



FUNDACJA
NIE WIDĄĆ PO MNIE



FUNDACJA NIE WIDĄĆ PO MNIE - DEPRESJA LEKOOOPORNA EBOOK DLA RODZINY PACJENTA

Autor: prof. Dominika Dudek

Depresja lekoooporna - Przewodnik dla rodziny osoby z depresją trudną do wyleczenia

RODZINA JAKO ZNAKOMITY TERAPEUTA



Polskie Towarzystwo Psychiatryczne



Firma wspierająca



PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johnson & Johnson

Wstęp

W 2019 r. 1,5 miliona Polaków zrealizowało recepty na leki przeciwdepresyjne – to o 59% więcej niż w 2013 roku. Depresja zbiera coraz większe żniwo. Specjaliści twierdzą, że dane chorujących mogą być zaniżone, gdyż wielu cierpiących nie poddaje się diagnozie.

Jednocześnie jest to też zaburzenie, które w psychiatrii odznacza się największą liczbą samobójstw. Popełnia je aż 15% pacjentów, a ok. 80% ma myśli samobójcze. Zagrożenie zdarzeniami suicydalnymi zwiększa brak reakcji organizmu na podawane leki. Depresja lekooporna nie jest rzadkością. Występuje u ok. 30% chorujących, którzy nie wykazują pozytywnej odpowiedzi na 2 różne leki antydepresyjne.

Nie oznacza to jednak, że jest nieuleczalna, a pacjentowi pozostaje żyć w bólu, natomiast rodzinie patrzeć na jego cierpienie. Dzisiaj mówimy bowiem raczej o **depresji trudnej do wyleczenia**, czy też **depresji innej**. Wymaga konceptualnego podejścia do każdego przypadku, by poznać jej źródło, a także wprowadzić alternatywne strategie terapeutyczne.

W procesie leczenia depresji – także lekoopornej – istotną rolę odgrywa rodzina. Jako znakomity terapeuta może dać wsparcie, zrozumienie, a także motywację. Natomiast przez zaangażowanie w proces terapeutyczny istotnie zwiększa jego skuteczność.

Ten materiał powstał z myślą o rodzinie osób cierpiących na depresję lekooporną – tych, którzy czasem gubią się w swoich emocjach, a także w formach pomocy, jaką mogą nieść bliskim.

Przybliżamy w nim:

- cechy depresji oraz depresji lekoopornej,
- możliwości leczenia,
- rolę rodziny w procesie zdrowienia,
- emocje, które towarzyszą członkom rodziny osoby chorującej.

Liczymy, że materiał ten przybliży Wam to trudne zaburzenie i będzie stanowić swego rodzaju wentyl dla Waszych emocji. Jednocześnie pozwoli Wam lepiej zrozumieć osobę bliską i być z nią w procesie leczenia.

Część I: Depresja kontra smutek - nie wszyscy dzisiaj mają depresję

Zgodnie z najnowszymi danymi Światowej Organizacji Zdrowia (z marca 2023) dotyczy ona 5% ludności, czyli ok. 280 milionów ludzi. W Polsce liczba pacjentów oscyluje w okolicach 1,5 miliona.

Chociaż o depresji wiemy i mówimy o niej coraz więcej, jednak to właśnie obecnie mamy niezwykle silnie zakorzeniony zły jej osąd. Kojarzona jest on z chwilową chandrą, smutkiem czy jesiennym przygnębieniem. Przez to prowadzimy do zdewaluowania depresji. W oczach wielu nie jest chorobą, a jedynie chwilowym "spadkiem formy" czy nawet "kaprysem" – w końcu "wszyscy dzisiaj mamy depresję".

W rzeczywistości jest to ciężkie zaburzenie psychiczne, które wpływa także na sferę somatyczną chorego. W ciężkim stadium uniemożliwia mu funkcjonowanie w społeczeństwie, doprowadzając do całkowitej izolacji od rodziny, przyjaciół i znajomych.

Czym więc różni się depresja od smutku?

Smutek jest zazwyczaj stanem, którego źródło uznać możemy za uzasadnione, np. trudne przeżycie, niepowodzenie, zakończenie relacji z partnerem, utrata bliskiej osoby. Zazwyczaj jest to stan chwilowy, a sami możemy zmienić nastrój lub nastawienie. Ponadto jeśli uda się zmienić negatywną sytuację zewnętrzną, nasz nastrój automatycznie ulega poprawie (np. jesteśmy przygnębieni podejrzeniem ciężkiej choroby u bliskiej osoby, ale okazuje się, że wyniki badań wykluczają złą diagnozę, czy smuci nas konflikt z przyjacielem, ale udaje się nam pogodzić). W depresji nawet jeśli pacjent podaje jakieś negatywne wydarzenie poprzedzające zachorowanie, to jest to bardziej czynnik wyzwalający. Choroba zaczyna żyć swoim życiem i zmiana sytuacji zewnętrznej nie ma już większego wpływu na objawy.

Każdy z nas ma swoje sposoby na to by poprawić sobie zły nastrój – zazwyczaj robimy coś, co nas interesuje, sprawia nam radość. W depresji pacjent nie ma takiej możliwości ze względu na jeden z głównych objawów choroby, czyli anhedonię tzn. utratę zainteresowań, odczuwania przyjemności i pozytywnych uczuć. Zatem zajęcie się czymś przyjemnym nie może pomóc, gdyż nic nie sprawia przyjemności.

Smutek rzadko nawraca. Zwłaszcza bez odpowiedniego katalizatora w postaci kolejnego nieprzyjemnego wydarzenia.

Jednak prawdą jest, że jeśli utrzymuje się on zbyt długo, może prowadzić do depresji. Tak dzieje się np. po traumatycznych wydarzeniach.

Depresja natomiast jest stanem obniżonego nastroju, który utrzymuje się **minimum 14 dni**. Mogą ją wywołać czynniki zewnętrzne, czyli wspomniane wcześniej traumatyczne przeżycia. Jednak wcale nie musi ona być z nimi powiązana. Na depresję cierpią bowiem osoby, które – pozornie z zewnątrz – mają wszystko: sukces, pieniądze, kochającą rodzinę i barwne życie.

Depresja w istotny sposób zaburza funkcjonowanie, jeśli osoba chora wypełnia swoje codzienne obowiązki domowe i zawodowe, to czyni to z ogromnym trudem. W głębszych stanach depresyjnych problemem może być nawet wstanie z łóżka czy umycie zębów. To stan wyczerpania i utraty energii, który można porównać do ciężkiej infekcji z wysoką gorączką, w której człowiek nie daje rady podjąć aktywności. W zwykłym smutku pomimo złego nastroju funkcjonujemy normalnie.

Depresja jest podstępna. Rozwija się po cichu, w cieniu codziennego stresu i bieganiny. Łatwo przegapić moment, w którym smutek i zniechęcenie uzupełniane są o anhedonię, pustkę i niemoc. Dlatego diagnoza zazwyczaj stawiana jest zbyt późno.

Depresja jest zaburzeniem, które może **nawracać**. Badania wskazują, że w ok. 75% przypadków zdarzają się kolejne epizody. Im więcej nawrotów, tym ryzyko kolejnych bywa większe. Ponadto jej powrót wcale nie musi być wywołany zewnętrznym, obiektywnym czynnikiem. Zaburzenie może pojawić się tak samo, jak pierwszy epizod. Zupełnie niespodziewanie – także u osób, których życie wydaje się satysfakcjonujące. Przynajmniej z boku.

Dobra wiadomość jest jednak taka, że **depresję da się skutecznie leczyć** – także **depresję lekooporną**. Jest to wprawdzie trudniejsze, jednak nie niemożliwe.

Objawy depresji

To one są głównym elementem, który odróżnia ją od smutku czy tzw. chandry. Depresja bowiem wpływa na ogólne funkcjonowanie organizmu - zarówno na poziomie psychicznym, jak i fizyczny,

Jednym z kluczowych objawów jest ogólnie określany: spadek nastroju, który utrzymuje się przez co najmniej 2 tygodnie. Jednak jest to nie tylko smutek, ale też:

- znużenie,
- zniechęcenie,
- przygnębienie,
- pustka emocjonalna,
- anhedonia, czyli utrata zdolności odczuwania przyjemności (chory zazwyczaj traci zainteresowanie swoim hobby i nic nie sprawia mu radości),
 - agresja i rozdrażnienie - specjaliści podkreślają, że tego typu zachowania często występują u mężczyzn z depresją, którzy są bardziej skłonni do zachowań acting-out (impulsywnych i wybuchowych) niż do melancholicznego zamknięcia się w "czterech ścianach".

Depresja wpływa także na zachowanie. Pojawiają się trudności z:

- podejmowaniem decyzji,
- koncentracją,
- zapamiętywaniem,
- kontrolą apetytu – zazwyczaj występuje brak łaknienia, jednak czasem pojawia się nadmierna chęć np. na słodkie, co skutkuje nagłym zwiększeniem masy ciała,
- zasypianiem i utrzymaniem właściwego rytmu dobowego – bezsenność i konieczność łapania drzemek w ciągu dnia.

Zaburzenie wpływa też na niską samoocenę, poczucie winy i beznadziejności. Kulminacją są myśli samobójcze i podejmowane próby odebrania sobie życia.

Objawy depresji, które mogą Cię zaskoczyć

Wprawdzie depresja uznana jest za zaburzenie psychiczne, jednak ma silny wpływ na funkcjonowanie organizmu także na płaszczyźnie somatycznej. Często objawia się dolegliwościami, które na pierwszy rzut oka jej nie dotyczą. Są to np.:

- suchość w ustach,
- świąd lub pieczenie skóry,
- płytki oddech,
- ucisk w klatce piersiowej,
- spadek libido,
- częstomocz,
- kolki nerkowe,
- bóle mięśni i/lub stawów,
- męczliwość,
- problemy trawienne: nudności, wymioty, bóle żołądka, zaparcia, niestrawność.

Granica między depresją a smutkiem jest płynna, dlatego nie można lekceważyć nawet drobnych symptomów zaburzenia. Zwłaszcza jeśli dotyczą one osób, które przeszły już epizod depresyjny, a zaburzenie było w fazie remisji. Najlepszym obserwatorem i **syreną alarmową jest właśnie rodzina**. Sam pacjent z obawy przed nawrotem choroby, może ignorować jej symptomy. To najbliżsi – jednocześnie zaangażowani i obiektywni – mogą stać na straży, tak aby wychwycić nawrót zaburzenia zanim dojdzie do jego eskalacji.

Część II: Depresja lekooporna - opór czy wyzwanie

O depresji lekoopornej mówimy, gdy pacjent nie reaguje pozytywnie na 2 leki antydepresyjne z różnych grup. Specjaliści starają się jednak odejść od określenia depresji lekoopornej, gdyż sama nazwa niesie ze sobą sporą dawkę nihilistycznego pesymizmu, odbierając tym nadzieję pacjentom i rodzinie na wyleczenie. Zamiast tego proponują pojęcie **depresji trudniejszej do leczenia lub "depresji innej"**.

Wymyka się ona bowiem standardowym procesom terapeutycznym zalecanym przy tego typu zaburzeniach. Wymaga od lekarzy większego skupienia na pacjencie oraz bardziej szczegółowego procesu konceptualizacji lekooporności danej osoby. Jednak złożoność i niestandardowa reakcja pacjenta na leki nie oznaczają, że nie ma dla niego szans. Współcześnie stosuje się liczne strategie, dzięki którym **depresję lekooporną można wyleczyć**.

Zaczyna się od pogłębionej diagnozy, czyli procesu konceptualizacji odporności. Ma on za zadanie odpowiedzieć na pytanie:

Dlaczego pacjent nie reaguje na leki?

Odpowiedzi może dać prosty **SCHEMAT ABCD:**

A - adekwatna terapia

Należy zastanowić się, czy wprowadzone leki są odpowiednie do zaburzenia. Analizuje się ich rodzaj, częstotliwość przyjmowania oraz wysokość dawki. Niedopasowanie farmakoterapii jest jednak rzadko przyczyną braku pozytywnej reakcji pacjenta.

B - behawioralne/ zewnętrzne czynniki

W sytuacji życiowej pacjenta mogą nadal istnieć lub pojawić się zdarzenia, które uniemożliwiają lub hamują proces leczenia. Kryzys w związku, utrata pracy i bezrobocie, niewyleczone traumy z dzieciństwa nie dadzą się wyleczyć "pigułką na depresję". W niektórych przypadkach niezbędna jest psychoterapia, aby dotrzeć do źródła problemów.

C - compliance, czyli współpraca z pacjentem

Przyczyną braku reakcji na przepisane leki jest ich...nieprzyjmowanie. Zdarza się, że pacjenci rezygnują z zażywania leków, gdyż nie widzą efektów lub zauważyli u siebie lekką poprawę. Zdarza się też, że w poczuciu beznadziei i anhedonii nie widzą sensu współpracy z lekarzem i przestrzegania jego zaleceń. Wykupiony lek nie zadziała, jeśli nie będzie przyjmowany. Tu duża rola najbliższych, którzy muszą umiejętnie lawirować między uczestniczeniem w procesie terapeutycznym chorego, a niedaniem mu odczuć nadmiernej kontroli, która może nasilić jego sprzeciw.

D - diagnoza

W przypadku wystąpienia lekooporności lekarz psychiatra musi upewnić się, czy to depresja jest zaburzeniem, z którym mierzy się pacjent. W przypadku jej złożoności zdarzają się błędne diagnozy. Tym bardziej że często współistnieje ona ze schizofrenią czy chorobą afektywną dwubiegunową. Te z kolei wymagają innych strategii leczenia. Lekooporność mogą wywoływać także niektóre przyjmowane leki związane z chorobami somatycznymi. Sprzyjają jej także używki, w tym także nikotyna. W przypadku braku reakcji na leki antydepresyjne trzeba w pierwszej kolejności wykluczyć te opcje.

Strategie leczenia depresji lekoopornej

Obecnie lekarze psychiatrzy mają w ręku szereg różnych form terapeutycznych, które umożliwiają całkowite wyleczenie depresji, która początkowo jest trudniejsza.

Wśród strategii wymienia się najczęściej:

- zwiększenie dawek leku;
 - włączenie drugiego leku antydepresyjnego z innej grupy i przyjmowanie dwóch leków jednocześnie - formę tę stosuje się, jeśli pierwszy z nich wywołał już lekką pozytywną reakcję organizmu,
- zmiana leków,
- potencjalizacja - dołączenie leku nie z grupy antydepresantów, który może wzmocnić jego działanie,
- Innowacyjne leczenie depresji lekoopornej
- elektrowstrząsy - jest to zazwyczaj seria 8-10 zabiegów, które odbywają się w pełnym znieczuleniu pacjenta i w kontrolowanych warunkach; strategia ta przynosi niezwykle dobre rezultaty w przypadku leczenia lekooporności,
- przezczaszkowa stymulacja magnetyczna - ,
- stymulacja nerwu błędnego
- głęboka stymulacja mózgu - zabieg nadal w Polsce wykonywany stosunkowo rzadko

Część III: Rodzina jako doskonały terapeuta

Rola najbliższych w procesie leczenia pacjenta jest nieoceniona. Jednak pod warunkiem, że będą oni świadomi tego, co przeżywa osoba chora oraz jak należy postępować. Bardzo łatwo bowiem o przesadę, nadmierną kontrolę czy - przeciwnie - ignorowanie objawów. Cała rodzina pacjenta odczuwa jego chorobę. Stąpa po cienkim lodzie, na którym każdy krok jest ważny. Warto więc nauczyć się, jaki ruch jest bezpieczny, a który może jedynie pogorszyć sytuację.

Co możesz zrobić, gdy bliska Ci osoba cierpi na depresję lekooporną?

1. Próbuj zrozumieć

Zawsze gdy widzisz, że Twój bliski chce porozmawiać, bądź przy nim. Wykaż chęć na wysłuchanie. Tylko nie oceniaj. Odpuść teksty typu: "inni mają gorzej Kochanie", "Zobacz, wszystko nam się układa, nie masz więc powodu, by się tak czuć". Może intencje masz dobre, jednak - uwierz - chory wie, że nie ma powodu, wie, że inni mają gorzej. Jednak uczucie przygnębienia i beznadziei jest poza jego kontrolą. Po prostu słuchaj.

2. Daj wsparcie emocjonalne

Są to krótkie słowa bez ładunku emocjonalnego. Wypowiedziane z zaangażowaniem "Rozumiem", "Staram się zrozumieć", "Jestem przy Tobie" potrafią zdziałać wiele. Wsparcie może być silnym motywatorem w kontynuowaniu procesu terapeutycznego mimo braku odpowiedzi na przyjmowane leki.

3. Pomagaj w codziennej aktywności

W nasilonych stanach depresyjnych, chorzy często nie mają sił na najprostsze czynności. Wstanie z łóżka, zrobienie śniadania jest zbyt dużym wysiłkiem, a wybór ubrania przekracza ich decyzyjność. Pomóż w tym. Zachęcaj do wstania z łóżka, zrób śniadanie, wybierz ubranie, idź na zakupy, kup ulubione produkty chorującego. Drobne gesty, a potrafią zdziałać cuda.

4. Nie wyręczaj

Może wydawać się to sprzeczne z wcześniejszą radą, jednak w rzeczywistości te dwa zalecenia się uzupełniają. Często bowiem rodzina bierze na siebie obowiązki domowe za chorego – sprząatanie, odkurzanie, mycie naczyń czy koszenie trawnika. Na początku procesu terapeutycznego jest to wskazane, jeśli pacjent wykazuje niską aktywność i absolutny spadek energii. Jednak w miarę poprawy stanu psychicznego, należy powoli włączać go w kolejne czynności w domu. Na początku można robić rzeczy wspólnie np. razem ugotować obiad, czy wyjść na zakupy. Z czasem natomiast należy przekazywać pałeczkę choremu, zwiększając jego obowiązki i zakres odpowiedzialności. Aktywność pozwala osobie chorej poczuć się potrzebną. Zwiększa poczucie wartości oraz likwiduje uczucie wyobcowania i alienacji z najbliższego otoczenia. To ułatwia powrót do zdrowia.

5. Pomagaj w procesie leczenia

Jest to trudne, zwłaszcza gdy osobą chorą jest nastolatek lub dorosły. Trzeba czasem się nieźle natrudzić, żeby najbliższy nie poczuł się przyciśnięty do muru i nadmiernie kontrolowany. Musisz to wyczuć i postępować delikatnie. Czuźnie przyglądać się, czy wziął leki, czy postępuje według zaleceń lekarskich. Pamiętaj, że ich nieprzestrzeganie często jest przyczyną lekooporności. Przypominaj delikatnie o kolejnych dawkach.

6. Bierz aktywny udział w procesie rehabilitacji

Bądź w kontakcie z lekarzami. Jeśli choruje osoba dorosła, musisz poprosić o upoważnienie. W przeciwnym razie psychiatra nie ma prawa udzielić Ci żadnych informacji o zdrowiu pacjenta. Dlatego zadbaj o zgodę. Może okazać się bowiem, że jako najbliższa osoba będziesz jedyną, która zwróci uwagę na objawy choroby i będzie mogła ocenić efekty leczenia. Włączenie się w proces terapeutyczny umożliwi Ci także zdobycie wskazówek od lekarza prowadzącego na temat właściwego postępowania z chorym na każdym etapie procesu terapeutycznego.

Jak ognia unikaj...

1. Pocieszanie

Słowa: "będzie dobrze", "inni mają gorzej", "zastanów się - nie jest nam przecież tak źle" mogą wprowadzić chorego w jeszcze większe przygnębienie i poczucie winy, że nie spełnia oczekiwań mimo braku obiektywnych przesłanek do choroby. Ponadto wywołać może uczucie niezrozumienia i braku akceptacji ze strony najbliższych.

2. Lekceważenie

Słynne: "idź, pobiegaj", czy inne: "weź się w garść, nie jest tak źle", "nie przesadzaj, wszyscy teraz mają depresję". Unikaj ich, gdyż pokazujesz, że nie liczysz się z tym, co przeżywa najbliższa Ci osoba. Pamiętaj, że chory czasem nie ma siły, by wyjść czy chociaż wstać z łóżka. Utrata umiejętności czerpania radości z czegokolwiek (anhedonia) zwiększa jeszcze tę niemoc. To choroba, nie lenistwo.

3. Obwinianie

Kolejne słowa, których chory nie powinien usłyszeć z ust najbliższych to: "nie brałeś leków, to masz, co chciałeś", "dlaczego nie słuchałeś lekarza? to dlatego leki nie działają" - listę tę można mnożyć. Słowa te potęgują poczucie winy, bezradności, braku kontroli. Chory czuje się bezużyteczny i osamotniony w swojej chorobie.

4. Porównywanie do innych

Okazywanie choremu, że ktoś inny w depresji dał sobie radę, niewiele się przyda. Każdy z nas jest bowiem inny. Jedyne efekty, jak tym osiągniesz, to dalsze obniżenie poczucia własnej wartości, a zwiększenie poczucia winy. To nie wpływa pozytywnie na proces leczenia.

Część IV: Emocje w rodzinie osoby z depresją

Depresja wpływa na wszystkich domowników. Rodzina to system wzajemnych zależności i powiązań. Jeśli jeden element ma trudności, czują to pozostałe. Depresja lekooporna trwa dłużej. Zazwyczaj leki antydepresyjne zaczynają działać po 2-4 tygodniach. W przypadku braku reakcji następuje ich zmiana, kolejne sprawdzanie i czekanie na rezultaty. W przypadku depresji lekoopornej drugi lek również nie działa. Mamy więc już kolejne 4 tygodnie życia w otoczeniu i pod dyktando choroby.

To trudne.

Jeśli choruje dorosły pomiędzy małżonkami rodzą się napięcia, czasem nawet wrogość. Sytuację może pogorszyć agresja i nadwrażliwość, która może towarzyszyć zaburzeniu, a raczej być jego objawem.

W chorobie dziecka sytuacja komplikuje się jeszcze bardziej. U obojga rodziców może pojawiać się **rozpacz, wyrzuty sumienia i poczucie winy**. Często dochodzi do przerzucania na siebie wzajemnie odpowiedzialności za stan cierpiącego dziecka. W takich sytuacjach trudno o spokój i równowagę. Tymczasem walczącemu z depresją najbardziej potrzebna jest silna i wspierająca się wzajemnie rodzina – rodzice, na których może liczyć i mieć w nich oparcie.

Dobrym rozwiązaniem jest wspólna terapia lub ewentualnie szukanie wsparcia terapeuty na własną rękę przez członków rodziny. Dzięki niej łatwiej jest poradzić sobie z własnymi emocjami. Terapia służy także pewnej wentylacji uczuć, a także pozwala zrozumieć stan emocjonalny chorego członka rodziny.

Innym rozwiązaniem są grupy wsparcia. Można poszukać ich w internecie lub w najbliższej okolicy.

Depresja a seksualność

- istotny problem w rodzinie osoby z depresją

Sfera seksualna jest niezwykle istotnym aspektem życia małżonków czy partnerów. Tymczasem zaburzenia pożądania są niemal nierozzerwalnie związane z depresją. W przypadku przedłużającego się leczenia, co ma miejsce w depresji lekoopornej, może się to stać istotnym problemem w utrzymaniu dobrych relacji w związku.

Zmniejszone libido występuje u ok. 80-90% pacjentów, a ponad 60% całkowicie traci zainteresowanie seksem. Częściowo wywołane jest to samą chorobą, natomiast często jest to także efekt zażywania leków antydepresyjnych

Ważne jest by problem zgłosić lekarzowi, który tak zmodyfikuje terapię, by nie wpływała negatywnie na życie seksualne

Trzeba jednak cierpliwości i wytrwałości, aby poziom pożądania wrócił do satysfakcjonującego poziomu. Tymczasem brakuje jej często samym chorym. Problemy z libido są jedną z najczęstszych przyczyn zaprzestania przyjmowania leków antydepresyjnych. Ma to kolosalne skutki dla procesu leczenia. Przerwana farmakoterapia zbyt wcześnie, bez zgody lekarza i w nieodpowiedni sposób może skutkować nawrotem zaburzenia w błyskawicznym tempie.

W sferze seksualnej wiele zależy od współmałżonka/partnera osoby chorej. Chociaż bywa to trudne, powinien on wykazać zrozumienie dla zaistniałej sytuacji. Nie naciskać, ale cierpliwie czekać, nie dając odczuć, że jest to problem. W przeciwnym razie proces terapeutyczny zaburzony zostanie przez poczucie bezużyteczności, niską wiarą w siebie i swoje możliwości.

W zrozumieniu sfery seksualnej osoby z depresją mogą po raz kolejny pomóc spotkania z psychologiem czy wspólna terapia. To aspekt, który wróci do normy. Trzeba tylko cierpliwości.

Otwórz się na własne emocje

Najbliżsi osób w kryzysie psychicznym są w trudnej sytuacji. Noszą swoje brzemię depresji, która dotyka ich na wielu płaszczyznach. Także dla Ciebie, jeśli właśnie jesteś w takiej sytuacji.

Depresja jest dla Ciebie obciążeniem emocjonalnym, gdyż musisz patrzeć na cierpienie osoby, którą kochasz.

Czasem masz wrażenie, że osoba, z którą jesteś, nie jest już tym, kogo pokochałeś (dotyczy sytuacji, w której choruje partner/partnerka).

Bierzesz na siebie dużo – przejmujesz obowiązki chorego, chcąc go odciążyć i czasem robisz wszystko ostatkiem sił.

Czasem masz wrażenie, że jesteś na drugim planie i się nie liczysz, żyjąc w cieniu depresji.

Pozwól sobie na te uczucia. Musisz być świadomym, że przez jakiś czas będą Ci towarzyszyć. Musisz się otworzyć na ich przeżywanie. Masz prawo do złości, płaczu, bezradności, smutku. Jednocześnie też nie możesz się w ich zatracać. Gdy czujesz, że sytuacja Cię przytłacza, **koniecznie poszukaj wsparcia terapeuty** lub odpowiedniej grupy w Twojej okolicy. Spotkania pozwolą Ci przetrwać dłuższy czas.

Rozdzielaj też zadania na różnych członków rodziny. Niech starsze dzieci pomogą sprzątać i zmywać. Szukaj pomocy przyjaciół przy zakupach.

Spotykaj się z innymi. Wyjdź z domu, nabierz oddechu. Daj sobie przestrzeń na coś innego niż depresja bliskiej Ci osoby.

Bibliografia

1. Bauer M, Pfennig A, Severus E i wsp. World Federation of Societies of Biological Psychiatry. Task Force on Unipolar Depressive Disorders.: World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: Update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. World J. Biol. Psychiatry. 2013; 14: 334–385.
2. Diagnostyka i leczenie depresji u dorosłych – wytyczne dla lekarzy rodzinnych
<https://wytyczne.org/bazawiedzy/wytyczne-postepowania-w-depresji-u-doroslych-dla-lekarzy-rodzinnych/>
3. Dudek D.: Diagnostyka i leczenie depresji u dorosłych. Lekarz Rodzinny, 2021; 1 (243): 87–92
4. Dudek D, Cyranka K: Przeprowadzenie, zmęczenie, brak humoru. W: J. Heitzman: Moja psychiatria – wiedza, którą wykorzystasz. Termedia, Poznań, 2021, str. 81–92
5. Dudek D, Cyranka K: Depresja i lęk – kiedy i jak leczyć. W: M. Jarema (red): Depresja i zaburzenia lękowe. Rozpoznawanie i leczenie. PZWL, Warszawa, 2021, 108–129
6. Final Recommendation Statement: Depression in Adults: Screening, U.S. Preventive Services Task Force. 2016 [Online:]
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/depression-in-adults-screening1> [dostęp 07.01.2019].
7. Gałęcki P. Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dotyczące leczenia epizodu depresji i zaburzeń depresyjnych nawracających. Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii. 2018; 34(3): 157–199.
8. Kępiński A., Melancholia, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2001
9. NICE. Clinical guideline [CG90]. Depression in adults: recognition and management 2018. [Online:] <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90> [dostęp 7.01.2019]
10. Rybakowski J, Dudek D, Jaracz J: Choroby afektywne. W: M. Jarema (red): Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych. Wyd. 2. ViaMedica, Gdańsk, 2015, str. 55–133
11. Siwek M. Dekalog leczenia depresji. ITEM Publishing, Warszawa, 2018
12. <https://podyplomie.pl/psychiatria/16027,leki-przeciwdepresyjne-a-zaburzenia-pozadania-jak-zapobiegac-jak-leczyc>
13. <https://depresja.org/depresja-a-seks/>

O autorze

– prof. dr hab. Dominika Dudek

Specjalista psychiatra. Kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych w Krakowie. Ukończyła studia z wyróżnieniem na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Aktualnie prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (PTP). Jest Redaktorem Naczelnym czasopisma Psychiatria Polska oraz członkiem Rady Naukowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Jej dorobek obejmuje kilkaset publikacji naukowych i szereg książek i rozdziałów w podręcznikach poświęconych psychiatrii. Zajmuje się nauczaniem psychiatrii zarówno lekarzy, jak i studentów. Jest kierownikiem Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum UJ. Prowadzi liczne wykłady szkoleniowe, organizuje ogólnopolskie konferencje, na które przyjeżdżają setki słuchaczy. Jest współautorem obowiązujących w Polsce standardów leczenia zaburzeń psychicznych.

FUNDACJA NIE WIDĄĆ PO MNIE - DEPRESJA LEKOOOPORNA
EBOOK DLA RODZINY PACJENTA

Autor: prof. Dominika Dudek

Depresja lekoooporna
- Przewodnik dla rodziny osoby z
depresją trudną do wyleczenia

RODZINA JAKO ZNAKOMITY TERAPEUTA

Ebook powstał przy współpracy z Partnerami:



Firma wspierająca



ISBN 978-83-67802-73-4



9 788367 802734