



FUNDACJA

NIE WIDĄĆ PO MNIE x Szymon Makuch

BIEG PO EMOCJE

Poradnik dla rodzin mężczyzn w depresji

Leczenie depresji:
metody, narzędzia, oczekiwania

FUNDACJA

NIE WIDĄĆ PO MNIE x Szymon Makuch

BIEG PO EMOCJE

Tytuł: Poradnik dla rodzin mężczyzn w depresji

Leczenie depresji: metody, narzędzia, oczekiwania

Autor: Urszula Szybowicz

Nadzór merytoryczny: Ewa Narkiewicz-Nejno, Joanna Kamer

Korekta: Kamila Olejnik

Skład: Katarzyna Siedziewska

Zdjęcie na okładce: freepik.com

ISBN: 978 83 68385 15 1

Broszura powstała w ramach projektu:

Bieg po emocje – Szymon Makuch i Fundacja Nie Widać Po Mnie

Bieg po emocje przez Szkocję dla mężczyzn pogrążonych w depresji

Warszawa 2025

COPYRIGHT © 2025 Fundacja Nie Widać Po Mnie, ul. Okopowa 58/72, lok 604, Klif Tower, 01-042 Warszawa

Przygotowanie merytoryczne i graficzne materiałów: ul. Okopowa 58/72, lok 604, Klif Tower, 01-042 Warszawa

Poradnik dla rodzin mężczyzn w depresji

Leczenie depresji: metody, narzędzia, oczekiwania

Depresja jest poważnym zaburzeniem psychicznym, które często ma charakter nawracający. U części pacjentów przebiega przewlekłe. Nie jest to grypa, którą można wyleżeć. Nie przechodzi sama, a leczenie jest złożonym procesem obejmującym zarówno sferę somatyczną (neurologiczną), jak i psychiczną i emocjonalną.

Zazwyczaj nie jest on łatwy. Nie tylko dla samego pacjenta, ale też dla jego najbliższych.

Jednak, co najważniejsze – depresja jest możliwa do wyleczenia, a całkowita remisja objawów bez nawrotów osiągnąta jest w 25–30% przypadków.

Ta broszura powstała przede wszystkim dla rodzin mężczyzn zmagających się z depresją – ich żon lub partnerek/ów. Jednak informacje w niej zawarte są uniwersalne, dlatego sięgnąć może po nią każdy, kto chce zgłębić wiedzę na temat form leczenia depresji.

Formy stosowane w leczeniu depresji

Leczenie epizodów jest wielokierunkowe. Jego podstawą jest zazwyczaj farmakoterapia uzupełniona o psychoterapię indywidualną. Metodami wspomagającymi są natomiast terapie grupowe oraz różne formy arteterapii.

Obecnie wychodzi się z założenia, że proces terapeutyczny powinien odbywać się w systemie ambulatoryjnym. Hospitalizacja jest ostatecznością. Jest wskazana w ciężkich epizodach depresyjnych z zagrożeniem życia (np. wysokie ryzyko samobójcze, objawy psychotyczne, odmowa przyjmowania pokarmów i płynów. [1])

Przebywanie w otoczeniu najbliższych, w znajomym i bezpiecznym środowisku pozwala natomiast na potencjalizację leczenia, a rodzina stanowi istotne ogniwo łańcucha, jakim jest proces terapeutyczny.

Farmakoterapia

Podstawową formą leczenia epizodu depresyjnego jest wprowadzenie leków przeciwdepresyjnych. W pierwszej kolejności stosuje się zazwyczaj leki z grupy SSRI (selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny). Grupą drugiego rzutu są selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI).

Ich skuteczność ocenia się na ok. 70%. [1]

UWAGA: Leki z grupy SSRI i SNRI nie mają charakteru uzależniającego. Jednak nie można ich dowolnie dawkować, ale ściśle przestrzegać zaleceń lekarskich.

Pierwsze efekty oczekiwane są po ok. 2-4 tygodniach. Jednak w przypadku ich braku lek przyjmowany jest przez 6-8 tygodni. Jeśli nie ma pożądanego odpowiedzi w tym czasie, lekarz zazwyczaj decyduje o zmianie, wybierając leki o innej substancji czynnej. Zmiana może nastąpić wcześniej w sytuacji pojawienia się reakcji alergicznych lub utrzymujących się działań niepożądanych w dużym nasileniu.

Lekarz prowadzący może również dołączyć do leków antydepresyjnych te o działaniu przeciwlękowym. Są to najczęściej benzodiazepiny. [1-s. 270] Zazwyczaj stosowane są na początku procesu terapeutycznego i wymagają

niezwykłej ostrożności ze względu na ich uzależniające działanie. Stosuje się je krótkoterminowo głównie w celu zmniejszenia nasilonego lęku i bezsenność.

W depresji z objawami psychotycznymi stosuje się także leki przeciwpsycho-
tyczne atypowe.

Jak długo trwa leczenie?

W przypadku pierwszego epizodu depresji i po uzyskaniu poprawy leczenie należy kontynuować co najmniej przez kolejne 6 miesięcy. W przypadku drugiego epizodu, czas ten wydłuża się do 2 lat. Jeśli są to kolejne nawroty, lekarz może zalecić nawet leczenie stałe. [1- s. 269]

UWAGA!

Niezwykle istotne jest przestrzeganie zaleceń lekarskich, zwłaszcza w zakresie przyjmowania leków. Tymczasem szacuje się, że blisko 60% pacjentów samodzielnie dokonuje zmian dawek lub też całkowicie rezygnuje z ich przyjmowania bez wcześniejszej konsultacji z lekarzem. Rodzi to poważne konsekwencje zdrowotne – zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej. Może prowadzić do pogłębienia się objawów epizodu, wzrostu zachowań suicydalnych, a także zmniejszyć szanse na uzyskanie pełnej remisji. Skutkiem odstawienia leków bez konsultacji z lekarzem może być też błędna diagnoza depresji lekoopornej i szukanie alternatywnych form leczenia.

Psychoterapia

Psychoterapia stanowi istotny element w procesie leczenia. Jej celem jest modelowanie postaw pacjenta dla osiągnięcia możliwie trwałej zmiany myślenia, co może być skuteczne w zapobieganiu nawrotom.

Najczęściej w leczeniu depresji wykorzystuje się **nurt poznawczo-behawioralny**. Liczne badania udowadniają jego wysoką skuteczność. W tym nurcie depresja jest traktowana nie jako konsekwencja wydarzeń, ale ich interpretacji. To postrzeganie rzeczywistości i tego, co się wokół nas dzieje, prowadzi do przygnębienia i spadku energii. W psychoterapii poznawczo-behawioralnej celem jest dotarcie do negatywnych myśli i ich zamiana na racjonalne i obiektywne. Zazwyczaj obejmuje nie więcej niż 26 spotkań z pacjentem.

Inną, stosowaną metodą jest **psychoterapia dynamiczna**, w której pacjent wraz z psychoterapeutą poszukują źródeł depresji, a następnie stara się je w miarę posiadanych możliwości, wyeliminować lub zmodyfikować w celu większego dopasowania do realnych potrzeb chorego. Zazwyczaj trwa dłużej niż psychoterapia poznawczo-behawioralna.

Dużą skuteczność wykazują także nowoczesne, mało popularne jeszcze u nas nurty "trzeciej fali", wyrastające często z nurtu poznawczo-behawioralnego. Mamy tu dwie metody ACT oraz MBCT skupiające się na uważności

i zaangażowaniu. W MBCT ważnym elementem jest też medytacja i techniki mindfulness. Wykazuje dużą skuteczność w szczególności w zapobieganiu nawrotom epizodów depresyjnych.

Terapia grupowa

Terapia grupowa należy do metod wspierających. Spotkania z osobami o podobnych doświadczeniach, które zmagają się z podobnymi emocjami może mieć ogromne znaczenie dla lepszego zrozumienia własnych odczuć, myśli i zachowań.

Ma też istotną wartość w przypadku utrzymującej się izolacji społecznej pacjenta. Pozwala odnaleźć zrozumienie i akceptację, co przełamuje ogólne bariery i ułatwia powrót do życia społecznego.

Arteterapia

To kolejne narzędzia wspierające, które angażują pacjentów w różne formy wyrazu artystycznego – taniec, muzykę, malarstwo, rzeźbę. Sztuka może być dla nich doskonałą formą ujawnienia swoich uczuć, przelania ich na papier lub wyrażenia przy pomocy ruchów, dźwięku czy głosu, itp. Ma czasem efekty katharsis, ale też wspiera uważność i poprawia wgląd w zaburzenie. [2]

Arteterapia stosowana jest zarówno w terapii indywidualnej, jak i grupowej nie tylko w epizodzie depresji, ale także innych zaburzeniach, takich jak lęki, zaburzenia afektywne, uzależnienia, problemy w relacjach rodzinnych i społecznych.

Alternatywne metody leczenia

Stosowane są zazwyczaj w przypadku braku odpowiedzi na zastosowane leczenie farmakologiczne lub przy diagnozie depresji lekoopornej, gdy nie skutkują inne rozwiązania, takie jak zwiększanie dawek leku czy dołączenie leków wzmacniających działanie. Należą do nich: elektrowstrząsy, przeczaszkowa stymulacja magnetyczna, stymulacja nerwu błędnego, głęboka stymulacja mózgu. Głęboka stymulacja mózgu to nadal metoda eksperymentalna, w badaniach klinicznych.

Źródła

- [1] Gałęcki P, Szulc. A, Psychiatria. Rozpoznania według ICD 11, Edra Urban & Partner, Wrocław 2023, s. 269
- [2] Kompowska-Marek R, Chmielnicka-Plaskota A., Czy arteterapia może wspomagać proces leczenia zaburzeń depresyjnych? – studium przypadku, Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny review of clinical neuropsychiatry VOL. 10 (nr 2-3)/2018: 49-54

Pozostała 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: Przpracowanie, 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. Rozpoznawania 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 Autorce

Urszula Szybowicz

Absolwentka kierunku zdrowie publiczne, zarządzanie w opiece zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Uczestnik studiów MBA in Healthcare, Krakowska Szkoła Biznesu – Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

Pomysłodawczyni i prezes Fundacji Nie Widać Po Mnie, koordynatorka projektów dotyczących profilaktyki zdrowia psychicznego kadry medycznej, a także dzieci i młodzieży oraz seniorów.

Propagatorka zdrowego stylu życia oraz wsparcia psychologicznego. Edukuje na temat zdrowia i systemu ochrony zdrowia. Odważnie łamie temat tabu związany z zaburzeniami psychicznymi i wyznaje zasadę, że depresja nie dotyczy ludzi słabych, ale tych, którzy byli silni zbyt długo. W codziennej pracy dba o komfort pacjentów i poprawę jakości opieki zdrowotnej dzięki wdrażaniu walidowanych programów zdrowotnych.

W Polskim Towarzystwie Koordynowanej Ochrony Zdrowia pełni funkcje wiceprezesa. Ekspert Fundacji AI Law Tech oraz AI for People.

W Polskiej Federacji Szpitali dyrektor operacyjna w latach 2021–2025, wcześniej manager projektów w latach 2017–2021.

Wyróżniona w konkursie Lider Roku 2022 – Działalność Charytatywna organizowanym przez wydawnictwo Termedia, a także Lider Roku 2024 – działalność edukacyjna, kampania „Wyprostuj spojrzenie”. Bronze Winner 2022 w kategorii dobrostanu pracowników medycznych podczas IHF Awards organizowanego przez International Hospital Federation. Laureatka w plebiscycie Przyjaciół Dzieci 2024 – nagrody przyznawanej przez Wydawnictwo MedExpress. Zwycięzczyni w Plebiscycie Złota Synapsa 2024 w kategorii Przyjaciół Psychiatrii.

Jest na Liście 100 najbardziej wpływowych osób w ochronie zdrowia organizowanej przez Puls Medycyny i liście 50 wpływowych kobiet Rynku Zdrowia oraz zdobywczyni Nagrody Aureliusza przyznanej podczas IX Międzynarodowego Kongresu Psychiatrii Sądowej.

O Fundacji

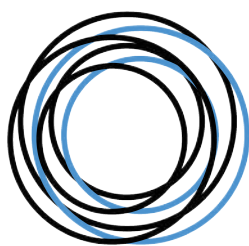
Fundacja NIE WIDAĆ PO MNIE

Fundacja Nie Widać Po Mnie zrodziła się z potrzeby przełamывania tabu i głośnego mówienia o zdrowiu psychicznym Polaków i problemach, takich jak depresja, uzależnienia, lęki i fobie.

Wierzemy, 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 kierujemy do różnych grup wiekowych oraz zawodowych. Odkrywamy czynniki zwiększające prawdopodobieństwo zaburzeń, a także uczymy, jak to zagrożenie zmniejszać. Realizujemy programy psychologicznej pomocy dla osób dorosłych w kryzysie. Troszczymy się też o seniorów. Troską otaczamy też dzieci i młodzież. Wirtualna rzeczywistość, deprecjonowanie życia „w realu”, samotność, rosnąca depresja, uzależnienia od substancji i czynności, cyberprzemoc – to tylko kilka z listy problemów, które piętrzą się dziś przed młodymi ludźmi.

Programy psychoedukacyjne kierujemy też do medyków, którzy w sposób szczególny zagrożeni są zaburzeniami typu depresja, uzależnienia, lęki, zespół stresu pourazowego czy wypalenie zawodowe. Wierzemy, że odczarowanie heroizmu w zawodach ochrony zdrowia pozwoli wielu medykom przełamać strach przed właściwą terapią, a to wpłynie na jakość usług i poprawi funkcjonowanie całego systemu.



FUNDACJA
NIE WIDAĆ PO MNIE

Fundacja Nie Widać Po Mnie
ul. Okopowa 58/72, lok 604, Klif Tower
01-042 Warszawa

+48 797 058 341
kontakt@niewidacpomnie.org
www.niewidacpomnie.org