

# Depresja - podstawowe terminy oraz klasyfikacje

Szacuje się, że od 1,4% do 6% w populacji ogólnej cierpi na różnego rodzaju zaburzenia afektywne, a depresja jest czwartym – według doniesień Światowej Organizacji Zdrowia – problemem zdrowotnym na świecie. Także szanse na zachorowanie na depresję o ciężkim przebiegu są bardzo duże, bowiem 0,9-17,1 osób na 100 może przeżyć epizod ciężkiej depresji w ciągu całego życia! Warto zatem wiedzieć, co to jest depresja, jakie są jej podstawowe klasyfikacje oraz formy, jakie może ona przybrać.

W naszej kulturze utarły się zwroty typu „rzucił mnie chłopak, mam depresję,” „mam tyle na głowie, chyba popadnę w depresję” lub „ta muzyka jest depresyjna”. Mają one określić normalną reakcję na trudne wydarzenia lub opisać pewne zdarzenia, czy subiektywne wrażenia. Jednak kiedy taka reakcja wydłuża się (i nie ogranicza się tylko do nastroju, ale i do wielu sfer naszego funkcjonowania (fizyczność, psychika, działanie), wtedy należy się zastanowić, czy jest się smutnym (potoczna depresja), czy też cierpi się na depresję w sensie klinicznym. Odróżnienie tego wcale nie jest takie łatwe, diagnozy zwykle dokonuje się podczas szczegółowego wywiadu z osobą badaną i jej rodziną, a typów depresji jest wiele, tak samo jak i etiologii ich powstawania.

## **Depresja jednobiegunowa (CHAJ) a zaburzenie dwubiegunowe (CHAD)**

O wystąpieniu depresji jednobiegunowej (tzw. zaburzeniu afektywnym jednobiegunowym, CHAJ) można mówić wtedy, kiedy w przebiegu choroby pojawiają się tylko stany depresyjne na przemian z okresami zdrowia. Stany depresyjne objawiają się wystąpieniem cech niezgodnych z dotychczasowym funkcjonowaniem osoby (tj. np. stwierdzony obecnie brak energii, podczas gdy osoba z reguły jest aktywna). Bardzo cenną wskazówką w rozpoznaniu stanu depresyjnego jest również szczególna tendencja obniżenia nastroju rano i lekkie poprawianie się go wraz z biegiem dnia, a także wcześniejsze (o dwie lub więcej godzin) budzenie się. Wbrew obiegowym poglądom, objawem depresji może być nie tylko obniżenie nastroju, ale i brak odczuwania przyjemności ze zdarzeń, które kiedyś je wywoływały (tzw. anhedonia), bądź problemy z podejmowaniem decyzji (tzw. abulia). Innymi przejawami stanu depresyjnego jest wyżej wspomniany spadek energii, dotychczasowych zainteresowań, libido, łaknienia czy wagi (minimalnie 5% w ciągu ostatniego miesiąca). CHAJ zwykle zaczyna się po 40 roku życia, a w jego ramach kolejnych nawrotów mogą pojawić się epizody depresji łagodne, umiarkowane, ciężkie bez objawów psychiatrycznych oraz z takimi objawami (często przybierają one formę urojeń nihilistycznych, czyli przeświadczenia, że nie istnieje się, że jest się martwym).

Z kolei w wypadku zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (CHAD) występują stany manii bądź hipomanii na przemian z epizodami depresji i okresami zdrowia psychicznego. Mania jest niejako przeciwieństwem stanu depresyjnego (hipomania z kolei jest łagodniejszą odmianą manii) i charakteryzuje się: wzmożoną aktywnością, rozmownością, niepokojem, łatwością kontaktów (także seksualnych), trudności w koncentracji a także zmniejszoną potrzebą snu (uczucie wypoczęcia po 3h spania). Długość trwania poszczególnych faz różni się od siebie - epizod depresji może trwać ok. 3-6 miesięcy, zaś manii/hipomanii, maksymalnie kilka tygodni, co jest w dużej mierze podyktowane możliwościami organizmu osoby chorej. Niestety widoczna jest także tendencja skracania się okresu wyrównanego nastroju wraz z upływem wieku, a sami pacjenci tęsknią za tzw. „górką” bądź w ogóle odbierają fazę wyrównanego nastroju jako stany depresyjne.

Należy pamiętać, że aby móc rozpoznać zaburzenie afektywne, trzeba wykluczyć inne czynniki, które mogą wpływać na nastrój (niektóre leki czy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego), a także być świadomym, że stany depresyjne mogą być właśnie sygnałem innej poważnej choroby takiej jak stwardnienie rozsiane czy zaburzenia czynności tarczycy, dlatego też nie należy ich ignorować lub starać się leczyć samemu, czekając na lepszy czas. Dobrze jest też zapamiętać zasadę, że jeśli niepokojące objawy utrzymują się ponad dwa tygodnie, warto poszukać wtedy pomocy u specjalisty.

### **Depresja endogenna a reaktywna**

Kryterium podziału na depresję endogenną i reaktywną są ich źródła, będące odpowiedzialne za ich wystąpienie. Uważa się, że depresja endogenna to taka, która pojawia się bez wyraźnych przyczyn środowiskowych oraz ma podłoże biologiczne (odpowiedzialne są za nią m.in. zaburzenia neuroprzebieżności w mózgu), zaś reaktywna powstaje jako wynik pewnych niekorzystnych z punktu widzenia jednostki wydarzeń życiowych. Przebieg i objawy obydwu rodzajów depresji są bardzo podobne, jednak w depresji reaktywnej z reguły nie występują objawy psychotyczne (omamy, urojenia), które często pojawiają się w depresji endogennej i są często wymieniane jako dowód na genetyczne podłoże tego zaburzenia. W obydwu przypadkach można stosować farmakoterapię połączoną z oddziaływaniami psychologicznymi, jednak punkt ciężkości interwencji jest różny w obydwu przypadkach - w przypadku depresji endogennej stosuje się farmakoterapię, zaś psychoterapia jest raczej pomocą służącą do wyciszenia objawów choroby; w przypadku depresji reaktywnej nacisk kładzie się na oddziaływania psychoterapeutyczne. Także i różnie jest ryzyko nawrotów kolejnych epizodów choroby w przypadku obydwu rodzajach depresji - w przypadku depresji spowodowanej przez życiowe stresory mniejsza jest też szansa nawrotów, zaś w depresji „biologicznej” duża.

### **Dystymia i cyklotymia**

Dystymia oraz cyklotymia są zaliczane do przewlekłych zaburzeń nastroju. Powszechnie uważa się, że aby móc je zdiagnozować, objawy muszą utrzymywać się przez co najmniej

dwa lata i muszą powodować cierpienie bądź zaburzenia funkcjonowania w ważnych dla danej osoby obszarach. Objawy są łagodniejsze od innych postaci depresji, jednak chroniczne. Głównymi objawami dystymii są: poczucie ciągłego zmęczenia, niesprawności intelektualnej, umiarkowane obniżenie nastroju, wycofanie, niska samoocena czy brak odczuwania przyjemności z większości zdarzeń. Czasami chorzy są także drażliwi oraz cierpią na zaburzenia snu, które dodatkowo napędzają spadek nastroju.

Z kolei głównym spektrum objawów cyklotymii, są wahania nastroju pozostające na ogół bez związku z wydarzeniami życiowymi. Fazy subdepresji pojawiają się na przemian z okresami hipomanii, które niekiedy są oddzielone kilkumiesięcznymi okresami zdrowia. Środowisko często nie rozpoznaje takich objawów jako choroby, sądząc, że „ktoś po prostu jest taki zmienny”. Na obydwie zaburzenia, tak jak zresztą w przypadku pozostałych typów chorób afektywnych, cierpią znacznie częściej kobiety.

### **Depresja sezonowa (SAD)**

Ten typ depresji jest spowodowany brakiem światła słonecznego we wczesnych godzinach rannych i jest ściśle powiązany z porami roku. Przebieg SAD może być jednobiegunowy (spadek nastroju podczas jesieni oraz zimy) lub dwubiegunowy (w okresie jesieni i zimy występują epizody depresyjne, zaś na wiosnę i w lecie epizody hipomanii). Na depresję sezonową częściej chorują kobiety, które stanowią 80% populacji chorych. Depresja sezonowa zwykle trwa od 5 do 7 miesięcy (zwykle od października do maja), a jej głównymi objawami są m.in. senność, wzrost apetytu (zwłaszcza na słodczyce), przyrost wagi, smutek, zmniejszona energia, drażliwość czy kłopoty z koncentracją. W leczeniu stosuje się głównie fototerapię, która jest tak bezbolesna, jak i rzadko powoduje jakiegokolwiek skutki uboczne. Natężenie światła leczniczego powinno wynosić 2500-10 000 luksów, czyli jest o wiele większe od tego, jakie mamy w domu (do 500 luksów). Długość pojedynczej sesji terapii światłem zależy od mocy lamp – przy natężeniu 25000 luksów osoba powinna spędzić 2 godziny, zaś przy natężeniu 10 000 pół godziny. Naświetlanie lampami można także zastąpić spacerem podczas bezchmurnego, słonecznego dnia - dwie godziny takiej wędrówki dają wymierny efekt do półgodzinnej sesji terapii światłem. Cała kuracja trwa około dwóch tygodni i jest skuteczna w 70% przypadków, co pozwala twierdzić, że jest skuteczna. W przypadku cięższych epizodów depresji sezonowej łączy się naświetlanie lampami z farmakoterapią oraz oddziaływaniami terapeutycznymi (często rozmowy prowadzone są w trakcie naświetleń).

### **Depresja poporodowa**

Depresja poporodowa charakteryzuje się wystąpieniem epizodu depresyjnego zazwyczaj dwa miesiące po porodzie. Jest ona niezwykle powszechna u młodych mam, dotyka bowiem nawet 20% z nich. Depresję poporodową należy różnicować z tzw. baby blues, czyli obniżeniem nastroju spowodowanym reakcją hormonalną organizmu na poród, występującym od 3-7 dni po porodzie i jest uznawany za normalną reakcję.

Typowymi objawami depresji poporodowej są: zwiększona płaczliwość, obniżenie nastroju, niska samoocena, stany lękowe, bierność, zaburzenia snu, brak zainteresowania seksem, utrata apetytu. Za główne przyczyny depresji poporodowej uznaje się głównie czynniki środowiskowe oraz psychologiczne, takie jak młody lub zbyt późny wiek matki czy brak wsparcia małżonka w wychowywaniu potomstwa. Także aktualne stresujące wydarzenia są mają wpływ na pojawienie się tego rodzaju depresji. Innymi czynnikami zwiększającymi ryzyko wystąpienia depresji poporodowej jest przebyty wcześniej epizod depresyjny lub wcześniejsze występowanie depresji poporodowej. Podczas takiego epizodu depresji matka powinna zostać otoczona szczególną troską rodziny i odciążona od większości obowiązków. W leczeniu kładzie się nacisk na oddziaływania terapeutyczne, wsparcie ze strony bliskich, zaś w cięższych wypadkach należy zastosować leczenie lekami przeciwdepresyjnymi. Jednak decyzję o włączeniu farmakoterapii do leczenia należy dokładnie rozważyć, bowiem nawet niewielkie ilości leków przeciwdepresyjnych mogą przedostawać się z mlekiem matki do organizmu dziecka, co może być szkodliwe dla jego zdrowia. Należy także zwrócić uwagę, że problem ten dotyka – choć w mniejszym stopniu – także i ojców, którzy w wyniku mniejszego zainteresowania i poświęcania uwagi przez partnerkę, a także nowość i powagę nowej sytuacji, często popadają w depresję.

### **Depresja maskowana**

To szczególnie a zarazem najbardziej zdradliwy typ depresji, bowiem prawdziwe objawy są ukryte pod różnymi dolegliwościami somatycznymi. Diagnozę z reguły stawia się po serii badań, które nie dają podstaw do sądenia, że problem rzeczywiście ma jakiegokolwiek podłoże biologiczne. Należy jednak dodać, że choć w klasyfikacji ICD-10 oraz DSM-IV nie znajduje się taka jednostka choroba jak depresja maskowana, jednak jest ona powszechnie stosowana przez psychiatrów. Co ciekawe, ten typ występuje częściej niż inne typowe formy zaburzeń afektywnych, jednak równie często nie zostają rozpoznany właśnie z powodu swojego zakamuflowanego przebiegu. Typowymi maskami są: bezsenność, ataki paniki, lęki, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, biegunki, zespół jelita drażliwego, bóle głowy, brak apetytu, utrata wagi, kolki żółciowe, bóle przypominające objawy zespołu wieńcowego, duszności, okresowe nadużywanie alkoholu czy leków.

### **Literatura cytowana:**

Bilikiewicz, A. (red.). (2007). *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Carson, R., Butcher, J. i Mineka, S. (2005). *Psychologia zaburzeń*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Habrak-Pragłowska, E., Koszewska, I. (2007). *O depresji. O manii. O nawracających zaburzeniach nastroju*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Pużyński, S., Wciórka, J. (red.). (2007). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń Zachowania. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Warszawa: Vesalius.

Rymaszewska, J., Adamowski, T., Pawłowski, T., i Kiejna, A (2005). *Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych przegląd ważniejszych badań epidemiologicznych*. Postepy Psychiatrii i Neurologii 2005; 14 (3): 195.200