne wnioski (rycina 12.2).

Myśl automatyczna

„Nie przyjadą... Może po drodze mieli poważny wypadek?”

Reakcja realistyczna

„Nie wiem, czy mieli wypadek. Być może spóźniają się z całkiem innego powodu”.

Rycina 12.2

Czy można to samo zrobić w myślach, bez kartki? Oczywiście, że można, ale zapisywanie czyni nasz wysiłek bardziej skutecznym, bo cały proces jest wówczas bardziej konkretny i świadomy.

Ogólnie mówiąc, podważanie prawdziwości zakłóconych myśli polega na stawianiu sobie pytania: „Czy moje myśli odpowiadają stanowi faktycznemu?”. Należy ustalić fakty i porównać z nimi swoje myśli, a potem sformułować nowy, bardziej realistyczny pogląd.

Oto kilka konkretnych wskazówek, które ułatwią podawanie w wątpliwość zaburzonych procesów poznawczych:

- **Negatywne przewidywania** - przypomnij sobie, że nie wiesz, co przyniesie przyszłość i że pesymistyczne przewidywania rzadko się sprawdzają, za to zawsze nasilają depresję. Stawiaj sobie następujące pytania: „Gdzie są dowody? Dlaczego uważam, że tak się stanie?”.
- **Myślenie w kategoriach „wszystko albo nic”**. Tego typu myśli musisz podawać w wątpliwość. „Nic nie umiem zrobić dobrze” - „Czy to prawda? Naprawdę **nic** nie umiem zrobić dobrze?”. Potem trzeba się skoncentrować na konkretnym problemie lub błędzie i przyznać się do niego przed sobą.
- **Wyciąganie pochopnych wniosków**. Zadawaj sobie pytania: „Gdzie są dowody? Skąd wiem, że tak jest?”.
- **Ograniczone pole widzenia**. Przypominaj sobie: „Muszę widzieć sytuację w całej jej złożoności, zamiast koncentrować się na wybranych szczegółach”.
- **Odnoszenie wszystkiego do siebie**. Powtarzaj sobie, że ludzie w depresji zwykle odnoszą wszystko do własnej osoby, ale zachowanie innych często nie ma z nami nic wspólnego. „Można to wytłumaczyć na wiele różnych sposobów, a ja nie umiem czytać w czyichś myślach”.
- **Myślenie o tym, co powinno być**. Najlepiej jest przyznać się przed samym sobą, że codziennie zdarza się wiele niemiłych *rzeczy*, co wcale nie znaczy, że tak być powinno lub nie powinno. Zamiast mówić o tym, co powinno się wydarzyć, trzeba mówić o tym, czego się chce.

Rycina 12.3 pokazuje przykłady często spotykanych zakłóceń poznawczych i automatycznych myśli. Proszę zwrócić uwagę na to, jak można podważyć prawdziwość różnych myśli i jakie reakcje są w danej sytuacji bardziej realistyczne.

Myśli automatyczne	człowieka,	Reakcj	e realistyczne	Wiem
1. „Nigdy nie znajdę który chciałby ze (Negatywne przewie	mną być". ywanie) w depresji. idę.	1. „Nie tylko, ta kobieta nie się ze umówić i jest wany".	znam przyszłości. że ta kobieta nie mną umówić i jest wany".	chciała em różgo pew-
2. „Od miesiący jestem Nigdy z tego nie wy nie pomoże". (Negal widywanie)	Nic mi ywne prze- (Negal	czaro 2. „Nie i ności. na to poprą	mogę mieć co do te^ Nie ma żadnego c że mój stan nigdy wi".	Iowodu się nie

3. „Niczego nie umiem zrobić do brze". (Myślenie typu „wszystko albo nic")

4. „Nikommu na mnie nie zależy". (Wyciąganie pochopnych wniosków)

zależy? Przecież wiem, że są ludzie, dla których jestem ważny".

5. „Wiem, że nie dostanę tej pracy". (Wyciąganie pochopnych wniosków)

przedwczesnych wniosków".

6. „Wyglądam okropnie. Nic dziwnego, że nikt się mną nie interesuje". (Ograniczone pole widzenia, wyciąganie pochopnych wniosków)

rodzinie. Koncentrowanie się na słabościach nie doprowadzi do

tac, że mam też wiele zalet".

7. „Widzę, że on jest na mnie wściekły". (Odnoszenie czyjegoś zachowania do siebie, wyciąganie pochopnych wniosków)

8. „W pracy muszę wszystko robić bezbłędnie". (Myślenie o tym, co powinno być)

9. „Żona powinna wiedzieć, jak się czuję". (Myślenie o tym, co powinno być)

10. „Nie powinien ode mnie odejść!" (Myślenie o tym, co powinno być)

3. „To nieprawda. Umie wiele rzeczy. Kierownik skrytykował tylko ten jeden raport".

4. „Czy to prawda? Chciałem, żeby ktoś do mnie zadzwonił, ale akurat dzisiaj telefon milczy. Czy to znaczy, że nikomu na mnie nie

5. „Chwileczkę! Skąd ja to wiem? Przecież nie umiem czytać w myślach. Zależy mi na tej pracy, ale nie powinienem wyciągać

6. „Rzeczywiście trochę przytyłem i dodatkowe kilogramy nie dodają mi urody, ale wydatny brzuch to nie wszystko. Jestem miły i troskliwy. Potrafię ciężko pracować i zapewnić byt swojej

niczego dobrego. Muszę pamiętać

7. „Możliwe, że jest na mnie zły, ale jego zachowanie może mieć także inną przyczynę".

8. „Chcę dobrze pracować".
i

9. „Chciałbym, żeby mnie rozumiała, ale trudno wymagać, żeby czytała w moich myślach".

10. „Nie chciałam, żeby odchodził. Jestem na niego zła i jest mi smutno".

„Inna kobieta...”

Przyjrzyjmy się kolejnemu przykładowi zaburzonego procesu poznawczego. Dwie kobiety znalazły się w takiej samej, trudnej sytuacji - po dwudziestu pięciu latach małżeństwa zostały opuszczone przez mężów, którzy znaleźli sobie młodsze partnerki. Powiedzmy szczerze, w takich okolicznościach nawet najbardziej realistycznie myśląca osoba będzie bardzo cierpiała, ale to, jak kobieta patrzy na siebie i na sytuację, zależy tylko od niej.

Kathy. Myśli i percepcja

Kathy często myśli: „Bardzo kochałam męża” (nazywa swoje uczucia). „Nie powinien mnie zostawiać, poświęciłam mu całe życie” (myśli o tym, co powinno się wydarzyć). „Na pewno czegoś mi brakuje i przestałam mu się podobać” (myślenie typu „wszystko albo nic”). „Pewnie od lat się ze mną męczył” (wyciąganie pochopnych wniosków). „Do końca życia będę sama, nikt mnie nie zechce” (negatywne przewidywanie). „Ja się dla niego w ogóle nie liczę” (ta myśl pewnie jest prawdziwa). „Nikomu na mnie nie zależy” (myślenie typu „wszystko albo nic”). „Czuję się okropnie, do końca życia nie poradzę sobie z tym smutkiem” (negatywne przewidywanie).

Betty. Myśli i percepcja

Betty często myśli: „Bardzo kochałam męża, przykro mi, że mnie zostawił” (nazywa swoje uczucia, nie zniekształca faktów). „Nie wiem, dlaczego odszedł. Trudno będzie się przyzwyczaić do nowej sytuacji;

często będę sama; będę się musiała zastanowić nad tym, co zrobię z wolnym czasem” (realistyczne przewidywania i plany poradenia sobie z trudnościami). „Nie wiem, co przyniesie przyszłość. Wiem, że jestem dobrym człowiekiem i zawsze umiałam znaleźć przyjaciół. W przyszłości też na pewno poznam ciekawych ludzi. To normalne, że jest mi smutno. Nie ma nic złego w tym, że płaczę”.

Kathy. Rezultaty

1. Ogromny smutek.
2. Niszczenie szacunku do siebie i poczucia własnej wartości. Kathy przekonała samą siebie, że jest nic niewarta i można wątpić, czy będzie chciała budować relacje z ludźmi. Prawdopodobnie pograży się w swoim cierpieniu.
3. Pesymizm i brak nadziei.
4. Kathy jest przekonana, że do końca życia będzie sama. Załóżmy, że ma siostrę, kilkoro przyjaciół i dzieci, którym na

niej zależy. Czy to zmniejszy ból po odejściu męża? Nie, ale w chwilach smutku dobrze jest mieć przy sobie bliskie osoby.

Betty. Rezultaty

1. Smutek i złość na męża. Betty pozwala sobie na płacz i na smutek z powodu poniesionej straty.
2. Betty wie, że jest wartościową osobą.
3. Przyszłość Betty jest niepewna, ale nie maluje się wyłącznie w ciemnych barwach. Pewna podobna do Betty kobieta, która przychodziła do mnie na terapię, powiedziała: „Sądzę, że nikt nie zapełni tego miejsca w moim sercu, które przez dwadzieścia pięć lat zajmował mąż, ale dziękuję Bogu za to, że wiem, iż są ludzie, którym na mnie zależy”.
4. Betty utrzymuje kontakt z przyjaciółmi i z członkami rodziny, którzy chcą ją wesprzeć w trudnej chwili.

Z pewnością Betty będzie miewała chwile głębokiego smutku. Będzie płakała i czuła się osamotniona, ale z czasem jej rany się zabliznią. Kathy nie dość, że poniosła bolesną stratę, to jeszcze myśli o sobie źle, pogrąża się w pesymistycznych rozmyślaniach i zamyka w sobie. Sama wpędza się w depresję. Duża część bólu, którego doświadcza, jest zbędna i nieuzasadniona.

Jak Kathy może walczyć z zakłóceniami poznawczymi? Musi zdecydowanie powiedzieć sobie: „Straciłam męża; to bardzo boli, ale ja nie chcę cierpieć bardziej niż muszę”. Może zacząć często podawać swoje negatywne myśli w wątpliwość. Kiedy tylko zauważy, że źle się czuje, może wziąć kartkę papieru, zapisać swoje automatyczne myśli i bardziej realistyczne reakcje. Jeśli w danej chwili nie będzie mogła tego zrobić, powinna zająć się tym później. Na przykład może co wieczora podsumowywać miniony dzień. Rycina 12.4 pokazuje ten proces.

Myśli automatyczne	Reakcje realistyczne
1. „Bardzo kochałam swojego męża”.	1. „To prawda”.
2. „Nie powinien ode mnie odchodzić”.	2. „Nie chodzi o to, czy powinien odchodzić, czy nie. Faktem jest, że odszedł, chociaż tego nie chciałam”.

3. „Na pewno brak mi czegoś, co się podoba mężczyznom”.	3. „To wcale nie jest takie pewne! Mąż z jakiegoś powodu mnie zo sta wił, ale nie wiem dlaczego. Może nie był ze mnie zadowolony, ale na nim świat się nie ko ńczy. Czy są dowody na to, że nie mam nic, co uczyniłoby mnie interesującą w oczach in nych mężczyzn?”
4. „Pewnie od lat się ze mną mę czył”.	4. „Tego nie wiem. Nie czytam w jego myślach”.
5. „Do końca życia będę sama”. przepowiadać przyszłości. Nie co się jeszcze wydarzy”.	5. „Gdzie dowody? Nie umiem jestem całkiem sama i nie wiem,
6. „Nie zależy mu na mnie”.	6. „Rzeczywiście tak jest”.
7. „Nikomemu na mnie nie zależy”.	7. „Czy to prawda? Nie. Są ludzie, którym na mnie zależy”.
8. „Czuję się okropnie. Do końca życia nie poradzę sobie z tym smutkiem”. wodzi, tylko zwiększy ból. Wiem tylko, jak się teraz czuję”.	8. „Nie mogę wiedzieć, co będę czuła w przyszłości. Czarno widztwo do niczego nie dopro-

Pirmno 19 A

Jeśli Kathy zapisze swoje myśli i zastanowi się nad nimi, pewnie poczuje się lepiej. Pacjenci często mówią: „Kiedy skończyłem zapisywać realistyczne reakcje, byłem mniej przygnębiony. Nie czułem się już taki przybity. Przyjemnie jest móc zrobić coś, żeby poprawić sobie nastrój. Wprawdzie nadal jestem smutny, ale trochę mniej”.

Cierpimy, kiedy coś tracimy. Nasi bliscy są dla nas bardzo ważni, a złamanego serca nie da się szybko uleczyć, mimo to Kathy dozna ulgi, kiedy choć trochę poprawi sobie humor. Nie wystarczy jednorazowe skorygowanie negatywnych reakcji. Kathy być może będzie musiała to robić codziennie przez kilka tygodni, ciągle na nowo kształtując swoje procesy poznawcze i korygując zakłócenia. Z czasem depresja, której źródłem jest skrzywione widzenie rzeczywistości, zgaśnie. W większości przypadków ludzie, którzy bezlitośnie tropią i zmieniają myśli niemające potwierdzenia w rzeczywistości, po kilku tygodniach zauważają, że większość objawów depresji ustąpiła.

„Jej to pomogło, ale na mnie to nie działa" - z tym pesymistycznym poglądem spotykam się najczęściej. Zrób mały eksperyment (nie zajmie ci to więcej niż kilka minut) i sprawdź, czy jednak ta metoda ci nie pomoże. Wiele osób szybko doznaje ulgi. Kiedy będziesz miał za sobą jedno udane doświadczenie, zyskasz motywację, żeby je powtórzyć. Co masz do stracenia? Tylko kilka minut. Twoje życie jest tego warte!

Odnajdywanie równowagi w negatywnym świecie

Wspominałem już o tym, że jednym z najczęściej spotykanych aspektów zaburzonego myślenia, który można zaobserwować u prawie wszystkich osób w depresji, jest niezdolność do dostrzegania pozytywnych stron codzienności. Oto przykład: dwaj mężczyźni znaleźli się w takiej samej sytuacji - obaj postanowili w sobotę po południu pójść ze swoimi synami do kina. Niestety, długo stali w korku, potem mieli trudności ze znalezieniem miejsca do parkowania. Kiedy dotarli do kasy, usłyszeli, że wszystkie bilety zostały sprzedane.

Kto z nas nie byłby sfrustrowany lub rozczarowany? Poznajcie myśli Billa i Matta:

- Matt: „Sytuacja jak w koszmarnym śnie. Kiedy w końcu znalazłem czas dla swojego syna, najpierw muszę stać w korku, potem nie ma dla nas miejsca w kinie. Wszystko stracone. Jestem wściekły!”
- Bili: „Jestem rozczarowany, ale nie dam sobie zepsuć tego wieczoru. Nie zobaczymy filmu, ale możemy inaczej spędzić czas. Zastanówmy się... Pogoda jest piękna. Moglibyśmy zagrać w minigolfa”.

Bili jest także rozczarowany i zdenerwowany, ale umie podejść do swoich uczuć z dystansem. To pozwala mu zauważyć również pozytywne aspekty sytuacji (jest razem z synem i jest piękna pogoda) i zacząć szukać rozwiązania problemu. Dzięki temu poprawił sobie nastrój i uratował wieczór.

Depresja często zaburza zdrową perspektywę. Ludzie dają się ponieść emocjom, całkowicie koncentrują się na negatywnych aspektach sytuacji i nakręcają depresyjną spiralę.

Chcę jeszcze raz podkreślić, że podejście, które tu proponuję, nie jest uproszczoną i nierealistyczną strategią, którą można by streścić

hasłem: „Patrz na życie przez różowe okulary!”. Chodzi o powiedzenie sobie prawdy na temat danej sytuacji i swoich reakcji emocjonalnych. Dopiero potem można zacząć szukać odpowiedzi na dwa pytania:

- Co w tej sytuacji jest dobrego?
- Jakie mam inne możliwości do wyboru?

Realizm jest drogą, która prowadzi do uzdrowienia

Najlepszym sposobem, żeby z tego wyjść, jest przejść przez to.

Robert Frost

Pracując z ludźmi w depresji, często słyszę od nich: „Coś jest ze mną nie tak. Nie powinienem (nie powinnam) czuć się tak źle”. Ci ludzie cierpią, ale próbują temu zaprzeczyć. Często punktem zwrotnym w leczeniu staje się chwila, w której przestają się wypierać swoich uczuć i przyznają, że coś stracili. Pewna kobieta, której córka zginęła w wypadku samochodowym, wciąż mówiła: „Płacz mi nie pomaga. Ona odeszła, a ja muszę być silna i żyć dalej”. Pewnego dnia pacjentka zrozumiała znaczenie własnych słów i przyznała: „To chyba naturalne, że jestem smutna! Przecież straciłam córeczkę. Czy w takiej sytuacji matka może się czuć inaczej?”. Potem zaczęła płakać. To już nie był zakłócony proces poznawczy, tylko szczery żal.

Kiedy tracimy ukochaną osobę, nie ma nic bardziej ludzkiego od łez. To naturalne, że jesteśmy sobą rozczarowani, kiedy źle się wywiążemy z ważnego zadania. Nie powinniśmy się dziwić, że cierpimy, kiedy ktoś sprawi nam przykrość. Bezpośrednie wyrażanie uczuć, które nie zostały zaburzone przez nieprawidłowy proces poznawczy, jest naturalne i ważne. Szczerość co do własnych uczuć bywa bolesna, ale sprzyja procesowi zdrowienia.

Jeśli zdecydujesz się walczyć z depresją, **podważając zasadność zakłóconego procesu poznawczego i pozwalając sobie na wyrażanie normalnych, ludzkich uczuć**, wejdiesz na drogę, która prowadzi do uzdrowienia. To uzasadniona nadzieja.

Inne techniki do samodzielnego wykorzystania

T

-L echniki, które opisuję w tym rozdziale, chociaż zwykle nie są aż tak skuteczne jak procedury poznawcze omówione w rozdziale dwunastym, mogą pomóc w codziennej walce z depresją. Może zechcesz z nich skorzystać?

Dziennik pozytywnych działań

Annie ma trzydzieści pięć lat. Przyszła do mnie, żeby się leczyć z depresji. „Niczego nie mogę osiągnąć. Cały dzień siedzę w domu z dziećmi. Kiedy mąż wraca, w domu panuje potworny bałagan. Patrzę na to i zastanawiam się, co ze mną jest nie tak. Przecież nie pracuję. Zajmuję się tylko domem, ale nic nie potrafię zrobić. Czuję, że nie panuję nad swoim życiem" - powiedziała. Annie ma troje dzieci w wieku od jednego roku do czterech lat. Nie uwierzyłem jej, kiedy mówiła: „Nie pracuję, nic nie potrafię zrobić". Annie wierzyła, że jest złą matką i kiepską panią domu i że nie robi nic produktywnego.

Poprosiłem ją, żeby przynajmniej przez jeden dzień prowadziła **dziennik**, w którym będzie zapisywać **wszystko**, co robi - nawet rzeczy tak błahe, jak podniesienie zabawki zostawionej przez dziecko albo zrobienie picia dla maluchów. Na następne spotkanie Annie przyniosła niewielki zeszyt, w którym zapisała kilka stron. Powiedziała: „Aż trudno w to uwierzyć. Uświadomiłam to sobie dopiero,

kiedy zaczęłam prowadzić dziennik. Od rana do nocy jestem zajęta. W domu rzeczywiście panuje bałagan, ale ja pracuję jak szalona. Codziennie robię mnóstwo rzeczy".

Wiele osób (szczególnie chorych na depresję) umniejsza swoje osiągnięcia lub całkiem ich nie zauważa. Taki człowiek może pod koniec dnia stwierdzić: „Straciłem ten czas, nic nie osiągnąłem”. Takie myślenie niszczy szacunek dla własnej osoby. Prowadzenie dziennika zajęć pomoże bardziej realistycznie spojrzeć na rzeczywistość.

Dziennik można prowadzić na dwa sposoby. Pierwszy to ten, który zaproponowałem Annie - trzeba zapisywać wszystko, co się robi. Wymaga to sporo czasu i na dłuższą metę byłoby uciążliwe, ale przez jeden dzień można spróbować. Bardziej praktyczne jest codzienne zapisywanie w dzienniku tylko najważniejszych rzeczy, którymi się zajmowało w ciągu dnia. Należy zwrócić szczególną uwagę na następujące kategorie: **zadania wykonane** (lub postęp w wykonywaniu zadań długofalowych), **pozytywne wydarzenia**, takie jak komplement, który się otrzymało, sympatyczna rozmowa z przyjacielem, miły list albo poczucie zadowolenia z dobrze wykonanej pracy, oraz **najważniejsze doświadczenia**, takie jak uczucie smutku albo chwile poświęcone na wykorzystanie „techniki dwóch kolumn” (ryciny 12.2, 12.3 i 12.4) lub poprawa nastroju. Można na przykład napisać: „Udało mi się samodzielnie poprawić sobie nastrój”.

Im twoje wpisy będą krótsze, tym bardziej skuteczny będzie cały proces. Wystarczą proste, kilkuwyrazowe zdania. Pod koniec dnia należy przeczytać wszystkie notatki. Nawet osoby pogrążone w głębokiej depresji, które są przekonane, że dni mijają im całkowicie bezowocnie, ze zdziwieniem stwierdzają, że coś jednak zrobiły albo że doświadczyły krótkich chwil przyjemności. Przedstawioną tu technikę można łatwo wprowadzić w życie, poza tym daje ona szybkie wyniki. Pomaga skorygować niektóre zakłócenia procesu poznawczego (szczególnie ograniczone pole widzenia i myślenie typu „wszystko albo nic”).

Tabela nastroju

Kiedy człowiek, który jest w depresji, patrzy wstecz, zwykle pamięta tylko negatywne uczucia i wydarzenia. Często stwierdza: „To był okropny tydzień. Wszystko poszło źle. Tak, cały tydzień był okropny”. Pamiętanie tylko nieprzyjemnych doświadczeń nasila depresję.

Przekonanie, że spotykają nas tylko złe rzeczy albo że ciągle jest się w głębokiej depresji, wzmacnia pesymizm i pogłębia uczucie rozpacz, ale prawda jest taka, że **nawet ciężko chory pacjent nie jest ciągle i całkowicie pogrążony w depresji**, lecz doświadcza wahań emocji. Wszyscy przeżywamy nieustanne emocjonalne wzloty i upadki. To ważne i pożyteczne, żeby trafnie rozpoznawać swój nastrój i jego zmiany. Temu celowi służy codzienne wypełnianie **tabeli nastroju**. Różne badania potwierdziły, że zwykle, codzienne obserwowanie i ocenianie nastroju osłabia depresję. Na pierwszy rzut oka może się to wydać absurdalne, ale prawda jest taka, że to pomaga. Postaram się wyjaśnić, dlaczego.

Tabela nastroju jest prosta. Spójrz na rycinie 13.1. (Zamieszczoną tu tabelę można skopiować). Kopia tabeli powinna leżeć przy łóżku, żeby codziennie wieczorem ją uzupełnić. Odpowiedz sobie na pytanie:

„Ogólnie biorąc, jak się dzisiaj czułem?“, potem zaznacz odpowiedź na skali od plus siedmiu (to był bardzo szczęśliwy dzień) do minus siedmiu (to był bardzo nieszczęśliwy dzień). Większość ludzi się przekonuje, że z dnia na dzień ich humor bardzo się zmienia.

W jaki sposób to może nam pomóc? Spójrzmy na przykład ze strony 91. Daniel ma czterdzieści dwa lata. Jest wykładowcą na uczelni i od miesiąca doświadczał objawów depresji, które go znacznie osłabiły. Podczas naszego pierwszego spotkania Daniel powiedział: „Depresja paraliżuje mnie codziennie. Nie mam siły, motywacji, nie potrafię odczuwać radości“. Przez cały następny tydzień wypełniał tabelę nastroju i przyniósł ją na nasze drugie spotkanie (rycina 13.2). Patrząc na swoją tabelę, Daniel powiedział: „Było kilka takich dni, kiedy czułem się całkowicie załamany, ale widzę, że w niektóre dni było trochę lepiej i w sumie rzadko znajdowałem się na samym dnie“. Tabela pomogła mu na dwa sposoby. Po pierwsze zaczął bardziej realistycznie oceniać swoje uczucia. Uświadomił sobie, że chociaż depresja rodzi wiele cierpienia, to nie pochłania jego życia bez reszty. Kiedy to zrozumiał, obudziła się w nim nadzieja. Już nie czuł się całkowicie bezradny. Po drugie Daniel wypełniał tabelę przez dwa miesiące i dzięki niej mógł obserwować postępy w leczeniu. Po ośmiu tygodniach terapii powiedział: „Zauważyłem, że od kilku tygodni liczba dobrych dni jest coraz większa. Nadal bywam zniechęcony i zdarzają się okropne dni, ale tendencja jest pozytywna. Czuję się lepiej“.

Dobrze jest mieć miarę, która pozwoli ocenić zachodzące zmiany. Arkusz oceny depresji (z rozdziału czwartego) jest bardzo przydatny

Codzienna tabela nastroju

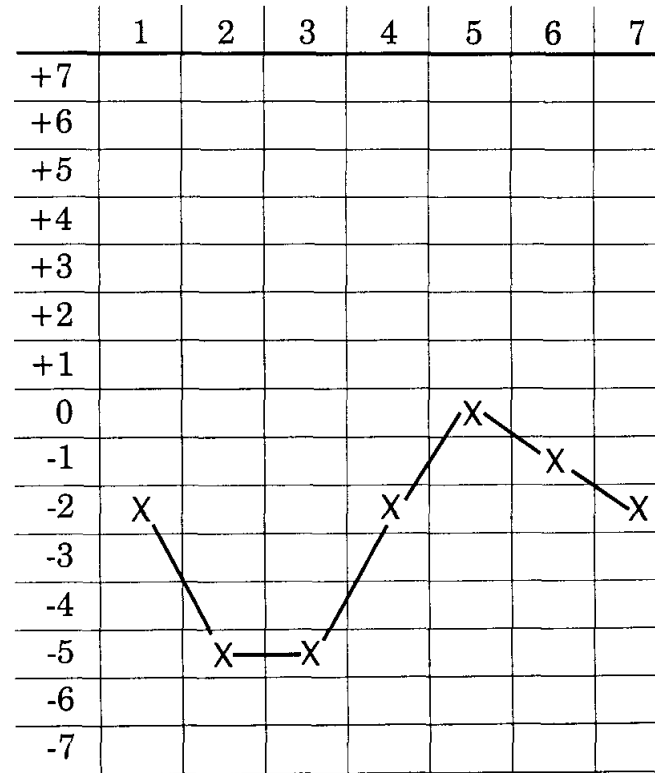
Data rozpoczęcia: _____

Ocena nastroju																													
Dni		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
+7																													
+6																													
+5																													
+4																													
+3																													
+2																													
+1																													
0																													
-1																													
-2																													
-3																													
-4																													
-5																													
-6																													
-7																													

+7 Najlepszy
dzień w moim życiu

0 Obojętny

-7 Bezwzględnie najgorszy
dzień w życiu

DanielRycina 13.2¹

i warto go wypełniać co tydzień albo przynajmniej raz na dwa tygodnie, żeby się dowiedzieć, jak zmienia się nasz stan, natomiast tabela nastroju pozwala częściej i z mniejszym wysiłkiem obserwować zmiany zachodzące w życiu emocjonalnym. Daniel słusznie zauważył, że wychodzenie z depresji nie jest równoznaczne z tym, że nie będziemy mieli złych dni. Większości ludzi, którzy nie są w depresji, też zdarza się mieć zły nastrój. O poprawie świadczy fakt, że dobrych dni jest więcej niż złych.

Aktywny tryb życia i unikanie cyklu apatii

Kiedy człowiek jest smutny lub popada w depresję, ma naturalną skłonność do unikania ludzi. Zwykle ogranicza aktywność towarzyską, nie chce z nikim nawiązywać kontaktu ani rozmawiać o ważnych sprawach. Woli zostać sam ze swoim bólem - to naturalne. W ciężkich chwilach towarzystwo innych ludzi staje się nieznosne lub krępujące, wycofanie się z relacji jest więc normalnym zachowaniem. Jeśli jednak taki stan trwa zbyt długo, może stać się źródłem wielu problemów, które dodatkowo pogłębią depresję. Unikanie towarzystwa i ograniczenie aktywności prawie zawsze prowadzi do pogorszenia się stanu pacjentów w depresji. Często obserwowałem pewien ciąg wydarzeń, który nazwałem „cyklem apatii”. Kiedy ktoś zaczyna unikać ludzi, oni też go unikają. Krewni i przyjaciele myślą: „On (ona) chce, żebyśmy zostawili go (ją) w spokoju”. Izolacja społeczna narasta. Większość ludzi pragnie i potrzebuje kontaktu z innymi, zachęty z ich strony. Kiedy się izolujemy, czujemy się coraz bardziej wyalienowani, smutni i samotni. Poza tym zamknięcie się w czterech ścianach i brak aktywności sprawiają, że odcinamy się od możliwości przeżycia czegoś dobrego.

Niektórzy psychologowie twierdzą wręcz, że **przyczyną** depresji jest niedobór przyjemnych doświadczeń (Lewinsohn i Graf, 1973). Kiedy zaczyna się depresja, człowiek wycofuje się z życia i chociaż nadal chodzi do pracy i wypełnia inne obowiązki, przestaje się angażować w to, co zawsze sprawiało mu przyjemność i nadawało sens jego wysiłkom. Życie staje się więc puste. Brak aktywności fizycznej może prowadzić do choroby. Trzeba się ruszać, żeby jelita mogły prawidłowo funkcjonować. Drastyczne ograniczenie aktywności fizycznej spowalnia perystaltykę i przyczynia się do zaparc (to dolegliwość bardzo często spotykana w depresji). W normalnych warunkach bierny wypoczynek sprawia, że czujemy przypływ energii, ale u osób w depresji jest wprost przeciwnie. Duża ilość snu i brak ruchu potęgują zmęczenie. Jeden z moich pacjentów powiedział: „Czuję się tak, jakbym przeżywał kryzys energetyczny”.

Często cykl apatii jest uruchamiany przez nasze przekonania lub własne wnioski. Najczęściej mamy do czynienia z trzema takimi poglądami:

- **„Ludzie nie lubią mojego towarzystwa”**. Niestety, czasem rzeczywiście tak jest. Ludzie nie wiedzą, co powiedzieć osobie

pograżonej w depresji. Zdarza się jednak, że taki pogląd jest całkowicie nieuzasadniony, że jest przejawem zakłócenia procesu poznawczego, samospełniającą przepowiednią. Kiedy jest się przekonany, że ludzie nie lubią naszego towarzystwa, łatwo jest siedzieć w domu i unikać wszelkich kontaktów.

- **„W towarzystwie nie mam nic do powiedzenia. Jestem nudny”**. Ludzie w depresji zwykle są przekonani, że nie mają innym nic do zaoferowania. Wiedzą, że depresja czyni ich mało błyskotliwymi i niezdolnymi do uczestniczenia w ożywionej dyskusji, mają świadomość, że inni to zauważą i nie będą czerpać przyjemności z towarzystwa takiej osoby.
- **„Jestem bardzo zmęczony”**. Przyczynami braku aktywności i zamknięcia się w czterech ścianach, które zwykle obserwujemy u pacjentów w depresji, są często zmęczenie i brak sił. Pacjent wie, że jeśli wyjdzie z domu i zacznie wypełniać swoje obowiązki albo zajmie się czymś przyjemnym, poprawi sobie humor, jednak nie chce tego zrobić. W takich momentach górę bierze uczucie zmęczenia. Dale, jeden z moich pacjentów, powiedział: „W sobotę, kiedy nie muszę iść do pracy, wstaję rano. W głębi serca wiem, że poczuję się lepiej, jeśli coś zrobię - posprzątam dom, skoszę trawę albo odwiedzę znajomych - ale czuję się bardzo zmęczony, kompletnie wyczerpany. Nie mam siły. Siadam na kanapie i myślę: „Do diabła z tym”. Do południa bez celu snuję się po domu. Wieczorem zaczyna do mnie docierać, że zmarnowałem cały dzień i czuję się jeszcze gorzej”.

Trzeba się zmobilizować i podtrzymywać aktywność. Łatwo to powiedzieć, trudniej zrobić. Depresja całkowicie pozbawia chorego motywacji, entuzjazmu i siły. Obezwładniające zmęczenie często jest prawdziwym objawem choroby, nie tylko stanem umysłu. Co może zrobić człowiek, który jest w depresji, żeby mimo wszystko podjąć jakieś działanie?

Po pierwsze nie należy czekać, aż się poczuje, że ma się na coś ochotę, bo czekanie mogłoby trwać bardzo, bardzo długo. Większość osób, kiedy podejmie jakieś działanie, doświadcza przyływu energii. Problem polega na tym, że trzeba pokonać zły nastrój, czyli wyjściową inercję. Najważniejszy jest ten moment, w którym pomyślisz: „Ludzie nie lubią mojego towarzystwa”, „I tak niczego nie osiągnę”, „To mi nie sprawi przyjemności”, „Jestem potwornie zmęczony”. Jeśli w to uwierzysz, utkniesz w miejscu.

W tym krytycznym momencie trzeba sobie powiedzieć: „Rusz się i nie myśl za dużo!”. Warto zapisać sobie tę myśl na kartce i przypominać, kiedy ogarnie cię apatia. Pamiętaj: nie musisz się czuć zmotywowany. Kiedy podejmiesz jakieś działanie, od razu poczujesz się lepiej! Nawet krótki spacer w pobliżu domu doda ci siłę i pomoże zabrać się do roboty.

Tworzenie układu wsparcia

Możesz zrobić jeszcze jedno – poprosić o pomoc przyjaciela lub członka rodziny. Powinien to być ktoś, kogo darzysz zaufaniem. Możesz powiedzieć: „Wpadłem w depresję i dlatego zacząłem unikać ludzi. Nie chce mi się ruszać z domu. Wiem, że jeśli uda mi się zmusić do jakiejś aktywności podczas weekendu, poczuję się lepiej, dlatego potrzebuję twojej pomocy”. Dobrze jest z góry ustalić, co się będzie robiło. Można na przykład wyjechać na wieś albo pójść do kina. Powiedz przyjacielowi: „Wiem, że poczuję się lepiej, kiedy tylko wyjdę z domu, więc chciałbym wpaść do ciebie w sobotę koło dziesiątej. Nie musisz nic robić ani nigdzie ze mną iść. Wystarczy, że chwilę pogadamy”. Jeśli się umówisz, będziesz się czuł zobowiązany. To pomaga. Wielu pacjentów mówiło mi: „Jeśli wiem, że przyjaciel na mnie czeka, łatwiej mi się ruszyć, a kiedy już się ubiorę i wsiądę do samochodu, czuję, że to wcale nie jest takie trudne”.

Na początku, kiedy trzeba się zmobilizować do działania, poczujesz, że masz przed sobą zadanie trudne i nieprzyjemne, ale nie zapominaj, że aktywny tryb życia zmniejsza przygnębienie. Dale – pacjent, o którym już pisałem – postanowił, że w każdą sobotę (i dodatkowo przynajmniej raz w tygodniu) będzie robił coś pożytecznego albo przyjemnego. Przekonał się, że kiedy umówi się z przyjacielem, łatwiej mu jest ten plan zrealizować, bo trudniej jest się wycofać. Po kilku tygodniach powiedział mi: „Teraz kiedy pod koniec dnia patrzę na to, co się wydarzyło, widzę, że naprawdę coś osiągnąłem albo przynajmniej zacząłem coś robić, i to wiele zmienia. Myślę o sobie trochę lepiej. Zamiast czekać, aż zrobi mi się lepiej, sam coś robię i to poprawia mi samopoczucie. Znowu jestem panem swojego życia”. Energia i rozpęd, które zyskujemy, kiedy uczestniczymy w czymś przyjemnym, to siły zdolne do pokonania depresji.

Kiedy należy się zgłosić do psychiatry lub psychologa?

Podstawowe techniki przeznaczone do samodzielnego wykorzystania, które przedstawiłem w tym rozdziale, bardzo pomogły wielu osobom, ale nie zawsze wystarczają. Jeśli trapi cię choćby jeden z wymienionych poniżej problemów, jak najszybciej zgłoś się do psychiatry lub do psychologa. Czasem wystarczy jedna wizyta. Nie odkładaj jej na później.

- **Wszechogarniające uczucie rozpacz, pustki lub smutku** tak silne, że nigdy, ani przez chwilę, nie doznajesz przyjemności.
- **Poważne zaburzenia w relacjach z bliskimi.**
- **Niezdolność do podjęcia pracy.**
- **Uporczywe, intensywne myśli samobójcze** lub układanie planu samobójstwa.
- **Biologiczne objawy depresji**, takie jak zaburzenia snu lub chudnięcie. (Patrz: rozdział pierwszy i siódmy).
- **Głębokie poczucie bezradności, braku nadziei lub apatia.**

Niektórzy czują się tak bezradni lub są pogrążeni w takiej apatii, że nie mogą zastosować technik przeznaczonych do samodzielnego wykorzystania. W naszej klinice wielu pacjentów zaczyna od terapii indywidualnej. Kiedy depresja ustępuje, mogą korzystać z technik poznawczych, opisanych w rozdziałach jedenastym, dwunastym i trzynastym. Niektórym łatwiej jest to robić we współpracy z terapeutą lub z grupą terapeutyczną. Indywidualna terapia pacjenta, który nie był hospitalizowany, zwykle wymaga cotygodniowych wizyt. Nawet jeśli już uczestniczysz w terapii, między sesjami możesz stosować techniki poznawcze, żeby się szybciej wydobyć z depresji.

Jeśli jesteś w depresji, przyda ci się każda pomoc. Skorzystaj z technik opisanych w tej książce i znajdź specjalistę, jeśli potrzebujesz jego pomocy. O tym, jak szukać lekarza, napisałem w rozdziale czternastym.

Psychoterapia i inne specjalistyczne metody terapeutyczne

CJ jakie znamy specjalistyczne metody leczenia i jak mam podjąć decyzję, z której z nich skorzystać?"

Zasadniczo w leczeniu depresji skuteczne okazały się dwa rodzaje terapii: farmakologiczna oraz niektóre rodzaje psychoterapii.

- **Leczenie farmakologiczne.** Jeśli depresja daje objawy biologiczne, to znaczy, że mamy do czynienia z zaburzeniami biochemicznymi. Może pamiętasz z lektury rozdziału drugiego, że niektóre objawy fizjologiczne są szczególnie ważne? Chodzi o zaburzenia snu, zmiany łaknienia, zanik popędu seksualnego, zmęczenie i brak sił, niezdolność do odczuwania przyjemności (anhedonię), silne pobudzenie lub ataki paniki.

Ostatnio udało nam się lepiej zrozumieć biologiczne aspekty depresji i psychiatrzy oraz lekarze rodzinni dysponują wieloma nowymi środkami przeciwdepresyjnymi. Jeśli doświadczasz któregoś z wymienionych powyżej biologicznych objawów depresji (albo kilku z nich), powinieneś się zwrócić o pomoc do psychiatry. (Psychiatra jest lekarzem, który specjalizuje się w leczeniu zaburzeń emocjonalnych, między innymi za pomocą środków farmakologicznych). Możesz się też udać do lekarza rodzinnego, bo on również może wiedzieć, jak się korzystać z leków przeciwdepresyjnych. (Jednak niektórzy lekarze

rodzinni nie mają odpowiedniego przeszkolenia. Zawsze powinieneś dopilnować, żeby lekarz dokładnie cię zbadał). W rozdziale piętnastym można znaleźć więcej informacji na temat przeciwdepresyjnych środków farmaceutycznych.

- **Psychoterapia** (czasem nazywa się ją „terapią werbalną”) często jest bardzo skuteczna w leczeniu depresji. Takie leczenie może ci zapewnić psychiatra, psycholog, pracownik opieki społecznej lub licencjonowany doradca (czasem także specjalnie przeszkolony przedstawiciel Kościoła). W jaki sposób psychoterapia pomaga? Po pierwsze ustanawia bliską, dającą oparcie relację pacjenta z terapeutą. Człowiek w depresji bardzo często czuje się wyalienowany i osamotniony. Poczucie, że ktoś go wspiera, że z kimś łączy go bliska więź, że komuś na nim zależy, pomaga przetrwać trudne chwile. Oparcie, które pacjent znajduje w terapeutcie, jest jednym z wielu aspektów psychoterapii.

W trakcie psychoterapii człowiek wiele się o sobie uczy i poznaje powtarzające się w jego życiu wzory, które narażają go na depresję. Brenda ma dwadzieścia sześć lat, nie ma męża i często popada w depresję. Zwykle w przygnębienie wprawiają ją rozczarowania przeżywane w relacjach z mężczyznami. Brenda bardzo chce, żeby ktoś ją kochał i troszczył się o nią, ale trzech ostatni mężczyźni, z którymi była, nie pracowali i nadużywali alkoholu. Za każdym razem na początku była pełna optymizmu, ale już po kilku miesiącach utrzymywania mężczyzny przekonywała się, że jej potrzeby pozostają niezaspokojone. Dwóch z tych mężczyzn ją biło, a każdy związek zostawił po sobie uczucie straty i rozczarowania. W wyniku sesji psychoterapeutycznych Brenda uświadomiła sobie, że ma silną potrzebę bycia kochaną i że za każdym razem wydawało się jej, że jeśli uratuje mężczyznę, on ją z wdzięczności pokocha. Teraz zrozumiała, że wszystkie trzy związki od samego początku były skazane na niepowodzenie, bo mężczyźni, z którymi się wiązała, byli samolubni i niezdolni do dawania w związku czegoś od siebie. Dobrze, że Brenda to wie, bo w przyszłości będzie mądrzej wybierała partnerów, co pomoże jej unikać depresji.

Ludzie, którzy przeżyli bolesne doświadczenia, często starają się zapomnieć o swoich uczuciach. Mąż Karen zmarł nagle. Osiemnaście miesięcy później Karen była przekonana, że dobrze zniosła tę tragedię. „Oczywiście byłam smutna, ale wystarczyło kilka miesięcy i jakoś się z tego podźwignęłam” - powiedziała. Teraz zgłosiła się do mnie z silną depresją, której przyczyny zupełnie nie rozumiała. Przez kilka

tygodni podczas kolejnych spotkań trzydziestodwuletnia Karen opowiadała mi o swoim życiu i coraz wyraźniej uświadamiała sobie, jak bardzo cierpi. Wydawało się jej, że po śmierci męża szybko odzyskała równowagę. Niewyrażony żal często jednak zmienia się w depresję. Najważniejszym skutkiem terapii było to, że Karen zrozumiała, iż nadal czuje rozpacz po stracie męża, i zaczęła otwarcie okazywać smutek. Po ośmiu tygodniach terapii powiedziała: „Wiem, że zamknęłam w sobie mnóstwo żalu, ale teraz lepiej go czuję. To jest smutek, a nie depresja”. Najsilniejsze objawy ustąpiły. Uświadomienie sobie ukrytych przyczyn depresji bywa bardzo ważnym sukcesem psychoterapii.

W życiu często spotykają nas różne problemy, takie jak skomplikowane związki, stres w pracy i kłopoty ze zdrowiem. Pisałem już, że sam stres nikogo nie wpędzi w depresję, chyba że wiąże się z wywoływaniem poczucia bezradności i bezsilności. Słyszałem o tym od wielu osób. Pacjenci mówią: „Wygląda na to, że nic mi nie pomaga, chociaż próbowałem już wszystkiego. Czasem poczuję się lepiej, ale zaraz znowu coś mnie pozbawia nadziei”. W psychoterapii zajmujemy się właśnie tym uczuciem **bezradności**.

Wielu osobom pomaga już to, że **mogą się przed kimś otworzyć** i przyznać do bólu oraz wewnętrznej walki. Dobrze jest móc powiedzieć: „W moim życiu dzieje się to i to, bardzo cierpię i jestem wściekły”. Zwykle pacjent i terapeuta wspólnie układają **plan działania**, którego celem jest rozwiązanie problemów trapiących pacjenta. Osoba pogrążona w depresji może mieć trudności z przystąpieniem do działania, ale pomoc terapeuty i wspólnie ułożony plan pomogą jej odzyskać zaufanie we własne siły.

Po drugie wiele osób żyje niezgodnie z własnymi potrzebami i z wyznawanymi wartościami. Ludzie decydują się na pracę, styl życia, na związki pozostające w sprzeczności z ich wewnętrznymi pragnieniami lub ambicjami. Może minąć wiele lat, zanim to sobie uświadomią, ale przez cały czas narasta w nich niezadowolenie, a życie powoli traci sens i urok. W takim przypadku bardzo ważnym celem terapii jest odkrycie prawdziwych pragnień i przekonań pacjenta. Takie poznanie samego siebie - tego, czego w głębi duszy pragnie - może być najbardziej wartościowym owocem psychoterapii.

Lorraine przez wiele lat pracowała jako księgowka. Często czuła, że ta praca jej nie odpowiada. Mając czterdzieści trzy lata, zgłosiła się na psychoterapię, bo nie potrafiła sobie dać rady z depresją. Terapeuta

zachęcał ją do coraz lepszego poznawania własnych uczuć i z czasem Loraine uświadomiła sobie, że praca ją nudzi i nie daje jej satysfakcji. Pod koniec sześciomiesięcznej terapii przyznała, że od lat chciała być ogrodnikiem.

Rok później Loraine zadzwoniła do terapeuty i powiedziała, że posłuchała głosu serca i podjęła pracę architekta krajobrazu. Skończyła wieczorowe kursy, utrzymując się z pracy na niepełnym etacie. Kiedy skończyła kursy, otworzyła własną firmę i zajęła się pielęgnacją ogrodów. Powiedziała: „Wiem, że depresja była dla mnie sygnałem, że nie żyję tak, jak powinnam. Zmiana zawodu była trudna, bałam się, nadal niewiele zarabiam, ale po wielu latach wreszcie czuję, że naprawdę żyję”.

W przedstawionych tu przypadkach nie można mówić o wyleczeniu z depresji. Psychoterapia pomogła zrozumieć pacjentom przyczyny duchowego cierpienia, nauczyła ich mówić prawdę na temat bólu, zachęciła do okazywania uczuć i do zmiany życia. Terapeuci jedynie pomogli pacjentom w realizacji tych celów i służyli za przewodników.

Kolejną korzyścią z psychoterapii są realistyczne nadzieje, które terapeuta potrafi obudzić w zniechęconym i zrozpaczonym pacjencie. Terapeuta pomoże rozsądnie ocenić wybory, których dokonuje pacjent, i jego nadzieje na przyszłość. Przyjaciele i krewni w dobrej wierze mogą dawać odczuć osobie w depresji, że nie powinna się czuć tak źle albo że powinna się otrząsnąć z przygnębienia, ale psychoterapeuta rozumie, czym jest depresja i jak ciężko z nią walczyć. Dzięki tej wiedzy może rozmawiać z pacjentem o jego uczuciach bez krytykowania i osądzania.

Cztery metody terapii wielokrotnie okazywały się skuteczne w leczeniu depresji. Przyjrzyjmy się im po kolei.

- **Terapia behawioralna** obejmuje kilka procedur, które pomagają walczyć z depresją, szczególnie w tych przypadkach, kiedy wiadomo, że chorobę wywołały konkretne okoliczności życiowe. Terapeuci behawioralni często korzystają z procedur znanych z psychoterapii lub z terapii poznawczej, ale szczególny nacisk kładą na takie techniki, jak leczenie aktywnością, nauka asertywności, systematyczne odwróżliwianie, monitorowanie behawioralne i różne systemy nagradzania za wysiłki podjęte w celu zmniejszenia depresji.

Behawioralne cele i metody mają na celu pobudzenie aktywności pacjenta. Brak aktywności (siedzenie w domu, unikanie ludzi, brak życia towarzyskiego, zaniedbywanie codziennych obowiązków, rezygnacja z tego, co dotąd było źródłem przyjemności) jest zwykle najpoważniejszym objawem depresji, w związku z tym leczenie aktywnością jest bardzo pożądane. Na początku zadania są proste (trzeba na przykład pójść po zakupy do sklepu spożywczego albo przejść kilkaset metrów), później stają się bardziej skomplikowane (na przykład wyjście do Kościoła, na wykład czy inne wyprawy niewymagające zbyt dużego wysiłku), ale przekonują, że w życiu można doświadczać drobnych przyjemności. Kiedy pacjent uwierzy w to, że jest zdolny do radości, można postawić przed nim trudniejsze zadania, jego sukcesy też są coraz większe, aż w końcu wraca mu zdolność do odczuwania przyjemności. (Ta technika behawio-rainajest nadzorowanym i systematycznym stosowaniem zasady utrzymania aktywności własnej, przedstawionej w rozdziale trzynastym).

Trening asertywności ułatwia kontakty z ludźmi i zdobywanie w życiu tego, czego pragniemy. Francine od dwóch lat na zmianę to popadała w depresję, to z niej wychodziła. Podstawową przyczyną jej choroby była uległość wobec wszystkich mężczyzn, którzy żądali, żeby Francine zaspokajała ich potrzeby seksualne. Francine nie umiała odmawiać. Kiedy przyszła do psychologa behawioralnego, razem ustalili, że Francine musi się nauczyć bronić przed wykorzystywaniem i odzyskać szacunek dla własnej osoby. Trzydziestosekstoletnia kobieta musiała zdobyć kilka nowych umiejętności. Terapeuta nauczył ją, jak może sobie poradzić w codziennych sytuacjach: jak zwrócić sprzedawcy wadliwy towar, jak poprosić o przysługę, jak się bronić, kiedy ktoś mówi o niej źle. Później zaczęła się nauka wykorzystywania nowych umiejętności w trudniejszych sytuacjach - podczas rozmowy z niesprawiedliwym przełożonym albo kiedy nie chce się z kimś umówić na randkę. Po kilku tygodniach terapii Francine zaczęła rozumieć, że ma pewne prawa, że może kierować swoim życiem oraz ustanawiać granice i że wcale nie jest bezwartościowym człowiekiem.

Terapeuci behawioralni dysponują wieloma narzędziami. Należą do nich: systematyczne odwróżliwianie (technika zmniejszania lęku przez kontrolowane narażanie na sytuacje, których pacjent się boi) i monitorowanie behawioralne (układanie codziennej aktywności w podobny sposób, jak przy wykorzystaniu opisanej przeze mnie w rozdziale trzynastym tabeli nastroju). Terapeuci behawioralni uważają, że najlepsze wyniki osiąga się wtedy, gdy stawi się czoło trudnościom emocjonalnym i leczy wszystkie dolegliwości po kolei, bez dociekania

ich ukrytych przyczyn. Techniki behawioralne okazały się skuteczne w leczeniu wielu zaburzeń, także depresji.

- **Terapia interpersonalna** podkreśla fakt, że na depresję często chorują osoby, które żyją w konfliktowych lub niedających szczęścia związkach. W tego rodzaju psychoterapii (bardzo skutecznej w leczeniu depresji) zawsze uczestniczą obie osoby zaangażowane w związek (czasem cała rodzina). Celem jest nauczenie uczestników terapii bardziej skutecznych sposobów porozumiewania się i lepszych strategii rozwiązywania problemów. Kiedy związek zaczyna lepiej funkcjonować i problemy są rozwiązywane albo kiedy więź łącząca małżonków staje się bardziej intymna, depresja często mija.
- **Poznawcza terapia behawioralno-analityczna** to nowa i bardzo obiecująca metoda leczenia, która łączy elementy psychoterapii poznawczej, interpersonalnej i behawioralnej. Wstępne badania pokazały, że poznawcza terapia behawioralno-analityczna jest bardzo skuteczna w leczeniu depresji.
- **Terapia poznawcza** może być prowadzona indywidualnie, w grupie lub całkiem samodzielnie. (O samodzielnym wykorzystaniu metod tego typu terapii napisałem w rozdziałach jedenastym i dwunastym).

Czy terapia jest ci potrzebna? Czy chcesz z niej skorzystać?

Teraz, kiedy już wiesz, czego się możesz spodziewać po różnych specjalistycznych metodach leczenia depresji, czas, żebyś postawił sobie następujące pytanie: „Czy tego rodzaju pomoc jest mi potrzebna?”.

Szukając odpowiedzi, możesz skorzystać z arkusza oceny depresji z rozdziału czwartego. Jeśli ogólna liczba punktów w którejś z części (jedna dotyczy funkcji biologicznych, druga - emocjonalnych) wskazuje na ciężkie zaburzenia, powinieneś się jak najszybciej zgłosić do specjalisty. Jeśli twoje objawy są średnio ciężkie, również zachęcam do wizyty u lekarza. Łagodne objawy nie wymagają szybkiego działania, ale już fakt sięgnięcia po tę książkę może świadczyć o tym, że podjęcie terapii jest konieczne. Nie pozwól, żeby poczucie bezradności i brak nadziei powstrzymały cię przed zrobieniem kroku, który może odmienić twoje życie.

Jeśli wydaje ci się, że psychoterapia mogłaby ci pomóc, warto się umówić z terapeutą.

Wybór terapeuty

Wybór terapeuty jest bardzo ważny. W trakcie poszukiwań powinieneś zrobić cztery podstawowe kroki.

- Porozmawiaj z lekarzem rodzinnym, z duchownym, przyjacielem albo z innymi osobami, które mogą mieć kontakty w środowisku, i poproś o nazwiska dwóch czy trzech dobrych psychoterapeutów. W wielu miastach można znaleźć kilku terapeutów cieszących się dobrą sławą. Trzeba wybrać kogoś, kto ma dobrą opinię.
- Sprawdź, czy psychoterapeuta leczy depresję i czy zasługuje na zaufanie (więcej informacji na ten temat znajduje się pod koniec tego rozdziału). Wielu terapeutów pracuje z pacjentami cierpiącymi na depresję, ale niektórzy specjalizują się w innych problemach (na przykład zajmują się terapią małżeństw albo alkoholizmem). W rozmowie z terapeutą możesz bez skrępowania pytać o jego doświadczenie w leczeniu depresji. Jeśli podejrzewasz, że będziesz potrzebował leczenia farmakologicznego, jest to szczególnie ważne. Psychoterapeuci, którzy nie mają wykształcenia medycznego, nie mogą wypisywać recept, niektórzy zaś nie wierzą w skuteczność terapii farmakologicznej w leczeniu depresji. Trzeba jednak przyznać, że wielu psychoterapeutów bez wykształcenia medycznego współpracuje ze szpitalami, z klinikami albo z lekarzami, do których kieruje pacjentów, potrzebujących leczenia farmakologicznego. Jeśli doświadczasz biologicznych objawów depresji i jesteś gotowy przyjmować leki przeciwdepresyjne, spytaj terapeutę o jego doświadczenie i o stosunek do tego rodzaju leczenia.

Chcę podkreślić, że niestety **zdarzają się** terapeuci zdecydowanie przeciwni farmakologicznemu leczeniu depresji, mimo że najnowsze badania dały w wielu przypadkach przekonujące dowody na skuteczność właśnie takiej terapii. Muszę jednak dodać, że w niektórych rodzajach depresji leczenie farmakologiczne nie jest wskazane i obawa przed nieuzasadnionym przyjmowaniem leków nie jest całkowicie bezzasadna. Mimo to pacjenci z objawami biologicznymi powinni mieć możliwość skorzystania ze środków farmakologicznych, bo mogą one znacznie skrócić chwile cierpienia.

- Kiedy już wiesz, że dany terapeuta leczy depresję i zasługuje na zaufanie, powinieneś do niego zadzwonić i chwilę porozmawiać o powodach, dla których zdecydowałeś się na podjęcie psychote

rapii. Kilka minut to za mało, żeby wyczerpująco opowiedzieć o wszystkich okolicznościach życiowych, które sprawiły, że szukasz pomocy u psychoterapeuty. Warto jednak zacząć rozmowę na ten temat już podczas pierwszego telefonicznego kontaktu, żeby sprawdzić, jaka będzie reakcja terapeuty. Ta rozmowa jest bardzo ważna, bo ona ukształtuje twoje pierwsze wrażenie na temat terapeuty. Ludzie często boją się wizyty. Większość specjalistów to rozumie i podczas pierwszej rozmowy telefonicznej potrafi zadbać o to, żeby atmosfera była przyjemna. Terapeuta zwykle mówi kilka zdań na temat swojej praktyki (na przykład jak często umawia się na spotkania, jakie ma stawki, w czym się specjalizuje). Do moich podstawowych celów podczas rozmowy z osobą, która zamierza mnie odwiedzić po raz pierwszy, należy stworzenie przyjemnej atmosfery, zmniejszenie lęku przed wizytą i zapewnienie o mojej gotowości do współpracy.

Jeśli boisz się pierwszego spotkania, warto zadzwonić do terapeuty i chwilę z nim porozmawiać, także o swoich obawach. Jeśli po rozmowie telefonicznej nadal będziesz się czuć niepewnie, pamiętaj, że wynajmujesz terapeutę, żeby udzielił ci specjalistycznej pomocy. Jeśli będziesz się czuć źle w jego towarzystwie, nie musisz się umawiać na następne wizyty. Decyzja należy do ciebie.

- Czwarty krok to osobista ocena terapeuty i procesu terapeutycznego, dokonywana po każdej sesji. Już po pierwszym spotkaniu będziesz mógł powiedzieć, czy zaproponowane przez terapeutę podejście do problemu ci odpowiada. W trakcie pierwszych sesji warto zadawać sobie następujące pytania: „Czy wierzę, że terapeuta mnie rozumie?” i „Czy mam nadzieję, że zaproponowane leczenie mi pomoże?”. Nie znamy sposobu, który pozwalałby w błyskawicznym tempie wyleczyć depresję i każda terapia wymaga od pacjenta odrobiny wysiłku, jeśli jednak możesz odpowiedzieć twierdząco na obydwa pytania, trzeba mieć nadzieję, że współpraca z tym terapeutą zakończy się sukcesem.

Jakich profesjonalistów masz do wyboru?

- **Psychiatra (dyplomowany lekarz medycyny)** to lekarz, który specjalizuje się w leczeniu zaburzeń emocjonalnych; w swojej pracy korzysta z terapii psychologicznej i farmakologicznej.

(Lekarze mogą prowadzić praktykę psychiatryczną, nawet jeśli nie zdobyli specjalistycznych kwalifikacji, ale rzadko się na to decydują. Pamiętaj, że zawsze wolno ci spytać lekarza o wykształcenie, o odbyte szkolenia i o doświadczenie w leczeniu depresji). Większość psychiatrów leczy depresje i innego rodzaju zaburzenia emocjonalne za pomocą środków farmakologicznych. Niektórzy psychiatrzy stosują psychoterapię lub terapię poznawczą.

- **Psychoterapeuta bez wykształcenia medycznego.** Ci specjaliści leczą zaburzenia emocjonalne za pomocą metod psychologicznych (takich jak psychoterapia, terapia poznawcza lub terapia behawioralna). Wielu z nich dobrze zna się na psychiatrii i w razie potrzeby kieruje pacjenta do lekarza, który może przeprowadzić leczenie farmakologiczne. Psychoterapeuta, który nie ma wykształcenia medycznego, nie może wypisywać recept.

Do tej grupy terapeutów zaliczamy:

- **psychologów**, czyli osoby z wykształceniem psychologicznym, specjalizujące się w sporządzaniu i interpretacji testów psychologicznych,
- **klinicznych pracowników społecznych**, którzy prawie zawsze mają skończone studia i spore doświadczenie,
- doradców lub terapeutów rodzinnych, małżeńskich, dziecięcych; otrzymali oni wykształcenie, które pozwala im doradzać rodzinom i małżeństwom,
- doradców duchowych, czyli przedstawicieli Kościoła, którzy posiadają stosowne wykształcenie i mogą obejmować opieką terapeutyczną członków swojej wspólnoty religijnej lub inne osoby, które zwrócą się do nich o pomoc w rozwiązaniu problemów emocjonalnych i duchowych.

Ostatnie uwagi

Miesiąc temu przyszedł do mnie Mikę. Miał za sobą bolesny rozwód i był w depresji. Powiedział: „Od sześciu miesięcy chciałem zadzwonić do terapeuty. Wiedziałem, że nie mam na co czekać, ale zawsze kiedy podnosiłem słuchawkę telefonu, zmieniałem zdanie. Bałem się tej rozmowy, więc wmawiałem sobie, że sam dam temu radę i rezygnowałem. Moje życie to istne piekło i wiem, że potrzebuję pomocy”.

Lęk przed rozmową z terapeutą jest całkiem normalny. Wielu ludzi myśli: „Nie jest aż tak źle” lub: „W gabinecie pomyślą, że przesadzam albo użalam się nad sobą”.

To naturalne, że nikt nie chce przeżywać zażenowania ani czuć, że robi z siebie głupca, ale terapeuta wie, że depresja powoduje ogromne cierpienie i może zniszczyć życie. Kiedy zły nastrój utrzymuje się całymi tygodniami, warto jak najszybciej rozpocząć leczenie i skrócić udrękę. Jeśli wiesz, że naprawdę trapi cię depresja, zadzwoń do specjalisty i umów się na wizytę! Czasem już po kilkuminutowej rozmowie telefonicznej człowiek czuje się lepiej, bo wie, że zrobił to, co powinien. Działanie jest najlepszym antidotum na poczucie bezradności i rozpacz. Wykonanie jednego telefonu leży w granicach twoich możliwości.

Leki przeciwdepresyjne

Q

Skuteczność leków przeciwdepresyjnych została dobrze udokumentowana. Chociaż środki farmakologiczne pomagają leczyć depresje biologiczne i mieszane, to narosło wokół nich wiele nieporozumień. W tym rozdziale zamierzam wyjaśnić, jak działają takie leki i jakie mają zastosowanie w leczeniu depresji.

Farmakologiczne środki przeciwdepresyjne to wyjątkowa grupa leków. Nie działają uspokajająco, mimo to często (błędnie) zalicza się je do tej samej grupy, co Valium (Diazepam), Xanax (Alprazolam) czy Ativan (Lorazepam). Leki przeciwdepresyjne różnią się od środków uspokajających składem chemicznym i działaniem. W przeciwieństwie do wielu leków uspokajających, środki przeciwdepresyjne nie uzależniają i - wbrew temu, w co wierzy wiele osób - nie są w stanie nikomu dać szczęścia. Ich zadaniem jest osłabianie emocjonalnego bólu i eliminowanie wielu biologicznych objawów depresji, na przykład zaburzeń snu. Mogą przywrócić zdolność do doświadczania przyjemności, ale nie dają uczucia zadowolenia.

Wiele osób nie chce przyjmować leków przeciwdepresyjnych. Pacjenci mówią: „Nie dam się niepotrzebnie faszzerować chemią”. Alkohol i niektóre środki uspokajające wywołują uczucie odprężenia lub wprawiają w stan euforii i rzeczywiście można je porównać do protezy, bo kiedy ich działanie ustaje, wszystko wraca do poprzedniego stanu. Z farmakologicznymi środkami przeciwdepresyjnymi jest inaczej. Wywołane przez nie zmiany są trwałe i umożliwiają normalne funkcjonowanie niektórych elementów układu nerwowego. Po przywróceniu

normalnej aktywności komórki nerwowe znów zaczynają poprawnie funkcjonować i objawy depresji ustępują.

Niestety, leki przeciwdepresyjne nie przynoszą natychmiastowej poprawy. W większości przypadków stan pacjenta poprawia się dopiero między dziesiątym a dwudziestym pierwszym dniem terapii. Tyle czasu potrzeba na odwrócenie zmian biologicznych. Niektóre leki przeciwdepresyjne zawierają również środek uspokajający i w pierwszych dniach leczenia mogą powodować zaburzenia snu, które mijają po kilku tygodniach. Leki te, jeśli są prawidłowo przyjmowane, przynoszą poprawę w 70-80% trafnie zdiagnozowanych przypadków depresji i znacznie osłabiają objawy choroby.

Depresja i mózg

W ludzkim mózgu znajdują się struktury, które tworzą tak zwany mózg emocjonalny. Zaliczamy do nich podwzgórze i układ limbiczny. Ta część mózgu reguluje niektóre funkcje fizjologiczne i emocjonalne, między innymi apetyt, cykl snu i popęd seksualny. Tutaj znajdują się ośrodki przyjemności i bólu, które kontrolują uczucia oraz ekspresję emocjonalną. Jeśli mózg emocjonalny działa sprawnie, człowiek może się porządnie wyspać i czuć, że jest wypoczęty, ma normalny popęd seksualny, zdrowy apetyt i panuje nad swoimi uczuciami. Inaczej mówiąc, czuje się normalnie. W depresji biologicznej mózg emocjonalny nie funkcjonuje normalnie, co przyczynia się do wielu przykrych objawów.

Jeśli po rozwodzie, po śmierci ukochanej osoby, po stracie pracy albo w innej trudnej sytuacji oprócz bólu emocjonalnego pojawiają się również biologiczne objawy depresji, sytuacja staje się nieznośna. Trudno jest sobie poradzić z emocjonalnym cierpieniem, jeśli nie można się wyspać, jest się ciągle zmęczonym i niezdolnym do odczuwania przyjemności.

Czym są spowodowane zaburzenia w funkcjonowaniu mózgu? Normalnie w określonych warunkach pobudzane są różne struktury mózgu emocjonalnego. Najłatwiej będzie to wytłumaczyć na przykładzie. Wyobraź sobie, że chcesz podłączyć telewizor, ale do najbliższego gniazdka masz trzy i pół metra. Bierzesz więc dwa dwumetrowe przedłużacze, łączysz je, włączasz z jednej strony do gniazdka, z drugiej do telewizora i możesz włączyć odbiornik.

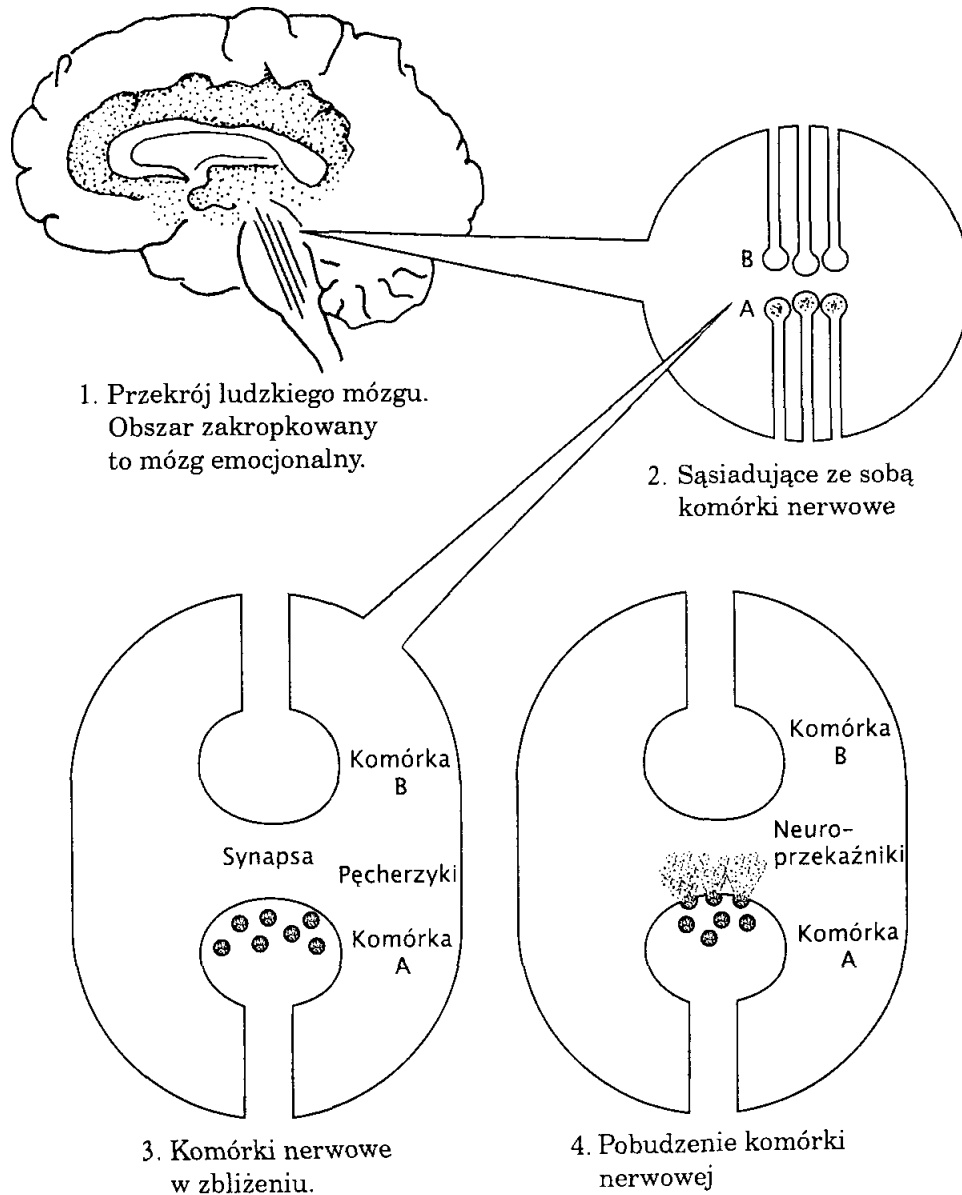
Nasz organizm funkcjonuje sprawnie i mamy normalny nastrój, kiedy odpowiednie struktury mózgu emocjonalnego są uruchamiane w stosownym momencie. Umożliwiają to komórki nerwowe, które łączą się ze sobą na podobieństwo przedłużaczy.

Impulsy elektryczno-chemiczne przemieszczają się wzdłuż komórek nerwowych, aż dotrą do końca nerwu. Komórki nerwowe nie stykają się ze sobą - oddziela je niewielka przestrzeń, nazywana synapsą. Impuls jest przekazywany z jednej komórki nerwowej do drugiej, jeśli pobudzenie pokona odległość synapsy. Jest to możliwe dzięki reakcjom chemicznym. Impuls z komórki A uaktywnia niewielkie pojemniczki, nazywane pęcherzykami, które przesuwały się na skraj komórki i wylewają do synapsy specyficzny związek chemiczny, nazywany neuroprzekaźnikiem (patrz: rycina 15.1). Do neuroprzekaźników, które mogą mieć związek z depresją, zaliczamy: serotoninę, norepinefrynę i dopaminę. Neuroprzekaźniki można porównać do chemicznych posłańców, bo pokonują synapsę i przyłączają się do komórki B. Jeśli przyłączy się do niej odpowiednio wiele neuroprzekaźników, receptory nerwowe komórki B zostaną pobudzone. Mózg może funkcjonować prawidłowo, jeśli nerwy są pobudzane w normalny sposób.

W depresji biologicznej mamy do czynienia z dwoma zjawiskami. Pierwsze nazywamy nadmiernym wychwytywaniem wtórnym. Z przyczyn, których jeszcze nie znamy, komórka zaczyna funkcjonować nieprawidłowo i neuroprzekaźniki, uwolnione do synapsy, są szybko na nowo wychwytywane przez komórkę A. Wychwytywanie wtórne jest normalnym zjawiskiem, ale w depresji ten proces ulega przyspieszeniu i do komórki B dociera tak mało neuroprzekaźników, że nie dochodzi do jej pobudzenia. Po kilku dniach lub tygodniach obniżenie poziomu neuroprzekaźników w synapsach zaczyna dawać o sobie znać. Sąsiednie komórki (B) funkcjonują coraz gorzej. Ale na tym nie koniec. Zaburzenia chemicznych procesów zachodzących w komórce przyczyniają się do zmian strukturalnych i dopiero na tym etapie zaczynamy doświadczać objawów depresji biologicznej. Mózg coraz mniej sprawnie zarządza snem i apetytem.

Zaburzenia biologiczne, nawet jeśli nie są leczone, nie trwają wiecznie. U osób, które nie leczą depresji farmakologicznie, obser

wuje się spontaniczne odwracanie się opisanego procesu i po pewnym czasie wszystko wraca do normy. Zwykle trwa to od trzech do osiemnastu miesięcy, czyli bardzo długo. Na szczęście, właściwe leczenie pozwala znacznie skrócić ten okres.



Rycina 15.1

Czego można się spodziewać?

Ważne jest, żeby nie spodziewać się po terapii farmakologicznej zbyt wiele. Jednostkowe reakcje na leki są bardzo różne. Dobrym przykładem jest Jerry H.

Jerry ma czterdzieści jeden lat i przez trzynaście lat był żonaty. Ostatnie trzy lata małżeńskiego życia były burzliwe. W końcu żona zażądała rozwodu i odeszła. Jerry bardzo to przeżył; tęsknił za żoną. Cztery tygodnie po rozstaniu u Jerry'ego pojawiły się objawy wymienione na rycinie 15.2.

Jerry	H.
<i>Objawy psychologiczne</i>	<i>Objawy biologiczne</i>
1. Smutek, ataki płaczu.	1. Zaburzenia snu; budzenie się o godzinie 4.30 i niemożność powtórnego zaśnięcia.
2. Ograniczenie życia towarzyskiego.	2. Utrata apetytu; Jerry schudł trzy kilogramy.
3. Wrażenie, że sobie nie radzi w życiu.	3. Zmęczenie w ciągu dnia.

Rycina 15.2

Jerry poszedł do psychiatry, który przepisał mu lek przeciwdepresyjny. Zgodnie z lekarskim zaleceniem miał zażyć przed snem jedną dziesięciomiligramową tabletkę. Nazajutrz był bardzo zmęczony i osowiały, zadzwonił więc do lekarza. Psychiatra zmienił lek i znów kazał zacząć od dziesięciu miligramów przed snem. Ponieważ nie pojawiły się żadne objawy uboczne, po tygodniu dawka została zwiększona do dwudziestu miligramów. Lekarz zalecał codzienne zażywanie lekarstwa, ponieważ środki przeciwdepresyjne są skuteczne tylko wtedy, gdy przyjmuje się je regularnie. (Najbardziej popularne leki przeciwdepresyjne i ich dawki terapeutyczne zob. rycina 15.3).

Niektóre farmakologiczne środki przeciwdepresyjne mogą działać otępiające. Tak było w wypadku pierwszego leku, który przepisano Jerry'emu. Ponieważ dysponujemy wieloma różnymi środkami przeciwdepresyjnymi, lekarz Jerry'ego słusznie podjął decyzję o zmianie

lekarstwa. Na ogół drugi lek ma znacznie mniej (lub nie ma wcale) działań niepożądanych.

Czternaście dni później Jerry zaczął zauważać zmiany. Przesypiał całą noc i w dzień miał więcej energii. W ciągu następnych trzech tygodni powoli wracał mu apetyt. Jerry znów był zdolny do odczuwania przyjemności, lubił chodzić do kina i do restauracji. Powiedział: „Nadal jestem smutny z powodu rozwodu, ale nie jestem już taki załamany. Zdarza mi się płakać, ale nie w pracy, jak przedtem, kiedy żona mnie zostawiła”.

Oto najważniejsze zagadnienia, które pojawiły się w podanym przykładzie:

- leki mogą powodować niepożądane działania uboczne,
- zmiana leku lub dawki zwykle wystarcza, żeby zlikwidować niepożądane działania uboczne,
- na poprawę stanu chorego w depresji trzeba poczekać; na początku zmiany mogą być niezauważalne,
- leki korygują zaburzenia w fizjologii mózgu pomagają kontrolować emocje i w niewielkim stopniu zmniejszają objawy psychologiczne; najważniejsze jest to, że mózg znów zaczyna sprawnie funkcjonować.

Dwa miesiące po rozpoczęciu leczenia Jerry powiedział: „Nadal bardzo tęsknię za żoną, ale teraz dużo lepiej ze wszystkim sobie radzę. To ważne, że mogę normalnie spać, nie jestem wечно zmęczony i czuję, że żyję”. Lekarstwo nie miało wpływu na uczucie smutku, zaniżone poczucie własnej wartości ani na życie towarzyskie. Jerry musiał sobie pozwolić na żal po stracie żony. Korzystając z technik poznawczych, odbudowywał szacunek dla własnej osoby i walczył z przekonaniem, że jest do niczego.

Po dwóch i pół miesiąca leczenia Jerry wrócił do zdrowia. Nadal był smutny, ale potrafił sobie z tym poradzić. Pozostałe objawy depresji ustąpiły. Jerry chciał odstawić lekarstwo, ale lekarz zalecił przyjmowanie go jeszcze przez sześć miesięcy. Badania wykazały, że jeśli pacjent, u którego ustąpiły objawy, od razu odstawia leki, ryzyko nawrotu choroby znacznie się zwiększa. Większość psychiatrów kontynuuje leczenie jeszcze przez kilka miesięcy (od sześciu do dziewięciu) po ustąpieniu objawów, ponieważ to znacznie zmniejsza ryzyko nawrotu choroby.

Czy jeśli jeden lek spowoduje dokuczliwe objawy uboczne, można go zmienić na inny?

Prawie wszystkie leki u jednej czy drugiej osoby wywołują jakieś niepożądane działania. (Często spotykane działania niepożądane leków przeciwdepresyjnych zob. rycina 15.3). Niektóre są niewielkie i po kilku tygodniach ustępują, ale jeśli są naprawdę dokuczliwe, powinieneś się natychmiast skontaktować z lekarzem. Wiele osób w depresji, mimo że bardzo potrzebuje leczenia, przestaje w ogóle przyjmować lekarstwa, ponieważ pierwszy środek miał dokuczliwe działania uboczne. Zwykle udaje się znaleźć taki lek, który nie zaburza funkcji fizjologicznych, chociaż czasem potrzeba na to kilku prób. Osoby przyjmujące odpowiedni dla nich lek zwykle nie czują się oszołomione i nie doświadczają innych działań niepożądanych niż te, które występują, kiedy zażywa się na przykład witaminy. Jedno przykre doświadczenie nie powinno cię zniechęcić do całej grupy lekarstw, które mogą ci pomóc. O wszystkich niepożądanych działaniach leków możesz rozmawiać z lekarzem.

Co będzie, jeśli leki nie pomogą?

Czasem leki nie pomagają. Dzieje się tak z kilku powodów:

1. Lekarze często przepisują za małe dawki. Lekarstwa należy przyjmować w dawkach terapeutycznych (zob. rycina 15.3). Często na początku psychiatrzy przepisują leki przeciwdepresyjne w bardzo niewielkiej dawce i potem stopniowo ją zwiększają. Takie postępowanie pomaga przyzwyczaić się do lekarstwa i pozwala uniknąć pojawienia się objawów ubocznych.

2. Wielu pacjentów za szybko przestaje przyjmować leki. Dość często się zdarza, że po tygodniu przyjmowania środka przeciwdepresyjnego pacjent przerywa terapię, ponieważ dochodzi do wniosku, że to mu nie pomaga. Nie wie, że musi minąć kilka (od dwóch do czterech) tygodni, zanim nastąpi zauważalna poprawa. Leczenie, które przerwano za wcześnie, jest nieskuteczne.

3. Ludziom w depresji często przepisuje się środki uspokajające. Leki tego typu nie pomagają pacjentom w depresji; przeciwnie, mogą nawet pogarszać ich stan. (Listę popularnych leków uspokajających zob. rycina 15.4).

4. Używanie i nadużywanie alkoholu. Jeśli alkohol jest spożywany codziennie, nawet w stosunkowo niewielkiej ilości, może zaburzyć działanie leków przeciwdepresyjnych. To bardzo częsta przyczyna niepowodzenia w leczeniu.

5. Leki przeciwdepresyjne mogą być nieskuteczne. Leki przeciwdepresyjne można podzielić na cztery grupy, różniące się składem chemicznym: leki serotonergiczne (selektywne inhibitory wychwytu serotoniny, czyli SI-5HT), norepinefryna, inhibitory oksy-dazy monoaminowej i bupropion (lek przeciwdepresyjny różny od wszystkich innych). Leki z każdej z tych grup w inny sposób oddziałują na komórki nerwowe w mózgu. Jeśli pacjent nie reaguje na lek z jednej grupy, zwykle psychiatra zapisuje środek z innej - takie postępowanie przynosi dobry skutek. Niestety, znamy tylko jedną metodę ustalania, która grupa leków będzie skuteczna w danym przypadku - trzeba próbować. Naukowcy z Teksaskiego Oddziału Zdrowia Psychicznego i z innych ośrodków przygotowują wskazówki mające pomóc psychiatrom ustalać, od którego leku najlepiej zacząć.

Skuteczną i często wykorzystywaną strategią jest wzmacnianie działania terapeutycznego leku przez dodanie drugiego środka farmakologicznego. Takie postępowanie może przynieść dobre skutki. 50% pacjentów, którzy nie zareagowali na pierwszy lek, odczuwa poprawę, kiedy zażywa jeszcze drugie lekarstwo. Do środka przeciwdepresyjnego często dołącza się lit, Wellbutrin (Bupropion HCL), Provigan, Rita-lin (Methylphenidate HCl), hormon tarczycy i leki trójpierścieniowe, podawane razem z selektywnymi inhibitorami wychwytu serotoniny.

6. Depresja może mieć podłoże czysto psychologiczne. Pisałem już, że w wypadku depresji psychologicznej leki przeciwdepresyjne z reguły nie są skuteczne. Od tej zasady istnieje jednak kilka wyjątków, dlatego psychiatrzy czasem przepisują farmakologiczne środki przeciwdepresyjne osobom z depresją psychologiczną.

Leki te nie leczą wszystkich zaburzeń związanych z depresją, ale jeśli depresja biologiczna została trafnie zdiagnozowana, zwykle są bardzo skuteczne. Lekarstwa to nie kule, na których się opieramy, tylko środki chemiczne korygujące zaburzenia aktywności biochemicznej organizmu i przywracające jego normalne funkcje fizjologiczne. Jeden z moich pacjentów powiedział niedawno: „Jak wiesz, miałem bardzo nieufny stosunek do leków. Chciałem się obyć bez nich. Wiem, że większość problemów i tak rozwiązałem samodzielnie, ale wiem też, że fizycznie czułem się źle. Lekarstwa bardzo mi pomogły”.

Prozac

Prozac (fluoksetyna) to najlepiej sprzedający się lek przeciwdepresyjny. Szacuje się, że na całym świecie przepisano go już 22 milionom ludzi.

O Prozacu dużo się mówi i pisze - zarówno pozytywnie, jak i negatywnie. Po raz pierwszy trafił na rynek w 1988 roku w Stanach Zjednoczonych i szybko został zauważony, zdobył popularność i zasłynął jako lek bezpieczny, dobrze tolerowany i skuteczny w leczeniu depresji. W latach dziewięćdziesiątych XX wieku zaczęto głośno mówić o tym, że zażywanie Prozacu doprowadziło niektórych pacjentów do samobójstwa, innych zaś sprowokowało do agresywnych zachowań.

Po pewnym czasie okazało się, że środowiskiem, które kieruje kampanią przeciw Prozacowi, jest Kościół scjentologiczny, od dwudziestu lat toczący wojnę z psychiatrią. Tym razem celem jego ataków stał się Prozac.

Zaniepokojone grupy konsumenckie, przestraszeni pacjenci i sceptyczni lekarze zaczęli wywierać nacisk na amerykański Urząd do Spraw Żywności i Leków. Prozac poddano skrupulatnym badaniom. Na podstawie analiz i danych klinicznych w 1991 roku Urząd doszedł do wniosku, że brak dowodów na to, jakoby Prozac mógł powodować nasilenie się myśli samobójczych lub przyczyniać się do agresywnych zachowań.

Oto kilka faktów:

- każdy lek ma jakieś działania niepożądane;
- badania wykazały, że leki przeciwdepresyjne nowszej generacji (Prozac, Zoloft, Paxil, Wellbutrin) mają dużo mniej działań niepożądanych niż starsze leki trójpierścieniowe (amitryptylina, imipramina);
- nowsze leki są lepiej tolerowane i znacznie bardziej bezpieczne (w razie przypadkowego lub celowego przedawkowania);
- około 2-3% pacjentów mówi o nasileniu się myśli samobójczych w pierwszych tygodniach terapii, niezależnie od tego, który lek przeciwdepresyjny został im przepisany (trzeba podkreślić, że te 2-3% pacjentów mówi o myślach samobójczych, a nie o próbach);

- wszystkie leki przeciwdepresyjne zaczynają działać dopiero po dwóch, trzech lub czterech tygodniach, co znaczy, że nasilenie się myśli samobójczych nastąpiło, zanim środki farmakologiczne rozwinęły swoje działanie;
- zdarzały się przypadki samobójstw wśród pacjentów przyjmujących Prozac i inne leki przeciwdepresyjne, ale w wypadku Prozacu nie są one częstsze niż przy zastosowaniu innych farmakologicznych środków przeciwdepresyjnych;
- nie wiadomo, czy samobójstwa popełnione w trakcie leczenia Prozakiem miały związek z lekiem, czy raczej były skutkiem depresji, której leczenie jeszcze nie wytłumiło;
- w wypadku głębokiej, nieleczonej depresji aż 15% chorych odbiera sobie życie. Liczba samobójstw jest więc większa wśród tych osób z depresją, które się nie leczą. Pacjenci poddani terapii farmakologicznej znacznie rzadziej odbierają sobie życie. (Informują o tym dane statystyczne, co jednak nie daje żadnej pewności w konkretnym przypadku);
- rozreklamowane nowe leki, które wydają się bardzo obiecujące (na przykład Prozac), są przez lekarzy przepisywane zbyt często, szczególnie takim pacjentom, którzy chcą natychmiast wyzdrowieć.

To normalne, że informacje o negatywnych skutkach leczenia jakimś środkiem farmakologicznym, rozpowszechnione przez środki masowego przekazu, budzą niepokój, ale trzeba odróżnić sensacyjne doniesienia od faktów. Każdy lek należy stosować z dużą ostrożnością. Zawsze powinno się przestrzegać poniższych zasad:

1. Zdobywaj wiedzę na temat lekarstwa, które ci przepisano.
2. Rozmawiaj z lekarzem o tym, jakie mogą być niepożądane skutki przyjmowania leku oraz jakie substancje (alkohol?) i jakie leki mogą wchodzić w interakcje ze środkiem, który przyjmujesz.
3. Zadbaj o to, żeby lekarz, zanim wypisze receptę, dokładnie cię zbadał i postawił diagnozę. Nawet jeśli cierpisz, nie domagaj się od lekarza cudów. Lekarstwa nie zawsze przynoszą natychmiastową ulgę.
4. Zarówno lekarz, jak i pacjent powinni sprawdzać, czy nie ujawniły się niepożądane działania leku i czy wyniki leczenia są zadowalające.

5. O wszystkich działaniach ubocznych leku natychmiast powiadom lekarza; prawie zawsze można im zaradzić, zmieniając dawkę albo lekarstwo.

Prozac i inne nowe leki przeciwdepresyjne nie są magicznymi środkami, które natychmiast wyleczą cię z depresji, ale jeśli zostaną dobrze przepisane i będą przyjmowane pod kontrolą lekarza, mogą bardzo pomóc.

Kilka słów o lekach sprzedawanych bez recepty

W leczeniu depresji skuteczne są dwa środki sprzedawane bez recepty: dziurawiec zwyczajny (pomaga w umiarkowanej depresji) i SAM-e (skuteczne w leczeniu wielkiej depresji).

UWAGA! Leki sprzedawane bez recepty mogą wchodzić w interakcje z innymi lekami, co bywa niebezpieczne, więc jeśli je przyjmujesz, musisz koniecznie powiedzieć o tym lekarzowi. Interakcje mogą stanowić zagrożenie dla życia.

Kilka słów na temat leczenia elektrowstrząsami

Leczenie elektrowstrząsami budziło wiele kontrowersji. Ta metoda terapeutyczna została wynaleziona pod koniec lat trzydziestych XX wieku i była szeroko stosowana w latach czterdziestych i pięćdziesiątych. Elektrowstrząsy pomagały w przypadkach wielkiej depresji, ale niepożądane skutki leczenia były bardzo poważne - podczas zabiegu pacjenci rzucali się w konwulsjach i zdarzało się, że pękały im kości. W świadomości społecznej taka terapia uchodziła za okrutną. Wiele osób nie mogło pogodzić się z tym, że rozmyślnie razi się prądem drugiego człowieka, nawet jeśli to miało mu pomóc.

W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych wiele się zmieniło. Obecnie zabiegi są bezbolesne i dosyć bezpieczne. Wielu specjalistów uważa, że elektrowstrząsy są najlepszą metodą leczenia ciężkich przypadków depresji. Elektrowstrząsy przynoszą poprawę znacznie szybciej niż leki przeciwdepresyjne i powodują podobne zmiany biochemiczne w mózgu. Muszę jednak dodać, że zabiegi są drogie i wykonuje się je tylko u tych pacjentów, którym nie pomogły środki farmakologiczne ani psychoterapia.

Kilka słów o nowych eksperymentalnych metodach leczenia

Na przełomie wieków pojawiły się dwie obiecujące metody leczenia pacjentów, którym nie pomaga tradycyjna terapia. Pierwsza z nich to **wielokrotna przeczaszkowa stymulacja magnetyczna**. Jest całkiem bezpieczna. Polega na stymulowaniu mózgu za pomocą silnych elektromagnesów. Wstępne badania wykazały, że terapia ta jest równie skuteczna jak elektrowstrząsy.

Druga eksperymentalna metoda jest nazywana **stymulacją nerwu błędnego**. Na szyi pacjenta wszczepia się urządzenie przypominające rozrusznik, które regularnie pobudza nerw błędny, wysyłając słaby impuls elektryczny. Wyniki wstępnych badań są obiecujące, ale skuteczność takiego leczenia nie została jeszcze udowodniona.

Kilka słów na temat farmakologicznego leczenia choroby dwubiegunowej

W rozdziale siódmym napisałem, że jedną z odmian depresji nazywamy dwubiegunowym zaburzeniem afektywnym. Charakteryzują ją są silne wahania nastroju (między depresją a manią). Takie zaburzenia często leczy się za pomocą litu, podawanego najczęściej w kapsułkach albo w tabletkach w postaci węglanu litu. Lit stabilizuje nastrój i zapobiega nawrotom choroby. (Jeśli choroba dwubiegunowa nie jest leczona, chory doświadcza wielu wyniszczających ataków depresji i manii. Lit skutecznie osłabia wahania nastroju lub całkiem je likwiduje). Uwaga! Pacjenci z chorobą dwubiegunową zwykle muszą przyjmować lit przez całe życie, żeby zapobiec nawrotom choroby. Pod żadnym pozorem **nie wolno** odstawiać litu bez zgody lekarza. Do działań niepożądanych tego leku należą: zaburzenia trawienia, otyłość i otępienie. Osobom, które słabo reagują na leki przeciwdepresyjne, czasem dodatkowo podaje się lit.

W chorobie dwubiegunowej stosuje się również Depakote (Dival-proex sodium EC), Neurotonin (Noventhindrone), Lamictal (Lamo-trigine), Topamax (Topiramate) i Tegretol (Carbamazepine).

Ponieważ leczenie choroby dwubiegunowej wykracza poza zakres tej książki, ograniczę się do najbardziej podstawowych informacji. W rozdziale siódmym napisałem już, że jeśli podejrzewasz, że możesz cierpieć na tego typu zaburzenia, powinieneś się zgłosić do psychiatry.

Zalecane dawki lekarstw, które podaję na następnych dwóch stronach, są odpowiednie dla osób dorosłych (między szesnastym a sześćdziesiątym rokiem życia) i są zgodne z obowiązującymi normami. Tabela ta jednak nie powinna być przewodnikiem dla lekarzy, dlatego przed wypisaniem recepty należy przeczytać ulotkę producenta albo zajrzeć do leksykonu leków.

Najbardziej popularne leki przeciwdepresyjne

Nazwa Działanie rodzajowa, handlowa Dawki terapeutyczne Działanie sedatywne antycholinergiczne¹

Imipramine Tofranil 150-300 mg średnie średnie Desipramine Norpramin 150-300 mg słabe słabe Amitriptiine Elavil 150-300 mg silne silne Nortriptiine Aventyl, Pamelor 75-150 mg średnie średnie Protriptiine Vivactil 30-60 mg słabe średnie Trimipramine Surmontii 150-300 mg silne średnie Doxepin Sinequan 150-225 mg silne średnie Maprotriine Ludiomil 150-300 mg średnie słabe Amoxapine Asendin 150-400 mg średnie słabe Trazodone Desyrel 150-400 mg silne brak Fluoxetine Prozac, Sarafem 20-80 mg brak brak BupropionSR Wellbutrin SR 150-300 mg brak brak Sertraline Zoloft 50-200 mg słabe brak Paroxetine Paxil 20-50 mg słabe słabe VenlafaxineXR Venlafaxine XR 75-350 mg słabe brak Fluvoxamine Luvox 50-300 mg słabe słabe Nefazodone Serzone Serzone średnie słabe Mirtazapine Remeron 15-45 mg silne średnie Citalopram Celexa 10-60 mg słabe brak Reboxetine Vestra 4-8 mg słabe brak Phenelzine² Nardii 30-90 mg słabe brak Tranylcypromine² Parnate 20-60 mg słabe brak Hypericum³ St. John's Wort 600-1800 mg brak brak SAM-e⁴ SAM-e 400-1600 mg brak brak

¹ Niepożądane skutki działania antycholinergicznego to między innymi: suchość w ustach, zatwardzenia, trudności z oddawaniem moczu, zaburzenia wzroku. ² Inhibitory MAO-A, wyjątkowa grupa leków, która wymaga ścisłego przestrzegania specjalnej diety i godzin przyjmowania leku. ³ Badania potwierdziły skuteczność tego produktu sprzedawanego bez recepty w leczeniu lekkiej depresji, ale nie pomaga on w średnio ciężkim i ciężkim stanie. Przyjmowany jednocześnie z innymi lekami może mieć silne działania niepożądane. * Skuteczność tego produktu, sprzedawanego bez recepty, została częściowo potwierdzona. Lek trzeba przyjmować jednocześnie z witaminą B. SAM-e to skrót od S-adenozynometioniny.

kim stanie. Przyjmowany jednocześnie z innymi lekami może mieć silne działania niepożądane. * Skuteczność tego produktu, sprzedawanego bez recepty, została częściowo potwierdzona. Lek trzeba przyjmować jednocześnie z witaminą B. SAM-e to skrót od S-adenozynometioniny.

Ryc

Słabo działające leki uspokajające

<i>Leki uspokajające</i>		<i>Leki sedatywne²</i>	
<i>Nazwa rodzajowa</i>	<i>Nazwa handlowa</i>	<i>Nazwa rodzajowa</i>	<i>Nazwa handlowa</i>
Chloriazepoxide	Librium	Flurazepam	Dalmane
Diazepa	Valium	Temazepam	Restorii
Oxazepam	Serax	Triazolam	Halcion
Clorazepate	Tranxene	Quazepam	Doral
Prazepam	Centrax	Zolpidem	Ambien
Lorazepa	Ativan	Estazolam	Prosom
Clonazepam	Klonopin	Zaleplon	Sonata
<i>Leki przedwiekowe</i>			
<i>Nazwa rodzajowa</i>		<i>Nazwa handlowa</i>	
Aiprazolam		Xanax	
Clonazeparrri		Klonopin	
Lorazepa		Ativan	

¹ Wszystkie mogą uzależniać psychicznie.

² Leki sedatywne stosuje się w leczeniu bezsenności.

Czy w depresji biologicznej może pomóc tylko leczenie farmakologiczne?

•TA. styl życia? Czy samemu nie można zrobić nic, żeby pokonać depresję? Nie można bez pomocy leków wpłynąć na chemiczną aktywność mózgu? Te pytania są zadawane tak często, że chcę tu na nie odpowiedzieć.

W wypadku średnio ciężkiej i ciężkiej depresji biologicznej prawie zawsze potrzebne jest leczenie farmakologiczne, ale w lekkiej depresji często pomagają inne rodzaje terapii (można je łączyć z leczeniem farmakologicznym i z psychoterapią).

Mama miała rację, musisz się wyspać!

Pisałem już, że typową cechą wielkiej depresji są zaburzenia snu. Prawie każdy, kto się nie wysypiał przez kilka nocy z rzędu (albo w ogóle nie spał), stwierdza, że jest nadwrażliwy emocjonalnie, poirytowany, zmęczony i ma trudności z koncentracją uwagi.

Wszyscy potrzebujemy odpowiedniej ilości snu, żeby sprawnie funkcjonować, zarówno fizycznie, jak i psychicznie. Wielu specjalistów zgodnie twierdzi, że zaburzenia snu mogą być przyczyną niektórych objawów towarzyszących depresji. Zła jakość snu wskazuje na potrzebę terapii farmakologicznej, ale dobry sen można sobie zapewnić również innymi

sposobami, nie zawsze przyjmując lekarstwa. Cztery kroki, które tu przedstawiam, pomogą ci się wyspać i osłabić objawy depresji.

Kładź się wcześniej

Ewolucja kształtowała ludzką psychikę przez miliony lat i nasze rytmy biologiczne oraz popędy rozwijały się zgodnie z dobowymi okresami światła i ciemności. Dopóki człowiek nie nauczył się krzesać ognia i nie wynalazł innych źródeł sztucznego światła, był aktywny, kiedy świeciło słońce, a z nadejściem nocy kładł się spać. Dzisiaj nasze życie jest znacznie mniej uporządkowane. Praca na zmiany, podróże, życie towarzyskie, telewizja - to wszystko może zaburzać rytm, zgodnie z którym żyli nasi przodkowie.

Współczesny człowiek kładzie się spać o dziwnych porach, co czasem powoduje rozregulowanie zegara biologicznego. (Brak ustalonego cyklu dobowego często dramatycznie wpływa na życie osób, które pracują na zmiany albo często podróżują, przekraczając strefy czasowe). Nieregularne godziny snu mogą się przyczyniać do zmiany w poziomie hormonów i w chemicznej aktywności mózgu, nasilając zaburzenia snu (lub powodując bezsenność). Powstaje w ten sposób błędne koło.

Jeśli takie zaburzenia utrzymują się przez długi czas, dochodzi do zmian tak zwanej **architektury snu**. Każdej nocy przechodzimy przez różne fazy snu. (Być może widziałeś nakręcone w laboratoriach filmy, ukazujące śpiących ludzi, podłączonych do aparatury mierzącej aktywność mózgu. Ta aktywność zmienia się w różnych fazach snu). Normalnie cykle snu lekkiego i głębokiego występują naprzemiennie. Stwierdzono, że w depresji architektura snu znacząco się zmienia i człowiek nie wypoczywa tak dobrze, jak powinien. Głęboka faza snu jest znacznie krótsza niż normalnie.

Wielu osobom bardzo pomaga regularne chodzenie spać i wstawanie mniej więcej o stałej porze. Zdarza się, że to wystarcza, żeby w ciągu kilku tygodni ustabilizować funkcje fizjologiczne organizmu i lepiej wypoczywać w nocy. Proste? Tak, a jednak wielu osobom bardzo pomogło.

Wyjdź na słońce

Światło słoneczne również wpływa na nasz rytm biologiczny. Dawniej ludzie cały dzień spędzali na słońcu, a w nocy otaczała ich ciemność.

Dzisiaj większość ludzi spędza na dworze tylko 10% dnia. Pracujemy, uczymy się i bawimy w budynkach, więc rzadko jesteśmy wystawieni na działanie jasnego światła. W rozdziale siódmym pisałem już, że główną przyczyną niektórych postaci depresji (sezonowych zaburzeń) jest niedobór światła. Wielu naukowców uważa, że zbyt słaba stymulacja światłem nasila każdą depresję.

Co ciekawe, wydłużenie czasu spędzanego w odpowiednio silnym świetle może poprawić jakość snu. Przypuszcza się, że jasne światło ma wpływ na aktywność podwzgórza, zarządzającego snem. Godzina dziennie w jasnym świetle często wystarcza, żeby człowiek zaczął lepiej spać i zauważył osłabienie objawów depresji. Można to osiągnąć w bardzo prosty sposób - wystarczy pójść na spacer!

Następnym krokiem jest aktywność fizyczna.

Rusz się!

Regularne ćwiczenia fizyczne najlepiej pomogą osłabić depresję. Aktywność fizyczna podnosi w mózgu poziom niektórych związków chemicznych (mam na myśli endorfiny i serotoninę), które mogą osłabić objawy depresji. Poza tym dzięki ćwiczeniom fizycznym lepiej śpimy. Ja sam miałem kilku pacjentów w depresji, którym nie pomagało ani leczenie farmakologiczne, ani psychologiczne. Dopiero kiedy do tradycyjnej terapii dodaliśmy regularne ćwiczenia fizyczne, zauważyliśmy poprawę.

Choremu w depresji zwykle trudno jest się zmusić do aktywności fizycznej, szczególnie jeśli ćwiczy samotnie, dlatego najlepiej jest się zapisać na zajęcia albo umówić z przyjacielem. Może się okazać, że ten krok najbardziej zbliży cię do zwycięstwa nad depresją!

Ostrożnie z piciem!

Alkohol i kofeina zaburzają sen. Warto wiedzieć na ten temat trochę więcej.

Alkohol jest powszechnie używany i nadużywany. Pozwala szybko rozładować napięcie psychiczne i wprowadza w stan euforii lub odprężenia. Wiele osób chorych na depresję szuka ulgi w alkoholu. Nie chcę prawić morałów, ale dowody jednoznacznie wskazują na to, że

alkohol spożywany regularnie przez długi czas, w umiarkowanej lub dużej ilości, nasila depresję.

Ponieważ bezpośrednio po spożyciu alkoholu odczuwamy jego **uspokajające działanie**, wydaje się nam, że picie pomaga, ale jeśli alkohol jest nadużywany przez długi czas, aktywność chemiczna mózgu staje się nienaturalna i depresja się **pogłębia**. Po kilku kieliszkach łatwiej jest zasnąć, ale poziom neuroprzekaźników w mózgu się zmienia i po kilku godzinach snu zaczynamy się często na krótko budzić. Co więcej, alkohol powoduje zakłócenie głębokiej fazy snu, przez co gorzej wypoczywamy.

W trosce o dobry sen i w celu osłabienia depresji w okresach zwiększonego stresu powinniśmy ograniczyć ilość spożywanego alkoholu. (Uwaga! U osób, które dotąd dużo piły, po odstawieniu alkoholu mogą wystąpić bardzo przykre i niebezpieczne objawy, dlatego konieczna jest konsultacja lekarska).

Kofeina występuje w kawie i w wielu innych artykułach spożywczych, na przykład w herbacie, w niektórych napojach (szczególnie w coli) i - o zgrozo! - w **czekoladzie**. Wchodzi w skład wielu leków przeciwbólowych i tabletek odchudzających.

Kofeina uzależnia (podobnie jak alkohol). Do najczęściej spotykanych objawów depresji zaliczamy zmęczenie i osłabienie. Kofeina działa pobudzająco i sprawia, że czujemy przypływ sił. Niektórzy uczeni uważają, że kofeina ma lekkie działanie przeciwdepresyjne, wiele osób w depresji pije ją regularnie, ale kawa - podobnie jak alkohol - może z czasem zacząć działać wręcz przeciwnie.

Badania wykazują, że u ludzi, którzy spożywają więcej niż 250 mg kofeiny dziennie (tyle jest jej w dwóch filiżankach kawy), częściej pojawiają się: drżenie mięśni, napięcie, niepokój i bezsenność. Ryzyko wystąpienia tych objawów bardzo się zwiększa, gdy ilość spożywanej kofeiny przekracza 500 mg dziennie. (Filiżanka kawy zawiera około 150 mg kofeiny, a szklanka herbaty lub coli - 50 mg).

Często nie jesteśmy świadomi faktu, że kofeina pogarsza jakość snu. Nawet jeśli po kawie zasypiamy bez przeszkód, sen mamy niespokojny, nie wypoczywamy należycie i w ciągu dnia jesteśmy bardziej zmęczeni. Żeby dodać sobie sił, pijemy wtedy więcej kawy.

W ciężkich chwilach liczenie filiżanek może się wydawać śmieszne. Wiele osób macha ręką, kiedy się im mówi, że kofeina pogłębia problemy emocjonalne, ale badania kliniczne wykazały, że rzeczywiście

może ona nasilać stres i związane z nim objawy (szczególnie zaburzenia snu).

W okresach stresu należy ograniczyć spożycie kofeiny lub całkowicie wyeliminować ją z diety. Muszę podkreślić, że u osób, które spożywają dużo kofeiny, po jej odstawieniu mogą się pojawić różne objawy, takie jak: niepokój, napięcie emocjonalne i bóle głowy. Ktoś, kto pił dużo kawy, powinien przez dwa lub trzy tygodnie **stopniowo** zmniejszać ilość kofeiny, aż do całkowitego odstawienia.

A dieta?

Jesteś tym, co jesz. Dużo się dzisiaj mówi o tym, że wszystko, co jemy, wpływa na nasz stan emocjonalny. Badania wykazały, że ludzie w depresji źle się odżywiają, co po dłuższym czasie prowadzi do nasilenia się problemów zdrowotnych i psychicznych.

Dieta ma wpływ na nasze zdrowie. Co do tego nie ma żadnych wątpliwości. Problem w tym, że nie wiemy dokładnie, **jaki** jest to wpływ. W ostatnich latach przeprowadzono wiele badań i chociaż ich wyniki nie są rozstrzygające, udało się ustalić pewne interesujące fakty. Badania te zostały obszernie omówione przez Randy'ego Blauna w miesięczniku „Psychology Today” z czerwca 1996 roku. Niektóre informacje mogą nam pomóc lepiej zrozumieć depresję:

- Charles Glueck, lekarz i naukowiec z Cincinnati, zauważył, że w depresji i w dwubiegunowym zaburzeniu afektywnym poziom cholesterolu (szczególnie trój glicerydów) we krwi jest wysoki. Jego badania wykazały, że **podwyższona ilość tłuszczu we krwi może być przyczyną depresji**, a ograniczenie spożycia tłuszczów może w istotny sposób zmniejszać objawy choroby.
- Niektóre badania sugerują, że radykalne i nagłe **zmniejszenie** ilości cholesterolu w diecie ma związek z obniżeniem poziomu serotoniny w mózgu, powoduje irytację i depresję. Jeśli tę informację zestawimy z faktami ustalonymi przez doktora Gluec-ka, dojdziemy do wniosku, że związek między ilością spożywanego tłuszczu a nastrojem jest skomplikowany i trudny do zrozumienia.
- Węglowodany dodają nam sił i prawdopodobnie w istotny sposób wpływają na aktywność mózgu. Doktor Judith Wurt-man, autorka książki *The Serotonin Solution*, ustaliła, że

węglowodany mogą zmniejszać niepokój i depresję, ponieważ ułatwiają przemianę tryptofanu w serotoninę. (W poprzednim rozdziale pisałem o tym, że pewne związki chemiczne przenoszą impulsy z jednej komórki nerwowej na drugą. Serotonina należy do takich neuroprzekaźników). Najlepiej działają węglowodany złożone, które spożywamy w owocach i warzywach. Węglowodany proste (cukier i słodczyce) na krótko poprawiają nastrój, ale wkrótce depresja wraca; ponadto sprzyjają tyciu.

Badania przeprowadzone przez Amerykański Departament do spraw Badań nad Rolnictwem i Odżywianiem się Ludzi wykazały, że **znaczny niedobór witaminy B (tiaminy, kwasu foliowego i niacyny) może zaburzać niektóre funkcje mózgu oraz nasilać niepokój i depresję**. U większości pacjentów podawanie kwasu foliowego znacznie osłabia nasilenie objawów.

Przekąski zawierające dużo białka i mało węglowodanów często dodają nam sił, podnoszą motywację i wspomagają jasność myślenia. Źródłami najłatwiej przyswajalnego białka są jaja, chude mięso i serek tofu.

Niektórym ludziom nastrój poprawia dieta bogata w kwasy tłuszczowe omega-3, których najlepszym źródłem są ryby i owoce morza oraz olej z ziarna lnu.

Doktor Barbara Strupp, profesor psychologii na Uniwersytecie Cornella, potwierdza to, co stale powtarzała twoja mama - zrównoważona dieta jest najlepszym sposobem na dostarczenie mózgowi potrzebnych składników odżywczych i na podniesienie poziomu neuroprzekaźników zmniejszających depresję. Jeśli w twojej diecie brakuje składników koniecznych do sprawnego funkcjonowania mózgu, włączenie do jadłospisu pokarmów, które je zawierają w dużej ilości, powinno pomóc. Randy Blaun napisał w „Psychology Today”: „[...] połykanie ogromnych ilości witamin i minerałów w tabletkach jest bardzo nierozważne. Brakuje wiarygodnych wyników badań dotyczących długofalowych skutków przyjmowania w wielkich dawkach takich dodatków do żywności”.

Wyniki badań nad wpływem diety na funkcjonowanie centralnego układu nerwowego są bardzo obiecujące, ale dotąd **nie mamy dowodów na to, że odpowiednia dieta wystarczy, żeby się wyleczyć z depresji**.

Mam wśród swoich pacjentów takie osoby, którym dieta pozwoliła znacznie osłabić objawy depresji. Być może zmiana nawyków żywieniowych pomoże również tobie, ale nie polegaj wyłącznie na tej metodzie (ani na żadnej innej). Trzeba łączyć różne rodzaje terapii.

Podsumowanie

Najbardziej skutecznymi narzędziami do walki z depresją dysponują psychoterapia i medycyna, ale badania wskazują na to, że poprawę można uzyskać również innymi metodami. Wszystko, o czym napisałem w tym rozdziale, pomogło już niejednej osobie, a mimo to wielu pacjentów nie chce wierzyć, że ograniczenie ilości kofeiny, ćwiczenia fizyczne czy odpowiednia dieta mogą poprawić im nastrój, więc tego nawet nie próbuje. W wojnie z depresją warto prowadzić walkę na wszystkich frontach. Przemyśl to i już dzisiaj zastosuj w praktyce informacje, które znalazłeś w tym rozdziale. Niczego nie mogę zagwarantować, ale myślę, że doznasz ulgi.

Depresja a rodzina

-ŁYiedy ktoś jest w depresji, zwykle cierpi cała rodzina. W tym rozdziale napiszę o często spotykanych trudnościach, z którymi borykają się chorzy i ich krewni.

„Zależy nam na tobie, chcemy ci pomóc”

Często w pierwszym odruchu przyjaciele i krewni osoby, która popadła w depresję, skupiają się wokół niej, opiekują się nią i starają się pomóc. Mam za sobą tysiące rozmów z pacjentami i dobrze wiem, że niektóre rodzaje pomocy dodają choremu sił, podczas gdy inne tylko pogarszają sytuację. Łatwo jest powiedzieć: „Wszystko będzie dobrze” albo: „Na pewno nie jest aż tak źle”. Zamiary mówiącego mogą być dobre, ale jego słowa szkodzą. Ten, kto jest w depresji, prawie zawsze myśli sobie: „Nikt mnie nie rozumie” albo: „Oni nic nie wiedzą, właśnie że jest aż tak źle”.

Niektóre zdania pozornie mają wspierać na duchu, jednak zawierają silny element krytyki. Jeśli ktoś mówi: „Nie **powinieneś** się tak przejmować”, „**Musisz** już o tym zapomnieć”, „Nie doprowadzaj się do takiego stanu”, sugeruje, że coś jest z tobą nie w porządku, że nie umiesz sobie poradzić, że powinieneś się zająć innymi sprawami. Zdania wskazujące na to, co ktoś powinien zrobić albo czego nie powinien, w niczym nie pomagają. Gdyby tak łatwo było wyjść z depresji, każdy by sobie z tym szybko poradził. Takie komentarze obniżają samoocenę

chorego i pogłębiają depresję. Jedna z moich pacjentek powiedziała:
„Oni mają rację, nie powinnam się tak bardzo przejmować. Ze mną naprawdę coś jest nie w porządku”.

Niestety, nawet kochające, pełne troski osoby niewiele wiedzą o normalnym żalu. Nie rozumieją, że odczuwanie i wyrażanie bólu po stracie kogoś (lub czegoś) ważnego jest naturalne i pomaga się przystosować do nowych okoliczności, nie wiedzą, że rany emocjonalne nie goją się szybko. Ludzie, którzy nigdy nie byli w depresji, zwykle nie rozumieją, jak to jest, kiedy znikąd nie widać nadziei.

Dlaczego ludzie się odsuwają?

Czasami osoba pogrążona w depresji pragnie samotności, ale długotrwała izolacja z reguły nie jest dobra, tymczasem właśnie wtedy, kiedy kontakt z ludźmi jest potrzebny, przyjaciele i rodzina się odsuwają. Dlaczego? Przede wszystkim dlatego, że towarzystwo człowieka w depresji jest przykre. Przeżywanie czyjś bólu lub smutku to nieprzyjemne doświadczenie. Cudze emocje przypominają nam o własnych bolesnych przeżyciach. W dodatku wiele osób nie wie, co w takiej sytuacji powiedzieć, i boi się rozczarować przyjaciela. Towarzystwo kogoś, kto od długiego czasu jest pogrążony w depresji, może być przykre. Sfrustrowani, nękani poczuciem winy ludzie łatwiej się irtują, więzi ulegają rozluźnieniu. Małżonek i inne osoby, które dotąd były bliskie choremu, odsuwają się od niego. Jeśli rodzina nie rozumie istoty tej choroby, człowiek w depresji czuje się bardzo samotny.

Czterdziestojedynolletni Aaron jest biznesmenem. W ciągu ostatnich pięciu lat jego żona wielokrotnie miała ciężkie epizody depresyjne. Aaron przyszedł do mnie, żeby porozmawiać o uczuciach, jakie budzi w nim choroba żony.

„Bardzo ją kocham - powiedział. - Było nam ze sobą dobrze. Współczuję jej, kiedy jest w depresji, ale jestem tym zmęczony. Staram się być dla niej oparciem. Mówię, że ją kocham i że wkrótce będzie lepiej, ale to nie pomaga. Czasem próbuję ją z tego wyrwać, namawiam na konne przejażdżki, ale ona jest zmęczona i nie chce wychodzić z domu. To mnie złości. Mam ochotę powiedzieć: «Co jest? Dlaczego nawet nie spróbujesz?» Potem czuję się winny, bo wiem, że ona nic na to nie może poradzić”.

Co rodzina może zrobić?

Po pierwsze krewni powinni **się dowiedzieć, czym jest depresja**.

Osoba, która jest w depresji, może zrobić wiele, żeby poprawić swój stan, ale nie ma żadnego magicznego sposobu na pozbycie się tej dolegliwości. Depresję można porównać do emocjonalnego paraliżu. Rodzina i przyjaciele często są przekonani, że ten, kogo kochają, mógłby sobie poradzić z przygnębieniem, gdyby tylko chciał. To nieprawda. Jeśli krewni chorego rozumieją, jak trudno jest wydobyć się z depresji, łatwiej pogodzą się z rzeczywistością.

Po drugie warto okazywać, że **akceptuje się uczucia chorego**. Powiedz: „Wiem, że cierpisz”, i nie staraj się poprawiać humoru ukochanej osobie. Wyleczenie jej z depresji nie jest twoim zadaniem. Przyjaciel czy krewny może okazywać troskę, być lojalnym i służyć zachętą, ale nie powinien brać na siebie odpowiedzialności za poprawienie chorego humoru. Jeden z moich pacjentów, który w wypadku samochodowym stracił syna, powiedział mi niedawno: „Mam dość ludzi, którzy próbują mnie rozweselić, natomiast przedwczoraj jeden z moich przyjaciół powiedział coś, co bardzo mi pomogło. Rzekł: Sam! Wiem, że nie chce ci się żyć. Jest mi smutno. Kocham cię i chcę, żebyś wiedział, że możesz na mnie liczyć, kiedy będziesz mnie potrzebował”. Poczulem, że ten człowiek mnie rozumie”.

Przyjaciel Sama nie mówił, co Sam powinien zrobić, przyznał natomiast, że rozumie, co może czuć ojciec, który stracił syna. Powiedział, że sam cierpi, widząc żal przyjaciela, i zapewnił Sama o swoim oddaniu. To ostatnie jest bardzo ważne. W depresji człowiek czuje się przeraźliwie samotny i przyjaźń jest mu bardzo potrzebna.

Krótko mówiąc, ktoś, kto chce pomóc przyjacielowi lub krewnemu w depresji, powinien powiedzieć: „Wiem, że cierpisz. Zależy mi na tobie. Możesz na mnie liczyć”.

Same słowa jednak nie wystarczą. Jeśli bliska ci osoba popada w apatię, jest ciągle zmęczona i zniechęcona do tego stopnia, że nie chce wyjść z domu, trzeba ją **namówić na wizytę u psychiatry albo u lekarza rodzinnego**.

W końcu, żeby pomóc bliskiej osobie, która jest w depresji, trzeba też **dbać o siebie**. Krewni i przyjaciele chorego także mają potrzeby, których nie wolno zaniedbywać. Nie ma nic złego w tym, że zapewnisz sobie odrobinę radości, mimo że bliska ci osoba, pogrążona w depresji, nie odczuwa żadnej przyjemności. Trzeba się nauczyć przyznawać się

przed sobą do irytacji, frustracji i rozpacz, żeby samemu nie popaść w depresję. W trakcie terapii Aaron coraz lepiej rozumiał własne zdenerwowanie spowodowane chorobą żony. Ona też czuła, że dzieje się coś złego i uspokoiła się trochę, kiedy mąż szczerze jej powiedział o własnych uczuciach. Żeby być prawdziwym oparciem dla bliskiego, pogrążonego w depresji, trzeba mówić o swoich emocjach, starając się nie obwiniać za nie chorego, zaspokajać przynajmniej niektóre swoje potrzeby i dbać o własne zdrowie emocjonalne. Czasem cała rodzina spotyka się w gabinecie terapeuty, żeby porozmawiać o swych uczuciach.

Członkowie rodziny (szczególnie ci, którzy mieszkają razem z osobą chorą na depresję) nie mogą pozostać obojętni. Mogą pomóc ukochanej osobie, okazując zrozumienie, służąc pomocą i powstrzymując się przed rozweseleniem jej na siłę.

Rada dla przyjaciół i członków rodziny tych chorych na depresję, którzy nie chcą się leczyć

Brak nadziei na poprawę i pesymizm często prowadzą do tego, że chory nie chce pomocy specjalisty zdrowia psychicznego. Ludzie w depresji bywają głusi na prośby o to, żeby zaczęli się leczyć. Taka sytuacja jest ogromnie przykra dla tych, którzy widzą cierpienie, ale nie potrafią przekonać bliskiej osoby, że powinna szukać pomocy.

Co gorsze, chory, który nie chce iść do lekarza, zwykle staje się coraz bardziej uparty i coraz bardziej się wstydzi swojego stanu. Niestety, w naszej kulturze ceni się ludzi, którzy sami, bez niczyjej pomocy, potrafią sobie ze wszystkim poradzić, ale fakty są nieubłagane - bardzo rzadko udaje się wyjść z depresji o własnych siłach. Choroba nie ma nic wspólnego ani z intelektem, ani z siłą woli czy charakteru.

Być może fakty, które przedstawiam poniżej, pomogą w rozmowie z przyjacielem lub z krewnym, który nie chce się leczyć:

- głęboka depresja dotyka jedną na pięć osób,
- na depresję chorują nawet bardzo błyskotliwe, silne i kompetentne osoby (na przykład Winston Churchill i Abraham Lincoln),
- żadna zachęta nikogo nie wyciągnie z depresji. Rady typu: „Rozchmurz się! Włóż różowe okulary! Otrząśnij się z tego!” -w niczym nie pomogą,
- nieleczona depresja zwykle trwa 12 miesięcy lub dłużej; może nie ustępować nawet przez 4 lata,

- zanim nastąpi poprawa, depresja zwykle się pogłębia,
- depresja niszczy małżeństwa i kariery,
- ponad 80% właściwie leczonych pacjentów szybko zaczyna odzyskiwać równowagę emocjonalną,
- idąc do specjalisty, niewiele ryzykujesz. Zastanów się, co możesz stracić, jeśli na próbę zaczniesz miesięczną terapię. Idź do specjalisty i zobacz, co ci powie. Po miesiącu zdecydujesz, czy chcesz kontynuować leczenie.

Jeśli zaczniesz się leczyć, przewiesz bezczynność. Zrób to dla siebie i dla swoich bliskich.

Nie trać nadziei!

-L^epresja zwykle odbiera nadzieję i rodzi zniechęcenie. Pisałem w tej książce o tym, co można zrobić samemu, żeby poprawić swój stan, i o tym, jakimi metodami leczenia dysponują specjaliści. Większości dorosłych osób, które cierpią na depresję, to wszystko, o czym mówiłem w kolejnych rozdziałach, zdecydowanie pomaga, ale kiedy człowiekowi brakuje motywacji, kiedy czuje się jak przekłuty balon, trudno mu będzie samemu coś zrobić w swojej sprawie. Pamiętaj jednak, że jeśli będziesz czekać aż przyjdzie ci ochota, żeby coś zrobić, możesz czekać bardzo długo. Musisz coś zrobić już teraz, nawet jeśli czujesz, że nie masz na to ani siły, ani chęci.

Jeśli czujesz, że jesteś w depresji, powinieneś albo skorzystać z **technik przeznaczonych do samodzielnego zastosowania**, albo **zadzwoić do terapeuty i umówić się na spotkanie**. Wiem, że to jest bardzo trudne. Postawienie pierwszego kroku, zrobienie nawet najprostszej rzeczy może się wydawać zadaniem ponad twoje siły. Najpierw spróbuj się zwierzyć przyjacielowi lub członkowi rodziny. Możesz powiedzieć: „Jestem w depresji. Wiem, że muszę coś z tym zrobić, ale ten pierwszy krok wydaje mi się bardzo trudny. Potrzebuję twojej pomocy”. Potem poproś przyjaciela (krewnego), żeby cię motywował do działania. Niech pyta, czy umówiłeś się z terapeutą i czy stosujesz na co dzień techniki poznawcze. Zwykle wystarczy życzliwa rada, żeby zacząć szukać pomocy. Zadzwoń do kogoś! W depresji bardzo ważne jest, żeby nie tracić kontaktu z ludźmi.

Jedna z moich pacjentek powiedziała: „Przez wiele miesięcy byłam w depresji. Ciągle powtarzałam sobie, że nie powinnam się czuć aż tak źle i że powinnam się z tego podnieść. W końcu poczułam się trochę lepiej, ale nie na długo. Potem było coraz gorzej. Nie wiem, dlaczego tak długo nie zgłaszałam się na terapię. W końcu pomogła mi moja najlepsza przyjaciółka. Wysłuchała mnie i powiedziała: "Musisz pójść do lekarza". Żałuję, że nie zgłosiłam się do pana wcześniej".

Powtarzanie sobie: „Nie powinnam się czuć aż tak źle”, nikomu nie pomogło. W depresji samopoczucie nie jest posłuszne naszej woli. Najważniejsze jest, żeby zadzwonić i umówić się na wizytę, zacząć samodzielnie stosować techniki, które pomagają w depresji, albo zrobić coś innego, żeby wyrwać się z przygnębienia. Trzeba coś zrobić. Nie ma takiego lekarstwa, które w kilka chwil wyleczyłoby z depresji, ale kiedy zaczniesz coś robić, od razu poczujesz się odrobinę mniej bezradny. Działanie to antidotum na poczucie bezradności".

Mam nadzieję, że czytając tę książkę, zrozumiałeś jedno: wszyscy jesteśmy ludźmi i wszyscy cierpimy, kiedy kogoś (lub coś) tracimy albo kiedy przeżywamy rozczarowania. Życie zwykle jest ciężkie, czasem ten ciężar jest ponad siły. Na szczęście wiadomo, co możemy zrobić, żeby udźwignąć emocjonalne cierpienie, poradzić sobie z żalem i zaleczyć rany. Nawet jeśli czujesz, że rozpacz bierze nad tobą górę, możesz wygrać z depresją i wrócić do zdrowia, możesz znów poczuć, że żyjesz.

Nie ma na co czekać! Zrób **coś**, żeby sobie pomóc!

Życzę ci wszystkiego najlepszego.

Bibliografia

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: The New American Library, Inc.
- Burns, D. D. (1980). *Fading Good, The New Mood Therapy*. New York: The New American Library, Inc.
- Burns, D. D. (1985). *Feeling Good About Yourself*. Washington, D. C.: Psychology Today Tapes, American Psychological Association.
- Duveneck, M. J., Portwood, M. M., Wicks, J. J., Lieberman, J. S. (1986). Depression in Myotonic Muscular Dystrophy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 67, 875-877.
- Kushner, H. S. (1986). *When All You've Ever Wanted Isn't Enough*. New York: Pocket Books.
- Lewinsohn, E. M., Graf, M. (1973). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41. Pleasant activities and depression.
- Mark, R. (1999). *Bi-Polar Disorder: A Guide for Patients and Families*. Osterweis, M., Solomon, E., Green, M. (red.) (1984). *Bereavement: Reactions, Consequences and Care*. Washington, D. C.: National Academy Press.
- Preston, J. (2001). *Depression and Anxiety Management (kaseta magnetofonowa)*. Oakland, California: New Harbinger Publications.
- Preston, J. D., Johnson, J. R. (2001). *Clinical Psychopharmacology Made Ridiculously Simple*. Miami, Florida: MedMaster, Inc.
- Preston, J. D., O'Neal, J., Talaga, M. (2000). *Consumer's Guide to Psychiatric Drugs*. Oakland, California: New Harbinger Publications.
- Time Magazine (1986). *Talk is as Good as a Pill: NIMH study shows psychotherapy lifts depression*, 60.

Poleceni:

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E., Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Beckfield, D. (1998). *Master Your Panie (wydanie drugie)*. Atascadero, California: Impact Publishers.
- Boenish, E., Haney, C. M. (1996). *Stress Owner's Manual*. Atascadero, California: Impact Publishers. [(2002). *Twój stres*. Przeł. E. Jusewicz-Kalter. Gdańsk: GWP].

Butler, E. E. (1981). *Talking to Yourself: Learning to Communicate With the Most Important Person In Your Life*. New York: Stein and Day.

Fiere, R. (1975). *Mood Swings*. Toronto: Bantam Books.

Gold, M. S. (1986). *The Good News About Depression*. Toronto: Bantam Books.

Greist, J. H., Jefferson, J. W. (1984). *Depression and its Treatment: Help for the Nation's #1 Mental Problem*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.

Kushner, H. S. (1980). *When Bad Things Happen To Good People*. New York: Avon Books.

Preston, J. (1996). *Life Is Hard* (kaseta magnetofonowa). Atascadero, California: Impact Publishers.

Stearns, A. K. (1984). *Living Through Personal Crisis*. New York: Ballantine Books.