



FUNDACJA
NIE WIDĄĆ PO MNIE



FUNDACJA NIE WIDĄĆ PO MNIE - DEPRESJA LEKOOPORNA DLA PACJENTÓW

Autor: mgr Magdalena Pawelec-Bąk

Depresja lekooporna: Wczesne symptomy nawrotu depresji



Polskie Towarzystwo Psychiatryczne

Wstęp

Depresja jest chorobą przewlekłą i nawracającą. Stanowi bardzo poważny problem zdrowotny w społeczeństwie. Ocenia się, że w przebiegu całego życia ok 17% osób doświadczy epizodu dużej depresji, w tym od 20% do 25% stanowią kobiety i od 7% do 12% mężczyźni. Rozwój objawów klinicznych u pacjenta może trwać od 2-6 tygodni, a nieleczona depresja może utrzymywać się od 2 miesięcy do nawet 2 lat.

Warto zauważyć, że zarówno pierwszy epizod, jak i nawrót depresji mogą charakteryzować bardzo podobne objawy, a u niektórych dokładnie takie same. Dodatkowo w utrzymywaniu remisji u pacjenta ważne jest, aby zwracać uwagę również na występowanie potencjalnych czynników spustowych, m.in. nasilenie innych chorób somatycznych, bezsenności, czy powszechnie występującego „stresu”, lęku lub/i niepokoju.



Remisja, częściowa remisja, poprawa stanu psychicznego

Jednym z podstawowych celów leczenia depresji jest uzyskanie pełnej remisji objawowej. Nie zawsze jest to osiągalne lub może być znacznie utrudnione. Uzyskanie remisji zależy zarówno od czynników biologicznych, zastosowanych form leczenia, jak i od indywidualnych cech danego pacjenta.

Czym więc jest ta upragniona remisja?

Niestety nie ma jednej, poprawnej definicji określającej, czym jest remisja i w którym momencie jest przez pacjentów osiągnana. Co więcej, zauważono, że często inaczej remisję określają pacjenci, a inaczej specjaliści. Część pacjentów, u których pojawiło się polepszenie nastroju oraz redukcja najbardziej obciążających objawów, pomija inne nadal występujące objawy, które mogą wskazywać na trwający epizod depresji. Niezgłaszanie specjalistom takich utrzymujących się objawów może utrudniać dalsze leczenie i obiektywną ocenę stanu klinicznego. Wg pacjentów remisja to najczęściej:

- poczucie posiadania kontroli nad swoim umysłem i ciałem,
- możliwość dobrego funkcjonowania w domu, pracy, szkole,
- posiadanie pozytywnych perspektyw,
- umiejętność cieszenia się z różnych czynności, hobby.

W ogólnym założeniu klinicznym **remisja** oznacza stan, w którym nie występują objawy, a pacjent wraca do samopoczucia i funkcjonowania sprzed choroby.

Stan częściowego wycofania się objawów depresyjnych określany jest **częściową remisją**. Charakteryzuje ją redukcja objawów, która spełnia kryteria podstawowe klinicznej diagnozy depresji. Jednocześnie u pacjenta nadal może utrzymywać się nieznacznie nasilenie występowania niektórych objawów (np. obniżenie nastroju, obniżenie funkcji poznawczych).

W wielu badaniach wskazuje się na istotę obiektywizacji oceny remisji. W tym aspekcie najważniejszym czynnikiem jest odpowiednia redukcja punktacji uzyskanej w skalach i kwestionariuszach oceniających stan pacjenta. Wśród wszystkich obecnych skal najczęściej używanymi do oceny stanu psychicznego pacjenta są następujące: PHQ-9, Inwentarz Depresji Beck'a, skala depresji Montgomery-Asberg, Skala depresji Hamiltona.



Objawy sugerujące nawrót depresji

Depresja, jak i inne zaburzenia psychiczne, charakteryzuje się bardzo dużą indywidualnością zarówno w kwestii przebiegu choroby, jak i występowania poszczególnych objawów. W związku z tym bardzo ciężko jest obiektywnie wskazać te, które mogą być wczesnymi objawami nawracającej depresji. Niemniej jednak w tabeli poniżej umieszczono objawy, które najczęściej są wskazywane na wczesne zwiastuny nadchodzącego nawrotu depresji.

Symptomy nawrotu depresji

Zmęczenie

- poczucie osłabienia,
- codziennie czynności stają się bardziej męczące, niż były wcześniej,
- brak siły na wykonywanie codziennych obowiązków.

Problemy ze snem

- bezsenność związana z trudnościami z zaśnięciem,
- wybudzanie się w nocy,
- zbyt wczesne wybudzanie się, nieprzynoszący odpoczynku sen.

Obniżenie funkcji poznawczych

- trudności z zapamiętywaniem,
- problem z przypomnieniem sobie danych słów,
- problemy z koncentracją,
- spowolnienie myślenia.

Niepokój

- stałe lub pojawiające się poczucie napięcia,
- nieuzasadnione myśli, że może wydarzyć się coś złego.

Nadmierna senność

- występująca w ciągu dnia senność, wpływająca na wykonywanie codziennych obowiązków.

Zmiany wagi

- wzrost lub spadek wagi nie związany ze stosowaniem zmian w codziennej diecie.

Hipochondria

- nadmierne skoncentrowanie na swojej sytuacji zdrowotnej,
- obawa przed zachorowaniem,
- wyszukiwanie potencjalnych chorób,
- przewlekłe bóle.

Objawy somatyczne

- objawy związane z ciałem, których nie da się wytłumaczyć żadną inną chorobą.

Inne

- wycofanie i izolacja społeczna,
- przygnębienie,
- drażliwość,
- pobudzenie,
- spadek odczuwania radości z takich rzeczy, jak seks, hobby, spotkania z przyjaciółmi,
- nieuzasadnione obniżenie samooceny,
- poczucie winy,
- myśli samobójcze.



Bardzo ważnym objawem w ocenie ryzyka nawrotu jest lęk. Jest to objaw, który często towarzyszy człowiekowi w XXI wieku. Aktualnie nie da się zupełnie wyeliminować lęku, niepokoju czy tzw. „stresu”. Jednak w przypadku nawrotu depresji jest to objaw, który może być jednym z pierwszych zwiastunów, że pacjent może rozwijać kolejny epizod depresji. Często też codzienne „stresy” mogą stać się czynnikami spustowymi nawrotu choroby.

Najważniejszą kwestią w utrzymywaniu remisji jest uważna samoobserwacja pacjenta. To on często ma możliwość najszybciej zaobserwować niepokojące zmiany. Jednak warto zwrócić uwagę, że osoby z najbliższego otoczenia mogą być równie cennym źródłem informacji o zmieniającym się stanie w szczególności, gdy pacjent z jakiegokolwiek powodu nie chce, albo nie może sam dokonać obiektywnej oceny. Również rola lekarza i terapeuty może być pomocna w ocenie stanu pacjenta oraz zwrócenia uwagi na potencjalny nawrót epizodu depresji. Warto też zwracać uwagę, czy u danej osoby nie istnieje schemat przebiegu choroby, np. czy nie dochodzi do występowania depresji w okresie wiosennym lub jesiennym.

Czynniki ryzyka nawrotu depresji

W przypadku dużej depresji (depresji spełniającej kryteria diagnostyczne) nawroty choroby są częstym zjawiskiem. Na podstawie badań klinicznych szacuje się, że co najmniej 1 na 3 osoby, które doświadczyły epizodu dużej depresji, zachoruje ponownie. Średnio osoba chorująca na depresję doświadczy czterech nawrotów choroby. Badania wskazują na czynniki ryzyka, które mogą doprowadzić do pojawienia się kolejnego epizodu. Zalicza się do nich:

- trudne doświadczenia z dzieciństwa (przemoc, zaniedbywanie),
- brak całkowitej remisji (występujące objawy rezydualne),
- wystąpienie epizodu depresji w przeszłości,
- ciężkie objawy depresji w poprzednim epizodzie choroby,
- czas trwania poprzedniego epizodu,
- inne (jak np. wiek zachorowania, różnice demograficzne, współwystępowanie z innymi chorobami).

W badaniach zwrócono uwagę na fakt, iż osoby, które uzyskały pełną remisję objawową, po epizodzie depresyjnym utrzymywały się w remisji znacznie dłużej niż osoby, które jedynie uzyskały częściową remisję (mediana czasu w tygodniach: dla pełnej remisji - 231 tyg/4,4 roku vs. dla niepełnej remisji - 68 tygodni).



Współwystępowanie objawów depresji z innymi chorobami somatycznymi

Depresja bardzo często współwystępuje z różnymi chorobami somatycznymi, a także wiele chorób somatycznym może spowodować nawrót depresji. Z powodu objawów doświadczanych przy chorobach somatycznych istnieje ryzyko pominięcia trudności wynikających z współistniejącego epizodu depresyjnego. Takie objawy, jak zmęczenie, trudności ze snem, brak apetytu mogą być błędnie przypisywane doświadczanej chorobie somatycznej. Wśród chorób, które często współwystępują z depresją wymienia się, m.in.:

- chorobę Parkinsona,
- zespoły bólowe,
- cukrzycę,
- nowotwory,
- choroby sercowo-naczyniowe.

Równocześnie pacjenci chorujący na choroby somatyczne mogą mieć większe trudności związane z leczeniem oraz mniejszą możliwość osiągnięcia stanu bezobjawowego.



Podsumowanie

Jak najlepiej zapobiegać nawrotom depresji? Co zrobić, kiedy zaobserwuje się u siebie któreś z wczesnych symptomów nawrotu lub narażenie na czynniki ryzyka?

Jedną z najważniejszych kwestii w leczeniu i zapobieganiu nawrotom depresji jest stały kontakt z lekarzem prowadzącym oraz stosowanie się do zaleceń związanych z farmakoterapią czy zmianą stylu życia. Równie ważne jest uczestniczenie w psychoterapii. Kontakt ze specjalistami pozwala na wczesne wykrycie objawów, które mogą zwiastować nawrót epizodu depresji. Psychoterapia jest również pomocna w procesie kształtowania samoobserwacji, która umożliwia zauważenie u siebie symptomów, które mogą być niezauważone lub przypisane codziennym trudnościom, stresom lub po prostu „gorszemu dniu”.

Jeśli zauważy się u siebie (lub bliskich) jakikolwiek z objawów mogących wskazywać na nawrót lub pojawienie się depresji, czy ma się niepewność z tym związaną, należy skontaktować się z lekarzem psychiatrą celem oceny sytuacji i ewentualnego wdrożenia leczenia lub jego modyfikacji.

[illegible]

Bibliografia

1. Gelenberg, A. J., Kocsis, J. H., McCullough Jr, J. P., Ninan, P. T., & Thase, M. E. (2006). The state of knowledge of chronic depression. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 8(2), 60.
2. Bugaj, M., Jakubczyk, A., Wojnar, M. (2012). Znaczenie objawów resztkowych w przebiegu leczenia depresji. Postępy Psychiatrii i Neurologii (21)3: 199-206.
3. Israel JA. Remission in depression: definition and initial treatment approaches. Journal of Psychopharmacology. 2006;20(3_suppl):5-10. doi:[10.1177/1359786806064306](https://doi.org/10.1177/1359786806064306)
4. Dudek, D., & Siwek, M. (2007). Współistnienie chorób somatycznych i depresji. Psychiatria, 4(1), 17-24
5. Zimmerman M, Martinez JA, Attiullah N, Friedman M, Toba C, Boerescu DA, Rahgeb M. Why do some depressed outpatients who are in remission according to the Hamilton Depression Rating Scale not consider themselves to be in remission? J Clin Psychiatry. 2012 Jun;73(6):790-5. doi: 10.4088/JCP.11m07203. Epub 2012 Apr 17. PMID: 22569085.
6. Buckman, J. E. J., Underwood, A., Clarke, K., Saunders, R., Hollon, S. D., Fearon, P., & Pilling, S. (2018). Risk factors for relapse and recurrence of depression in adults and how they operate: A four-phase systematic review and meta-synthesis. Clinical psychology review, 64, 13-38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.005>
7. Zajecka JM. Residual symptoms and relapse: mood, cognitive symptoms, and sleep disturbances. J Clin Psychiatry. 2013;74 Suppl 2:9-13. doi: 10.4088/JCP.12084su1c.02. PMID: 24191972.

8. Mimura M, Uchida H. Predicting relapse with individual residual symptoms in major depressive disorder: a reanalysis of the STAR*D data. *Psychopharmacology (Berl)*. 2017 Aug;234(16):2453-2461. doi: 10.1007/s00213-017-4634-5. Epub 2017 May 3. PMID: 28470399

O autorze

– mgr Magdalena Pawelec-Bąk

Psycholog, psychoterapeuta w trakcie procesu certyfikacji, członek Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, pracownik naukowy Zakładu Zaburzeń Afektywnych Uniwersytetu Jagiellońskiego. Ukończyła studia - psychologię stosowaną na Wydziale Zarządzania i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Aktualnie pracuje w Oddziale Stacjonarnym i Oddziale Dziennym Psychiatrii Dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Zajmuje się również psychoterapią indywidualną i grupową.

O Fundacji Nie Widać Po Mnie

Fundacja Nie Widać Po Mnie zrodziła się z potrzeby przełamywania tabu i głośnego mówienia o zdrowiu psychicznym Polaków i problemach, takich jak depresja, uzależnienia, lęki i fobie. Wierzymy, że odpowiednia psychoedukacja i zwiększanie świadomości jest istotnym elementem profilaktyki zdrowotnej, która pozwoli w przyszłości zmniejszyć ryzyko zaburzeń psychicznych i zahamuje tendencję wzrostową zapadalności na tego typu choroby, których konsekwencje odczuwają pacjenci, rodzina i cały system opieki zdrowotnej.

Swoje działania dydaktyczne kierujemy do różnych grup wiekowych oraz zawodowych. Odkrywamy czynniki zwiększające prawdopodobieństwo zaburzeń, a także uczymy, jak to zagrożenie zmniejszać.

Realizując programy psychoedukacyjne, troską otaczamy dzieci i młodzież oraz seniorów, których w sposób szczególny dotyczą takie zaburzenia, jak depresja, lęki i fobie. Jesteśmy autorami, realizatorami lub współrealizatorami przedsięwzięć skierowanych do medyków, którzy ze względu na charakter pracy zagrożeni są zaburzeniami czy wypaleniem zawodowym. Wierzymy, że odczarowanie heroizmu w zawodach ochrony zdrowia pozwoli wielu jego przedstawicielom przełamać strach przed właściwą terapią, a to wpłynie na jakość usług i poprawi funkcjonowanie całego systemu.

Nie boimy się trudnych tematów, dlatego wraz z Polskim Towarzystwem Psychiatrycznym przy wsparciu firmy Janssen Polska rozpoczęliśmy kampanię edukacyjną dotyczącą **depresji lekoopornej**. Współpracujemy z najlepszymi specjalistami w swojej dziedzinie – lekarzami psychiatrii, którzy dzielą się wiedzą praktyczną i długoletnim doświadczeniem, aby pokazać, że depresja lekooporna nie jest wyrokiem. Wymusza jedynie konieczność innego, bardziej holistycznego spojrzenia na pacjenta.

Wierzymy, że w każdym ciemnym tunelu jest światło, które trzeba znaleźć i się go chwycić.

FUNDACJA NIE WIDAĆ PO MNIE - DEPRESJA LEKOOOPORNA
EBOOK DLA PACJENTÓW

Autor: mgr Magdalena Pawelec-Bąk

Depresja lekoooporna -
Wczesne symptomy nawrotu depresji

Patronat honorowy



Polskie Towarzystwo Psychiatryczne