**Czym jest depresja?**

Chwilowy smutek związany z zawodem miłosnym lub utratą pracy nie jest depresją. Jeśli jednak stan przygnębienia lub wręcz rozpaczy trwa dłużej niż dwa tygodnie, warto udać się do lekarza, bo być może to już jest depresja. Nieleczona może doprowadzić do tak zwanego stuporu, czyli stanu paraliżu, kiedy chory nie jest w stanie ruszyć ani ręką, ani nogą. Niebezpieczne mogą okazać się również myśli samobójcze, które towarzyszą osobom cierpiącym na depresję. W tym sensie depresja jest chorobą śmiertelną. Każdego dnia średnio szesnaścioro Polaków odbiera sobie życie, ponieważ nie może znieść cierpienia. Szacuje się, że w Polsce na depresję choruje ponad półtora miliona ludzi.

**Wyróżniono trzy rodzaje depresji:**

**l e k k ą , u m i a r k o w a n ą i g ł ę b o k ą (ciężką).**

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 do podstawowych klinicznych objawów pierwszego epizodu depresyjnego należą:

1. **o b n i ż o n y  n a s t r ó j**  pojawiający się rano i utrzymujący się przez większą część dnia, prawie codziennie, niezależnie od okoliczności; poczucie smutku i przygnębienia;
2. **u t r a t a  z a i n t e r e s o w a n i a**  działaniami,  które zazwyczaj sprawiają przyjemność, lub zanik odczuwania przyjemności – tak zwana anhedonia, czyli zobojętnienie emocjonalne;
3. **o s ł a b i e n i e  e n e r g i i** lub szybsze męczenie się.

Ważne są również takie objawy dodatkowe jak:

1. zaburzenia snu (najbardziej typowe – wczesne budzenie się);
2. myśli samobójcze;
3. problemy z pamięcią i koncentracją uwagi;
4. utrata wiary w siebie i/lub pozytywnej samooceny;
5. poczucie winy (nadmierne i zwykle nieuzasadnione);
6. spowolnienie psychoruchowe (rzadziej pobudzenie);
7. zmiany łaknienia i masy ciała (częstsze zmniejszenie apetytu niż zwiększenie).

Muszą pojawić się przynajmniej dwa podstawowe objawy tej choroby oraz minimum dwa objawy dodatkowe, spośród wymienionych powyżej, aby można było zdiagnozować depresję. Ponadto objawy te powinny utrzymywać się przynajmniej przez dwa tygodnie, a dana osoba wcześniej nie mogła cierpieć na manię (lub hipomanię). Upraszczając, depresja objawia się obniżeniem nastroju, a mania – jego podwyższeniem. W tym sensie choroby te znajdują się na przeciwległych biegunach i stanowią swoje przeciwieństwo. Epizodom maniakalnym towarzyszą: pobudzenie, nadmierna aktywność, a czasem również wybuchy agresji. W takiej sytuacji diagnozuje się zaburzenia afektywne dwubiegunowe, czyli występujące naprzemiennie depresję i manię. Pacjent, który nie doświadcza manii, a jedynie depresję, usłyszy diagnozę: zaburzenia afektywne jednobiegunowe.

Depresję można podzielić również na dwa rodzaje:  **e n d o g e n n ą**  (nazywaną potocznie dziedziczną lub genetyczną) i  **r e a k t y w n ą**.  Pierwsza wiąże się z obciążeniami genetycznymi, a druga stanowi reakcję na bolesne doświadczenia związane ze stratą osoby bliskiej, utratą pracy lub wydarzeniem traumatycznym, na przykład gwałtem czy wypadkiem samochodowym.

Wiele badań wskazuje na to, że depresję można odziedziczyć, jeśli w najbliższej rodzinie pojawiła się już ta choroba. W takiej sytuacji ryzyko zachorowania krewnych pierwszego stopnia wynosi od 10 do 25 procent (Jarema, Rabe-Jabłońska). Prawdopodobnie im większe obciążenie rodzinne, tym wcześniej wystąpi choroba. Badania bliźniąt jednojajowych wykazały w ich przypadku zgodność występowania depresji sięgającą od 40 do 50 procent. Z kolei u bliźniąt dwujajowych zgodność doświadczania depresji dotyczy co czwartego przypadku (Jarema, Rabe-Jabłońska). Na skłonność do zachorowania na depresję może mieć wpływ nawet kilkadziesiąt różnych genów, ale w wielu przypadkach równie ważną rolę odgrywają czynniki środowiskowe.

**Zgodnie z klasyfikacją diagnostyczną Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego DSM-IV-TR istnieje kilka podtypów zespołów depresyjnych:**

– **d e p r e s j a  m e l a n c h o l i c z n a**  (tak zwana typowa), którą charakteryzują takie cechy jak: brak reaktywności nastroju, anhedonia, utrata masy ciała, poczucie winy, pobudzenie lub zahamowanie psychoruchowe, gorszy nastrój w godzinach porannych, przedwczesne poranne budzenie się;

– **d e p r e s j a  a t y p o w a**  (tak zwana odwrócona) objawia się nadmierną sennością, zwiększonym łaknieniem, gorszym samopoczuciem wieczorem, reaktywnością nastroju, paraliżem ołowianym, wrażliwością na odrzucenie w stosunkach interpersonalnych;

– **d e p r e s j a  k r ó t k o t r w a ł a  n a w r a c a j ą c a**,  która trwa kilka dni i pojawia się średnio raz w miesiącu;

– **d e p r e s j a  s e z o n o w a**  zwykle występująca jako reakcja organizmu na brak światła; wiąże się z regularnym pojawianiem się i ustępowaniem epizodów depresyjnych zazwyczaj jesienią i zimą;

– **d e p r e s j a  o  p r z e b i e g u  p r z e w l e k ł y m**  (dystymia), o której można mówić wówczas, gdy pełne kryteria diagnostyczne dla epizodu depresyjnego utrzymują się dwa lata lub dłużej;

– **d e p r e s j a  b ę d ą c a  r e a k c j ą  n a  ż a ł o b ę**,  charakteryzująca się tym, że objawy depresyjne trwają dłużej niż dwa miesiące;

– **d e p r e s j a  p o p o r o d owa**,  diagnozowana w przypadku kobiet, u których epizod depresyjny rozpoczyna się w czwartym tygodniu po porodzie;

– **d e p r e s j a  w  w i e k u  s t a r s z y m**,  oznaczająca znaczne upośledzenie procesów poznawczych – pseudootępienie depresyjne;

– **d e p r e s j a  m a s k o w a n a**  to zespół depresyjny, który przykrywają inne objawy chorobowe, na przykład zaburzenia lękowe, zespół obsesyjno-kompulsywny, jadłowstręt psychiczny czy okresowe nadużywanie alkoholu, narkotyków, leków;

– **d e p r e s j a  p s y c h o t y c z n a**  wiążąca się z urojeniami i omamami.

**Co powoduje depresję?** – to pytanie wciąż pozostaje bez jednoznacznej odpowiedzi. Jedna z najpopularniejszych hipotez zakłada, że jest ona związana z chemiczną nierównowagą w mózgu. W największym uproszczeniu chodzi o to, że z różnych przyczyn niektórym ludziom brakuje hormonów szczęścia. Jest to oczywiście nazwa nieprofesjonalna, ale pomaga ona wyobrazić sobie rolę neuroprzekaźników, takich jak: serotonina, noradrenalina i dopamina, których niedobór ma być odpowiedzialny za występowanie depresji. Istnieje wiele neuroprzekaźników, ale te trzy, a szczególnie serotonina, mają wpływać na depresję. Na podstawie tej hipotezy koncerny farmaceutyczne rozpoczęły własne badania i produkcję leków antydepresyjnych. Dziś niektórzy naukowcy negują skuteczność pigułek szczęścia.

Z badań Światowej Organizacji Zdrowia z 2000 roku wynika, że w co drugim przypadku po wyleczeniu depresji pojawia się jej nawrót. Wówczas mówimy o depresji przewlekłej. Z badań kontrolnych dowiadujemy się, że co trzeci pacjent po roku wciąż cierpiał na depresję, a 18 procent – po upływie dwóch lat. Po pięciu latach leczenia wciąż z depresją zmaga się 12 procent chorych.

W 2011 roku naukowcy: Jutta Joormann, Sara M. Levens i Ian H. Gotlib opublikowali badania, z których wynika, że osoby podatne na depresję nieustannie powtarzają w myślach negatywne wydarzenia ze swojego życia. Ponadto mają więcej kłopotów z wykonaniem zadań i częściej niż inni doświadczają ruminacji. To znaczy obsesyjnych myśli związanych z wątpliwościami osoby cierpiącej na depresję w jakość wykonywanych przez nią czynności, na przykład: „Jestem beznadziejny”, „Nie dam rady”, „Nic nie potrafię”, „Nic mi nie wychodzi”.

Osoby doświadczające depresji są czarnowidzami, ponieważ negatywnie postrzegają siebie i otaczający je świat. W czarnych kolorach widzą zarówno przeszłość, teraźniejszość, jak i przyszłość. Takie potrójne czarnowidztwo czterdzieści lat temu amerykański psychiatra Aaron Beck nazwał triadą depresyjną (zwaną też triadą poznawczą). Opracowany przez niego test do dziś jest wykorzystywany do diagnozowania chorych i wskazuje na ryzyko popełnienia samobójstwa.

W depresji cierpienie zdaje się być nie do wytrzymania, dlatego wielu chorych popełnia samobójstwo. Z policyjnych statystyk wynika, że coraz więcej Polaków odbiera sobie życie. W 2014 roku samobójstwo popełniło aż 6165 osób. To był najgorszy rok pod względem liczby popełnionych samobójstw od czasu przełomu demokratycznego w Polsce. (…) Na tak zatrważające statystyki mógł mieć wpływ kryzys ekonomiczny na świecie, który nie ominął również Polski. Utrata pracy, problemy finansowe, a także niewystarczający dostęp do specjalistycznej pomocy medycznej i psychologicznej mogły mieć zasadniczy wpływ na wzrost liczby samobójstw.

Z raportu Uczelni Łazarskiego wynika, że zaledwie w przypadku 27 procent spośród 1233 poradni nie ma kolejek. Ponad dziesięć miesięcy czekają chorzy psychicznie, którzy potrzebują leczenia w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Centrum Psychoterapii S.C. w Myślenicach (dane za marzec 2014). To niechlubny rekord Polski. W „kolejkowym” rankingu drugie miejsce z 264 dniami oczekiwania zajął Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży EUREKA w Białymstoku. Oznacza to, że chore psychicznie dzieci z Białegostoku czekają na konsultację średnio ponad osiem miesięcy, dlatego wiele z nich przyjeżdża na terapię do podwarszawskiego Józefowa. Trzecie miejsce w „kolejkowym” rankingu poradni przypadło Zakładowi Opieki Zdrowotnej Szpitala Powiatowego w Golubiu-Dobrzyniu, gdzie czeka się 239 dni, czyli ponad siedem miesięcy.

Walki z depresją nie ułatwia też fakt, że świat przyspieszył i w tym pędzie cywilizacyjnym nie wszyscy potrafią brać życiowe zakręty. Szczególnie, że depresja powoduje „spowolnienie” chorego.