

URSZULA DUDZIAK

DEPRESJA
– UJĘCIE INTEGRALNE DLA RODZIN I DUSZPASTERZY
EPIDEMIOLOGIA, SYMPTOMATOLOGIA, ETIOLOGIA
ORAZ TERAPIA ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH

Częstotliwość występowania depresji oraz jej negatywne i uciążliwe skutki skłaniają do przedstawienia tego zjawiska w zakresie medycznym i psychospołecznym. Charakterystyka tej choroby powinna uwzględnić aspekt rozmiarów, symptomów i etiologii. To z kolei pozwala zwrócić uwagę na konieczność podejmowania leczenia i psychologicznego wsparcia oraz form udzielanej pomocy. Znaczenie tego typu analiz wiąże się z dążeniem do poprawy jakości życia jednostek, a także staraniem mającym na celu eliminację wielu problemów rodzinnych i ogólnospołecznych.

ROZMIARY

Depresja to jedno z najczęściej występujących schorzeń psychicznych. „Badania epidemiologiczne prowadzone na całym świecie wykazują, że w ciągu całego życia na depresję choruje ok. 17% populacji ogólnej. Wśród osób zgłaszających się do lekarza pierwszego kontaktu 12-25% cierpi z powodu depresji, z czego połowa spełnia kryteria depresji umiarkowanej lub cięż-

kiej”¹. W skierowanym do polskich lekarzy liście firma Servier Polska Sp. z o.o. oceniła, że depresja w Polsce „przyjmuje rozmiary epidemii. Ocenia się, że co piąty (w gabinetach lekarzy ogólnych), a nawet co trzeci (gabinety neurologiczne) pacjent zgłaszający się po poradę cierpi z powodu depresji”². Przypuszczenie, że firma farmaceutyczna rozprawdzająca leki przeciwdepresyjne może sprzyjać zawyżaniu podawanych wyników, niwelowane jest przez istniejącą możliwość ich niewystarczającego oszacowania. Taką ewentualność powoduje fakt, że nie wszystkie osoby doświadczające objawów depresyjnych udają się do lekarza. W Polsce dopiero od niedawna rozpowszechniana jest informacja o tym, że depresja jest chorobą. Korzystanie z porad psychologa, chociaż coraz częstsze, nadal nie jest tak powszechne, jak na Zachodzie. Wydaje się, iż część społeczeństwa nie wie, że objawy depresyjne można i trzeba leczyć i że w długotrwałych stanach rujnującego procesy adaptacyjne przygnębienia można uzyskać psychologiczne i medyczne wsparcie. Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie, pisząc o depresji, informuje, że „W Polsce zdiagnozowano ją u miliona osób”, ale są to dane niekompletne, ze względu na unikanie wizyt umożliwiających tę diagnozę oraz wciąż doświadczany „wstyd przed pójściem do psychiatry czy psychologa”³. Poważnym problemem dostrzeganym w badaniach przeprowadzanych w kolejnych dekadach jest to, że na depresję zapadają coraz młodsi ludzie. „Profesor Jacek Bomba z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ uważa, że ogólna kondycja psychiczna młodzieży w ostatnich 10 latach znacznie się pogorszyła. W 1990 r. w poradniach zdrowia psychicznego leczyło się 63 tys. dzieci i młodzieży, w 2001 r. już 90 tys. Z badań prowadzonych przez niego w latach 1981-1985 wynika, że na depresję cierpiało wówczas prawie 20% siedemnastolatków. Według najnowszych danych, zebranych dwa lata temu przez prof. Hannę Jaklewicz z Uniwersytetu Gdańskiego, wśród grupy uczniów trzech klas szkół ponadpodstawowych na zaburzenia depresyjne cierpiało już prawie 50% uczących się w liceach i 65% ich rówieśników z zawodówek.

¹ M. M a t u s z c z y k, *O depresji*, <http://free.polbox.pl>

² J. R o i k, *Depresja*; www.jroik.manpol.net (3.08.2003); zob. też. J. R o i k, *Depresja stanowi 4. najpoważniejszy problem na świecie*; www.jroik.manpol.net (21.02.2008); M. W o j - n a r, D. N o w a c k a P a w l a c z y k, A. C z e r n i k i e w i c z, I. Ż m i g r o d z k a, D. W a s i l e w s k i, *Zaburzenia depresyjne u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej przyjmujących przewlekle benzodiazepiny*; www.psychiatria.med.pl/darmowy_pdf.phtml?indeks=10&indeks_art=84

³ *Depresja – wstydliva choroba XXI wieku*; [http://www.niebieskalinia.pl/newsy.php?id=1008\(14.05.2008\)](http://www.niebieskalinia.pl/newsy.php?id=1008(14.05.2008)).

Spośród wszystkich uczniów aż 25% z nich wymagało leczenia”⁴ Potrzebę analiz tego zjawiska uzasadnia fakt, że depresja uważana jest za najczęstszą przyczynę samobójstw. „Aż 15% dotkniętych tą chorobą dopuszcza się zamaru na własne życie, a niektóre dane mówią nawet o 25%. Kobiety chorują na depresję dwa razy częściej niż mężczyźni”⁵ Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia „depresja stanowi czwarty najpoważniejszy problem zdrowotny na świecie”⁶

OBJAWY

Termin „depresja” używany bywa na określenie: stanu smutku i przygnębienia, towarzyszących codziennym wydarzeniom; nieadaptacyjnej reakcji na bodźce stresujące (zaburzenia adaptacyjne, depresja reaktywna); przewlekłej choroby z licznymi objawami psychotycznymi i somatycznymi (tzw. duża depresja)⁷

Depresja jako zespół psychopatologiczny nie jest wyłącznie zaburzeniem psychicznym, lecz chorobą ogólnoustrojową i psychosomatyczną. „Oznacza to, że pierwotnie zaburzone funkcje układu nerwowego, sterujące naszymi procesami psychicznymi, prowadzą do różnorodnych zaburzeń biologicznych, początkowo czynnościowych, potem już organicznych”⁸

Objawami depresji są: obniżony nastrój, długotrwały smutek, utrzymujące się powyżej dwóch tygodni przygnębienie, poczucie braku energii, zwiększona męczliwość, niemożność przeżywania radości, niska ocena własnej wartości, poczucie winy, mała wiara w siebie, nieumiejętność skoncentrowania się na wykonywanych czynnościach, skargi na osłabioną pamięć, utrata zainteresowań, pesymizm, poczucie bycia niepotrzebnym, oskarżanie o własne niepowodzenia siebie i innych, zaburzenia snu, zaburzenia odżywiania, myśli i tendencje samobójcze. Depresja bywa czasem maskowana przez objawy somatyczne (dyskomfort w klatce piersiowej, zaburzenia układu pokarmowego, bóle głowy, pleców, bezsenność, zaburzenia miesiączkowania), jednak prowadzona

⁴ Tamże.

⁵ Tamże.

⁶ Tamże.

⁷ A. D. V a l e n t i n e, *Postępowanie z chorymi cierpiącymi na ból nowotworowy i depresję*, „Medycyna po dyplomie” 2004, nr 8, s. 95.

⁸ P. R a d z i w i ł o w i c z, *Depresja jako czynnik wyzwalający choroby somatyczne*, „Dyskusje o Depresji” 2001, nr 17, s. 8.

diagnostyka nie potwierdza somatycznych powodów tych dolegliwości. Depresja może być doświadczeniem epizodycznym, może też być nawracająca.

Z wymienionych wyżej objawów obniżony nastrój, zwiększona męczliwość, utrata zainteresowań lub zadowolenia – to główne objawy depresji (pozostałe to objawy dodatkowe). Łagodne nasilenie depresji diagnozuje się, gdy występują dwa objawy główne i dwa dodatkowe. Umiarkowane nasilenie depresji występuje wtedy, gdy przy dwóch objawach głównych stwierdzone zostaje występowanie czterech objawów dodatkowych. W ciężkim nasileniu depresji występują wszystkie objawy główne i co najmniej pięć dodatkowych⁹

JEDNOSTKA NOZOLOGICZNA

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Classification of Diseases – ICD-10), będąca europejskim systemem diagnozy nozologicznej, oznacza epizod depresyjny kodem F 32, a nawracające zaburzenia depresyjne – kodem F 33. Depresja może być endogenna i egzogenna (reaktywna), przewlekła F 34.1 i psychofreniczna F 20.4¹⁰. Z kolei system diagnozy nozologicznej Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV) na określenie zaburzeń depresyjnych używa kodu 296. Postawienie rozpoznania depresji na podstawie podanych kryteriów diagnostycznych prowadzi do dalszych konkretnych określeń związanych z interpretacją, wykluczeniem innych schorzeń, rokowaniem i planem leczenia. Ocena funkcjonowania osoby według skali DSM-IV uwzględnia sprawność w zakresie życia psychicznego, społecznego i zawodowego, przy czym każdy z czynni-

⁹ R o i k, art. cyt.

¹⁰ Zob. *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych*, t. 1, tł. C. Brykczyńska [i in.], Kraków 1994; *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych*, t. 2: *Zasady kodowania: ICD-10*, red. A. Kozierekiewicz, tł. R. Topór-Mądry, Kraków 1997; *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych: rewizja dziesiąta ICD-10*, t. 3: *Indeks alfabetyczny z tezauresem określeń łacińskich*, tł. C. Brykczyńska [i in.], Kraków 1997; *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10; badawcze kryteria diagnostyczne*, red. S. Pużyński, J. Wciórka, tł. J. Wciórka, Kraków 1998.

ków umieszczony jest na kontinuum, którego jednym krańcem jest zdrowie, a drugim choroba¹¹

PRZYCZYNY I UWARUNKOWANIA

Wśród teoretycznych modeli depresji można wyróżnić: biologiczny – tłumaczący chorobę niedoborem pewnych substancji neurochemicznych (G. B. Baker, W. G. Dewhurst, M. Maes, H. Y. Meltzer, A. F. Schatzberg, J. J. Schildkraut); psychodynamiczny – według którego źródłem depresji jest nierozwiązany konflikt z przeszłości związany z wrogością skierowaną do wewnątrz (K. Abraham, Z. Freud, M. Klein); i poznawczo-behawioralny – zakładający przyswojenie sobie nieadaptacyjnego wzoru reagowania, do czego przyczynia się niewłaściwa interpretacja napływających informacji i na jej podstawie błędne ukształtowanie obrazu siebie z niską samooceną i negatywną triadą poznawczą odnośnie do siebie, przyszłości i świata (A. T. Beck)¹² Główne przyczyny depresji określić można więc jako biochemiczne i psychospołeczne. „Etiopatogeneza depresji, wciąż nie do końca poznana, koncentruje się wokół kilku hipotez, z których ważniejsze to: pierwotna patologia układu siatkowatego, depresja jako pierwotny stres na poziomie osi: układ limbiczny-podwzgórze-przysadka-nadnercza (LPPN) oraz koncepcja zaburzeń homeostazy serotoniny (5-HT), noradrenaliny (NA) i acetylocholinyl (Ach) w określonych strukturach mózgowia”¹³ Na poziomie molekularnym depresja jawi się jako skutek zaburzeń funkcjonowania przekaźników synaptycznych, zwłaszcza serotoniny i noradrenaliny¹⁴, a także dopaminy¹⁵ Ist-

¹¹ *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision. DSM-IV-TR, Washington, DC 2000*⁴

¹² Zob. G. B. Baker, W. G. Dewhurst, *Biochemical Theories of Affective Disorders*, [w:] *Pharmacotherapy of Affective Disorders*, Eds. G. B. Baker, W. G. Dewhurst, Beckenham 1985; M. Maes, H. Y. Meltzer, *The Serotonin Hypothesis of Major Depression*, [w:] *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*, Eds. F. E. Bloom, D. J. Kupfer, New York 1995; A. F. Schatzberg, J. J. Schildkraut, *Recent Studies on Norepinephrine System in Mood Disorders*, [w:] *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*, Eds. F. E. Bloom, D. J. Kupfer, New York 1995; *Psychiatria*, red. A. Bilikiewicz, W. Strzyżewski, Warszawa 1992; *Psychoterapia: szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, red. L. Grzesiuk, Warszawa 1994; D. L. Rosenhan, M. E. P. Seligman, *Psychopatologia*, t. I, II, tł. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Poznań 1994.

¹³ Radziwiłowicz, art. cyt.

¹⁴ Matuszczyk, art. cyt.

nieje też predyspozycja dziedziczna, potwierdzana występowaniem w rodzinie pacjenta z tego typu zaburzeniami. Możliwe jest także dziedziczenie społeczne poprzez cechy nabyte w środowisku rodzinnym i utrwalone cechy osobowości oraz wiążące się z nimi sposoby reagowania¹⁶ Ze szwedzko-amerykańskich badań przeprowadzonych w Karolinska Institutet w Sztokholmie i Wirginia Commonwealth University z Richmond w stanie Wirginia wśród 42 tysięcy bliźniąt urodzonych w latach 1900-1958 wynika, że ciężka postać depresji, tzw. depresja duża, dotyka około 17% populacji i że depresja u kobiet ma silne podłoże genetyczne: „skłonności do depresji u kobiet są w większym stopniu związane z czynnikami genetycznymi (42%) niż to ma miejsce u mężczyzn”¹⁷ Przypuszcza się, że na ryzyko kobiecej depresji mogą wpływać geny, „których aktywność zależy od cyklicznych zmian w poziomie hormonów płciowych – np. w okresie poporodowym”¹⁸ Wpływ genów, chociaż ważny, nie jest jednak determinujący w rozwoju depresji. Wśród psychospołecznych przyczyn depresji wymienia się takie czynniki, jak: samotność i izolacja; przewlekła choroba lub chroniczny ból; kłopoty finansowe; śmierć ukochanej osoby; rozwód lub zerwanie związku; kłopoty w małżeństwie; przemoc seksualna, emocjonalna lub fizyczna; udział w katastrofie, wypadku, wojnie; operacja lub poród; bezrobocie¹⁹

Wysuwaną przez psychoanalitików hipotezą dotyczącą etiologii depresji są specyficzne typy wydarzeń życiowych, zwłaszcza utrata bliskiej osoby. Już w 1917 r. w książce *Żaloba i melancholia* Z. Freud wskazywał na współwystępowanie depresji z przeżywanymi problemami życiowymi i charakteryzował psychiczne następstwa utraty obiektu miłości. Będąc przyczyną depresji poczucie utraty może dotyczyć również: „utrata ważnych wartości, szacunku do siebie, statusu socjalnego, ról społecznych”²⁰ Analizując psychologiczne związki pomiędzy stresem i depresją D. Dudek pisze, że „utrata matki we wczesnym dzieciństwie, której często towarzyszy dalsza niewystarczająca opieka rodzicielska, w późniejszych etapach życia wiąże się z większą wrażliwością na czynniki stresowe i ryzykiem wystąpienia depresji w obliczu

¹⁵ *Przyczyny depresji*; <http://depressio.webpark.pl> (14.05.2008).

¹⁶ Tamże.

¹⁷ *Depresja u kobiet ma silne podłoże genetyczne*; <http://www.psychologia.edu.pl/index.php?dz=serwis&op=opis&id=304> (14.05.2008).

¹⁸ Tamże.

¹⁹ *Przyczyny depresji*; <http://depressio.webpark.pl>

²⁰ D. D u d e k, *Stres a depresja – ujęcie psychologiczne*, „Dyskusje o Depresji” 2001, nr 17, s. 6.

negatywnych wydarzeń życiowych, a szczególnie tych związanych z wczesną, przedmałżeńską ciążą i rozpadem małżeństwa”²¹ Cytowani przez nią badacze angielscy, Brown i Harris, uznali, że oprócz wczesnej utraty matki czynnikami podatności na depresję u kobiet są: brak powiernika i niesatysfakcjonujące zatrudnienie. Negatywne wydarzenia życiowe, takie jak nieudane relacje interpersonalne, niezadowolające kariery zawodowe i inne, mogą przyczynić się do wywołania depresji zależnie od stopnia, w jakim zaburzają plany, aspirację i samoocenę danej osoby.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wskazuje na liczne szkody odnoszone przez dzieci i młodzież z powodu picia alkoholu przez rodziców. „W Polsce żyje ok. 1,5 mln. dzieci alkoholików, z czego 500-600 tys. znajduje się w dramatycznej sytuacji. Dzieci te ponoszą ogromne straty rozwojowe we wszystkich aspektach. [...] Rozwijają się u nich określone zaburzenia emocjonalne, często są ofiarami przemocy i nadużyć seksualnych ze strony najbliższych członków rodziny lub ich otoczenia”²² Nieudane kontakty z ludźmi z okresu dziecięcego mogą przenieść się na relacje z innymi w wieku dorosłym. W depresji chory doznaje uczuć podobnych do małego dziecka, które czuje się bezbronne, osamotnione, zagubione i nie jest w stanie wyrazić swojej złości wobec osoby, która je zaniedbała. W rezultacie oskarża samo siebie i przeżywa długotrwały, niczym nieuzasadniony stan poczucia winy. Liczba uzależnionych od alkoholu w liczącej 38,6 mln ludności Polsce sięga 2% populacji. Współmałżonkowie i rodzice żyjący w otoczeniu alkoholika stanowią 4% populacji. Liczne problemy alkoholowe doświadczane w rodzinie stwarzają okazję do wielu przykrych przeżyć emocjonalnych, a ich długotrwałość może przyczynić się do wywołania rozmaitych zaburzeń. W wielu przypadkach zauważa się współwystępowanie depresji i uzależnienia od alkoholu. „Częstość objawów depresyjnych u chorych z uzależnieniem od alkoholu ocenia się na kilka do ponad 50% – tak duża rozpiętość częściowo wynika z niejednorodnych metod badawczych stosowanych przez poszczególnych badaczy”²³ Do depresji u osób nadużywających alkoholu przyczynia się: oddziaływanie farmakologiczne na ośrodkowy układ nerwowy, alkoholowy zespół abstynencyjny, problemy życiowe wynikające z uzależnienia, nie-

²¹ Tamże.

²² *Rekomendacje merytoryczne dotyczące rozwoju pomocy psychologicznej i socjoterapeutycznej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym*; www.parpa.pl (26.03.2008).

²³ M. Ziółkowski, *Wybrane aspekty występowania zaburzeń depresyjnych u osób uzależnionych od alkoholu*, „Dyskusje o Depresji” 2004, nr 24, s. 2.

dobór magnezu, choroby wątroby sprzyjające subklinicznej encefalopatii wątrobowej (objawiającej się: obniżeniem nastroju, drażliwością, lękiem, zaburzeniami snu). „Spośród negatywnych konsekwencji spowodowanych współwystępowaniem depresji i uzależnienia od alkoholu wymienia się: zmianę obrazu klinicznego zespołu depresyjnego, na przykład nawarstwianie się objawów lęku czy zaburzeń snu, występujących w zespole depresyjnym z objawami lęku i zaburzeń snu związanymi z alkoholowym zespołem abstynencyjnym, zwiększenie częstości zaburzeń osobowości oraz współwystępowania schorzeń somatycznych (schorzenia wątroby, nadciśnienie tętnicze), gorsze funkcjonowanie psychospołeczne chorych, pogorszenie ich współpracy z lekarzem w procesie terapii, zmniejszenie skuteczności terapii, zarówno depresji, jak i uzależnienia od alkoholu, wzrost ryzyka nawrotu picia lub nawrotu fazy depresyjnej, zwiększenie zagrożenia popełnienia samobójstwa, wzrost ryzyka powtórnej hospitalizacji w związku z gorszymi wynikami leczenia, wydłużenie hospitalizacji oraz wzrost kosztów opieki medycznej”²⁴

Spotykane wśród studentów stosowanie substancji stymulujących typu amfetamina również sprzyja występowaniu zaburzeń depresyjnych²⁵ Sięganie po tego typu środki związane jest z pragnieniem doświadczenia atrakcyjnych odczuć typu: zniesienie uczucia zmęczenia, euforia, wzmożona uwaga, koncentracja, inicjatywa, poczucie fizycznej i psychicznej wydolności, zmniejszenie łaknienia, potrzeby snu, leku. Gdy minie działanie stymulujące tych środków, pojawia się wielogodzinne osłabienie, początkowo nadmierna senność, a potem jej skracanie aż do bezsenności, obniżenie nastroju, smutek, przygnębienie, niepokój, lęk, niekiedy myśli samobójcze, apatia, anhedonia, małowówność²⁶ Występowanie zaburzeń depresyjnych u osób przyjmujących amfetaminę wiąże się z zaburzeniem mechanizmów neuroprzekaźnikowych. „Obserwuje się zależność między nasileniem obniżenia nastroju, zmniejszeniem aktywności i pesymistycznej oceny rzeczywistości a wielkością i czasookresem przyjmowanych dawek amfetaminy – im większe dawki amfetaminy i dłuższy okres ich przyjmowania, tym większe nasilenie objawów

²⁴ Tamże, s. 3.

²⁵ H. Baran Furga, K. Steinbarth - Chmielewska, *Zaburzenia depresyjne związane z przyjmowaniem substancji stymulujących typu amfetamin*, „Dyskusje o Depresji” 2004, nr 24, s. 5-7.

²⁶ Tamże, s. 6.

depresyjnych”²⁷ Objawy depresyjne towarzyszą nie tylko początkowej fazie zespołu abstynencyjnego, ale mogą utrzymywać się przez kolejne miesiące.

Za często współistniejące i wzajemnie stymulujące się uważa się ból i depresję. Depresja może być następstwem chorób somatycznych, którym towarzyszy ból, może też być przyczyną zwiększonej odczuwalności bólu. Tezę tę potwierdzają badania pacjentów z takim samym stopniem zaawansowania choroby nowotworowej, a różniących się faktem występowania lub niewystępowania depresji i stopniem nasilenia lęku²⁸ W populacji chorych z nowotworami złośliwymi częstość samobójstw jest niemal dwukrotnie wyższa niż u osób z populacji ogólnej²⁹ Ból fizyczny, cierpienie psychiczne i poczucie beznadziejności stanowią czynniki zwiększonego ryzyka samobójstwa³⁰ J. Landowski wyróżnia cztery rodzaje związków pomiędzy bólem a depresją³¹ Ból odgrywa rolę w patogenezie zespołu depresyjnego, będąc bądź reakcją na specyficzny uraz psychiczny, bądź czynnikiem wywołania dystresu przyczyniającego się do wystąpienia depresji. Istnieje też koncepcja bezpośredniego wpływu bólu na depresję poprzez wyczerpanie układów neurotransmisyjnych regulujących nastrój. Charakter tej koncepcji autor uważa za zdecydowanie hipotetyczny. Ból jest również składnikiem zespołu depresyjnego. W depresji endogennej występuje u 60-100% pacjentów. Jest bólem odczuwanym w różnym stopniu nasilenia i dotyczy różnych okolic ciała, a badania somatyczne wykluczają jego organiczną przyczynę. Odczuwanie bólu u osób cierpiących na depresję może się wiązać z obniżeniem progu wrażliwości bólowej poprzez „osłabienie hamowania komórek rogów tylnych rdzenia” lub dysregulację wyższych pięter ośrodkowego układu nerwowego, a mianowicie struktur limbiczno-korowych³² Ból może wpływać na przebieg depresji, zwłaszcza w przypadku bólu przewlekłego dochodzi do ich wzajemnej potencjalizacji. Depresja może też modyfikować ból. Związek ten tłumaczy się rolą, jaką w tolerancji bólu ma składnik poznawczo-emocjo-

²⁷ Tamże.

²⁸ J. L a n d o w s k i, *Związek bólu z depresją – uwagi wstępne*, „Dyskusje o Depresji” 2002, nr 21, s. 3.

²⁹ P. A l l e b e c k, C. B o l u n d, *Suicides and Suicidal Attempts In Cancer Patients*, „Psychological Medicine” 1991, nr 21, s. 979-984; P. C. C a m p b e l l, *Suicides Among Cancer Patients*, „Connecticut Health Bulletin” 1996, nr 80, s. 207-212.

³⁰ W. B r e i t b a r t, S. K r i v o, *Suicidal. In Psycho-oncology*, New York–Oxford: Oxford University Press 1998, s. 541-547.

³¹ L a n d o w s k i, art. cyt.

³² Tamże, s. 3-4.

nalny. Przeżywanie depresyjne, nieskuteczność podjętej przez organizm reakcji obronnej lub adaptacyjnej bądź utrata zdolności do podjęcia tego typu reakcji nasila doznania bólowe³³ O ile ostry, ale krótkotrwały ból może wywołać przemijające uczucie przykrości czy lęku, to ból przewlekły, trwający powyżej trzech miesięcy, powoduje „bardziej uogólnione reakcje psychiczno-behawioralne, takie jak: poczucie beznadziejności, depresja, gniew, czasem somatyzacja”³⁴ W trzecim etapie psychicznego zmagania się z bólem następuje „przystosowanie do roli chorego” Współtowarzysząca bólowi depresja może prowadzić do zaburzeń, np. poprzez „zmniejszenie motywacji do ćwiczeń rehabilitacyjnych i niewiarę w ich skuteczność i sens”³⁵ Emocje mogą mobilizować do walki z chorobą, przyczyniać się do akceptacji swego stanu i wzmacniać nadzieję powrotu do zdrowia. Mogą jednak nie sprzyjać mobilizacji organizmu do walki z chorobą, a wprost przeciwnie – mogą demobilizować. Przeżywany bunt, lęk, załamanie i stany depresyjne „prowadzą do poddawania się chorobie i zwiększają cierpienia pacjenta, radykalnie pogarszając jakość życia. Dlatego bardzo istotne w leczeniu bólu jest badanie i monitorowanie negatywnych emocji, przede wszystkim lęku i depresji”³⁶ Subiektywne przeżywanie bólu zależy od umiejętności radzenia sobie ze stresem, prowadząc albo do całkowitej dysfunkcji i dezorganizacji życia, albo do przystosowania chorego, aktywności mimo bólu i większej skuteczności leczenia. Psychosomatyczną jedność człowieka, ujawnianą także w percepcji i reaktywności, podkreśla fakt, że obok środków farmakologicznych eliminujących ból należy wymienić czynniki psychologiczne. „Do czynników poprawiających tolerancję bólu zalicza się: ulgę w zakresie innych symptomów, sen, wypoczynek, terapię relaksacyjną, wyjaśnianie (wsparcie, zrozumienie), empatię, zróżnicowaną aktywność, towarzystwo przyjaciół, poprawę nastroju, zrozumienie sensu i znaczenia bólu”³⁷

Odrębny problem stanowi pojawienie się depresji u osób starszych. Podeszły wiek, rozmaite choroby, zmniejszona aktywność, niepełnosprawność, samotność, brak pogłębionych więzi z innymi przyczynić się mogą do wystąpienia objawów depresyjnych. Depresja wraz z dystymią to schorzenia często

³³ Tamże, s. 4.

³⁴ K. de Walden - Gałuszko, *Ból a depresja*, „Dyskusje o Depresji” 2002, nr 21, s. 5.

³⁵ Tamże, s. 6.

³⁶ M. Majkowiak, E. Lamparska, *Ból-emocje: metody pomiaru*, „Dyskusje o Depresji” 2002, nr 21, s. 12.

³⁷ Tamże, s. 10.

występujące w późnym wieku. „Niestety, ich leczenie bywa często opóźnione albo zaniechane ze względu na trudności w rozpoznaniu i niewłaściwe podejście do zagadnienia. Przyczynę zaniechania terapii może stanowić również nieuzasadniony brak wiary w możliwość wyleczenia”³⁸ Poprzez edukację chorego i najbliższego mu otoczenia, leki przeciwdepresyjne i terapię psychologiczną powinno się dążyć do wzbudzenia nadziei, zapewnienia współpracy ze strony pacjenta, zmniejszenia stopnia inwalidztwa i utrzymania stanu zdrowia psychicznego.

Wszelka aktywność ludzka, w tym podjęcie studiów, łączy się z większym lub mniejszym stresem. Właściwie przeżywany stres prowadzi do wytworzenia nowego mechanizmu adaptacyjnego, wiąże się z usunięciem sytuacji stresowej i ustąpieniem stresowej reakcji. Prawidłowe radzenie sobie ze stresem sprzyja rozwojowi jednostki, zachowaniu integralności i autonomii, właściwemu funkcjonowaniu i przeżyciu. Jeżeli stres nie zostaje rozwiązany, lecz przechodzi w stan przewlekły, wywołuje niekorzystne następstwa dla całego organizmu. Czynniki stresowe w postaci urazu psychicznego lub somatycznego jest u wielu pacjentów początkiem depresji³⁹ Przewlekły stres i depresja usposabiają do rozwinięcia się procesów patologicznych związanych z przewlekłą hiperkortyzolemią i aktywacją układu autonomicznego, stanowią czynniki dezadaptacyjny, prowadzą do rozwoju licznych schorzeń związanych z osłabieniem procesów pamięciowych, immunosupresją, zahamowaniem produkcji hormonów płciowych, osteoporozą, nadciśnieniem tętniczym, tachykardią, zmniejszeniem zmienności rytmu serca, zaburzeniem procesów metabolicznych i endokrynnych, patogenezą zespołu insulinooporności, otyłością typu brzuszego, zmianami miażdżycowymi⁴⁰ Wiele schorzeń mogą spowodować psychofizjologiczne i patofizjologiczne następstwa wywołanej przez depresję spazmofilii, czyli „gotowości do reagowania skurczem naczyń obwodowych, mięśni gładkich przewodu pokarmowego, a nawet naczyń wieńcowych”⁴¹ Długotrwałe zaburzenia czynnościowe przyczyniają się do powstania zaburzeń organicznych. Najczęstsze dolegliwości chorych na depresję to:

³⁸ S. Z i s o o k, „*Depression in Late Life – Special Considerations In Treatment*” *Depresja w późnym wieku. Starsi ludzie wymagają odpowiedniego postępowania*, „Medycyna po Dyplomie” 1998, nr 1, s. 109.

³⁹ P. R a d z i w i ł o w i c z, *Depresja jako czynnik wyzwalający choroby somatyczne*, „Dyskusje o Depresji” 2001, nr 17, s. 9.

⁴⁰ J. L a n d o w s k i, *Depresja jako przewlekły stres*, „Dyskusje o Depresji” 2001, nr 17, s. 2-6.

⁴¹ R a d z i w i ł o w i c z, art. cyt., s. 8.

zaburzenia układu krążenia, zespół jelita drażliwego, ból, zaburzenia termoregulacji. P. Radziwiłowicz wyjaśnia mechanizm następstw przeżywanej depresji i wymienia wśród nich: objawy spastyczne oraz zaburzenia układu krążenia, odporności, pamięci i hipotermię⁴². Wiąże je z wpływem przewlekłego stresu na wydzielanie kortyzolu, noradrenaliny, kinin i zmianą podstawowej przemiany materii. Długotrwały skurcz naczyń żółciowych prowadzi do zastoju żółci, będącego początkiem kamicy żółciowej. Wywołane skurczami zaburzenia wydzielania soków trawiennych przyczyniają się do zespołu jelita drażliwego. Nadciśnienie tętnicze może być wynikiem długotrwałej stymulacji osi: układ limbiczny-podwzgórze-przysadka-nadnercza. Przewlekły stres występujący w zespole depresyjnym uruchamia czynniki przyspieszające agregację płytek i wzrostu pozapalnych cytokin, czyli procesów odpowiedzialnych za powstanie miażdżycy. Wywołany przez depresję spadek podstawowej przemiany materii powoduje „[...] obniżenie dynamiki życiowej, mniejszą odporność na wyziębienie ciała oraz uczucie ziębnienia kończyn bez zmian w naczyniach tętnicznych. Mechanizm zaburzeń termoregulacji w depresji jest złożony i wynika zarówno z mechanizmów obwodowych, naczynioruchowych, jak i centralnych (patologia ośrodka termoregulacji), co w wielu wypadkach może zwiększać podatność na infekcje grypowe, nie mówiąc już o dokuczliwości tego typu objawów”⁴³. Kolejnym następstwem depresji są zaburzenia układu immunologicznego, spowodowane wyższym poziomem kortykoidów i cytokin pozapalnych, spadkiem limfocytów T i B, pojawieniem się limfocytów stresowych, spadkiem interleukiny 1, a wzrostem typowych dla chorób autoimmunologicznych receptorów interleukiny 2. Nasilone odczuwanie bólu przez chorych będących w depresji wyjaśniają dwie koncepcje: „a) koncepcja neuropeptydowa (opiodowa), związana z deficytem układu opiodowego (β -endorfin) w ośrodkowym układzie nerwowym, b) koncepcja wzgórkowa (rozkojarzenie między prawidłowym progiem percepcji bólu a intensywnością odczuwania bólu)”⁴⁴.

Dla studentów szczególnie istotne są spowodowane depresją zaburzenia pamięci. Wiążą się one z reakcją wrażliwego na uraz i odpowiedzialnego za pamięć krótkotrwałą hipokampa. „Stres prowadzi do zahamowania aktywności receptorów 5-HT oraz atrofii dendrytów CA3, zahamowania umiejętności uczenia się. Dodatkowo wydzielane w wyniku stresu kortykosteroidy uszka-

⁴² Tamże, s. 10.

⁴³ Tamże.

⁴⁴ Tamże, s. 11.

dzają neurony CA3. Depresja może więc spowodować przejściowe (co jest niemal regułą) obniżenie sprawności intelektualnej, zwłaszcza pamięci świeżej i elastyczności myślenia, aż do następstw długotrwałych, jakimi mogą być zespół organicznej dysfunkcji mózgu z trwałymi zaburzeniami funkcji poznawczych”⁴⁵

Pogorszenie nastroju, życia popędowego, lęki, zaburzenia snu i łaknienia spowodowane patogenetyczną rolą przewlekłego stresu wiążą się z utrzymującym się podwyższonym stężeniem kortykoliberyny. Sytuacja przewlekłego stresu jest immanentnym składnikiem zespołów depresyjnych. „Takie objawy psychopatologiczne depresji, jak: anhedonia, niska samoocena, poczucie mniejszej kontroli z odczuciami bezradności i beznadziejności są istotnymi stresorami przewlekłymi. Zaburzają one w takim stopniu funkcjonowanie i możliwości adaptacyjne chorego, iż drobne wydarzenia stają się niemożliwymi do opanowania sytuacjami stresującymi”⁴⁶ Stałe podleganie przewlekłym i powtarzającym się stresorom pogłębia depresyjny sposób reagowania, a ten dodatkowo podtrzymuje reakcję stresową.

Badania przeprowadzone przez A. T. Becka doprowadziły do stwierdzenia, że osoby z depresją zniekształcają rzeczywistość, przyjmując negatywny obraz siebie⁴⁷ W celu poznania patomechanizmów depresji i sposobów jej przezwyciężania Beck na początku lat sześćdziesiątych XX wieku stworzył Pracownię Badań nad Depresją w Philadelphie General Hospital i Poradnię Przeciwdepresyjną. W 1961 r. opublikował Skalę Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI). Od 1963 r. rozpoczął współpracę z A. Ellisem. Rezultatem tej współpracy była wspólnie opracowana terapia, zmierzająca do usunięcia przyczyn depresji poprzez adekwatną ocenę siebie i zmianę zaburzonego stylu zachowań⁴⁸

⁴⁵ Tamże, s. 9.

⁴⁶ L a n d o w s k i, art. cyt., s. 5.

⁴⁷ A. T. B e c k, *A Systematic Investigation of Depression*, „Comprehensive Psychiatry” 1961, nr 2, s. 163-170; P S a l k o v s k i s, *Transcript of an Interview with A. T. Beck*, San Francisco 1990.

⁴⁸ M. E. W e i s h a a r, *Twórcy psychoterapii: A. T. Beck*, tł. P. Wiśliński, Gdańsk 2007, s. 26-37

TERAPIA

Irracjonalne przekonania i depresjogenne błędy poznawcze oraz nasilające się wzajemnie symptomy stresowe i depresyjne wymagają podjęcia odpowiedniego leczenia. Jest ono realizowane na dwa sposoby: poprzez terapię farmakologiczną i psychospołeczną. Reakcję stresową wyhamowują leki przeciwdepresyjne⁴⁹ Większość pacjentów może być leczona przez lekarza pierwszego kontaktu. Z przeprowadzonych badań i konsultacji psychiatrycznych wynika jednak, że u wielu pacjentów lekarze podstawowej opieki zdrowotnej zbyt długo i zbyt często stosują benzodiazepiny, mogące prowadzić do rozwoju uzależnienia. M. Wojnar i współautorzy donoszą, że „84% chorych przyjmujących przewlekle benzodiazepiny powinno przyjmować leki przeciwdepresyjne, 44% powinno być leczonych przez lekarza psychiatrę, a 56% może być prowadzonych przez lekarza POZ”⁵⁰

W przewyciężaniu objawów depresyjnych istotną rolę odgrywa także psychoterapia. Wygaszanie nieadekwatnych reakcji afektywnych jest możliwe poprzez „zmniejszenie narażenia na działanie stresorów psychologicznych”⁵¹ Dla kształtowania prawidłowego obrazu siebie i adekwatnych sposobów reagowania konieczny jest kontakt pomocny i psychiczne wsparcie sprzyjające wypracowaniu „właściwych sposobów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi”⁵² Prowadzone krótkoterminowe programy terapeutyczne (behawioralne, interpersonalne i poznawcze) obejmują poprawę strategii radzenia sobie z czynnikami depresjogennymi. „Celami programów terapeutycznych zorientowanych na rozwiązanie problemów w przypadku pacjentów chorych na depresję są: pomoc w identyfikowaniu poprzednich i aktualnych sytuacji życiowych, mogących wyzwać epizod depresyjny, minimalizacja negatywnego wpływu objawów depresyjnych na aktualne i przyszłe sposoby radzenia sobie ze stresem, zwiększenie efektywności strategii rozwiązywania aktualnych

⁴⁹ H. P. Rang, M. M. Dale, J. M. Ritter, *Farmakologia kliniczna*, red. M. Wielosz, tł. S. J. Czuczwar [i in.], Lublin 2001, s. 544-559.

⁵⁰ M. Wojnar, Nowacka - Pawlaczek D., Cześnikiewicz A., Żmigrodzka I., Wasilewski D., *Zaburzenia depresyjne u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej przyjmujących przewlekle benzodiazepiny*; www.psychiatria.med.pl/darmowy_pdf.phtml?indeks=10&indeks_art=84

⁵¹ Landowski, art. cyt., s. 6.

⁵² Tamże.

problemów, nauka ogólnych sposobów radzenia sobie z przyszłymi problemami, co zapobiega nawrotom depresji”⁵³

Proponowana przez Becka terapia poznawcza wynika z obserwacji pacjentów i koncepcji schematów poznawczych opartej na organizacji doświadczeń związanych z konkretnymi zdarzeniami, obiektami i osobami spotkanymi w historii życia⁵⁴ Współcześnie, także w Polsce, otwierane są ośrodki prowadzące terapię oraz warsztaty i szkolenia w zakresie terapii poznawczo-behawioralnej. Prowadząca od 2002 r. kursy dla lekarzy i psychologów zajmujących się leczeniem zaburzeń psychicznych Szkoła Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej Centrum (Cognitive Behavioral Therapy – CBT) jest rekomendowana przez Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej (PTTPB), będące członkiem European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT)⁵⁵ Formą wsparcia dla nauczycieli pracujących z dziećmi przejawiającymi rozmaite zaburzenia zachowania i przysparzającymi wielu problemów wychowawczych z tytułu zaburzeń afektywnych, w tym również depresji, jest utworzona przez Centrum Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej Niepubliczna Placówka Doskonalenia Nauczycieli⁵⁶ Tego typu działalność podkreśla istniejącą konieczność różnego rodzaju oddziaływań wspierających pacjentów, wymagających nie tylko specjalistycznej pomocy psychiatrycznej i psychoterapeutycznej, ale również kontaktu pomocnego. Ten zaś mogą i powinni podjąć członkowie rodziny, osoby bliskie, pracownicy socjalni, nauczyciele i duszpasterze. W leczeniu depresji niezwykle ważna jest rola rodziny. „Rodzina może być najlepszym terapeutą. Gdy źle funkcjonuje, chory nie ma motywacji, by zdrowieć”⁵⁷ Ponadto członkowie rodziny pacjenta współprzeżywają jego cierpienie,

⁵³ D u d e k, art. cyt., s. 7.

⁵⁴ A. T. B e c k, A. F r e j m a n, *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, New York 1990; A. T. B e c k, B. A. A l f o r d, *Terapia poznawcza jako teoria integrująca psychoterapię*, tł. M. Łamacz, Kraków 2005; E. N ę c k a, J. O r z e c h o w s k i, B. S z y m u r a, *Psychologia poznawcza*, Warszawa 2006.

⁵⁵ Centrum CBT Cognitive and Behavioral Therapy. Centrum Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej. Szkoła Terapii Poznawczo-Behawioralnej; http://www.cbt.pl/pl/szkola_psychoterapii_poznawczo_behawioralnej (14.05.2008).

⁵⁶ Centrum CBT Cognitive and Behavioral Therapy. Centrum Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej. Niepubliczna Placówka Doskonalenia Nauczycieli; http://www.cbt.pl/pl/niepubliczna_placowka_doskonlenia_nauczycieli (14.05.2008).

⁵⁷ J. R o i k, *Depresja stanowi 4. najpoważniejszy problem na świecie*; www.jroik.manpol.net (21.02.2008).

czasami je wzmacniają poprzez niewłaściwe relacje; można twierdzić, że chorują razem z nim i w związku z tym im także potrzebne jest wsparcie.

Osoby depresyjne wymagają również pomocy duchowej. R. Callahan i R. McDonnell piszą nawet o terapii duchowością i wskazują modlitwy na depresję⁵⁸ Ich publikacja jest swoistym współtowarzyszeniem osobom cierpiącym, przeżywającym udrękę bólu psychicznego i nieustającej żałoby. Autorki zapewniają, że jest możliwość uwolnienia od niepotrzebnych ciężarów, którymi człowiek sam siebie obarcza. Pełne nadziei do powierzenia się Bogu są słowa zawarte w rozdziale ich pracy: „Pozwólmy, by Bóg nas pielęgnował”⁵⁹ Wartością tej książki poświęconej depresji i duchowości jest to, że piszą ją osoby z doktoratami w zakresie psychologii klinicznej i w dziedzinie studiów biblijnych. Na ten sam aspekt zagadnienia zwraca uwagę J.-F. Catalan w swojej pracy *Depresja a życie duchowe*⁶⁰ Francuski psychiatra Ph. Madre, pisząc o zranieniu życia, stwierdza, że dotyczy ono nie tylko psychiki, ale także duchowego wymiaru człowieka, i wśród zaleceń, takich jak towarzyszenie życiu, ufne słuchanie, rozpoznanie, pogodzenie się z życiem, wskazuje na potrzebę otwarcia na Transcendencję⁶¹ Wśród poradników uwzględniających aspekt religijny przy wychodzeniu z depresji można wskazać jeszcze prace Sh. Trickett⁶², W. Müller⁶³, Y. Prignet, S. Rougier⁶⁴ W odzyskaniu utraconej nadziei, w wyjściu z bezradności i zagubienia, w porzuceniu nadmiernego krytycyzmu wobec siebie, w pokonaniu smutku i poczucia bezsensu życia może pomóc pacjentowi nie tylko psychiatra, ale także kapłan⁶⁵ W terapii depresji, podobnie jak w przypadku nerwic, psychoz, uzależnień czy opętania, potrzebna jest współpraca wielu specjalistów. Ogarniająca człowieka depresja wymaga integralnych oddziaływań

⁵⁸ R. Callahan, R. McDonnell, *Modlitwy na depresję. Terapia duchowością*, Warszawa 2005.

⁵⁹ Tamże, s. 183-211.

⁶⁰ J.-F. Catalan, *Depresja a życie duchowe*, Kraków 2002.

⁶¹ Ph. Madre, *Uzdrowić zranione życie*, Warszawa 2005, s. 55-68.

⁶² Sh. Trickett, *Lęk i depresja: jak radzić sobie z lękiem i depresją*, tłum. P. Żak, Kielce 1999.

⁶³ W. Müller, *Jak wyjść z depresji?*, tł. U. Poprawska, Kraków 2002.

⁶⁴ Y. Prignet, S. Rougier, *Odzyskać nadzieję: kapłan i psychiatra radzą, jak pokonać depresję*, tł. Z. Pająk, Kraków 2007.

⁶⁵ Zob. Th. Forrest, J. H. Prado Flores, *Jezus Chrystus uzdrowiciel mojej osoby*, tł. K. Skorulski, Łódź 1993; J. Wimper, K. Springer, *Uzdrowianie z mocą*, tł. M. Kantor [i in.], Wrocław 1993; G. Amorth, *Egzorcyci i psychiatrzy*, tł. W. Wiśniowski, Częstochowa 1999.

terapeutycznych, uwzględniających sferę ciała, psychiki i ducha. Problem depresji staje się więc wyzwaniem nie tylko dla lekarzy i psychologów, ale także duszpasterzy.

BIBLIOGRAFIA

- Allebeck P., Bolund C.: Suicides and Suicide Attempts In Cancer Patients. „Psychological Medicine” 1991, nr 21, s. 979-984.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2000, Text Revision. DSM-IV-TR, Washington DC.
- Amorth G.: Egzorcyści i psychiatry, tł. W. Wiśniowski, Częstochowa 1999.
- Baker G. B., Dewhurst W. G.: Biochemical Theories of Affective Disorders, [w:] Pharmacotherapy of Affective Disorders, Eds. G. B. Baker, W. G. Dewhurst, Beckenham 1985.
- Baran-Furga H., Steinbarth-Chmielewska K.: Zaburzenia depresyjne związane z przyjmowaniem substancji stymulujących typu amfetamin, „Dyskusje o Depresji” 2004, nr 24, s. 5-7.
- Beck A. T.: A Systematic Investigation of Depression, „Comprehensive Psychiatry” 1961, nr 2, s. 163-170.
- Beck A. T., Alford B. A.: Terapia poznawcza jako teoria integrująca psychoterapię, tł. M. Łamacz, Kraków 2005.
- Beck A. T., Freeman A.: Cognitive Therapy of Personality Disorders, New York 1990.
- Breitbart W., Krivov S.: Suicidie. In Psycho-oncology, New York–Oxford: Oxford University Press 1998, s. 541-547.
- Callahan R., McDonnell R.: Modlitwy na depresję. Terapia duchowością, Warszawa 2005.
- Campbell P. C.: Suicides Among Cancer Patients, „Connecticut Health Bulletin” 1996, nr 80, s. 207-212.
- Catalan J.-F.: Depresja a życie duchowe, Kraków 2002.
- Centrum CBT Cognitive and Behavioral Therapy [Centrum Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej. Szkoła Terapii Poznawczo-Behawioralnej]; http://www.cbt.pl/pl/szkola_psychoterapii_poznawczo_behawioralnej (14.05.2008).
- Centrum CBT Cognitive and Behavioral Therapy [Centrum Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej. Niepubliczna Placówka Doskonalenia Nauczycieli]; http://www.cbt.pl/pl/niepubliczna_placowka_doskonalenia_nauczycieli (14.05.2008).
- Depresja – wstydliva choroba XXI wieku; <http://www.niebieskalinia.pl/newsy.php?id=1008> (14.05.2008).

- Depresja u kobiet ma silne podłoże genetyczne; <http://www.psychologia.edu.pl/index.php?dz=serwis&op=opis&id=304>(14.05.2008).
- D u d e k D.: Stres a depresja – ujęcie psychologiczne, „Dyskusje o Depresji” 2001, nr 17, s. 6-7.
- F o r r e s t Th., P r a d o F l o r e s J. H.: Jezus Chrystus uzdrowiciel mojej osoby, tł. K. Skorulski, Łódź 1993.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10; badawcze kryteria diagnostyczne, red. S. Pużyński, J. Wciórka, tł. J. Wciórka, Kraków 1998.
- L a n d o w s k i J.: Depresja jako przewlekły stres, „Dyskusje o Depresji” 2001, nr 17, s. 2-6.
- L a n d o w s k i J.: Związek bólu z depresją – uwagi wstępne, „Dyskusje o Depresji” 2002, nr 21, s. 3-4.
- M a d r e Ph.: Uzdrożyć zranione życie, Warszawa 2005.
- M a e s M., M e l t z e r H. Y.: The Serotonin Hypothesis of Major Depression, [w:] Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress, Eds. F. E. Bloom, D. J. Kupfer, New York 1995.
- M a j k o w i c z M., L a m p a r s k a E.: Ból – emocje: metody pomiaru, „Dyskusje o Depresji” 2002, nr 21, s. 11-13.
- M a t u s z c z y k M.: O depresji; <http://www.wdepresji.fora.pl/depresja-i-o-niej-wszystko,8/o-depresji-lek-maciej-matuszczyk,12.html> (15.08.2008).
- Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych, t. 1, tł. C. Brykczyńska [i in.], Kraków 1994.
- Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych, t. 2: Zasady kodowania: ICD-10, red. A. Kozierekiewicz, tł. R. Topór-Mądry, Kraków 1997.
- Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych, ICD-10, t. 3: Indeks alfabetyczny z tezauresem określeń łacińskich, tł. C. Brykczyńska [i in.] Kraków 1997.
- M ü l l e r W.: Jak wyjść z depresji?, tł. U. Poprawska, Kraków 2002.
- N ę c k a E., O r z e c h o w s k i J., S z y m u r a B.: Psychologia poznawcza, Warszawa 2006.
- Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, www.parpa.pl
- P r i g n e t Y., R o u g i e r S.: Odzyskać nadzieję: kapłan i psychiatra radzą, jak pokonać depresję, tł. Z. Pająk, Kraków 2007.
- Przyczyny depresji; <http://depressio.webpark.pl> (14.05.2008).
- Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny, red. A. Bilikiewicz, W. Strzyżewski, Warszawa 1992.
- Psychoterapia: szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy, red. L. Grzesiuk, Warszawa 1994.
- R a d z i w i ł o w i c z P.: Depresja jako czynnik wyzwalający choroby somatyczne, „Dyskusje o Depresji” 2001, nr 17, s. 8-9.
- Rekomendacje merytoryczne dotyczące rozwoju pomocy psychologicznej i socjoterapeutycznej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, www.parpa.pl (26.03.2008).
- R o i k J.: Depresja; www.jroik.manpol.net (3.08.2003).

- R o i k J.: Depresja stanowi 4. najpoważniejszy problem na świecie; www.jroik.manpol.net (21.02.2007).
- S a l k o v s k i s P.: Transcript of an Interview With A. T. Beck, San Francisco 1990.
- S c h a t z b e r g A. F., S c h i l d k r a u t J. J.: Recent Studies on Norepinephrine System in Mood Disorders, [w:] Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress, Eds. F. E. Bloom, D. J. Kupfer, New York 1995.
- S e l i g m a n n M. E. P. R o s e n h a n D. L.: Psychopatologia, t. I, II, tł. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Poznań 1994.
- T r i c k e t t Sh.: Lęk i depresja: jak radzić sobie z lękiem i depresją, tł. P. Żak, Kielce 1999.
- V a l e n t i n e A. D.: Postępowanie z chorymi cierpiącymi na ból nowotworowy i depresję, „Medycyna po Dyplomie” 2004, nr 8, s. 95-104.
- W a l d e n - G a ł u s z k o d e K.: Ból a depresja, „Dyskusje o Depresji” 2002, nr 21, s. 5-9.
- W e i s h a a r M. E.: Twórcy psychoterapii: A. T. Beck, tł. P. Wiśliński, Gdańsk 2007.
- W i m b e r J., S p r i n g e r K.: Uzdrawianie z mocą, tł. M. Kantor [i in.], Wrocław 1993.
- W o j n a r M., N o w a c k a P a w ł a c z y k D., C z e r n i k i e w i c z A., Ż m i g r o d z k a I., W a s i l e w s k i D.: Zaburzenia depresyjne u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej przyjmujących przewlekle benzodiazepiny; www.psychiatria.med.pl/darmowy_pdf.phtml?indeks=10&indeks_art=84 (21.02.2007).
- Z i ó ł k o w s k i M.: Wybrane aspekty występowania zaburzeń depresyjnych u osób uzależnionych od alkoholu, „Dyskusje o Depresji” 2004, nr 24, s. 2-4.
- Z i s o o k S.: Depression in Late Life – Special Cosiderations In Treatment. Depresja w późnym wieku. Starsi ludzie wymagają odpowiedniego postępowania, „Medycyna po Dyplomie” 1998, nr 1, s. 103-109.

DEPRESSION

– AN INTEGRAL APPROACH FOR FAMILIES AND PRIESTS

EPIDEMIOLOGY, SYMPTOMATOLOGY, ETIOLOGY AND THERAPY OF DEPRESSIVE DISTURBANCES

S u m m a r y

Depression is a disease occurring in 17% of the world's population. Depressive symptoms constitute a certain continuum from a lasting dejection and sadness, through pessimism, a sense of hopelessness and a feeling of being redundant, to suicidal inclinations. Psychological symptoms are often accompanied by numerous somatic ailments. Depression is induced by psycho-social reasons connected with experiencing an actual difficult situation, and biochemical ones that include organic changes, neuro-transmitter disturbances, disturbances in the

functioning of the axis limbic system – hypothalamus – pituitary glands – suprarenal glands. Attention is also paid to genetic predispositions and social inheritance. There is a connection between depression and diseases causing pain, use of psych-active substances, drinking alcohol, chronic stress, disability, decrepitude and advanced age. A long depression contributes to numerous illnesses, disturbs memory processes, worsens the mood, increases low self-appraisal, intensifies the feeling of helplessness and hopelessness, disturbs sleep and eating, makes proper psycho-social functioning impossible and sometimes is the cause of suicides. Patients suffering from depressive symptoms need other people's positive attitude in an exceptional degree. In the therapy of depression, besides medicines, psychological influence is mentioned, as it brings psychological support and help in solving difficult situations. Also pastoral counseling is necessary.

Translated by Tadeusz Karłowicz

Słowa kluczowe: depresja, przewlekły stres, poczucie beznadziejności, kontakt pomocny.

Key words: depression, chronic stress, feeling of hopelessness, helping contact.