



FUNDACJA

NIE WIDĄĆ PO MNIE x Szymon Makuch

BIEG PO EMOCJE

Rola najbliższych w procesie leczenia

Jak wspierać mężczyznę w depresji?

FUNDACJA

NIE WIDĄĆ PO MNIE x Szymon Makuch

BIEG PO EMOCJE

Tytuł: Rola najbliższych w procesie leczenia: Jak wspierać mężczyznę w depresji?

Autor: Urszula Szybowicz

Nadzór merytoryczny: Ewa Narkiewicz-Nejno, dr Joanna Kamer

Korekta: Kamila Olejnik

Skład: Katarzyna Siedziewska

Zdjęcie na okładce: freepik.com

ISBN: 978 83 68385 17 5

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

Rola najbliższych w procesie leczenia

Jak wspierać mężczyznę w depresji?

Depresja rzadko ustępuje samoistnie, a brak leczenia znacząco zwiększa ryzyko nawrotu i przewlekłego przebiegu. Wymaga wielopłaszczyznowego leczenia, w którym kluczową rolę odgrywa farmakoterapia i psychoterapia głównie indywidualna, czasem też grupowa. W depresji łagodnej psychoterapia bywa pierwszym wyborem, a w umiarkowanym i ciężkim nasileniu objawów – stosowana jest farmakoterapia często w połączeniu z psychoterapią. Proces terapeutyczny jest długi – przy dobrze dobranych lekach efekt przeciwdepresyjny pojawia się po ok. 2-4 tygodniach. Jeśli go brak, a pacjent nie jest uczulony na substancję czynną, dany lek stosuje się przez 6-8 tygodni. Dopiero po tym czasie następuje zmiana. I proces się powtarza. Oznacza to, że samo dopasowanie farmakologiczne może trwać nawet kilkanaście tygodni.

W tym czasie niezwykle istotne jest zaangażowanie wszystkich – lekarza prowadzącego, zespołu medycznego, pacjenta, ale też jego najbliższych. Włączenie rodziny w proces leczenia ma ogromne znaczenie dla potencjalizacji jego efektów.

Rola najbliższych w procesie leczenia mężczyzn w depresji: Dlaczego są oni tak ważni?

Rola rodziny w procesie leczenia depresji jest złożona i zmienia się wraz ze stanem pacjenta oraz etapem leczenia. Do zadań najbliższych należy, m.in.:

- czuwanie nad przestrzeganiem zaleceń lekarskich
- reakcja na niepokojące sygnały sugerujące pogłębianie się objawów, nieskuteczność leczenia i ewentualny wzrost ryzyka próby samobójczej
- wsparcie emocjonalne

Czuwanie nad przestrzeganiem zaleceń lekarskich

Jest to istotne w szczególności na pierwszym etapie leczenia. Depresja charakteryzuje się często brakiem zaangażowania. Skutkiem jest czasem celowe nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich przez pacjenta lub samoistna ich zmiana. Efektem jest zazwyczaj gwałtowne pogłębienie objawów zaburzenia. Szacuje się, że brak adherencji terapeutycznej dotyczyć może nawet 60% pacjentów.

Tymczasem odstawienie leków bez porozumienia z lekarzem niesie ze sobą poważne skutki zdrowotne. Wiąże się ze znaczącym wzrostem ryzyka hospitalizacji, pogłębieniem się objawów oraz większym prawdopodobieństwem zdarzeń suicydalnych. Co więcej, zmiana lub odstawienie leków w trakcie leczenia zmniejsza też prawdopodobieństwo uzyskania pożądanych efektów terapeutycznych i możliwość uzyskania całkowitej remisji objawów [2].

W przypadku gwałtownego odstawienia przepisanych leków przeciwdepresyjnych mogą pojawić się lub nasilić, takie objawy jak niepokój, lęk, bóle głowy, zaburzenia snu. [1 – str. 269]

Wśród przyczyn braku adherencji wymienia się nie tylko brak zaangażowania pacjenta na początkowym etapie leczenia, ale także zaburzenia koncentracji, co skutkuje zapominaniem przyjęcia dawki o czasie. Przyczyną jest też często brak szybkich efektów lub przeciwnie – poprawa stanu zdrowia, co sugeruje pacjentowi, że może zakończyć leczenie farmakologiczne. Wtedy rolą najbliższych jest stonowanie optymistycznego podejścia i dalsze czuwanie nad przyjmowaniem leków. Należy pamiętać, że przy pierwszym epizodzie depresyjnym po poprawie, leki stosuje się jeszcze przez 6-12 miesięcy. W przypadku kolejnych epizodów – minimum 2 lata lub przez całe życie.

Reakcja na niepokojące sygnały sugerujące pogłębianie się objawów, nieskuteczność leczenia i ewentualny wzrost ryzyka próby samobójczej

Na początku leczenia farmakologicznego depresji może wzrastać ryzyko podjęcia próby samobójczej, które w przypadku mężczyzn jest i tak wyjątkowo wysokie. Mężczyźni w depresji aż 5-krotnie bardziej narażeni są na zdarzenia suicydalne niż kobiety.

Co więcej, to oni najczęściej podejmują udane próby terminacji życia. W 2024 r. samobójstwo popełniło 4088 mężczyzn w wieku powyżej 18 roku życia, co stanowiło 84% tego typu zdarzeń [3].

Wśród przyczyn samobójstw mężczyzn wymienia się czynniki społeczne, środowiskowe, a także indywidualne, w tym uzależnienia i depresję. Myśli samobójcze ma od 40% do nawet 80% pacjentów zmagających się z zaburzeniem nastroju, a próby odebrania sobie życia podejmuje 20-60% z nich [1 – s. 257]. Mężczyźni częściej wybierają metody o wysokiej skuteczności. Co ważne, najwyższe ryzyko suicydalne występuje w pierwszych tygodniach farmakoterapii, co wymaga szczególnego nadzoru.

Rolą najbliższych jest baczne obserwowanie domownika – jego reakcji, stanu emocjonalnego, wypowiedzi sugerujących wzrost ryzyka zachowań samobójczych. To trudne, zwłaszcza że trzeba to połączyć ze zrozumieniem, że jako partnerka/partner nie są odpowiedzialni za jego decyzje nawet w chorobie.

Wsparcie emocjonalne

Chociaż początkowo pacjenci najczęściej odrzucają wsparcie osób najbliższych, uważając się za ciężar, w rzeczywistości rodzina jest istotnym elementem potencjalizującym proces leczenia. Poczucie przynależności i wspólnoty ma walor terapeutyczny, ponieważ pozwala odnaleźć pacjentom chęć i motywację do współpracy z lekarzem celem osiągnięcia remisji choroby.

Jak wspierać mężczyznę w depresji?

Uczestniczenie w procesie terapeutycznym: Kontakty z lekarzem

Oznacza ono nie tylko pilnowanie leków, ale także zaangażowanie w cały proces leczenia. Utrzymywanie kontaktów z lekarzem prowadzącym pozwala na lepsze zrozumienie stanu mężczyzny w depresji, etapów leczenia i spodziewanych efektów.

Lekarz prowadzący podczas wizyt wyjaśnia, jak należy postępować z pacjentem, jakie zachowanie można uznać za niepokojące i jak reagować w różnych sytuacjach.

To jednak w przypadku osoby dorosłej wymaga jej zgody. Na początku leczenia warto przekonać mężczyznę w depresji o wspólnym przejściu przez ten proces.

Czuwanie nad przestrzeganiem zaleceń

Dużej otwartości, zrozumienia i delikatności należy wykazać podczas ustalania reguł codziennego przestrzegania zaleceń lekarskich. Dorosły mężczyzna w depresji może poczytać troskę jako przejaw kontroli, czego efektem może być wzrost frustracji i oporu. To skutkować będzie narastającymi konfliktami między nim a pozostałymi domownikami, co nie służy zarówno samemu pacjentowi, jak i jego najbliższym.

Najlepszym rozwiązaniem jest rozmowa z mężczyzną w depresji, czego oczekuje od najbliższych, jak ma wyglądać ich współpraca w zakresie terapii, co będzie mu przeszkadzać, a co jest w stanie zaakceptować.

Każda ze stron musi przestrzegać tych reguł.

Cierpliwość

Samo dopasowanie leków może trwać od kilku do nawet kilkunastu tygodni, a od pierwszych efektów do uzyskania całkowitej remisji droga jest długa. W tym czasie nie zawsze obserwujemy stałą, wykładniczą poprawę stanu zdrowia. Przebiega to często w formie sinusoidalnej, kiedy następują po sobie poprawa

i kolejne obniżenie nastroju.

Rodzina musi być tego świadoma. Podobnie jak tego, że izolacja pacjenta nie jest wynikiem jego oporu czy też lenistwa, ale brakiem energii i siły, żeby wstać z łóżka.

Pacjentowi potrzeba czasu, by wykonać ten pierwszy krok w kierunku zdrowienia. Bycie i czasem ciche, cierpliwe wspieranie jest tu kluczowe.

Pomagaj, ale nie wyręczaj: Angażowanie w życie codzienne

Depresja bywa wszechogarniająca. Wytrąca pacjenta z życia rodzinnego. Brak energii powoduje, że unika on obowiązków domowych i izoluje się od najbliższych. W procesie leczenia rolę pozostałych domowników, a w szczególności partnerek/partnerów i współmałżonków/współmałżonek jest obserwacja stanu zdrowia psychicznego i powolne wdrażanie pacjenta na nowo w życie rodzinne. Początkowo mogą być to mniej wymagające czynności, jak wspólna kolacja czy obejrzenie serialu. Z czasem dochodzić będą bardziej angażujące zadania, jak przygotowanie śniadania, pościelenie łóżka, odkurzenie czy wyjście na spacer.

Życie powoli musi wracać na swój naturalny, normalny bieg, co ma też istotne znaczenie dla samego procesu terapeutycznego. Pozwala choremu mocniej poczuć się częścią rodziny oraz odzyskać wiarę we własne możliwości, swoją rolę, wartość i poczucie bycia potrzebnym

Jednak należy to robić z ogromnym wyczuciem i też szacunkiem dla sprzeciwu mężczyzny na taką czy inną aktywność.

Rola każdego członka rodziny różni się w tym procesie w zależności od relacji. Zupełnie inaczej wygląda w przypadku interakcji na linii partner/partnerka, inaczej rodzic w depresji-dziecko.

PAMIĘTAJ!: Rodzina nie zastępuje profesjonalnego leczenia. Obserwacje i wsparcie emocjonalne są kluczowe, ale nie należy samodzielnie modyfikować leczenia ani podejmować prób „leczenia” chorego metodami nefachowymi.

Wsparcie emocjonalne

Czasem wystarczy po prostu być. Słowa „Jestem przy Tobie”, „Może Cię nie rozumiem, ale chcę z Tobą przez to przejść” mogą być potężnym motywatorem dla pacjenta do kontynuowania leczenia zwłaszcza w przypadku braku oczekiwanej odpowiedzi na leki.

Miejsca pomocy w Twojej okolicy

W miarę postępowania procesów leczenia i pojawienia się jego pierwszych efektów można też poszukać miejsc wsparcia w najbliższej okolicy. Mogą być do Środowiskowe Domy Samopomocy, gdzie osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym depresją mogą znaleźć wsparcie w postaci terapii grupowych czy innych wspierających form leczenia, takich jak arteterapia.

Co mówić, a czego nie mówić mężczyźnie w depresji?

Dobór odpowiednich słów ma ogromne znaczenie dla właściwego wsparcia mężczyzny w depresji. Jednocześnie znalezienie tych właściwych jest trudniejsze niż nam się wydaje. Często utarte frazesy nie tylko mogą nie zadziałać, ale wręcz poczynić większe szkody, nawet w przypadku gdy intencje są dobre. Mężczyźni w depresji częściej interpretują komunikaty jako oceniające lub podważające ich autonomię, co może nasilać poczucie winy.

W komunikacji z mężczyzną w depresji należy przede wszystkim unikać:

- obwiniania
- oceniania
- porównywania
- pocieszania

Słowa takie jak "będzie dobrze" czy "leki zaraz zaczną działać" mogą wpędzić chorego w jeszcze większe poczucie winy, że nie spełnia oczekiwań stawianych przez najbliższych. Podobnie działać będą wyrażenia typu: "Zobacz, inni mają gorzej", "Wszystko masz, nic Ci nie jest, nie przesadzaj z tą depresją", "Osiągnąłeś sukces, masz wszystko i jeszcze narzekasz". Osoby w depresji często są w stanie przyznać, że ich sytuacja obiektywnie nie jest trudna. Jednak spadek nastroju, apatia, brak zaangażowania nie zależy już od nich. Używanie tego typu porównań rodzi złość, wyrzuty sumienia i pogłębia niskie poczucie własnej wartości.

Tymczasem słowa: "idź pobiegaj, to Ci przejdzie", "Nie jest tak źle, jak mówisz" pokazują, że najbliższy nie tylko nie rozumie stanu emocjonalnego chorego, ale także się z nim nie liczy.

Co więc mówić?

Przede wszystkim warto podkreślić swoją obecność, empatię i cierpliwość. Zazwyczaj kojąco działają słowa:

- "Nie rozumiem przez co przechodzisz, ale jestem i będę przy Tobie"
- "Trudno mi pojąć, jak się teraz czujesz, ale przejdziemy przez to razem"
- "Pamiętaj, że jestem przy Tobie, by Cię wysłuchać, zawsze gdy tego potrzebujesz"

W rozmowach z mężczyzną w depresji niezwykle ważna jest też komunikacja niedyrektywna – uważne słuchanie, potwierdzanie emocji, unikanie narzucania rozwiązań. To daje poczucie autonomii, a jednocześnie bycia wysłuchanym.

Pamiętaj!

Depresję można skutecznie leczyć. U części pacjentów (ok. 25-30%) po remisji nie obserwuje się nawrotów.

Jednak większość wymaga długofalowego monitorowania.

Ale zawsze trzeba mieć nadzieję.

Źródła

- [1] Gałęcki P, Szulc. A, Psychiatria. Rozpoznanie według ICD 11, Edra Urban & Partner, Wrocław 2023, s. 269
- [2] Gorostowicz A., Wasik A., Krupa A., Siwek M. – Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w grupie pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi oraz lękowymi, *Psychiatr Psychol Klin* 2019, 19 (2), s. 177–187
DOI: 10.15557/PiPK.2019.0018
- [3] Komenda Główna Policji, statystyki

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. Dudek D.: Diagnostyka i leczenie depresji u dorosłych. *Lekarz Rodzinny*, 2021; 1 (243): 87–92
3. Dudek D, Cyranka K: Przeprowadzenie, zmęczenie, brak humoru. W: J. Heitzman: *Moja psychiatria – wiedza, którą wykorzystasz*. Termedia, Poznań, 2021, str. 81–92
4. Dudek D, Cyranka K: Depresja i lęk – kiedy i jak leczyć. W: M. Jarema (red): *Depresja i zaburzenia lękowe. Rozpoznanie i leczenie*. PZWL, Warszawa, 2021, 108–129
5. 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]
6. 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.
7. Kępiński A., *Melancholia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2001
8. NICE. Clinical guideline [CG90]. Depression in adults: recognition and management 2018. [Online:] <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90> [dostęp 7.01.2019]
9. 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
10. Siwek M. Dekalog leczenia depresji. ITEM Publishing, Warszawa, 2018
11. <https://podyplopie.pl/psychiatria/16027,leki-przeciwdepresyjne-a-zaburzenia-pozadania-jak-zapobiegac-jak-leczyc>
12. <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 funkcję 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. Zwyciężczyni 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

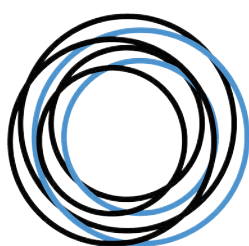
Fundacja NIE WIDAĆ PO MNIE

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