

Czym jest depresja?

Depresję nazywamy grupę zaburzeń psychicznych, objawiających się obniżeniem nastroju, niezdolności do odczuwania przyjemności, zauważalnymi zmianami w pobudzeniu ruchowym i myślowym, zaburzeniem rytmu dobowego (snu i czuwania) i/lub apetytu. Według Światowej Organizacji Zdrowia depresja jest najczęściej spotykanym zaburzeniem psychicznym i stanowi główną przyczynę niesprawności i niezdolności do pracy na świecie. Raport NFZ z 2024 roku szacuje, że w Polsce na depresję choruje ok. 1,2 mln osób.

Według klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-5, zaburzenia depresyjne charakteryzują się następującymi objawami, występującymi **niemal codziennie, od co najmniej 2 tygodni**:

1. Obniżony nastrój przez większą część dnia (u dzieci i młodzieży może być też drażliwość).
2. Znacznie mniejsze zainteresowanie i satysfakcja z niemal wszystkich aktywności.
3. Widoczne zmniejszenie lub zwiększenie masy ciała o ponad 5% w ciągu miesiąca i/lub zmniejszony/zwiększony apetyt.
4. Bezsenność lub nadmierna senność.
5. Zauważalne (również dla otoczenia!) pobudzenie lub spowolnienie psychoruchowe.
6. Męczliwość lub utrata energii obecne, odczuwana niemal codziennie.

7. Niskie poczucie własnej wartości albo nadmierne, nieadekwatne poczucie winy, obecne niemal codziennie.
8. Zmniejszona zdolność koncentracji uwagi i/lub podejmowania decyzji.
9. Nawracające myśli o śmierci (nie sprowadzające się tylko do lęku przed umieraniem), nawracające myśli samobójcze z planem samobójstwa lub bez, albo próby samobójcze.

Wykazywanie przynajmniej 5 z wymienionych objawów, z czego **przynajmniej jeden jest objawem nr 1 lub nr 2**, może świadczyć o depresji.

Zaburzenia depresyjne różnią się od siebie formą przebiegu. Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 są to:

- pojedynczy epizod depresji
- depresja nawracająca, czyli dwa lub więcej epizodów, z co najmniej kilku miesięcznymi “przerwami”, podczas których nie mamy widocznych problemów z nastrojem (tzw. remisja)
- dystymia - nastrój depresyjny utrzymuje się przez 2 lata lub dłużej, przez większą część dnia, przez większość dni
- zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane - jednocześnie występują objawy depresji i objawy lęku, takie jak np. uczucie ciągłego zdenerwowania, niepokoju, niekontrolowany

napływ niepokojących myśli, lęk, że wydarzy się coś strasznego, trudności z odprężeniem się, napięcie mięśniowe. Objawy występują przez większość dni, w okresie dwóch tygodni lub dłuższym.

- przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne - objawy depresji występują regularnie przed rozpoczęciem miesiączki i stopniowo ustępują po jej rozpoczęciu
- inne określone zaburzenia depresyjne
- nieokreślone zaburzenia depresyjne

Każde z wymienionych zaburzeń depresyjnych może mieć różne nasilenie - może być łagodne, umiarkowane lub ciężkie. W przypadku tych ostatnich jest też możliwa obecność objawów psychotycznych (urojenia, omamy, halucynacje), choć nie jest regułą.

Zachorowanie na depresję może mieć bardzo różne przyczyny. Na pewno można do nich zaliczyć przeżycie trudne, związane z długotrwałym stresem doświadczenia życiowe. Mogą być najróżniejsze - doświadczenie jakiegokolwiek przemocy (fizycznej, psychicznej, seksualnej, finansowej, itd.), problemy w relacjach z bliskimi, utrata bliskiej osoby, problemy w szkole/pracy, konieczność adaptacji do nowych warunków (np. przeprowadzka, emigracja, rozwód), przewlekła choroba, niepełnosprawność, uzależnienie.

Rozwojowi depresji sprzyjają zmiany w produkcji neuroprzekaźników i hormonów przez organizm. Mogą wynikać ze wspomnianych stresujących doświadczeń, ale również z zakłóceń funkcjonowania mózgu, które sprawiają, że reakcja organizmu na stres jest nieadekwatna. Powodem takich zakłóceń mogą być choroby (np. niedoczynność tarczycy, cukrzyca), uzależnienie, działanie niektórych leków lub radykalne zmiany w gospodarce hormonalnej organizmu (np. miesiączka, ciąża, menopauza). Główną rolę w tym procesie odgrywają serotonina, dopamina i noradrenalina, które wpływają na nastrój i reakcje emocjonalne. Dlatego leki przeciwdepresyjne mają za zadanie wpłynąć na ich produkcję.

Do zachorowania na depresję można mieć też genetyczne predyspozycje. Depresja występuje częściej u osób, w których rodzinach już wcześniej pojawiały się zaburzenia nastroju, a także inne schorzenia psychiczne. Jednak nie są jeszcze znane konkretne geny za to odpowiedzialne.

Depresja a chandra

Choć zaburzeniom depresyjnym prawie zawsze towarzyszy smutek, ich objawy nie ograniczają się wyłącznie do odczuwania tej emocji i nie należy traktować smutku jako innego określenia na depresję.

Smutek to jedna z podstawowych emocji, występujących u każdego człowieka, a jego odczuwanie w trudnych sytuacjach jest naturalne i nie

musi świadczyć o chorobie. Kluczowe znaczenie ma intensywność i długość trwania tego stanu. “Zwykła” chandra mija, da się ją przezwyciężyć lub po prostu przeczekać. Jeśli uczucie przygnębienia ciągnie się tygodniami lub dłużej, znacząco utrudnia codzienne funkcjonowanie (pracę, obowiązki rodzicielskie, partnerskie, spędzanie wolnego czasu), a wszelkie próby ukojenia go są nieskuteczne, warto skonsultować się z lekarzem.

Warto też pamiętać o pozostałych objawach, takich jak problemy ze snem, spowolnienie, problemy z apetytem, męczliwość, myśli samobójcze i nadmiarowy, nieuzasadniony pesymizm. Prawie nigdy nie towarzyszą one niechorobowemu przygnębieniu, a jeśli już się pojawiają, to tylko pojedynczo (nie wszystkie naraz, jak przy depresji) i trwają przez krótki czas.

Krewni i znajomi depresji

Często słyszy się o różnych podtypach i rodzajach depresji, których nie można spotkać. W rzeczywistości są to po prostu prostsze określenia na zaburzenia depresyjne wynikające z konkretnych przyczyn lub występujące w specyficznych sytuacjach.

Jednym z takich przypadków jest **depresja młodzieńcza**, czyli zaburzenia depresyjne u nastolatków. Jej objawy niekiedy różnią się od objawów depresji u dorosłego, więc często trudno je zauważyć i prawidłowo rozpoznać. Często myli się ją

z buntem, lenistwem czy przejawem niedojrzałości. W depresji młodzieńczej, oprócz typowych objawów zaburzeń depresyjnych, często występują drażliwość, zachowania autoagresywne, lęk przed niepowodzeniami i w ogóle podejmowaniem różnych zadań, trudności szkolne, przekonanie o własnej niezaradności oraz objawy somatyzacyjne (czyli dolegliwości fizyczne wynikłe stricte z cierpienia psychicznego, np. bóle głowy, problemy z żołądkiem, cerą, itd.).

Nastolatkowi borykającemu się z depresją trudno funkcjonować w szkole. Ma problemy w skupieniu się, rozpoczynaniu zadań, wytrwałości w nauce, nie ma poczucia skuteczności swoich działań, dlatego jego wyniki w nauce często się pogarszają, zdarzają się też wagary. Charakterystyczne dla depresji młodzieńczej jest też niskie poczucie własnej wartości, łatwo spodziewanie się porażek i nie docenianie osiągnięć. Mogą występować też trudności zaburzenia rytmu dobowego i zaniedbanie higieny osobistej i wyglądu. Nastrój w depresji młodzieńczej bywa nie tyle obniżony, co zmienny i drażliwy. Niemożności odczuwania przyjemności często towarzyszy uczucie nudy. Mogą też występować brak nadziei i lęki dotyczące przyszłości - czy w dorosłości osiągnie się “wystarczająco dobrą” pozycję społeczną i materialną, znajdzie odpowiedniego partnera, itd. Depresja młodzieńcza sprzyja wystąpieniu problemów z zachowaniem, od zaniedbywania obowiązków szkolnych po

podejmowanie się zachowań ryzykownych i autodestrukcyjnych, mających przynieść natychmiastową ulgę (typu eksperymentowanie ze środkami psychoaktywnymi, przedwczesna i “chaotyczna” aktywność seksualna, zachowania samobójcze).

Depresję poporodową nazywamy wystąpienie objawów depresji u rodzica po przyjściu na świat jego dziecka, trwające dłużej niż kilkanaście dni. Może występować zarówno u matek, jak i u ojców, a wynika zwykle ze zmian hormonalnych przy porodzie i stresu związanego z porodem i jego następstwami (zmianami w ciele, w trybie życia rodziny i wzajemnych relacjach, nowej roli życiowej do wypełnienia). Oprócz typowych objawów, rodzicowi towarzyszą liczne negatywne emocje i wątpliwości związane z dzieckiem i swoją rolą jako rodzica. Mogą to być nieustanne lęki o jego zdrowie, że coś mu się stanie, trudności w podejmowaniu decyzji w sprawach dotyczących opieki nad nim, ale też zubożenie i irytacja wobec dziecka, wątpliwości czy na pewno się je kocha i poczucie winy w związku z tym. Z tym ostatnim niekiedy wiąże się izolacja od bliskich, kłótnie z nimi, “ucieczki” w pracę i/lub używki. Rodzic cierpiący na depresję poporodową zmagają się z mniej lub bardziej świadomym przekonaniem, że jest “złym” rodzicem, że nie poradzi sobie z dzieckiem, że może być niechcący skrzywdzić, a faktyczne zaniedbania

(wynikłe ze stanu rodzica) tylko go utwierdzają w tym przekonaniu.

Depresji poporodowej nie należy mylić z tzw. *baby blues*, który jest jedynie krótkotrwałą (do 2 tygodni) fizjologiczną reakcją organizmu na zmiany hormonalne po porodzie. Huśtawka nastroju, poirytowanie, zamartwianie się, płaczliwość i trudności ze snem powinny niepokoić, gdy zaczęły się przedłużać i znacząco wpływać na relację rodzica z dzieckiem i resztą rodziny.

Depresję sezonową można zdiagnozować w kategorii zaburzeń depresyjnych nawracających, ponieważ tym, co ją wyróżnia jest jej specyficzny przebieg. Epizody depresyjne występują w określonych porach roku, zwykle są to jesień i zima, ze względu na ograniczony dostęp do światła słonecznego, który z kolei skutkuje niedoborem witaminy D, zaburzeniami wydzielania melatoniny i serotoniny (hormonów regulujących rytm dobowy) i neuroprzekaźników takich jak noradrenalina i dopamina, odpowiedzialnych za motywację i poziom energii. W efekcie osobom doświadczającym depresji sezonowej trudniej dostosować się do zmian długości dnia, co skutkuje zaburzeniami rytmu dobowego i nastroju. W związku ze specyficznymi przyczynami tego schorzenia, do metod jego leczenia często dołącza się fototerapię, czyli regularne, kilkudziesięciominutowe

wystawienie na silne światło, którego organizmowi wstępnie brakowało.

Leczenie zaburzeń depresyjnych

Leczenie depresji powinno odbywać się pod nadzorem specjalisty i uwzględniać więcej niż jedno podejście. Metody leczenia dobiera lekarz psychiatra, na podstawie rodzaju choroby, jej przyczyn i nasilenia. Obejmują one przyjmowanie przepisanych leków (farmakoterapię), psychoterapię i psychoedukację, nierzadko bywa konieczne łączenie ich ze sobą.

Zadaniem leków-antydepresantów jest przywracając równowagi organizmu, m.in. neuroprzekaźników w mózgu, odpowiedzialnych za nastrój i rytm dobowy. Są przydatne zwłaszcza w cięższych postaciach depresji, gdzie objawy są tak silne, że uniemożliwiają pacjentowi samodzielne funkcjonowanie na co dzień i korzystanie z psychoterapii. Na efekty ich działania trzeba zwykle czekać kilka tygodni.

Psychoterapia ma pomóc choremu w nauce radzenia sobie z nieprawdziwymi i ogólnie negatywnymi przekonaniami na temat siebie i życia. Praca z terapeutą pozwala dotrzeć do źródła problemów pacjenta (jeśli dotyczą one obszaru psychicznego i społecznego) i daje długotrwałe efekty, będąc jednocześnie bezpieczniejszą dla zdrowia fizycznego (leki mogą powodować efekty uboczne). Jest jednak czasochłonna i wymaga od chorego dużego wysiłku i chęci pracy nad sobą.

W najcięższych przypadkach depresja może wymagać hospitalizacji. Wtedy leczenie odbywa się w ośrodku specjalizującym się w pomocy osobom cierpiącym z powodu depresji i ich bliskim. Do wizyty u psychiatry nie jest potrzebne skierowanie, natomiast on sam może je wypisać do psychologa i na psychoterapię. Pomoc można znaleźć w:

- poradniach zdrowia psychicznego, w tym psychologiczno-pedagogicznych
- ośrodkach interwencji kryzysowej
- szpitalach lub oddziałach psychiatrycznych

Lekarz jest zobowiązany postawić diagnozę (nie tylko rozpoznać właściwe schorzenie, ale też rozróżnić czy objawy nie wynikają z innych przyczyn, w tym z innych zaburzeń), ocenić ryzyko samobójstwa, wybrać odpowiednie metody leczenia i nadzorować jego przebieg i poinformować pacjenta na temat proponowanej psychoterapii. Samo leczenie farmakologiczne może też prowadzić lekarz medycyny rodzinnej, ale tylko, jeśli nasilenie depresji jest łagodne lub umiarkowane i nie występują objawy psychotyczne ani myśli samobójcze. Lekarze POZ może też wypisać skierowanie na psychoterapię.

Jak wesprzeć bliską osobę w depresji?

Wsparcie osoby zmagającej się z depresją nie jest łatwe i chwilami może wydawać się niewykonalne. Nie znaczy to jednak, że nie warto próbować. Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu

Zdrowia pacjent.gov.pl informuje o ważnych warunkach skuteczności wspierania chorych:

- gdy osoba chora mówi o samobójstwie, zawsze informuj o tym jego lekarza i bliskich, nawet jeśli zobowiązałeś/aś się do utrzymania tego w tajemnicy
- nie podważaj przy chorym autorytetu specjalistów, w razie uzasadnionych wątpliwości rozmawiaj bezpośrednio z nimi
- bądź wytrwały, staraj się nie tracić cierpliwości wobec chorego
- unikaj pocieszania poprzez zbywanie, porównania i komunały (“mi też jest ciężko”, “ogarnij się”, “wylbrzymiasz”), możesz w ten sposób tylko pogłębić poczucie samotności i niezrozumienia u chorego
- uzgodnij z osobą chorą zakres i kierunek swojego wsparcia i trzymajcie się tych wspólnych ustaleń - pozostaw jej możliwość sprawczości i nie próbuj uszczęśliwiać na siłę, odczeka “zaganiać” do aktywności ani wyręczać we wszystkim
- próbuj zachęcać chorego do ruchu, najlepiej małymi krokami, zaczynając np. od kilkuminutowego spaceru

Mgr Maria Wójcik
Psycholog
Fundacja I Pójdiesz Dalej
Warszawa 11 kwietnia 2025

Bibliografia

- Rybakowski, J., Pużyński, S., & Wciórka, J. (2010). *Psychiatria* (T. 2, s. 305–375). Elsevier Urban & Partner. ISBN 978-83-7609-102-0.
- Bilikiewicz, A., & Strzyżewski, W. (1992). *Psychiatria: podręcznik dla studentów medycyny* (s. 323–341). Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich. ISBN 83-200-1688-6.
- Pużyński, S., & Wciórka, J. (2007). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne* (s. 107–116). UWM „Vesalius”. ISBN 83-85688-25-0.
- Grabski, B. (2016). Depresja, chandra i naturalny smutek – czym się różnią? *Centrum Dobrej Terapii*. Retrieved February 6, 2016, from <https://www.cdt.pl>
- Durà-Vilà, G., Littlewood, R., & Leavey, G. (2013). Depression and the medicalization of sadness: Conceptualization and recommended help-seeking. *The International Journal of Social Psychiatry*, 59(2), 165–175. <https://doi.org/10.1177/0020764011430037>
- Rodziński, P., et al. (2015). Redukcja myśli samobójczych u pacjentów poddanych psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych a zgłaszane przez nich przed rozpoczęciem hospitalizacji objawy nerwicowe. *Psychiatria Polska*, 49(4), 847–864. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/32223>
- Bartczak, M., & Bokus, B. (2015). Cognitive representations (Metaphorical Conceptualizations) of

past, future, joy, sadness, and happiness in depressive and non-depressive subjects: Cognitive distortions in depression at the level of notion. *Journal of Psycholinguistic Research*, 44(2), 159–185. <https://doi.org/10.1007/s10936-014-9286-6>

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (11th ed.). Wolters Kluwer. ISBN 978-1609139711.

Jarema, M. (Ed.). (2011). *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych* (s. 47–106). Via Medica. ISBN 978-83-7599-286-1.

Kossakowska, K. (2019). Depresja poporodowa matki i jej konsekwencje dla dziecka i rodziny. *Fides Et Ratio*, 3(39), 134–151.

Pao, C., et al. (2018). Postpartum depression and social support in a racially and ethnically diverse population of women. *Archives of Women's Mental Health*, 22(1), 105–114. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0801-x>

Perry, A., et al. (2021). Phenomenology, Epidemiology, and Etiology of Postpartum Psychosis: A Review. *Brain Sciences*, 11(1), 47. <https://doi.org/10.3390/brainsci11010047>

Brudkiewicz, P. (2021). Depresja i psychoza poporodowa. *Medycyna praktyczna dla pacjentów*. Retrieved March 17, 2022, from <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/91686.depresja-i-psychoza-poporodowa>

Ministerstwo Zdrowia & Narodowy Fundusz Zdrowia. (2023). Młoda matka w depresji. Retrieved September 27, 2023, from <https://pacjent.gov.pl/jak-zyc-z-choroba/mloda-matka-w-depresji>

Koszevska, I. (2023). *O depresji w ciąży i po porodzie*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

Hanley, J. (2022). *Zaburzenia psychiczne w ciąży i połogu* (S. Sidorowicz, Trans.). Edra Urban&Partner.

Fejfer-Szpytko, J., Włodarczyk, J., & Trąbińska-Haduch, M. (2016). Rozpoznanie sytuacji matek małych dzieci w temacie depresji poporodowej i zaburzeń nastroju. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 15(3).

Kossakowska, K. (2018). Objawy depresji poporodowej a poczucie skuteczności w karmieniu piersią. *Pediatrica Polska*, 93(2), 107–116.

Netsi, E., Pearson, R. M., Murray, L., Cooper, P., Craske, M. G., & Stein, A. (2018). Association of Persistent and Severe Postnatal Depression With Child Outcomes. *JAMA Psychiatry*, 75(3), 247–253. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4487>

Sokół Szawłowska, M. (2020). Przypadki depresji okołoporodowej u ojców. *Psychiatria Polska*, 54(6), 1123–1135.

Dominiak, M., Antosik-Wójcińska, A. Z., Baron, M., Mierzejewski, P., & Święcicki, Ł. (n.d.). Rekomendacje odnośnie profilaktyki i leczenia depresji poporodowej. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Malhi, G., & Bridges, P. (2001). *Postępowanie w depresji*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner. ISBN 83-87944-57-2.

Flint, J., & Kendler, K. S. (2014). The Genetics of Major Depression. *Neuron*, 81(3), 484–503.
<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2013.12.028>

Kerestes, R., et al. (2013). Functional brain imaging studies of youth depression: A systematic review. *NeuroImage: Clinical*, 4, 209–231.
<https://doi.org/10.1016/j.nicl.2013.09.005>