

Przygnębienie czy depresja?



dr Patryk Stecz

Psycholog Akademickiego Centrum Zaufania Politechniki Łódzkiej,
adiunkt w Zakładzie Psychologii Klinicznej i Psychopatologii Instytutu Psychologii UŁ,
współpracuje z Polskim Towarzystwem Suicydologicznym

6

Temat depresji, wbrew pozorom, posiada wielowiekową historię w literaturze i nauce. Już w starożytności ówczesni filozofowie i lekarze podkreślali u człowieka zależności między duszą, dopatrując się zaburzeń depresyjnych w psyche, a somą lub dysharmonii między nimi (Arystoteles, Platon, Galen).

Dzisiejsza medycyna wciąż zdaje się pomijać pewnej mierze kontekst przeżyć wewnętrznych, środowiska i relacji społecznych, które oddają szerszą perspektywę w wyjaśnianiu mechanizmów tzw. zaburzeń nastroju. Prawdą jest też, że postęp technologiczny przyczynił się do wprowadzenia na rynek nowoczesnych środków farmakologicznych o dużej skuteczności w leczeniu depresji. Nie są również zaskakujące wyniki badań dokumentujących częste współwystępowanie depresji w przypadku przewlekłych zespołów bólowych, czy innych chorób (np. cukrzyca, nowotwory, choroby tarczycy). Schorzenia te przekładają się bezpośrednio na długość i jakość życia, ograniczają funkcjonalność. Dodatkowo, konsekwencje niektórych chorób mogą wpływać na gospodarkę neurohormonalną, zaburzać jej pierwotną równowagę. Wówczas przyczyny depresji leżą w zachwianym przekąźnictwie w układzie nerwowym. Nie sposób wymienić wielu czynników tzw. środowiskowych (np. trauma, ciąża) i innych (choroba psychiczna), które mogą, ale nie muszą prowadzić do wystąpienia klinicznej depresji. Powstawaniu i leczeniu różnych odmian depresji poświęcono obszerne tomy książek, których lektura oraz refleksja nad współ-

czesnym obrazem społeczeństwa pozwalają dostrzec pewne prawidłowości:

1. Doświadczanie głębokiego smutku, bezradności i rozpacz czy przygnębienia stanowią nieodłączny element ludzkiej egzystencji i niejednokrotnie bywają punktem zwrotnym (szansą). Czas występowania tych stanów nie powinien jednak przedłużać się.
2. Gdy zmagamy się z poczuciem beznadziejności i bezradności (nie dostrzegamy rozwiązania sytuacji), jest to bodziec sugerujący, aby zwrócić się po wsparcie. Po czym rozpoznać, że bierze się nadmierną odpowiedzialność za te stany? Jeśli uważasz, że powinienś(naś) zawsze sam(a) poradzić sobie z problemami, gdyż w innym przypadku wykażesz się słabością i niezaradnością, mamy do czynienia z dość niebezpieczną sytuacją. Innym zagrożeniem dla zdrowia psychicznego jest uznanie, że pozostanie samemu z problemami „odciąży” innych, gdyż sytuacja nie jest wystarczająco warta tego, aby obciążać nią otoczenie.
3. Biorąc pod uwagę szeroki, psychospołeczny kontekst mechanizmów depresji i regulacji nastroju, w wypadku umiarkowanych i niezbyt długich



okresów negatywnych emocji, pierwszą myślą nie musi być zwrócenie się do lekarza psychiatry. W sytuacjach przedłużającego się przygnębienia i negatywnych myśli duże znaczenie może mieć wsparcie emocjonalne. Wizyta u psychologa jest szansą, aby „złapać oddech”, przyjrzeć się swojej sytuacji z innej strony, znaleźć nowe rozwiązania oraz pozbyć się ciężaru zmagania z przykrymi myślami w pojedynkę. Konsultacja może też pomóc ustalić fakty i ocenić, czy sytuacja rokuje pozytywnie, a także, czy istnieją dodatkowe problemy, wskazania do podjęcia psychoterapii lub/i wizyty u lekarza psychiatry.

4. Gdy mówimy o depresji o tzw. psychogennym lub mieszanym podłożu wiadomo, że poza obiektywnie występującymi trudnościami, w jakimś stopniu dotyczy ona sposobu postrzegania rzeczywistości. Doświadczanie przykrych emocji i myśli może wynikać z przyjęcia stronnich założeń wobec siebie samego i innych na długo przed wystąpieniem objawów. Taki stan rzeczy w konsekwencji „napędza” błędne koło, gdy pojawią się niesprzyjające okoliczności, co prowadzi do depresji lub ją nasila.
5. Rozpracowywanie tzw. błędnego koła i dostrzeganie własnych ograniczeń w racjonalnym wnioskowaniu na własny temat wiąże się z tzw. metapoznaniem. Jest to rozwijanie zdolności do poznania samego siebie, które umożliwia przyjęcie wobec własnych sądów postawy bardziej krytycznej i zdystansowanej. Korzystne jest pogłębianie tej wiedzy samodzielnie (dobra literatura i autorefleksja), najbezpieczniej pod okiem psychologa, bądź terapeuty.

6. Gdy wątpliwości dotyczące doświadczania depresji utrzymują się, konsultacja u psychiatry jest szansą, aby je rozwiązać i wdrożyć dalsze kroki. Jeśli kontakt z psychiatrą budzi niechęć, warto zastanowić się nad kilkoma sprawami. Czy „stygmata” towarzyszące konsultacji psychiatrycznej nie wynika, oprócz lęku, z własnej negatywnej kategorizacji osób doświadczających trudności psychicznych? Kolejna refleksja dotyczy tego, jak sami postrzegamy osoby z diagnozą depresji. Czy jest to wizerunek stereotypowy i ma on uzasadnienie?

7. Współcześnie funkcjonujemy w dużym tempie, co wiąże się ze stresem i napięciem. W zależności od indywidualnej odporności, prędzej czy później taki tryb życia negatywnie wpływa na zaspokajanie własnych potrzeb, co może przyczynić się do chronicznie obniżonego nastroju. W jaki sposób zadbać więc bardziej o siebie? Jest to inwestycja, która powinna się zwrócić zarówno w krótko- jak i długoterminowej perspektywie. Jedno z badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych (Hanks, 2020) poświęcono problemowi radzenia sobie z emocjami przez terapeutów i psychologów. Zapytani, jak radzą sobie na co dzień z obciążeniem, lękiem i przygnębieniem, wymieniali wiele sposobów, które uznali za skuteczne. Koncentrowały się one w głównej mierze wokół następujących wątków:

- mówienie o sobie – dzielenie się z bliską osobą własnymi emocjami, odczuciami,
- podtrzymywanie kontaktu z osobami, które okazują im szacunek i akceptację,

- umiejętność dystansowania się wobec tych osób, w obecności których czują się źle,
- planowanie aktywności w taki sposób, aby nie odbywały się kosztem snu, regularnego spożywania posiłków,
- częste utrzymywanie przyjacielskich kontaktów z osobami, które je wspierają, rozśmieszają etc.,
- biblioterapia, arteterapia i twórczość: w celu odreagowania emocji, poszukiwania inspiracji lub „zajęcia głowy”; dobra książka, słuchanie muzyki, garncarstwo, rysunek, śpiew, origami; niektóre z tych czynności pomagają im w szerszym znaczeniu obcować ze światem i kulturą,
- częsta aktywność ruchowa w formie rytuałów: jogging, joga, tenis, dłuższe spacery z psem, taniec,
- korzystanie z preferowanych form wypoczynku – podróże, miejsca, gry, inne hobby,
- zaangażowanie w sprawy zorientowane na dobro innych lub z innego powodu istotne dla nich samych (wolontariat, fundacja, spontaniczne akcje),
- W przypadku niewystarczającej ilości czasu i przemęczenia, unikanie bezrefleksyjnego przyjmowania kolejnych zobowiązań (mówiąc „tak” w pracy, mówimy „nie” w domu)
- kontakt z naturą,

- planowanie pozytywnych wydarzeń w swoim życiu, przyjemności (np. wizyta w ulubionej restauracji, randka, wypad w góry),
- spędzanie czasu z rodziną.

Wbrew powszechnie znanemu przysłowiu „szewc bez butów chodzi”, doświadczenia własne terapeutów okazują się być całkiem uniwersalne, mają też praktyczne zastosowanie. Na ich podstawie stosunkowo łatwo da się przeprowadzić własny, krótki przegląd dotyczący stosowania higieny psychicznej na co dzień. Nie można przy tym zapomnieć, że respondenci w cytowanym badaniu wykonywali pracę, która często pokrywała się z ich zainteresowaniami i pomimo obciążeń dostarczała wiele satysfakcji. W związku z tym, powyższą listę można śmiało uzupełnić o spędzanie czasu związane z realizacją własnych zainteresowań. W tym miejscu gorąco zachęcam czytelnika do refleksji nad sposobami radzenia sobie na co dzień ze swoimi emocjami oraz do dodania własnych pozycji do listy tych sposobów.

✓ _____

✓ _____

✓ _____

