



DEPRESJA

ks. Nikodem Rybczyk



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



Po pierwsze
Rodzina!

KONKURS MINISTRA RODZINY I POLITYKI SPOŁECZNEJ
I PEŁNOMOCNIKA RZĄDU DO SPRAW POLITYKI DEMOGRAFICZNEJ



FUNDACJA
Misji Obywatelskiej



FUNDACJA
Misji Obywatelskiej

Z MYŚLĄ O RODZINIE Z MISJĄ O PRZYSZŁOŚCI

Projekt dofinansowany w konkursie
Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej
„Po pierwsze Rodzina!” na rok 2022!



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



Po pierwsze
Rodzina!

KONKURS MINISTRA RODZINY I POLITYKI SPOŁECZNEJ
I PEŁNOMOCNIKA RZĄDU DO SPRAW POLITYKI DEMOGRAFICZNEJ



ks. Nikodem Rybczyk

Jest diecezjalnym duszpasterzem rodzin, a także psychologiem w diecezjalnej poradni do spraw uzależnień w Rzeszowie, ponadto posługuje jako delegat biskupa rzeszowskiego do spraw duszpasterstwa tradycji łacińskiej diecezji rzeszowskiej oraz jest Kierownikiem Diecezjalnego Studium Życia Rodzinnego.

DEPRESJA

Z pewnością każdy z nas doświadczał wiele razy w ciągu swego życia obniżenia nastroju. Potocznie zwykliśmy mówić na taki stan rzeczy, że ktoś jest „w dołku” czy ma „chandrę”. Doświadczenie życiowe pokazuje, że powody złego samopoczucia mogą być różne: niepowodzenia w pracy, niezdany na studiach egzamin, trudności w szkole, kłótnia z przyjacielem, rozstanie z narzeczoną, wiadomość o nieuleczalnej chorobie kogoś bliskiego, przeciągająca się w czasie sytuacja stresowa itp. W większości przypadków po kilku dniach obniżony nastrój ustępuje i powracamy do w miarę normalnego funkcjonowania, nie utożsamiając zaistniałej sytuacji z występowaniem u nas zaburzenia psychicznego, tzn. nie zatrzymujemy się dłużej nad takim stanem rzeczy. Jednak u części osób obniżenie nastroju utrzymuje się przez dłuższy czas i zakłóca normalne funkcjonowanie. Nierzadko dochodzi do tego znaczne psychiczne cierpienie, z którym osoba nie jest w stanie sobie poradzić. Mówimy wtedy o tzw. zaburzeniach afektywnych, nazywanych także zaburzeniami nastroju.

Afekt i nastrój są ze sobą ściśle powiązane. Afekt oznacza uczucie doświadczane subiektywnie w danym momencie. Nierzadko słyszymy, że ktoś działał w afekcie, to znaczy zrobił coś pod wpływem silnych emocji. Nastrój z kolei tworzą trwałe emocje, które utrzymują się przez dłuższy czas (np. kilka dni). Zaburzenia afektywne (nastroju) są jednymi z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych i związane są one z emocjami, których doświadcza człowiek. Zaburzenia te zawsze były problemem powszechnym, ale w ostatnim czasie zaobserwować je można szczególnie często. Badacze szacują, że ok. 20% dorosłych cierpiało kiedyś na zaburzenia nastroju (Zimbardo i Gerrig, 2019). Zwykło się przyjmować, że zaburzenia te dotyczą przede wszystkim osoby dorosłe, jednak prawdą jest, że zarówno dzieci jak i młodzież również mogą cierpieć na zaburzenia nastroju.

Zaburzenia nastroju mają rozmaity charakter. Można jednak mówić o ich dwóch podstawowych rodzajach, które wydają się być jego istotą. Są nimi mania, czyli stan utrzymującego się skrajnie podwyższonego nastroju oraz depresja charakteryzująca się skrajnie obniżonym nastrojem. U części chorych mogą występować nawroty zarówno depresji, jak i manii, wówczas mówimy o chorobie afektywnej dwubiegunowej

(nazywanej także zaburzeniem dwubiegunowym). Zaburzenia nastroju cechują się przede wszystkim trudnościami w sferze emocjonalnej.

Nasze rozważania poświęcimy jednemu z biegunów zaburzeń nastroju, mianowicie tematowi depresji, która występuje w populacji znacznie częściej niż mania. Depresja, to dzisiaj jedna z najczęściej wymienianych chorób obecnych czasów. W ostatnich dekadach XX wieku nastąpił znaczny rozwój badań nad depresją. Badania te wykazały systematyczne zwiększanie wskaźników zachorowalności na tę chorobę w większości krajów świata. Można zatem powiedzieć, że zjawisko depresji ma charakter globalny. Z prowadzonych badań wynika, że depresja dotyczy około 6% populacji z niewielką przewagą ilości kobiet nad mężczyznami (Jarema, 2018). Badania wskazują, że przynajmniej 200 000 osób jest każdego roku hospitalizowanych z powodu depresji. Szacuje się nawet, że jedna czwarta osób zgłaszających się do lekarza z powodów somatycznych (fizycznych) może doświadczać objawów powiązanych z depresją, choć nie jest ona bezpośrednio diagnozowana (Meyer, 2003).

Wszystko to sprawia, że depresja jako zespół chorobowy stanowi jeden z najczęstszych stanów chorobowych spotykanych w całej medycynie. Osoba cierpiąca na depresję, kiedy już nie radzi sobie z sytuacją, w której się znalazła, udaje się po pomoc zazwyczaj do psychologa lub psychoterapeuty. Należy pamiętać jednak, że diagnozę zaburzenia depresyjnego może postawić jedynie lekarz psychiatra w oparciu o występujące objawy zapisane w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, w skrócie ICD (International Classification of Diseases), sporządzonej przez Światową Organizację Zdrowia.

Jakie są kliniczne objawy depresji?

Kryteria diagnostyczne Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 (dziesiąta wersja klasyfikacji) dla rozpoznania epizodu depresyjnego uwzględniają występowanie określonej liczby objawów głównych, inaczej podstawowych oraz występowanie tzw. objawów dodatkowych. Ponadto zwracają uwagę na występowanie objawów psychotycznych oraz czas trwania objawów, który wynosi co najmniej dwa tygodnie (w skrajnych przypadkach, kiedy objawy są bardzo nasilone, czas ten może być nieco krótszy). Do stwierdzenia występowania zaburzenia

depresyjnego koniecznym jest występowanie przynajmniej dwóch z trzech objawów podstawowych. Podstawowymi kryteriami diagnostycznymi, które świadczą o występowaniu zaburzenia depresyjnego, są:

- Obniżony nastrój;
- Utrata zainteresowań lub zadowolenia;
- Zmniejszenie energii (zwiększona męczliwość i zmniejszenie aktywności).

W typowych epizodach depresji pacjent cierpi z powodu obniżonego nastroju, utraty zainteresowań i zdolności radowania się, zmniejszenia energii prowadzącego do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności. Obniżenie nastroju wiąże się z doświadczaniem intensywnego smutku i nierzadko beznadziejności. Niejednokrotnie trudno jest osobie zidentyfikować źródło owego smutku. Ponadto osobie zazwyczaj bardzo trudno jest doświadczać emocji przyjemnych (np. radość, dumę). Utrata zainteresowań, jako drugie z kryteriów podstawowych, polega na tym, że to, co do tej pory sprawiało pacjentowi radość i przyjemność nie jest już powodem radości i przyjemności. To, co dawniej cieszyło, obecnie nie cieszy. To, co dawniej było dla osoby atrakcyjne, teraz stało się obojętne (np. ktoś bardzo lubił wychodzić do kina i kilka razy w miesiącu uczestniczył w seansach, a obecnie zupełnie nie podejmuje takiej aktywności; taka aktywność go już nie cieszy). Trzecim kryterium objawowym depresji jest zmniejszenie aktywności, które bardzo często wiąże się ze zwiększeniem męczliwości. Osoba szybko się męczy, nic jej się nie chce, czuje się wiecznie zmęczona. To sprawia, że nie jest skłonna do podejmowania różnego rodzaju aktywności. Zdarza się, że osoba nie jest w stanie wstać z łóżka i przygotować sobie posiłku.

Ponadto ICD-10 podaje inne objawy zaburzenia depresyjnego, zwane objawami dodatkowymi. Ilość obecnych u osoby objawów dodatkowych świadczy o stopniu nasilenia zaburzenia:

- Osłabienie koncentracji i uwagi;
- Niska samoocena i mała wiara w siebie;
- Poczucie winy i małej wartości;
- Pobudzenie lub zahamowanie;

- Zaburzenia łaknienia (wzrost lub spadek apetytu)
- Myśli lub czyny samobójcze, myśli o śmierci lub wyrządzeniu sobie krzywdy
- Zaburzenia snu

Osoba cierpiąca na depresję może skarżyć się na osłabienie koncentracji i uwagi. Trudno jest jej skupić się na wykonywaniu określonej czynności; wydaje się być rozproszona bądź nieobecna w danej chwili i danym miejscu. Osoba depresyjna bardzo często nisko siebie ocenia. Uważa, że jest beznadziejna i nic dobrego nie jest w stanie zrobić. Nie wierzy w siebie i we własne możliwości. To sprawia, że w tym większym stopniu nie chce angażować się w żadne aktywności, gdyż uważa, że do niczego się nie nadaje i nic nie potrafi. Inną cechą charakterystyczną osoby cierpiącej na depresję jest ciągle doświadczanie poczucia winy lub wyrzutów sumienia. Są one nadmierne i nieuzasadnione, niemniej jednak osoba nieustannie z ich powodu się zagnębia i jest w stu procentach przekonana, że w czymś zawiniła. Nierzadko depresji towarzysza pojawiające się myśli o śmierci oraz o odebraniu sobie życia. Zdarzają się także próby samobójcze. Osoba depresyjna traci jakikolwiek sens życia. Jest przekonana, że nic nie może poprawić jej sytuacji. Pojawia się poczucie beznadziejności i bezsensowności. Jedynym wyjściem z tak trudnej sytuacji wydaje się być zamach na własne życie, przez co osoba pragnie uwolnić się od przeżywanego cierpienia. Przede wszystkim z tego właśnie powodu, to znaczy zagrożenia odebrania sobie życia, tak ważnym w zaburzeniu depresyjnym jest podjęcie stosunkowo szybko stosownego leczenia.

ICD wspomina także o objawach depresji, które można by odnieść do sfery nie tyle psychicznej, co raczej cielesnej. Są nimi zaburzenia snu wszelkiego rodzaju oraz zaburzenia łaknienia. Osoba cierpiąca na depresję bardzo często ma trudności ze spaniem. Nie może zasnąć, często się wybudza, jej sen nie jest głęboki. Zazwyczaj osoby depresyjne budzą się kilka godzin przed czasem i już nie mogą zasnąć. Trudności ze snem dodatkowo nasilają u osoby uczucie zmęczenia. Innym objawem depresji jest zaburzenie łaknienia. Osobę charakteryzuje wzrost lub spadek łaknienia i co się z tym wiąże, zmiana masy ciała.

W skrajnych postaciach depresji pojawiają się u chorego objawy psychotyczne:

- Omamy
- Urojenia

Objawy psychotyczne, to inaczej takie objawy chorobowe, które wskazują na stan odrealnienia pacjenta. Osoba dotknięta takim schorzeniem ma zaburzony kontakt z rzeczywistością, tzn. doświadcza czegoś, czego obiektywnie nie ma. Pierwszym z objawów psychotycznych są omamy, nazywane także halucynacjami. Omamy mogą dotyczyć każdego ze zmysłów, najczęściej jednak osoby doświadczają omamów słuchowych, tzn. słyszą głosy lub dźwięki, których w rzeczywistości nie ma. Najczęściej omamy słuchowe lub węchowe mają charakter głosów oszczerczych lub oskarżających, albo zapachów zgnilizny lub rozkładającego się ciała. Ponadto może pojawić się ciężkie zahamowanie psychoruchowe, które może narastać aż do rozmiarów osłupienia. Drugim z objawów psychotycznych są urojenia, czyli nieprawdziwe sądy, myśli, co do których osoba jest przekonana, że są prawdziwe. Treść urojeń dotyczy przede wszystkim grzechów, ubóstwa, nieuchronnej klęski, przestępstw (odpowiedzialności). Epizod depresyjny z objawami psychotycznymi jest zawsze traktowany jako epizod depresji ciężkiej.

Dodatkowo wyróżnia się tzw. grupę objawów somatycznych, mających związek ze stanem somatycznym organizmu. Częściowo nakładają się one na wymienione wcześniej objawy, a częściowo są od nich różne. Objawami somatycznymi depresji są:

- Utrata zainteresowania lub przyjemności w czynnościach, które normalnie sprawiają przyjemność;
- Brak reaktywności emocjonalnej na normalnie przyjemne bodźce
Wybudzanie się nad ranem, zazwyczaj ok. 2 godzin przed zwykłą porą wstawania
- Dobowe wahania nastroju, z pogarszaniem rano i względną poprawą wieczorem
- Wyraźne objawy zahamowania lub pobudzenia psychomotorycznego
- Znaczna utrata apetytu
- Utrata wagi (co najmniej 5% w stosunku do masy ciała sprzed miesiąca)

- Znaczna utrata libido

Czas trwania objawów, który może świadczyć o występowaniu zaburzenia depresyjnego wynosi co najmniej dwa tygodnie. Oznacza to, że jeżeli objawy utrzymują się przez czas krótszy od dwóch tygodni, nie mamy do czynienia z depresją. W skrajnych jednak przypadkach, jak już zostało wspomniane, gdy objawy mają szczególnie duże nasilenie, czas ten może być krótszy.

Obraz kliniczny depresji wykazuje dużą zmienność osobniczą, co oznacza, że u różnych osób w różnym stopniu pojawiać się będą poszczególne objawy. U niektórych chorych na pierwszy plan obrazu klinicznego wysuwa się lęk, distres, podniecenie ruchowe, a zaburzenia nastroju mogą być maskowane przez dodatkowe objawy takie jak rozdrażnienie, nadużywanie alkoholu, zachowania historyczne, narastanie już poprzednio występujących fobii lub natręctw, albo też przez dolegliwości hipochondryczne. Depresje kliniczne mogą mieć także inną postać, zwaną depresją przewlekłą. Depresja przewlekła nazywana jest dystymią.

Dystymia, to typ depresji charakteryzujący się przewlekłym (trwającym minimum 2 lata lub dłużej) obniżeniem nastroju o przebiegu łagodniejszym niż w przypadku opisanych dotychczas objawów depresji. Osoby dotknięte dystymią miewają okresy (dni, tygodnie) zupełnie dobrego samopoczucia, jednakże większość czasu (miesiące) czują się zmęczeni i przygnębieni; wszystko łączy się z dużym wysiłkiem i brakiem zadowolenia. Są zniechęceni i cierpiący, narzekają na zaburzenia snu. W odróżnieniu od osób cierpiących na typowe zaburzenie depresyjne, są jednak w stanie podołać codziennym obowiązkom.

Depresja maskowana i depresja sezonowa

U części chorych na depresję objawy smutku czy spadku zainteresowań mogą być niezauważalne, natomiast mogą oni cierpieć na liczne dolegliwości bólowe, czy zgłaszać inne skargi somatyczne, np. zaburzenia snu, spadek łaknienia, czy uczucie osłabienia. Jeśli dolegliwości te nie znajdują odbicia w stanie somatycznym chorych, to znaczy nie reagują na leki „somatyczne” (np. przeciwbólowe), nasilają się w godzinach rannych, a w rodzinie chorego można zidentyfikować

przypadki depresji, to mamy do czynienia z depresją maskowaną, a więc taką postacią depresji, w której typowe objawy depresyjne nie są na pierwszym planie.

Depresja sezonowa, to postać zaburzenia depresyjnego, którego objawy powracają zimą, lub jesienią. Skracanie się dnia jest czynnikiem, który wyzwała objawy depresyjne, dlatego jedną z metod terapii tego rodzaju depresji jest „terapia światłem”, polegająca na ekspozycji chorego na jasne światło, o pełnym spektrum światła słonecznego. Najczęściej depresja sezonowa manifestuje się spadkiem energii, zwiększoną potrzebą snu i chęcią spożywania węglowodanów, np. słodczy.

Klasyfikacja zaburzeń depresyjnych

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych Światowej Organizacji Zdrowia (ICD-10) wyodrębnia trzy kategorie epizodów depresyjnych, jakie może zdiagnozować lekarz psychiatra: epizod łagodny, umiarkowany i ciężki. Ponadto w odniesieniu do ciężkiego epizodu depresyjnego klasyfikacja rozróżnia także zaburzenie depresyjne z objawami psychotycznymi oraz zaburzenie depresyjne bez objawów psychotycznych.

Wyodrębnione stopnie nasilenia zaburzeń opisują szeroki zakres obrazów klinicznych. Pacjenci z łagodnymi epizodami depresji korzystają często z pomocy lekarzy pierwszego kontaktu i lekarzy domowych. W oddziałach psychiatrycznych przebywają przeważnie chorzy z ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi. Rozróżnienie łagodnego, umiarkowanego i ciężkiego epizodu depresyjnego wymaga wnikliwej analizy liczby, rodzaju i stopnia nasilenia (ciężkości) poszczególnych objawów. Do takiego ogólnego oszacowania ciężkości zaburzeń zwykle przydatna jest ocena codziennej aktywności społecznej i zawodowej, chociaż wpływ czynników indywidualnych, społecznych i kulturowych zaburza proste powiązania między ciężkością objawów a funkcjonowaniem społecznym. Im poważniejszy stan pacjenta (im objawy depresji są liczniejsze i bardziej intensywne), tym większe jego cierpienie i trudności w codziennym funkcjonowaniu.

Etiologia zaburzeń nastroju

Etiologia zaburzeń nastroju (afektywnych), tak zwanych endogennych, czyli nie uwarunkowanych czynnikami zewnętrznymi, nie jest do

końca wyjaśniona. Najczęściej przyjmuje się, że zaburzenia nastroju są uwarunkowane wieloma czynnikami. Wśród nich wymienia się: czynniki neurochemiczne, czynniki genetyczne, czynniki biologiczne oraz czynniki psychologiczne.

Czynniki genetyczne odgrywają w depresji istotną rolę. Potwierdzają to badania nad bliźniętami, w które wykazały 40-50% zgodności występowania depresji u bliźnięt monozygotycznych i 25% zgodności w przypadku bliźnięt dizygotycznych. Ponadto ryzyko zachorowania na depresję dla krewnych I stopnia, czyli rodziców, rodzeństwa i dzieci, wynosi około 20%. W predyspozycji do depresji bierze udział kilkadziesiąt różnych genów wchodzących ze sobą we wzajemną interakcję (Jarema, 2018).

W chorobach afektywnych występują zaburzenia w przemianach i dystrybucji substancji przekaźnikowych, zwłaszcza noradrenaliny, dopaminy i serotoniny. Zaburzenia w działaniu tych neuroprzekaźników mózgowych wykazano za pomocą badań neurochemicznych oraz neuroobrazowych. Hipotezy o neurochemicznym podłożu zaburzeń depresyjnych znajdują potwierdzenie także w dużej skuteczności leków przeciwdepresyjnych. Obserwuje się ponadto ściśle powiązanie zaburzeń neuronalnych, dotyczących osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej i zaburzeń tarczycy z chorobami afektywnymi. Badania neurobiologiczne wykazały ponadto zaburzenia w osi układ limbiczny-podwórze-przysadka-nadnercza, nazywanej osią stresu.

Koncepcje psychodynamiczne upatrują źródła objawów depresyjnych w doświadczeniach życiowych, w wyniku których wzbudzona złość została skierowana przeciwko sobie zamiast przeciwko obiektom będącym źródłem frustracji i wynikającej stąd złości. Złość taka jest najczęściej efektem odrzucenia przez osoby znaczące albo reakcją na utratę czegoś ważnego. Innym czynnikiem, który może prowadzić do objawów depresyjnych, bywa niska samoocena jako wynik nadmiernej zależności od osób znaczących w okresie kształtowania się samooceny.

W ramach koncepcji poznawczych wypracowano inne modele wyjaśniania przyczyn objawów depresyjnych: model negatywnych myśli Becka i model wyuczonej bezradności Seligamana. Beck uważa,

że u podłoża depresji znajdują się dwa mechanizmy: triada poznawcza i błędy logiczne. Triada poznawcza to określony sposób myślenia, wynikający z trzech wadliwych przekonań: negatywnej oceny samego siebie, negatywnej oceny własnej przeszłości oraz sytuacji obecnej i wreszcie przewidywania negatywnych zdarzeń w przyszłości. Osobę cierpiącą na depresję charakteryzują określne błędy poznawcze, czyli nieadekwatne sądy powstające w umyśle pacjenta. Osoba depresyjna negatywnie myśli i wnioskuje o sobie samej. Wszystko wydaje się jej potwierdzać, że jest kimś beznadziejnym, że do niczego się nie nadaje, że jej życie jest pasmem samych porażek. Podobnie wnioskuje o otaczającym ją świecie, który postrzega jako zły, nieprzychylny i zagrażający. Również przyszłość jawi się jej wyłącznie w czarnych kolorach. Nie widzi sensu jakiegokolwiek wysiłku, bo i tak wszystko zakończy się źle. Wśród błędów logicznych, które charakteryzują osoby cierpiące na depresję, Beck wymienia: arbitralne wnioskowanie, czyli wyciąganie wniosków przy braku dostatecznej ilości przesłanek, selektywną uwagę, czyli skupianie się na jednym szczególe z pominięciem innych elementów oceny sytuacji, oraz personalizację, czyli przypisywanie sobie odpowiedzialności za negatywne zdarzenia pojawiające się w doświadczeniach życiowych jednostki, a nawet za takie zdarzenia w życiu innych ludzi.

Takie schematy poznawcze, jak opisane w triadzie depresyjnej oraz popełniane błędy logiczne nieuchronnie prowadzą do błędnej i negatywnej oceny samego siebie oraz wynikającej stąd tendencji do wycofywania się z życia, obwiniania samego siebie, karania siebie, włącznie z chęcią odebrania sobie życia.

Teoria wyuczonej bezradności Seligmana zaburzenia depresyjne wyjaśnia wadliwie ukształtowanym stylem myślenia atrybucyjnego. Osoby chore na zaburzenia depresyjne charakteryzują się tym, że z reguły sobie przypisują przyczyny porażek, a czynnikiem zewnętrznym – przyczyny sukcesów.

Leczenie zaburzeń nastroju

Po prawidłowo przeprowadzonym postępowaniu diagnostycznym należy w pierwszej kolejności dokonać oceny zagrożenia, jakim są dla pacjenta objawy depresyjne. Wszystkie zaburzenia nastroju niosą

ze sobą ryzyko samobójstwa, dlatego jako pierwszą należy podjąć decyzję, gdzie rozpocząć leczenie – w szpitalu czy w warunkach ambulatoryjnych. Hospitalizacja zwiększa bezpieczeństwo pacjenta i pozwala zastosować wyższe dawki leków. Leczenie ambulatoryjne stwarza warunki lepszego dostępu do ośrodka prowadzącego leczenie. Na decyzję o wyborze miejsca wpływa także ocena środowiska pacjenta, możliwość zapewnienia mu opieki ze strony rodziny.

Leczenie zaburzeń afektywnych jest najczęściej połączeniem leczenia farmakologicznego z oddziaływaniami psychoterapeutycznymi. Wybór leku przeciwdepresyjnego zależy od głębokości zaburzeń, nasilenia lęku i niepokoju, nasilenia zahamowania psychicznego i ruchowego oraz stopnia ryzyka samobójstwa.

Psychoterapia w leczeniu zaburzeń nastroju to głównie metody psychoterapii poznawczej, wywodzącej się z poznawczej teorii depresji Becka. Celem psychoterapii poznawczej jest poznanie i korekta zaburzonego sposobu myślenia i irracjonalnych schematów leżących u podłoża depresji. Podstawowe techniki terapii poznawczej to: wykrywanie myśli automatycznych, to znaczy takich, które pojawiają się jako automatyczna i niezróżnicowana reakcja na niemal każde zdarzenie; konfrontowanie myślenia automatycznego z rzeczywistością, czyli poszukiwanie uzasadnienia dla myśli automatycznych oraz poszukiwanie możliwych wyjaśnień dla zdarzeń wywołujących myślenie automatyczne; trening reatrybucji, czyli poszukiwanie odpowiedzialności za zdarzenia także poza przypisywaniem winy wyłącznie sobie; trening zmiany schematów poznawczych przez poszukiwanie pozytywnych myśli zawsze wtedy, gdy pojawiają się automatyczne myśli negatywne na własny temat.

Depresja a kontekst rodzinny

Mówiąc o depresji, nie możemy odnosić jej wyłącznie do osoby, która na nią cierpi. Pacjent depresyjny zawsze bowiem pozostaje w pewnym kontekście rodzinnym, który z jednej strony może okazać się wspomagającym funkcjonowanie chorego z drugiej zaś może pogłębiać jego zaburzenie. W tym miejscu należy zaznaczyć, że właściwości środowiska rodzinnego uznawane są przez badaczy tematu za kluczowy czynnik chroniący przed różnego rodzaju zaburzeniami

psychicznymi lub przyczyniający się do ich powstawania.

Osoba cierpiąca na depresję często uważa się za osobę beznadziejną, na której nie można polegać i która niewiele potrafi osiągnąć. Jedną z przyczyn takiego sposobu samooceny może być postawa członków rodziny, którzy, świadomie bądź nieświadomie, mogą wzmacniać w chorym takie negatywne spojrzenie na siebie. Nieustanne krytykowanie dziecka przez rodziców lub dawanie do zrozumienia, że jest ono mało kompetentne, niewiele mogące osiągnąć, że jest „tym gorszym” w porównaniu z innymi dziećmi, może w znacznym stopniu przyczynić się do rozwoju zaburzenia depresyjnego.

Do czynników ryzyka powstania depresji, przede wszystkim w okresie adolescencji, zalicza się nieprawidłowe relacje rodzinne (jak np. niesprawiedliwe traktowanie dzieci przez rodziców) i różnego rodzaju wydarzenia o charakterze straty, takie jak śmierć kogoś bliskiego, separacja czy rozwód rodziców. W dzisiejszych czasach coraz więcej małżeństw się rozpada. Badania wskazują, że ponad jedna trzecia związków małżeńskich kończy się rozejściem się małżonków. Oczywistym jest, że pierwszymi ofiarami tego stanu rzeczy są dzieci, które muszą zmierzyć się z traumatycznym dla nich wydarzeniem, jakim jest rozejście się rodziców. Badania potwierdzają, że pochodzenie z rodziny niepełnej jest związane z depresją oraz słabszym emocjonalnym przystosowaniem. Niewątpliwie rozpad rodziny pozostaje dramatycznym wydarzeniem, które ma niekorzystne znaczenie dla zdrowia psychicznego młodzieży.

Depresja jest chorobą, która w oczywisty sposób dotyka zarówno samego chorego, jak i członków jego rodziny, w dużym stopniu upośledzając życie rodzinne. Badania pokazują, że poziom obciążenia odczuwanego przez członków rodziny opiekujących się chorym krewnym jest wyższy w przypadku pacjentów cierpiących na zaburzenia psychiczne, w tym na zaburzenie depresyjne, niż w przypadku osób cierpiących na choroby somatyczne.

Osoba cierpiąca na depresję zazwyczaj wyłącza się z normalnego funkcjonowania w rodzinie. Nie jest w stanie wypełniać swoich obowiązków i ma znaczne trudności w codziennym funkcjonowaniu. W związku z tym wszystkie zadania i obowiązki rodzinne, które

powinna podejmować osoba cierpiąca na depresję przechodzą na zdrowych członków rodziny. To nierzadko może prowadzić do nadmiernego ich obciążenia, a nawet do pogorszenia stanu zdrowia somatycznego jako konsekwencja fizycznego wyczerpania.

Doświadczenie pokazuje, że nie wszystkie osoby będące członkami rodziny pacjenta cierpiącego na depresję potrafią zaakceptować jego stan chorobowy. Dla wielu wydaje się, że osoba udaje bądź nie jest w aż tak złym stanie, żeby nie mogła funkcjonować w sposób normalny. Często niemożliwość wstania z łóżka traktowana jest jako lenistwo. Komunikaty typu: „Weź się ogarnij; nie przesadzaj; bierz się do życia” wysyłane przez zdrowych członków rodziny nie pomagają osobie cierpiącej na depresję, a wręcz przeciwnie, jeszcze bardziej ją dołują, wpędzając w większe poczucie winy i dając odczuć brak zrozumienia i wsparcia ze strony najbliższych. Można zatem stwierdzić, że depresja bardzo często negatywnie wpływa na relacje rodzinne, które zaczyna charakteryzować chłód emocjonalny.

Rola rodziny jest szczególnie ważna w terapii osoby cierpiącej na depresję. Osoba depresyjna bowiem bardzo często czuje się niezrozumiana i odtrącona przez najbliższych, co często powoduje zachwianie podstawowej potrzeby bezpieczeństwa i zaopiekowania. Bliscy osoby cierpiącej na depresję mogą z drugiej nieustannie wspierać chorego swoją obecnością, wrażliwością i emocjonalnym ciepłem, przez co chory będzie się czuł zaopiekowany.