

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD CHORYMI Z DEPRESJĄ

The role of the nurse in the care of patient with depression

Joanna Poprawska¹, Sylwia Krzemińska², Adriana Borodzicz-Cedro³

¹ Milickie Centrum Medyczne. Oddział psychiatryczny żeński

² Wydział Profilaktyki i Zdrowia, Niepubliczna Wyższa Szkoła Medyczna we Wrocławiu

³ Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: s.krzeminska@wp.pl

STRESZCZENIE

Depresja jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych. Jej objawy dotyczą istotnych obszarów funkcjonowania człowieka, wpływają na indywidualne odczucia pacjentów, w dużym stopniu determinują jakość relacji społecznych, zarówno w obszarze życia rodzinnego, jak i zawodowego. Istnieje wiele teorii tłumaczących mechanizm powstania depresji. Podkreślają one biologiczne, intrapersonalne lub interpersonalne aspekty zagadnienia.

Współczesna psychiatria bazując na holistycznej koncepcji człowieka i nakazując ideę kompleksowego leczenia, stwarza nowe obszary zadań i czyni niezbędnym udział pielęgniarki w promocji zdrowia psychicznego, profilaktyce zaburzeń psychicznych, procesie diagnostyczno-terapeutycznym i rehabilitacji. Wśród zadań pielęgniarki realizowanych w odniesieniu do pacjenta chorego psychicznie na pierwszy plan wysuwają się oddziaływania psychoterapeutyczne, nie można jednak pominąć problemów somatycznych. Pielęgniarskie interwencje terapeutyczne wobec chorego na depresję stanowią integralną część procesu terapeutycznego, są ukierunkowane na podtrzymywanie zasobów i możliwości sprzyjających zmniejszeniu lub niwelowaniu głównych problemów.

Nowoczesny model psychiatrycznej opieki pielęgniarskiej podnosi pacjenta do rangi aktywnego podmiotu. Przez uaktywnianie chorych, organizację środowiska szpitalnego, przez włączenie w proces leczenia rodziny chorego – zapobiega się izolacji, społecznej psychodegradacji i tworzeniu się rzesz przewlekłe chorych wymagających ciągłej opieki. Specjalistyczna opieka pielęgniarska nad chorym na depresję wymaga od pielęgniarki wszechstronnej wiedzy zawodowej, znajomości skutecznych działań poprawiających i wpływających na codzienne funkcjonowanie chorego i jego rodziny. Nie sposób nie doceniać pewnych predyspozycji intelektualnych i charakterologicznych, takich jak: zdolność empatii, cierpliwość, opanowanie, zdolność do stałej pracy nad sobą. Holistyczny model opieki pielęgniarskiej wyznacza nowy, obiecujący kierunek myślenia o chorobach psychicznych, o chorych i ich relacjach z otoczeniem.

Słowa kluczowe: depresja, opieka pielęgniarska, funkcjonowanie chorego, przygotowanie rodziny.

SUMMARY

Depression is one of the most common mental disorders. Her symptoms affect important areas of human functioning, affect the individual feelings patients, determine the quality of social relations in the area of a family life and career. There are many theories explaining the mechanism of formation of depression. They stress the biological, intrapersonal and interpersonal aspects of the problem.

Contemporary psychiatry based on the holistic concept of man, created new areas of responsibilities and makes it necessary to share a nurse in mental health promotion, prevention of mental disorders, diagnostic and therapeutic process and rehabilitation.

Among the nurses performed tasks for the mentally ill patient to come to the fore the impact of psychotherapeutic.

Nursing therapeutic interventions to patients with depression are an integral part of the therapeutic process, are aimed at maintaining the resources and opportunities conducive to reducing or offsetting the main problems. The modern model of psychiatric nursing care of the patient increases to the level of an active entity. By activating the sick, hospital environment, the inclusion in the process of treatment, family, social isolation and mental degradation prevented the creation of a group of chronically ill requiring constant care.

Specialized nursing care of patients with depression requires nurses wide professional knowledge and effective action to improve the daily functioning affecting the patient and family.

Important are also intellectual predisposition and character traits such as: the ability of empathy, patience, self-control, the ability to work on themselves.

Holistic nursing care model sets a new, promising direction of thinking about mental diseases, patients and their relationship with the environment.

Key words: depression, nursing care, the functioning of the patient, preparation of the family.

WSTĘP

Depresja jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych, zarówno jeśli chodzi o populację ogólną, jak i o liczbę osób zgłaszających się do lekarzy. Dane przedstawione przez Światową Organizację Zdrowia pokazują, że obecnie depresja stanowi czwarty najpoważniejszy problem zdrowotny na świecie.

Objawy zespołów depresyjnych dotyczą istotnych obszarów osobowości człowieka, wpływają na indywidualne odczucia pacjentów, w dużym stopniu także determinują jakość relacji społecznych, zarówno w obszarze życia rodzinnego, jak i zawodowego wpływając na przebieg zatrudnienia czy charakter wykonywanej pracy.

DEPRESJA – EPIDEMIOLOGIA

W 1974 r. Antoni Kępiński napisał, że: „Smutek jest dołą człowieka. I nawet najpogodniejszemu trafiają się okresy depresji,

gdy wokół niego świat ciemnieje i sam siebie widzi w czarnych kolorach. Nic też dziwnego, że w psychiatrii, gdzie cierpienie psychiczne przekracza granice przeciętności, depresja jest jednym z głównych problemów” [1]. Obecnie do tej jakże trafnej obserwacji możemy też dołączyć stwierdzenie, że depresja staje się nie tylko problemem psychiatrycznym czy psychologicznym, ale również społeczno-ekonomicznym. Od wielu lat obserwowany jest ciągły wzrost liczby hospitalizacji. Dane te nie odzwierciedlają realnej liczby zachorowań na depresję, wielu nie korzysta z pomocy specjalistycznej. W krajach Europy Zachodniej wskaźnik może sięgać 4%, a u osób, które znajdują się w wieku ryzyka – 10%. Istnieją dane, które wskazują, że 1 osoba na 6 w jakimś momencie życia cierpi z powodu stanu, który w pełni odpowiada rozpoznaniu depresji [2]. Szacuje się, że do roku 2020 depresja będzie drugą główną przyczyną diagnozowania u podłoża trwałego inwalidztwa [3].

Uwagę i konieczność poruszania tematu depresji podkreśla tak-

że jej przewlekły, nawracający charakter. Niektóre dane wskazują na 80–100% możliwość nawrotu w przypadku depresji. Często widoczne są objawy „defektu”, czyli niepełna remisja ze stale utrzymującymi się zaburzeniami nastroju, rytmów biologicznych, napędu, aktywności złożonej [4]. Z perspektywy społecznej należy zwrócić uwagę na rosnące koszty ekonomiczne, związane z występowaniem i z leczeniem depresji [5]. Ogólny koszt całej grupy zaburzeń z kręgu depresyjnego jest bardzo wysoki i porównywalny z kosztami takich chorób, jak nowotwory czy choroby układu krążenia.

Depresja to najdroższa z chorób [6]. Kolejnym powodem, który czyni depresję ważnym problemem społecznym jest związana z nią wysoka śmiertelność. Od 15 do 25% chorych ze zdiagnozowaną depresją dokonuje skutecznego zamachu samobójczego. Wskaźnik ten utrzymuje się od wielu lat na tym samym poziomie, pomimo wielu podejmowanych działań i postępu w dziedzinie farmakoterapii [7]. Z opisywanym zjawiskiem nadumieralności w depresji łączy się także zagadnienie powiązań między depresją a innymi chorobami, zwłaszcza somatycznymi. Osoby cierpiące z powodu depresji należą do grupy z podwyższonym ryzykiem zachorowania na choroby układów: krążenia, pokarmowego, oddechowego czy nowotworowy [8].

Depresję łączy się z samotnym cierpieniem, bólem, lękiem. Wywiera ona jednak wpływ nie tylko na pacjentów, ale i na cały system rodziny. Osobie chorej trudno jest wypełniać dotychczasowe role społeczne ze względu na obniżenie napędu psychoruchowego, męczliwość, mniejszą cierpliwość, bardzo duży krytycyzm względem siebie. Podobnie trudności występują w relacjach małżeńskich, powodując dodatkowe napięcia, kryzysy, trudności w pożyciu seksualnym [9].

Osoba cierpiąca z powodu depresji jest dużym obciążeniem dla zdrowego partnera (chory nie cieszy się przyjemnymi czynnościami, często nie reagują na wsparcie, dostarczając powodów do dodatkowych żartów) do tego stopnia, że aż 40% współmałżonków kwalifikuje się do leczenia [10].

MODELE TEORETYCZNE DEPRESJI

Model biologiczny

Według modelu neurochemicznego, przyczyną depresji może być niedobór amin biogennych. Hipotezy na temat neurochemicznego podłoża zachorowania na depresję dotyczą spadku poziomu norepinefryny (noradrenaliny – hipoteza katecholaminowa) oraz serotoniny (hipoteza serotoninowa). Spadek poziomu tych amin biogennych powoduje pojawienie się deficytów motywacyjnych. Serotonina wyprodukowana w komórce nerwowej uwalniana jest do synapsy, gdzie stymuluje kolejną komórkę. Aby powstrzymać tę stymulację, serotonina musi zostać zdeaktywowana: albo przez reabsorpcję do neuronu presynaptycznego, albo przez jej zniszczenie. Leki przeciwdepresyjne powstrzymują te procesy, nie dopuszczając do spadku poziomu norepinefryny i serotoniny.

Teorię o organicznym charakterze depresji wspierają następujące fakty: depresja pojawia się często po okresie naturalnych zmian fizjologicznych u kobiet (np. po porodzie), wysoka skuteczność biologicznych metod terapii (preparaty trójpierścieniowe, inhibitory MAO, elektrowstrząsy), depresja pojawia się jako efekt uboczny stosowania pewnych leków (hipotensyjne, przeciwnowotworowe, neuroleptyki) [11].

Model psychodynamiczny

Model psychodynamiczny zakłada, że depresja (tak jak i inne zaburzenia) ma swoje źródła w nierozwiązanym konflikcie z przeszłości. Pierwsze modele teoretyczne depresji w ujęciu psychoanalitycznym przedstawili w artykule „Żałoba i melancholia” Karl Abraham (1911) oraz Zygmunt Freud (1917).

Freud uważał, że przyczyną depresji jest skierowanie całej agresji do wewnątrz, w efekcie czego dochodzi do obniżenia samooceny, samooskarżeń czy samobójstwa. Osoba depresyjna w dzieciństwie skierowała swoją miłość na drugą osobę i doznała rozczarowania, w efekcie identyfikuje się z utraconym

obiektem, „włącza” go w obszar swego *ego*. Złość, którą odczuwa pierwotnie wobec pierwotnego obiektu, zostaje skierowana na samego siebie. Kolejne doświadczenia straty i odrzucenia reaktywuje uczucie związane z utratą pierwotnego obiektu [12].

Według Melanii Klein (teoria relacji z obiektem), jakość relacji matki i dziecka w pierwszym roku życia decyduje o tym, czy w przyszłości jednostka będzie miała skłonność do depresji. Każde dziecko przechodzi przed pierwszym rokiem życia okres, w którym szczególnie silnie przeżywa złość – reakcję na frustrację w kontakcie z matką oraz strach – będący reakcją na przeżywany gniew (tzw. pozycja depresyjna). Jeżeli uczucie gniewu i strachu w relacji z matką są silniejsze niż doświadczane uczucie miłości, pojawiają się patologiczne sposoby rozwiązywania „pozycji depresyjnej”, do których jednostka może powracać w dorosłym życiu. Część psychodynamicznych teorii depresji akcentuje istnienie określonych typów osobowości depresyjnej, które kształtują się w dzieciństwie. Typy te charakteryzują się nadmiernym poleganiem na zewnętrznych źródłach samooceny, gratyfikacji oraz nadawania znaczenia własnym działaniom (koncepcja Arietiego, Rado, Fenichela) [13].

Teorie psychodynamiczne uznają za punkt wyjścia utratę ważnego obiektu oraz ewolucję w kierunku spostrzegania ogólnego braku podstaw dobrego funkcjonowania i samopoczucia (w tym braku stabilnego poczucia własnej wartości) – czyli słabości *ego*, czemu towarzyszy nadmierne krytyczne, niestabilne *superego* [12].

Model poznawczo-behawioralny

Do grona przedstawicieli modelu poznawczo-behawioralnego zalicza się między innymi A. Becka (1967), M. Seligmmana (1993), J. Lewinsohn (1982). Beck sformułował pierwszą poznawczą teorię depresji. Jest ona do dzisiejszego dnia najbardziej powszechną i przyjętą teorią. W przeciwieństwie do podejścia biologicznego zakłada, że to deformacje procesów poznawczych, zniekształcenia przebiegu i wyniku myślenia prowadzi do powstania i podtrzymywania się symptomów depresyjnych. To, co według psychiatrii jest wtórnym objawem depresji, Beck uważa za jej pierwotną przyczynę. Patologia natomiast powstaje wtedy, gdy występują rozbieżności między postrzeganiem i stanem obiektywnym, a interpretacja wywołuje negatywne uczucie. Model poznawczy Becka wskazuje na trzy subteorie wyjaśniające psychologiczny mechanizm leżący u podstaw depresji.

1. Depresyjna triada poznawcza – charakteryzuje się negatywnym postrzeganiem: własnej osoby, otaczającego świata, własnej przyszłości [14].
2. Koncepcja depresyjnych schematów (stereotypów) poznawczych – wyjaśnia mechanizm możliwości istnienia triady poznawczej. Zakłada, że każdy człowiek posiada własny wzorzec selekcji i gromadzenia informacji. Wzorzec ten kształtuje się na podstawie wczesnodziecięcych doświadczeń, zwłaszcza z rodzicami, rodzeństwem czy nauczycielami. Raz ukształtowany, charakteryzuje się względną trwałością i rzutuje na późniejszą selekcję i gromadzenie informacji. Oba stereotypy poznawcze mogą pozostawać przez długi czas w uśpieniu i przebudzić się w momentach kryzysowych.
3. Koncepcja wadliwego przetwarzania informacji (błędy myślenia).

Beck wychodzi z założenia, że obecność triady depresyjnej wywodzi się z istnienia błędów w przetwarzaniu informacji. Ulegając błędowi, chory nie ma poczucia, że jego system przekonań i sądów jest fałszywy i niepoprawny. Nie potrafi spostrzec, że podczas przetwarzania informacji pojawiają się u niego myśli automatyczne.

Najczęściej spotykane błędy przetwarzania informacji to: arbitralny wniosek, nadgeneralizacja, selektywna abstrakcja, wyolbrzymianie i minimalizowanie, personalizacja.

Osoby depresyjne charakteryzują się nadwrażliwością na bodźce negatywne zarówno psychiczne, jak i fizyczne. Pozwala to sformułować hipotezę, że przyczyny depresji znajdują się

zarówno w samej osobie (zakłócony odbiór wzmocnień), jak i w otoczeniu, w którym żyje (niewystarczająca liczba wzmocnień pozytywnych ze środowiska) [15].

Wycuczona bezradność

Wycuczona bezradność jest ogólnym terminem wprowadzonym przez M. Seligmana. „Bezradność jest stanem wycuczonym, wytworzonym przez narażenie na szkodliwe, nieprzyjemne sytuacje, w których nie ma możliwości ucieczki lub których nie da się uniknąć. W demonstracjach eksperymentalnych, które ujawniają analogiczne skutki u ludzi, jak i u zwierząt, powtarzające się, niemożliwe do uniknięcia, emitowanie wstrząsów względem psa wytwarza u niego pewien rodzaj patologicznej bezradności do tak skrajnego stopnia, że nawet kiedy zwierzę ma możliwość ucieczki, to z możliwości, o której mowa, nie skorzysta” [16].

Traumatyczne wydarzenia doznane w dzieciństwie, negatywne doświadczenia i oceny, pesymistyczne interpretacje dotyczące życia i świata wypowiedziane przez rodziców i inne autorytety wobec dziecka (lub w jego obecności) działają jak zwrotnica nastawiająca myślenie jednostki na negatywne tory. Treść myśli decyduje o konsekwencjach emocjonalnych. Według Seligmana, osoby depresyjne doszły do depresji stosując zniekształcenia poznawcze dotyczące zdarzeń niepomysłnych. To spowodowało utrwalenie się pesymistycznego stylu wyjaśnienia, który w połączeniu z niepomysłnymi wydarzeniami wytworzył zjawisko wycuczonej bezradności. Seligman swoją koncepcją przyczynia się do lepszego zrozumienia człowieka i jego cierpienia. Wycuczona bezradność poprzedza depresję [17].

Depresja jako dostosowanie

Kazimierz Dąbrowski, przedstawiciel ruchu higieny psychicznej w Polsce określił zdrowie psychiczne jako „Zdolność do rozwoju wewnętrznego w kierunku wszechstronnego rozumienia, przeżywania, odkrywania i tworzenia coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i wartości, aż do konkretnego ideału indywidualnego i społecznego poprzez procesy dezintegracji pozytywnej i cząstkowej integracji wtórnej”. Swoją zasadniczą koncepcję oparł na hierarchii wartości, czyli budowaniu układu wartości, gdzie wybory niższego rzędu są podporządkowane wartościom rzędu wyższego. Proces budowania tej hierarchii jest z założenia twórczy i pełen niepowodzeń, dlatego psychoenerwicy uważali nie za chorobę, ale naturalny sposób tworzenia się tej hierarchii [18]. W tym ujęciu depresję przyjmuje się jako istotny element rozwoju samoświadomości. Rozwój ten następuje przez stopniowe rozluźnianie i zastępowanie prymitywnych form czynności psychicznych formami bardziej złożonymi. Wiele zjawisk uznawanych za przynależne do sfery psychopatologii traktuje jako zdrowe objawy przyspieszonego rozwoju psychicznego środowiska wewnętrznego, objawy wzbicia dotychczasowej pozytywnej struktury psychicznej, poprzedzającej wtórne jej zintegrowanie na wyższym poziomie [19].

Depresja wtórna do innych chorób

Oprócz depresji z przyczyn pierwotnych, objawy depresyjne mogą występować wtórnie w przebiegu innych chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych. Choroby mogące mieć wpływ na wystąpienie depresji:

1. Zaburzenia psychiczne: schizofrenia, zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości, zaburzenia odżywiania, otępienie, zespół Aspergera.
2. Choroby endokrynne: choroba Cushinga, Addisona, choroby tarczycy, przytarczyc, choroby związane z zaburzeniami cyklu miesięcznego.
3. Choroby neurologiczne.
4. Choroby zakaźne.
5. Choroby nowotworowe.

Każda choroba somatyczna, która w swoim przebiegu powoduje duże cierpienie, może powodować występowanie depresji – pośrednio z przyczyn psychologicznych [19].

Depresja wtórna od zażywania substancji psychoaktywnych

Współzachorowalność lub podwójna diagnoza określana jest przez Światową Organizację Zdrowia jako „współwystępowanie u tej samej osoby zaburzenia wynikającego z zażywania substancji psychoaktywnej i innego zaburzenia natury psychicznej”. Zaburzenia psychiczne i osobowościowe występują przed pojawieniem się zaburzeń wynikających z zażywania substancji psychoaktywnych, czyli zwiększają one indywidualną podatność na takie problemy. Jednakże zaburzenia psychiczne mogą też być potęgowane przez zażywanie narkotyków czy picie alkoholu, tak jest w przypadku depresji, albo występować jednocześnie. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych jest również postrzegane jako element lub objaw zaburzenia psychicznego lub osobowościowego oraz jako próba „samookaleczenia”. Narkotyki czy alkohol mogą łagodzić niepokój, napięcie, ból, likwidować omamy wzrokowe czy słuchowe, mogą przynosić ulgę w stanach depresyjnych, umożliwiać odhamowanie behawioralne. Zażywane substancje często łagodzą niepokojące objawy, co sprzyja w rozwoju uzależnienia [20].

OBRAZ KLINICZNY I ROZPOZNANIE

Objawy depresji

P.J. Mobius w 1893 r. wprowadził dychotomiczny podział depresji na endogenną (organiczną) i reaktywną, będącą odpowiedzią osoby na różnego rodzaju sytuacje, które przekraczają jej możliwości radzenia sobie. Ta najprostsza klasyfikacja do dzisiejszego dnia cieszy się dużą popularnością. Depresje reaktywne stanowią zdecydowaną większość przypadków. Poznanie całości doświadczenia opiera się na diagnozie trzech obszarów doświadczenia chorego: intrapersonalnego, interpersonalnego i sytuacyjnego [11].

W tym rozpoznać możemy osiem wyszczególnionych obszarów. Każdy z nich przedstawia taki zestaw wzorców, które można obserwować u osób chorujących na depresję.

1. **Wymiar fizjologiczny** – dotyczy symptomów występujących na płaszczyźnie fizycznego doświadczenia: zaburzenia snu, zaburzenia apetytu, poczucie zmęczenia, zaburzenia popędu płciowego, niepokój, uskarżanie się na konkretne niedyspozycje bądź ogólny zły stan fizyczny przy braku widocznych przyczyn organicznych, nasilenie lub uporczywość objawów fizycznych, których pochodzenie organiczne jest znane.
2. **Wymiar poznawczy** – wiąże się z wzorcami myślowymi charakterystycznymi dla depresji: negatywne oczekiwanie (poczucie beznadziejności), negatywna samoocena, negatywna interpretacja doświadczeń, poczucie „rozsypania”, nadmierne skoncentrowanie na sobie, trudności w koncentracji, skupienie się na przeszłości, skłonność do generalizowania, poczucie bezradności, zniekształcenie poznawcze (niewłaściwe wzorce myślenia), ruminacje (roztrząsanie problemów).
3. **Wymiar behawioralny** – obejmuje mechanizmy pojawiające się w zachowaniu chorego na depresję: zaburzenia poziomu aktywności (brak lub nadmierna aktywność), działania agresywne lub destruktywne, napady płaczu, próby samobójcze, spowolniona lub niewyraźna mowa, popadnięcie w uzależnienia, ogólna impulsywność, zachowania sprzeczne z osobistym systemem wartości, zachorowania „acting-out” (wyładowywanie się), zachowania „giving-up” (poddawanie się), przejawianie perfekcjonizmu.
4. **Wymiar aktywny** – dotyczy objawów stanowiących odbicie zaburzeń stanu emocjonalnego osoby cierpiącej na depresję: ambiwalencja (odczuwanie sprzecznych emocji), brak źródeł satysfakcji, utrata poczucia humoru, utrata szacunku do samego siebie, poczucie braku wartości i własnej bezużyteczności, osłabienie związków emocjonalnych (apatia), obniżony nastrój, smutek, nadmierne lub nieadekwatne poczucie winy, poczucie bezsilności, podniesiona lub obniżona reaktywność emocji, skłonność do złości, irytacji, utrata motywacji.

5. **Wymiar relacji** – obejmuje charakterystyczne wzorce, wędrug których człowiek chory na depresję odnosi się do siebie oraz innych ludzi: przyjmowanie w relacjach pozycji ofiary, znaczna zależność od innych, wysoka reaktywność na innych, brak znaczącej pozycji społecznej, wycofanie i izolacja, unikanie towarzystwa, nadmierna potrzeba akceptacji, skłonność do poświęcania się, przyjmowanie postawy męczennika, przesadne poczucie odpowiedzialności za innych, zachowanie pasywno-agresywne, nadmierna krytyczność w stosunku do innych, wąski zakres komunikacji.
6. **W wymiarze symbolicznym** – znajdujemy wzorce, które wyrażają wewnętrzne przeżycie chorego. Nie wszystkie komunikaty są ukierunkowane lub świadome. Większość z nich przejawiać się może w formie symbolicznej: destruktywna fantazja, wyobrażenia, powtarzające się koszmary, męczące wyobrażenia, zainteresowanie sprawami duchowymi, spekulacje na ten temat.
7. **Wymiar kontekstowy** – odnosi się do czynników zewnętrznych, na które chory odpowiada mechanizmami depresyjnymi wymienionymi przy przedstawianiu innych wymiarów. Uwzględnianie tych czynników ma znaczenie przy ocenie stopnia uogólnienia depresji – możliwości jej przejścia w stan chroniczny: uogólnione, przewidywalne, ograniczone odpowiedzi na określone sytuacje, trudności w prawidłowej ocenie wymogów sytuacji i własnych zobowiązań, odrzucanie pod wpływem sytuacji wyznawanych wartości etycznych.
8. **Wymiar historyczny** – wiąże się ze specyficznymi doświadczeniami z życia jednostki, które mogły przyczynić się do powstania mechanizmów depresyjnych: znaczące straty, których chory doznał w przeszłości, sytuacje, w których chory nie miał kontroli nad przebiegiem wydarzeń, sprzeczne wymagania i oczekiwania, zmienne środowisko, wąski zakres osobistych doświadczeń [21].

PRZEBIEG DEPRESJI I ROKOWANIE

Przebieg i rokowanie w depresji wykazują duże różnice u poszczególnych osób w zależności od cech osobniczych organizmu, warunków socjalnych, sposobu leczenia. U niektórych chorych może wystąpić jeden lub dwa nawroty w życiu (np. w okresie inwolucji lub w wieku podeszłym), u części choroba może mieć przebieg bardzo złośliwy: liczba nowotworów jest duża, fazy chorobowe bardzo długie, okresy remisji krótkie; niekiedy występuje przebieg naprzemienny bez remisji. Chociaż okresy oddzielające nawroty nazywane bywają remisjami, określenie to nie zawsze jest w pełni adekwatne do wieku chorych. U blisko połowy osób z rozpoznaną depresją, w miarę trwania procesu chorobowego, przerwy między nawrotami zwane remisjami w sensie ścisłym, są stanami częściowej poprawy z przewlekłe utrzymującymi się zaburzeniami nastroju, najczęściej pod postacią subdepresji [22]. Zespół depresyjny wykazuje często uporządkowany, powtarzający się rytm nawracania, często związany z porą roku (zwłaszcza wiosną i jesienią, niekiedy zimą – tzw. depresja zimowa). Wraz z każdym kolejnym, silnym epizodem wzrasta prawdopodobieństwo wystąpienia kolejnych nawrotów, przez zwiększoną dostępność depresyjnego wzoru myślenia. Wówczas symptomy choroby mogą uaktywniać się nawet bez prowokacji ze strony otoczenia, tzw. stresorów [23]. W przebiegu depresji (co jest ważne i ma znaczenie w terapii) może występować poranna postać tej choroby – dystymia. Jest to przewlekły, utrzymujący się ponad 2 lata stan subdepresyjny. Złe samopoczucie i przygnębienie wykazują dużą zmienność, są często zależne od bieżących wydarzeń. Podłoże tego stanu nie jest do końca wyjaśnione, najprawdopodobniej wiąże się z zaburzeniami osobowości [22].

U części osób zejściem zespołu depresyjnego jest całkowite ustąpienie nawrotów i powrót do stanu zdrowia. Nigdy jednak nie można wykluczyć możliwości ponownego nawrotu, nawet po bardzo długiej remisji. Szczególnym problemem są powiązania między nadużywaniem alkoholu i uzależnieniem od alkoholu a depresją. Zgon związany z zamachem samobójczym również należy zaliczyć do form zejścia depresji. Wyniki badań

nad genezą samobójstw w zespole depresyjnym wykazują, że chociaż są dość ściśle powiązania między zamachem samobójczym a zespołem depresyjnym, to depresja stanowi ważną, ale nie jedyną przyczynę decyzji o odebraniu sobie życia. Duże ryzyko samobójstwa pojawia się również w głębokich depresjach, zwłaszcza przebiegających z lękiem, podnieceniem, urojeniami depresyjnymi (urojenia hipochondryczne, nihilistyczne, katastroficzne) [22]. Zespoły depresyjne u części chorych mogą być przyczyną trwałego lub okresowego inwalidztwa. Trwałe inwalidztwo jest najczęściej następstwem ciężkiego (np. naprzemiennego) przebiegu choroby lub przewlekłego utrzymywania się pozornych zaburzeń nastroju (subdepresja) i stanowi podstawę do orzekania o inwalidztwie [22].

UDZIAŁ PIELĘGNIARKI W LECZENIU OSÓB CHORYCH NA DEPRESJĘ

Leczenie depresji powinno być:

1. **Wszechstronne**, ponieważ musi uwzględniać wszystkie aspekty poważnego, wielowymiarowego kryzysu, jakim dla chorego jest zachorowanie.
2. **Wytrwałe**, ponieważ kryzys jest długotrwały i zagraża podstawom egzystencji, a wiedza nie daje podstaw do jednoznacznie pomyślnego lub niepomyślnego rokowania, które uzasadniałoby jakiejkolwiek różnicowanie lub ograniczenie wysiłków leczniczych.
3. **Zindywidualizowane**, ponieważ postać kryzysu i udział w nim różnego rodzaju trudności są bardzo indywidualne, a powodzenie leczenia jest w dużym stopniu zależne od uzyskania zrozumienia, akceptacji i współudziału ze strony pacjenta [23].

Depresja jest chorobą uleczalną pomimo to, że mówi się o tym, iż nawet wyleczenie nie daje pewności wyzdrowienia na zawsze i w każdym momencie życia może powrócić, natomiast po leczeniu i terapii następuje okres remisji choroby, który może trwać nawet do końca życia, nie dając nawrotu [24]. Po zastosowaniu odpowiedniego leczenia dolegliwości i zaburzenia związane z depresją ustępują w ciągu 2–3 tygodni. Osoba chora może powrócić do normalnego życia, cieszyć się nim jak dawniej. Po wielu latach badań nad skutecznością różnych form terapii uważa się, że współczesne leczenie depresji opiera się na dwóch metodach: leczeniu farmakologicznym, metodach nefarmakologicznych [25].

Pomoc w leczeniu farmakologicznym

Decyzję o leczeniu farmakologicznym depresji podejmuje lekarz psychiatra, który decyduje także o tym, czy pacjent ma być hospitalizowany, czy też leczony ambulatoryjnie. Przy wyborze miejsca uwzględnia: nasilenie depresji, ryzyko samobójstwa, ryzyko zastosowania farmakoterapii, aktualny stan somatyczny, warunki środowiskowe, opiekę rodziny, możliwość kontaktu z lekarzem.

Leczenie depresji przebiega w trzech etapach:

- 1) rozpoznanie i leczenie ostrej fazy,
- 2) leczenie podtrzymujące – trwa od 3 do 6 miesięcy po ustąpieniu objawów depresji,
- 3) zapobieganie nawrotom – trwa około 2 lat, a niektórych przypadków całe życie; tu należy wymienić dwie grupy stosowanych leków – leki przeciwdepresyjne i często dodatkowo wprowadzone leki przeciwlękowe [25].

Udział pielęgniarki w procesie leczenia farmakologicznego jest bardzo ważny. Do jej zadań należą: rozkładanie podawania leków zgodnie z zasadami obowiązującymi na oddziale, podawanie leków, obserwowanie chorego pod kątem przyjęcia leków i samopoczucia, motywowanie do regularnego przyjmowania leków, poznanie oczekiwań chorego związanych z przyjmowaniem leków, obserwacja chorego, czy nie przechowuje leków, aby użyć ich w celach samobójczych, obserwacja chorego pod kątem potencjalnych objawów rozpadu piramidowych, oferowanie gotowości pomocy, edukację w zakresie współudziału pacjenta w leczeniu, uprzedzenie pacjenta o ryzyku spadku ciśnienia tętniczego krwi przy szybkim wstawaniu, pouczenie o stopniowej pionizacji, kontrola oraz rejestracja ciśnienia tętniczego krwi,

wykonywanie iniekcji zgodnie z zasadami, przypominanie i informowanie o podstawowych zasadach leczenia, takich jak: wykluczenie spożywania alkoholu, utrzymywanie kontaktu z terapeutą, przestrzeganie terminów wizyt i badań kontrolnych [26].

Udział w leczeniu elektrowstrząsami

Elektrowstrząsy są skuteczną metodą leczenia ciężkich postaci depresji z zagrożeniem samobójstwem, depresji z osłupieniem, depresji lekoopornych oraz wtedy, gdy farmakoterapia jest przeciwwskazana (pacjentki w ciąży) [25].

Leczenie wstrząsowe polega na wywołaniu w warunkach kontrolowanych uogólnionego napadu drgawkowego pod postacią skurczy mięśni, drgawek kloniczno-tonicznych, hipoksji, zwiększenia ciśnienia tętniczego krwi i przyspieszenia akcji serca, a przede wszystkim przerwy w strumieniu świadomości. Leczenie elektrowstrząsami z udziałem lekarza anestezjologa jest metodą bezpieczną i skuteczną. Podczas zabiegu pielęgniarka wykonuje zalecenia lekarza, dba o bezpieczeństwo pacjenta, prowadzi obserwację stanu pacjenta: tętno, oddech, wygląd skóry, drgawki, skurcze.

Po wykonanym zabiegu: czuwa nad bezpieczeństwem chorego, dokonuje pomiarów parametrów życiowych, odłącza aparaturę, podejmuje próbę nawiązania kontaktu słownego, obserwuje stan psychiczny pacjenta: uruchomienie, kontakt, orientację [27].

Psychoterapia w depresji

Psychoterapia spełnia ważną rolę w leczeniu pacjentów chorujących na depresję w połączeniu z leczeniem farmakologicznym. Potrzeba pomocy psychoterapeutycznej wynika zarówno z często wyrażanych oczekiwań pacjentów, tj. rozmowy, ciepła, zaufania, nadziei, jak i z ogólnego przekonania, że leczenie ludzi z zaburzeniami psychicznymi wymaga dostarczenia im nowych, konkretnych, modelowych doświadczeń pomocnych w opanowaniu swojego kryzysu związanego z chorobą [27].

Psychoterapia może przebiegać w różnych formach:

- 1) **indywidualnej**, której celem jest wspieranie, doradzanie, edukacja, korekta odbioru zewnętrznego światła i ustalenie jego granic. Ma charakter podtrzymujący;
- 2) **rodzinnej**, której celem jest lepsza adaptacja systemu rodzinnego do choroby, lepsze zrozumienie przez rodzinę pacjenta skutków jego choroby oraz poprawy kontaktu emocjonalnego w rodzinie, w konsekwencji mniejsza liczba nawrotów i hospitalizacji;
- 3) **grupowej**, która odgrywa znaczącą rolę w zmniejszaniu izolacji pacjentów, dając im dystans do własnych objawów, przez możliwość zaobserwowania ich także u innych chorych [27].

Dzisiejsza psychoterapia w ujęciu psychodynamicznym przebiega w ograniczonym czasie, spotkania z terapeutą odbywają się regularnie, rola terapeuty jest bardziej aktywna. Sam proces leczenia niezależnie od konkretnej szkoły polega na: wglądzie konfrontacji za pomocą pytań terapeuty, klasyfikacji problemu, interpretacji przyczyn i znaczeń leżących u podstaw przejawianych zachowań i uczuć, integracji wprowadzonych interpretacji [15]. Psycholog humanistycznie charakteryzuje całościowe, holistyczne spojrzenie na człowieka wraz z jego specyficznymi problemami żywotnymi. Trudno więc dopatrywać się w tym nurcie przyczyn depresji jako „wyizolowanej” od innych chorób. Zaburzenia te traktowane są w kategoriach deficytów rozwoju osobowości, które są odzwierciedleniem niezaspokojonych potrzeb psychologicznych, takich jak: miłość, autonomia, samo-realizacja [21].

OCENA FUNKCJONOWANIA CHOREGO NA DEPRESJĘ

Depresja stanowi jeden z podstawowych problemów psychiatrii klinicznej. Cechy przebiegu choroby i jej następstwa sprawiają, że jest jedną z najczęstszych przewlekłych chorób psychicznych. Przekłada się to na wysokie koszty ekonomiczne i społeczne. Chorzy wymagają kompleksowego, długotrwałego i zindywidualizowanego leczenia, często licznych i długotrwa-

łych hospitalizacji, wszechstronnego wsparcia społecznego oraz świadczeń związanych z niepełnosprawnością. Choroba ta utrudnia lub wręcz uniemożliwia osiąganie celów rozwojowych i stabilizacji życiowej, prowadzi do stagnacji społecznej, obniżenia statusu i wykluczenia społecznego oraz do dezadaptacji życiowej.

Dezadaptacja ta obejmuje trzy główne wymiary przystosowania: somatyczny, osobowy oraz społeczny.

- **dezadaptacja w wymiarze somatycznym** przejawia się przez brak troski o zdrowie, zagrażające życiu zaburzenia somatyczne, próby samobójcze oraz skrócenie życia chorych;
- **dezadaptacja w wymiarze osobowym** cechuje się zaburzeniami od nieznacznej depersonalizacji do głębokich zmian poczucia własnej tożsamości;
- **dezadaptacja społeczna** może się ujawniać w postaci od niewielkich deficytów w funkcjonowaniu społecznym, aż do całkowitej utraty zdolności wykonywania ról społecznych. Ograniczenie lub brak pełnienia ról społecznych prowadzi do niepełnosprawności i zależności chorego od innych osób i instytucji [10].

Życie pacjentów chorujących na depresję bywa bardzo trudne, czego należy mieć bolesną świadomość. Największe trudności stwarza zapewnienie właściwego funkcjonowania chorego w społeczeństwie, zwłaszcza, gdy choroba przeszła w stan przewlekły. Negatywne postawy wobec chorych psychicznie – tendencje do odsuwania ich od siebie i izolowanie – mają szeroki zakres społeczny i wiążą się ze zjawiskiem powstawania oraz utrwalania się negatywnych społecznych stereotypów poznawczych dotyczących chorób psychicznych, a także upowszechniania się uprzedzeń wobec pacjentów. Często prowadzi to do dyskryminacji i społecznej marginalizacji osób, do których przyłgnęła etykieta „chorego psychicznie”. W związku z tym zjawiskiem zasadne jest zintensyfikowanie działań edukacyjnych w stosunku do rodzin tych chorych, jak również wobec całego społeczeństwa [28].

Istnieje ogromna potrzeba zwiększenia wiedzy na temat depresji, dzięki niej można będzie tworzyć otwarte postawy wobec chorych. Kluczowe znaczenie ma sposób mówienia o tej chorobie i o osobach, które na nią chorują. Sposób komunikacji wpływa nie tylko na kształtowanie postaw społecznych wobec chorych psychicznie, ma również duże znaczenie w procesie ich integracji ze społeczeństwem. Język odgrywa ważną rolę – kiedy stygmatyzuje, marginalizuje, rani chorych, kiedy pomaga, integruje i leczy. Ludzie chorujący na depresję spotykają się nadal z wrogością i brakiem zrozumienia. Mają małe szanse na założenie rodziny, satysfakcjonującą pracę, normalne i szczęśliwe życie.

PIELĘGNOWANIE CHORYCH NA DEPRESJĘ

Według V. Henderson, funkcję pielęgniarki, jako osoby – która będzie „...pomagała człowiekowi choremu lub zdrowemu do wykonania takich czynności przyczyniających się do utrzymania zdrowia lub jego odzyskania (także do zapewnienia spokojnej śmierci), które wykonywałby on bez pomocy, dysponując niezbędną siłą, wolą lub wiedzą. Przy tym należy robić to w taki sposób, aby pomóc mu w jak najszybszym odzyskaniu samodzielności” – niezwykle trafnie określa istotę jej pracy z chorymi psychicznie [1].

Współczesna psychiatria bazuje na holistycznej koncepcji człowieka i nakazując ideę kompleksowego leczenia, stwarza nowe obszary zadań i czyni niezbędnym udział pielęgniarki w promocji zdrowia psychicznego, profilaktyce zaburzeń psychicznych, procesie diagnostyczno-terapeutycznym oraz rehabilitacji osób w kryzysie psychicznym [2].

A. Kępiński uważa, że „nie można roli pielęgniarki psychiatrycznej oddzielić od jej roli pielęgniarki, roli wspólnej dla wszystkich działów medycyny klinicznej”. Wśród zadań pielęgniarki realizowanych w odniesieniu do pacjenta chorego psychicznie

na pierwszy plan wysuwają się oddziaływania psychoterapeutyczne, nie należy jednak pomijać problemów somatycznych.

Specyfika pracy z ludźmi chorymi psychicznie wymaga pewnych predyspozycji zarówno intelektualnych, jak i charakterologicznych. Na szczególne wyróżnienie zasługuje zdolność do empatii, cierpliwość, opanowanie, zdolność do stałej pracy nad sobą.

Proces pielęgnowania, który jest systematycznym stosowaniem metody rozpoznawania i rozwiązywania problemów dotyczących fizycznych, psychicznych i społecznych potrzeb jednostki, rodziny i środowiska [2], znajduje swe zastosowanie również w psychiatrii i jest całościowym podejściem do opieki nad psychicznie chorym, jego rodziną i środowiskiem, w którym żyje. Rozpoczyna się w momencie pierwszego kontaktu z chorym i jego problemami. Rozpoznane problemy (potrzeby) stanowią materiał do wyboru priorytetów, następnie do wyłożenia celów opieki, planowania działań i ich realizacji. Pielęgniarskie interwencje terapeutyczne wobec chorego na depresję stanowią integralną część procesu terapeutycznego. Interwencje te należy ukierunkować na podtrzymanie zasobów i możliwości sprzyjających zmniejszeniu lub niwelowaniu głównych problemów [2].

PODSUMOWANIE

Depresja to choroba, która według Światowej Organizacji Zdrowia jest czwartym najpoważniejszym problemem zdrowotnym na świecie. Do niedawna ze względu na słabą jej znajomość lekceważona. Specjalistyczna opieka nad chorym na depresję wymaga szerokiej wiedzy zawodowej oraz znajomości skutecznych działań poprawiających i wpływających na codzienne funkcjonowanie chorego.

Szczególne duże znaczenie w tym przypadku mają psychoedukacja i wsparcie udzielane rodzinie i pacjentowi już od początku hospitalizacji. Holistyczny model opieki pielęgniarskiej nad chorym na depresję wyznacza nowy, obiecujący kierunek myślenia o chorobach psychicznych, o chorych i ich relacjach z otoczeniem społecznym. Istotne jest zwrócenie uwagi na podmiotowość pacjenta, przyznanie mu prawa do głosu, wskazanie na perspektywę jego partnerskiej współpracy z profesjonalistami, wyposażenie lub wzbogacenie zespołów ułatwiających uzyskanie kontroli objawów i motywacji do społecznej integracji. Niezwykle ważne są zarówno w odniesieniu do chorego, jak i jego rodziny – budzenie nadziei i pozytywne podejście do perspektyw życiowych pacjenta.

BIBLIOGRAFIA

- Ugniewska C. *Proces pielęgnowania w psychiatrii*. W: *Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1998: 81.
- Czyżowicz K, Skorupska A. *Udział pielęgniarki w kompleksowym leczeniu – podsumowanie*. W: Wilczek-Rużyczka E, red. *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007: 220–221.
- Miturska H, Kurpas D, Kaczmarek M. *Proces pielęgnowania psychicznie chorego*. W: Kurpas D, Miturska H, Kaczmarek M. *Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2009: 168–169.
- Czyżowicz K. *Prawne i etyczne aspekty opieki psychiatrycznej*. W: Wilczek-Rużyczka E, red. *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007: 6.
- Kępiński A. *Lęk*. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2009: 157.
- Tokarski Z. *Rehabilitacja i psychoedukacja chorych psychicznie – zadania pielęgniarki*. W: Wojciechowska M, red. *Problemy zdrowia psychicznego*. Łódź: Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej; 2010: 201.
- Meder J. *Rehabilitacja*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. T. 3. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2003: 304.
- Miturska H, Kurpas D. *Założenia i kierunki rozwoju współczesnej psychiatrii*. W: Kurpas D, Miturska H, Kaczmarek M. *Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2009: 25–28.
- Miturska H, Kurpas D, Kaczmarek M. *Udział pielęgniarki w terapii kompleksowej w psychiatrii*. W: Kurpas D, Miturska H, Kaczmarek M. *Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2009: 211–212.
- Górska M. *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. W: Wilczek-Rużyczka E, red. *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007: 135–136.
- Bilikiewicz A. *Psychiatria – podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1998: 80–86.
- Carson RC, Butcher JN, Mineka S. *Psychologia zaburzeń*. Gdańsk: GWP; 2005: 30–36.
- Hendall PC. *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*. Gdańsk: GWP; 2004: 70–76.
- Pużyński S. *Depresje*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1988: 50–78.
- Grzesiuk L. *Psychoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2000: 36–48.
- Reber A, Reber E. *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2002: 80.
- Czyżowicz K, Lewandowska J. *Problemy wynikające z leczenia metodami biologicznymi*. W: Wilczek-Rużyczka E, red. *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007: 159–165.
- Kobierzycki T. *Człowiek i osobowość w teorii dezintegracji pozytywnej. Analiza filozoficzna*. Warszawa: Biblioteka PAN; 1982: 58.
- Cierpiałowska L. *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2007: 241.
- Coben J, Lery SJ. *Chory psychicznie nadużywający substancji psychoaktywnych. Czyj pacjent?* Warszawa: Wydawnictwo Parpa; 1998: 28.
- Folta-Parnowska I. *Dynamika stanów depresyjnych w ujęciu A. Owena*. W: Santorski J, red. *Depresja, esencje i ciało*. Warszawa: Agencja Wydawnicza Jacek Santorski & CO; 1992.
- Wciórka J. *Psychiatria kliniczna dla lekarza rodzinnego*. Warszawa: IPN; 1992: 35–68.
- Thase ME. The long-term nature of depression. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(Suppl. 14): 3–9.
- Pużyński S. *Depresja i lęk*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1999: 143–156.
- Rzewuska M. *Leczenie zaburzeń psychicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2003.
- Czyżowicz K, Lewandowska J. *Problemy wynikające z leczenia metodami biologicznymi*. W: Wilczek-Rużyczka E, red. *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007: 159–165.
- Wciórka J. *Psychozy schizofreniczne*. W: Bilikiewicz A, red. *Psychiatria podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2006: 270–302.
- Żałuska M. *Hospitalizacja psychiatryczna a stres, umocnienie i zdrowienie*. W: *Psychiatria w praktyce klinicznej*. T. 2, nr 3. Gdańsk: Via Medica; 2009: 156–164.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Sylwia Krzemińska
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 784-18-05

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.04.2013 r.
Po recenzji: 18.04.2013 r.
Zaakceptowano do druku: 20.05.2013 r.