



Warto zrozumieć chorobę, żeby pomóc sobie lub umiejętnie otoczyć opieką bliską osobę.

Jest ci smutno, nic cię nie cieszy i zaczynasz myśleć, że jesteś do niczego? Nie masz siły, by wstać z łóżka? A może masz problemy ze snem? Jeśli kiepski nastrój się utrzymuje, to nie jest chandra – być może masz depresję.

Depresja to poważna, potencjalnie śmiertelna choroba.

Charakteryzuje się między innymi obniżeniem nastroju, nieustannym zmęczeniem, osłabieniem koncentracji, problemami ze snem i apetytem, izolacją społeczną i całkowitym brakiem nadziei na lepsze jutro... Pamiętaj! nie musisz się tak czuć!

Depresję się leczy!

Możesz sobie pomóc, korzystając z porady specjalisty, który przepiśnie ci leki bądź skieruje cię na terapię. Niestety, leczenie depresji nie jest ani krótkie, ani łatwe, ale nie musisz tej trudnej drogi pokonywać samotnie.

O czym jest ta książka?

To nie tylko rozprawa o objawach i leczeniu depresji, lecz także (a może przede wszystkim) praktyczny poradnik o tym, gdzie szukać pomocy, jak nie bać się wizyty u psychiatry, czego oczekiwać po terapii, jak mówić o swoich uczuciach i obawach, jak rozmawiać z osobami chorymi na depresję. Pomoże tym, którzy borykają się z tą chorobą lub próbują wesprzeć bliskiego, który na nią cierpi.



Patroni medialni:

uroda
zdrowie.pl

**NASZA
W TYM
GŁOWA**

cena 39,99 zł

ISBN 978-83-8151-475-0



9 788381 514750

Anna Duman

Depresja

Anna Duman

Depresja



Jak pokonać
śmiertelny smutek



CZY MÓJ BLISKI JEST CHORY?

Co powinno nas zaniepokoić w zachowaniu bliskiej osoby?

Krótko mówiąc – zmiana na gorsze. Co to oznacza w praktyce? W końcu każdy z nas doświadcza pewnych potknięć. Każdy może stracić pracę, przytyć, schudnąć, mieć problemy ze snem lub po prostu gorsze dni spowodowane pogodą, chorobą, stresową sytuacją (np. sesją egzaminacyjną).

Przede wszystkim musimy faktycznie rozpoznać, a przynajmniej starać się to zrobić, czy ten stan postępuje, czy trwa ponad dwa tygodnie oraz czy jest obiektywna szansa na jego poprawę przez zmianę sytuacji, np. koniec egzaminów. Trzymając się tego przykładu, intensywna nauka do egzaminów, sama sesja trwająca zazwyczaj dwa tygodnie lub dłużej, stres związany z konkretnymi egzaminami – to mocne stresory. Powodują wydzielanie się sporej ilości kortyzolu, czyli tzw.

hormonu stresu (zwanego także hormonem walki i ucieczki). Nasze nadnercza (narządy wydzielające kortyzol) pracują bardzo intensywnie. Sam hormon wydzielany przez jakiś czas powoduje spadek nastroju, osłabienie organizmu (w tym obniżenie odporności, więc podatność na choroby), mniejszą energię i motywację. Kiedy ta sytuacja się przedłuża, możemy mieć do czynienia z depresją endogenną, czyli depresją spowodowaną zbyt wysokim stężeniem kortyzolu przez zbyt długi czas (o tym typie depresji więcej można przeczytać w rozdziale 5).

Jeśli jednak mamy do czynienia z sytuacją względnie krótką (sesja, nowy projekt w pracy), jest szansa, że po skończeniu się stresującego okresu wszystko powoli wróci do normy. Często jest tak, że zaraz po tym, jak minie sytuacja wywołująca stres, czujemy się wręcz gorzej. Nie mamy satysfakcji z wykonanych zadań, pojawia się jeszcze większe zmęczenie i jeszcze większy spadek nastroju. Nasz organizm był w tym okresie wręcz zalany kortyzolem, a teraz po prostu potrzebuje czasu, żeby się zregenerować.

Zatem, jeśli sytuacja pogorszenia nastroju trwa do dwóch tygodni, nie mamy się czym martwić. Jest to fizjologiczna reakcja naszego organizmu na stres. Inaczej jest, gdy objawy nie ustępują mimo wyeliminowania pierwotnych stresorów.

Jakie zmiany powinny wzbudzić w nas czujność? Objawy, które nigdy wcześniej nie występowały i które trwają powyżej dwóch tygodni:

- nagła utrata zainteresowań, niezajmowanie się hobby,
- schudnięcie kilku kilogramów bez stosowania odpowiedniej diety; utrata apetytu,
- przejadanie się, jedzenie kompulsywne (czyli jedzenie dużych ilości w krótkim czasie), trudności w zakończeniu spożywania jedzenia,
- problemy ze snem: z zasypianiem, częste budzenie się w nocy lub ciągła senność, spanie w ciągu dnia,
- utrata zainteresowania życiem społecznym – chory nie ma ochoty spotykać się ze znajomymi, odwołuje spotkania, przekłada je, ogranicza kontakty telefoniczne czy poprzez media społecznościowe,
- brak motywacji do działania – osoba wcześniej energiczna, osiągająca wiele celów, nagle zaczyna odpuszczać, szczególnie, jeśli coś wymaga wysiłku z jej strony,
- pojawienie się problemów w pracy/na studiach/w szkole, wynikające z: opuszczania lekcji, zajęć, niechodzenia do pracy, spóźniania się, niewypełniania obowiązków, niedotrzymywania terminów, gorszych ocen czy wyników,
- izolacja społeczna – chory zamiast pójść na zakupy do sklepu stacjonarnego, robi zakupy w internecie, mimo że nie ma okoliczności uniemożliwiających mu dokonywanie zakupów w supermarkecie,
- osłabienie – nawracające przeziębienia, stały, niewyjaśniony innymi przyczynami stan podgorączkowy, ciągły ból brzucha, głowy (tu najpierw wymagana jest szczegółowa diagnostyka somatyczna, ponieważ źródeł tych objawów możemy

FAKTY I MITY NA TEMAT DEPRESJI

W DEPRESJI JEST SIĘ CIĄGLE SMUTNYM, TYLKO SIĘ ŚPI I PŁACZE



Depresja ma rozmaite oblicza.

W poprzednich rozdziałach szczegółowo opisane zostały różne objawy depresji, które na pierwszy rzut oka mogą jej nie sugerować. Coraz częściej rozpoznaje się depresję atypową, w której dominują inne objawy niż smutek czy płacz.

- upatrywać w psychice dopiero wtedy, gdy wykluczmy inne przyczyny),
- stale obniżony nastrój – coś, co wcześniej cieszyło, sprawiało radość, staje się teraz obojętne.

Objawy mogą być bardzo różne (to lista tylko niektórych z nich). Każdy z nas jest inny i każdy reaguje w inny sposób. Podstawowym kryterium jest zatem **zmiana** w zachowaniu, która wystąpiła nagle lub powoli, np. w wyniku chronicznego stresu z przepracowania. Zmiana nie zanika, a wręcz nasila się z czasem. Widocznie upośledza i utrudnia życie społeczne danej osoby. Jednocześnie chory jest bardzo często bezkrytyczny wobec swoich objawów, tzn. nie upatruje w nich oznak choroby ani pogorszenia swojego stanu i często nie potrafi także wskazać ich przyczyny.

Jak mogę pomóc?

Zapewne nieraz słyszeliśmy „Weź się w garść! Inni mają gorzej!”. Czy takie wypowiedzi nam kiedykolwiek pomogły? Teoretycznie wszyscy wiemy, że one nie pomagają, ale i tak dalej je powtarzamy. Kierujemy się dobrymi intencjami, ale dlaczego wciąż popełniamy te same błędy i radzimy innym zrobić coś, co nam nie pomogło?

Kiedy mamy do czynienia z chorobą somatyczną, nikomu z nas nie przychodzi do głowy podważanie czyjegoś bólu

i cierpienia. Wierzmy, że ma prawo boleć; wierzymy, że ktoś może się źle czuć. Wówczas nikt nie wpadnie na to, by powiedzieć: „Weź się w garść, idź pobiegaj, wyjdź do ludzi”. Wiemy, że aby wyleczyć przeziębienie, trzeba wypoczywać i brać leki; żeby wyleczyć złamaną rękę, trzeba ją unieruchomić, a po zrośnięciu poddać rehabilitacji. Wiemy też, że w razie silnego bólu bierze się leki przeciwbólowe, w razie gorączki – przeciwgorączkowe, infekcji bakteryjnej – antybiotyki... To dlaczego nie potrafimy zaakceptować tego, że w przypadku depresji powinniśmy brać leki przeciwdepresyjne?

Ten wstęp ma na celu uświadomienie nam wszystkim, jak trudno zaakceptować zaburzenia psychiczne, nie stygmatyzować chorych i wreszcie nie bagatelizować potencjalnie śmiertelnych objawów. Aby móc prawidłowo wspierać, musimy najpierw nauczyć się akceptacji, zrozumienia innych, a co najważniejsze – traktowania zaburzeń psychicznych jak wszystkich innych.

Jak więc się zachowywać, by wspierać, by nie zniechęcać do poszukiwania pomocy i by nie obniżać poczucia własnej wartości drugiej osoby? Tę kwestię możemy przedstawić w krokach:

1. Wysłuchaj.

To chory wie najlepiej, jak się czuje, wie, jak cierpi. Zaburzenia psychiczne opierają się w głównej mierze na subiektywnych objawach. Nie możemy więc porównywać cierpienia dwóch osób, mówiąc: „On ma gorzej”. Nikt nie ma gorzej. Każdy ma



prawo do własnego odczuwania cierpienia. Kiedy uczymy się słuchać aktywnie, możemy usłyszeć i zrozumieć to, co mówi nasz rozmówca, ale także usłyszeć nasze własne myśli, emocje towarzyszące rozmowie. To bardzo ważne, bo to tak naprawdę jest podstawą do zrozumienia i akceptacji stanu drugiej osoby. Wysłuchaj, to znaczy: daj mówić. Nie przerywaj. Nie opowiadaj o sobie, o innych sytuacjach. Pozwól mówić, wyrzucić z siebie problemy i utrapienia. Często pozwolenie na takie wygadanie się jest wystarczająco pomocne samo w sobie – kiedy mówimy o swoich problemach na głos, konfrontujemy się z nimi. To bardzo ważne w procesie leczenia, oswojenia się z lękami i w walce z uporczywymi myślami. Aktywne słuchanie możemy też wyrazić poprzez potakiwanie,

dopytywanie. Wykazujemy tym również zainteresowanie tematem, co wzbudza zaufanie i zachęca do zwierzeń.

2. Nie oceniaj.

Ból, cierpienie i smutek rozmówcy nie równa się z niczym innym. W takiej rozmowie nie oceniamy ani zachowania, ani uczuć. Nie ma lepszych, gorszych uczuć, lepszych, gorszych zachowań, reakcji. Nie porównujemy problemów jednej osoby z kłopotami innych na zasadzie: „Inni mają gorzej, jesteś zdrowy/-a, chodzisz o własnych siłach, a jeszcze narzekasz”. To nigdy nie pomaga, a może wręcz pogorszyć sytuację.

3. Akceptuj.

Zaakceptuj słowa i emocje swojego rozmówcy. Nie podważaj ich. Każdy z nas odczuwa inaczej, inaczej też reaguje na te same problemy i sytuacje. Nawet jeśli uważamy, że my zachowalibyśmy się inaczej, to nie jest moment na mówienie o tym. Zamiast słów: „Przesadzasz, wyolbrzymiasz”, powiedz: „Rozumiem, że możesz tak się czuć. Akceptuję twój stan i chcę pomóc ci uporać się z nim”.

4. Pomóż nazywać stany i emocje.

Osoba, która cierpi, często nie potrafi nazywać wprost swoich emocji. Próbuje owijać w bawełnę. Często wynika to ze wstydu przed byciem słabym. Kiedy ktoś opowiada nam o kłopotach, trudnej sytuacji, próbujmy pomóc mu nazywać emocje. Kiedy słyszysz historię o kłótni z ukochanym,

powiedz: „Rozumiem, że możesz być zła”, „Czy dobrze rozumiem, że te słowa sprawiły ci smutek?”. Kiedy ktoś przeżywa żalobę, pomóż nazywać konkretne emocje: „Słyszę, że jesteś smutny/-a, masz do tego prawo”, „Rozumiem, że czujesz się teraz przygnębiony/-a, czy mogę ci jakoś pomóc?”. To bardzo ważne, żebyśmy dawali tzw. *feedback*, czyli potwierdzenie, że słyszymy, co mówi do nas druga osoba. Pozornie banalne pytanie: „Jak mogę ci pomóc?” często okazuje się najlepszym pytaniem, jakie moglibyśmy zadać. Dlaczego? Dlatego, że wtedy konfrontujemy oczekiwania tej osoby z naszymi wyobrażeniami na temat tego, czego ona teraz potrzebuje. Nam może się wydawać, że dana osoba oczekuje od nas złotej rady, kiedy w rzeczywistości wystarczy jej, by jej spokojnie wysłuchać, zrobić jej herbatę i spędzić z nią czas.

5. Próbuj zrozumieć.

To wyjątkowo trudne, szczególnie na początku. Nie da się bowiem przeniknąć umysłu drugiej osoby ani sprawdzić na własnej skórze, co ona czuje. Możemy jednak zastosować znaną w psychoterapii metodę „wchodzenia w czyjeś buty”. Na czym to polega? Kiedy ktoś opowiada nam o trudnej dla siebie sytuacji, spróbujmy w myślach przekształcić ją na własne przeżycia. Co bym czuł, gdybym w ten sposób pokłócił się z partnerem? Co bym czuła, gdyby ktoś potraktował mnie w ten sposób? Co bym czuł, gdybym stracił kogoś bliskiego? Oczywiście nie jesteśmy w stanie w stu procentach odzwierciedlić swoich uczuć, ale takie myślenie pomaga wczuć się w sytuację drugiej osoby.

Kiedy myślimy, że w danych okolicznościach byłoby nam smutno, źle, bylibyśmy zawiedzeni, osamotnieni, łatwiej jest zrozumieć położenie i uczucia naszego rozmówcy.

6. Pytaj o myśli samobójcze i autoagresywne.

Jednym z najpopularniejszych mitów związanych z depresją jest przekonanie, że gdy wprost zapytamy o myśli samobójcze, to je zasugerujemy, jeśli wcześniej one nie występowały. Nie ma w tym stwierdzeniu ani grama prawdy. Bezpośrednie pytanie: „Czy masz myśli samobójcze?” nie sprawi, że uzyskamy odpowiedź: „Nie miałam, ale jak o tym powiedziałaś, to stwierdziłam, że to dobry pomysł”. Co więcej, zapytanie wprost może dać ulgę. Osoby cierpiące często same boją się lub wstydzą mówić o takich myślach. Bezpośrednie pytanie daje wytchnienie, bo chorzy czują, że wreszcie mogą o tym komuś powiedzieć.

Ponadto tak naprawdę tylko za pomocą takich pytań możemy ocenić realne ryzyko samobójstwa. Kiedy jest ono bardzo wysokie, bez zwlekania wzywamy pomoc lub zawozimy tę osobę do szpitala. Również samo rozmawianie na głos o myślach samobójczych czy autodestrukcyjnych potrafi je nieco osłabić.

Nie bójmy się więc rozmawiać również na te najtrudniejsze tematy. Nie ma możliwości, abyśmy takimi pytaniami pogorszyli stan drugiej osoby, a mamy spore szanse go poprawić lub w porę zareagować i uratować komuś życie. Łatwiej wtedy też udzielić mu wsparcia i poszukać odpowiedniej pomocy.

7. Pomóż w poszukiwaniu fachowej pomocy.

Osoby w kryzysie często nie mają pojęcia, dokąd się udać, by uzyskać odpowiednią pomoc. Pomóżmy więc znaleźć specjalistę i przychodnię. Motywujmy do umówienia wizyty. Chwalmy za ten krok i mówmy wprost, że to bardzo ważne dla zdrowia i lepszego samopoczucia. Kiedy wizyta się zbliża, zaproponujmy nasze towarzystwo, odprowadźmy, poczekajmy w poczekalni podczas wizyty. Wszystko oczywiście zależy od potrzeb chorego. Niektórzy będą chcieli, aby towarzyszyć im przez cały czas, innym wystarczy kontakt telefoniczny i wsparcie, gdy pojawią się wątpliwości co do zasadności spotkania ze specjalistą. Kiedy ktoś nie czuje się gotowy na konsultację u lekarza lub psychologa, zapewnijmy o naszej obecności i wsparciu, pomocy w znalezieniu odpowiedniego fachowca. Przekażmy też numery telefonów zaufania, gdzie nasz bliski będzie mógł niezobowiązująco porozmawiać ze specjalistą i uzyskać profesjonalne wsparcie.

8. Bądź.

Może wydawać się to zbyt trywialne, czasem jest to jednak jedna z najtrudniejszych czynności do wykonania. Bowiemy „być” oznacza jednocześnie słuchać, akceptować i rozumieć. Czasem wsparcie to nie rozmowa, a sama obecność. Czasem wystarczy usiąść, podać ciepłą herbatę, koc, książkę, włączyć film i po prostu siedzieć obok. Sama nasza obecność może pomóc drugiej osobie i nieco zmniejszyć poziom lęku, smutku oraz osamotnienia. A kiedy nadejdzie odpowiednia pora,

FAKTY I MITY NA TEMAT DEPRESJI

PO LEKACH PRZECIWDEPRESYJNYCH TYLKO SIĘ ŚPI I JE



Każdy lekarz psychiatra dobiera leki indywidualnie do potrzeb danego pacjenta, biorąc pod uwagę jego ogólny stan zdrowia, styl życia i obowiązki. Są leki zarówno o działaniu uspokajającym, pomagające zasnąć, jak i aktywizujące, dodające energii. Istnieją też leki, które mogą podwyższać apetyt, i również takie, które apetyt zmniejszają.

chory sam znacznie rozmowę i opowie o swoich problemach. W byciu i wspieraniu najważniejsze jest dostosowanie się do potrzeb i rytmu drugiej osoby. Nie pospieszajmy, ale też nie zwalniamy, nie przerywajmy, nie oceniamy. Bądźmy, słuchajmy, towarzyszy w przeżywaniu.

Jak rozmawiać z chorym?

Kiedy dowiadujemy się, że mamy np. cukrzycę, wiemy, że powinniśmy brać leki, zastosować dietę i zmienić styl życia. Podobnie jest, gdy zostanie zdiagnozowane zaburzenie psychiczne – należy zastosować się do zaleceń lekarza: przyjmować przepisane leki psychiatryczne oraz – jeśli jest taka potrzeba – udać się na psychoterapię.

Kiedy u bliskiej nam osoby lekarz rozpozna depresję, powinniśmy wspierać ją podczas leczenia. Ale co to dokładnie oznacza? Możemy zastosować kroki opisane na stronach 122–127. Jednak połóżmy szczególny nacisk na akceptację i motywację do leczenia.

Zaburzenia psychiczne to nadal ogromne tabu w społeczeństwie. Chorzy boją się przyznać, co im dolega, bo obawiają się stygmatyzacji, odrzucenia, wykluczenia. Możemy jednak pomóc oswajając się z diagnozą i zaakceptować ją. Jeśli my zaakceptujemy diagnozę, choremu również będzie łatwiej ją przyjąć. Mówmy mu, że rozumiemy, iż jest to choroba jak każda inna i każdy ma prawo chorować. Wszyscy pacjenci

przyjmują leki i poddają się odpowiedniej terapii, żeby dojść do zdrowia. W tej kwestii zaburzenia psychiczne nie różnią się niczym od chorób somatycznych. Rozmawiajmy otwarcie o emocjach związanych z diagnozą, o lęku, niepewności, o trudnościach związanych z leczeniem. Częste rozmowy pomagają oswoić się z nową sytuacją, zaakceptować diagnozę i w pełni skupić się na leczeniu i dążeniu do zdrowia.

Dlaczego tak ważna jest również motywacja do leczenia? Większość leków psychiatrycznych daje pozytywne efekty po około czterech tygodniach stosowania. Do tego czasu pacjent może się poczuć nawet gorzej, pojawiają się efekty uboczne, bywa, że dotkliwie. Zatem istotne jest, aby przez ten czas ktoś nad nim czuwał i motywował go do dalszego leczenia, a także przypominał, dlaczego warto walczyć (by żyć spokojnie i szczęśliwie). Zdarza się też, że poszukiwanie odpowiedniego dla siebie specjalisty (nie zawsze od razu znajdziemy wspólny język z daną osobą) lub właściwego leku trwa nieco dłużej. W tej sytuacji motywowanie do leczenia jest wyjątkowo ważne. Nie możemy bowiem pozwolić takiej osobie na poddanie się. Chory często myśli: „Jestem beznadziejnym przypadkiem, mnie nie da się pomóc”. To oczywiście nieprawda, ale gdy się cierpi i ma się zaniżone poczucie własnej wartości, bardzo trudno jest dokonać obiektywnej oceny. Wówczas należy wykazać maksimum zrozumienia i mocno wspierać w poszukiwaniu właściwej osoby lub leku.

Z diagnozą wiąże się też zazwyczaj lęk o przyszłość. Leczenie psychiatryczne należy do długotrwałych – czas lecze-

nia depresji liczy się w miesiącach, a często, szczególnie na początku, psychiatra orzeka o niezdolności pacjenta do pracy i wypisuje zwolnienie lekarskie. Chorzy czasem tego nie akceptują. Uważają, że „nie zasługują” na zwolnienie lekarskie. Chcieliby też szybko zobaczyć efekty terapii, co zazwyczaj jest niemożliwe. W takich sytuacjach znów możemy wykazać zrozumienie, porozmawiać o wszystkich lękach i wątpliwościach i zapewnić o naszej obecności. Zapytajmy chorego wprost: „Jak mogę ci pomóc?”, i pomóżmy tak, jak tego potrzebuje.

Czego nie mówić osobie z diagnozą psychiatryczną?

Przede wszystkim nie wolno pogłębiać objawów psychopatologicznych osoby z diagnozą psychiatryczną. Nie mówmy więc rzeczy, które podniosą poziom lęku i mogą wywołać smutek. Jednak najważniejsze jest to, by nie bagatelizować problemów chorego.

W dzisiejszych czasach niestety zbyt często lekceważymy głosy ekspertów mówiące o leczeniu problemów psychicznych i opieramy się na zwierzeniach celebrytów, którzy twierdzą, że przeszli depresję i sobie z nią sami poradzili. Depresja to poważna choroba, która sama nie przechodzi. Mimo starań środowisk psychiatrycznych i psychologicznych, które prowadzą różne kampanie edukacyjne, świadomość na temat tych chorób nadal jest zbyt niska. Stąd biorą się „złote rady



RELACJE PACJENTÓW

Joanna, l. 41

Niektórzy nie wierzyli, że mam depresję. Usłyszałam od szefa, że to moja wymówka, by nie pracować. Byli też tacy, którzy zastanawiali się głośno: „Niby dlaczego ty masz depresję? Żle ci? Przecież już wszystko masz, wszystko osiągnęłaś”. Koleżanka moje zwolnienie lekarskie skwitowała słowami: „Ja tu za ciebie pracuję, a ty w łóżku leżysz”. Na szczęście moi bliscy mnie rozumieli... Byli delikatni i czuli. Mogłam liczyć na rodzinę i przyjaciół.

celebrytów”, którzy mówią: „Idź pobiegaj, wyjdź do ludzi”, „To wszystko zależy od ciebie, jak tylko zechcesz, depresja minie sama”, „Jedzenie dużej ilości bananów leczy depresję”, „Założ ubrania tej marki, a wszelkie smutki odejdą”, „Wystarczy wyjść z domu, a wszystkie problemy mijają”, „Ten napój poprawia

nastrój; jeśli chorujesz na depresję, pij go codziennie, a depresja sama przejdzie” i wiele... zbyt wiele innych...

Podstawowym problemem w leczeniu depresji nie są więc nawet słowa najbliższych, a zewsząd napływające opinie wszechwiedzących celebrytów, którzy nie zdają sobie sprawy z tego, jak wiele krzywd mogą wyrządzić. To przez takie reklamy, posty, relacje ludzie odchodzą od tradycyjnego leczenia. Rezygnują z farmakoterapii, psychoterapii na rzecz jakiegoś napoju, produktu spożywczego czy medycyny alternatywnej, co często skutkuje znacznym pogorszeniem stanu, a w niektórych przypadkach nawet śmiercią.

Nie wolno dopuścić do tego, by chory poczuł się nieważny, stracił poczucie własnej wartości, by jego problemy były bagatelizowane, a cierpienie umniejszane. Nie mówmy: „Janek ma o wiele gorzej niż ty, nie przesadzaj”, „Ty nie masz depresji, po prostu jesteś leniem”, „Depresją tłumaczysz nieróbstwo”, „Nie przesadzaj, mało kto ma w życiu tak dobrze jak ty”, „Przestań się nad sobą użalać, lepiej rusz się z kanapy”, „Wyszędłbyś z domu i wszystko by się samo naprawiło”, „Depresja sresja, idź pobiegaj, wyjdź do ludzi, weź się w garść”. Porzućmy te toksyczne stwierdzenia i stygmatyzację pacjentów!