

Ogólnopolski Dzień Walki z Depresją

Depresja to nie brak serotoniny, lecz wieloczynnikowe zaburzenie regulacji nastroju i reakcji na stres – powiedziała PAP prof. Dominika Dudek, psychiatra z Collegium Medicum UJ. 23 lutego obchodzony jest Ogólnopolski Dzień Walki z Depresją.

PAP: Co dzieje się w mózgu osoby chorej na depresję?

Prof. Dominika Dudek, kierownik Katedry Psychiatrii i Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego: Jednoznaczny opis tego, co dzieje się w mózgu, nie jest możliwy, bo depresja to zaburzenie bardzo heterogenne. W przestrzeni publicznej funkcjonuje przekaz, że depresja to niedobór serotoniny. To jednak ogromne uproszczenie.

Historycznie hipoteza monoaminowa – dotycząca serotoniny, ale też noradrenaliny i dopaminy – odegrała istotną rolę w rozwoju farmakoterapii. Monoaminy to neuroprzekaźniki, czyli substancje chemiczne, za pomocą których neurony komunikują się między sobą w szczelinie synaptycznej – mikroskopijnej przestrzeni między komórkami nerwowymi. Pierwsze leki przeciwdepresyjne pojawiły się pod koniec lat 50. XX wieku i wpływały właśnie na dostępność tych przekazywaczy.

Problem polega na tym, że zwiększenie poziomu serotoniny w synapsie następuje niemal natychmiast po podaniu leku, a efekt kliniczny pojawia się dopiero po dwóch, trzech, czasem czterech tygodniach. Gdyby mechanizm był prosty – więcej serotoniny, mniej depresji – poprawa następowałaby od razu. Tak nie jest.

Dziś wiemy, że kluczowe znaczenie mają zmiany w neuroplastyczności, czyli w zdolności mózgu do odbudowy i modyfikowania połączeń synaptycznych, zwłaszcza w strukturach odpowiedzialnych za emocje i pamięć, takich jak hipokamp czy kora przedczołowa. Istotną rolę odgrywa BDNF – brain-derived neurotrophic factor, czyli mózgowy czynnik neurotroficzny. To białko wspierające przeżycie neuronów, sprzyjające tworzeniu nowych połączeń i ich wzmacnianiu. Można powiedzieć obrazowo, że jest to jak nawóz dla mózgu, wspomagający jego regenerację.

Kolejnym mechanizmem jest dysregulacja osi stresu – podwzgórze–przysadka–nadnercza. Przewlekła aktywacja tej osi i nadmiar kortyzolu mogą działać neurotoksycznie, zwłaszcza na hipokamp, a wtórnie zaburzać procesy neuroplastyczności. Opiswane są także procesy zapalne, szczególnie w podtypach depresji opornych na leczenie.

Depresja jest więc zaburzeniem wieloczynnikowym, w którym splatają się mechanizmy biologiczne, środowiskowe i psychospołeczne.

PAP: Coraz częściej mówi się też o roli mikrobioty jelitowej.

D.D.: Rzeczywiście pojawia się wiele badań dotyczących tzw. osi jelito–mózg. Dysbioza, czyli zaburzenie składu mikrobioty, może wpływać na różne procesy chorobowe, w tym na depresję. To jeden z mechanizmów, który może mieć znaczenie, ale na pewno nie jest to jedyny ani decydujący czynnik. Odpowiednia dieta może wspierać leczenie, natomiast probiotykiem czy prebiotykiem nie wyleczymy depresji.

Więcej

PAP: A czy depresję można uznać za zaburzenie regulacji stresu?

D.D.: To bardzo trafne ujęcie. Coraz częściej mówimy nie tyle o prostym zaburzeniu nastroju, ile o dysregulacji systemów odpowiedzialnych za przetwarzanie stresu, emocji i adaptację do

zmieniających się warunków. Opisywane są zaburzenia komunikacji między strukturami limbicznymi – odpowiadającymi za emocje – a korą przedczołową, która pełni funkcję kontrolną i poznawczą.

PAP: Czyli depresję można uznać bardziej za zaburzenie regulacji stresu, a nie tylko chorobę złego nastroju?

D.D.: Depresja nie zawsze objawia się wyłącznie smutkiem. U części pacjentów dominują objawy somatyczne – bezsenność, zaburzenia apetytu, dolegliwości bólowe. U innych, zwłaszcza u mężczyzn, może przeważać drażliwość i dysforia, czyli przewlekły stan rozdrażnienia, napięcia i wewnętrznego niezadowolenia, często przejawiający się wybuchowością.

PAP: W języku potocznym słowo „depresja” bywa nadużywane. Jak odróżnić ją od zwykłego smutku?

D.D.: Smutek jest naturalną emocją. Jak pisał Antoni Kępiński: „smutek jest dolą człowieka”, a depresja jest ciężką chorobą całego organizmu. W depresji mamy nie tylko obniżony nastrój, ale też anhedonię – utratę zdolności odczuwania przyjemności – oraz wyraźne zaburzenie funkcjonowania.

Badania: kobiety są dwa razy bardziej narażone na depresję w ciągu swojego życia niż mężczyźni

Pacjent w głębokiej depresji może mieć problem ze wstaniem z łóżka i wykonaniem podstawowych czynności. W smutku nastrój jest reaktywny – jeśli zmieni się sytuacja, poprawia się samopoczucie. W depresji, nawet gdy czynnik wyzwalający ustąpi, choroba może trwać dalej. Mówiąc obrazowo, jeśli mamy chandrę, bo za oknem pochmurno, zimno i gołoledź, to jeśli kupimy bilet i polecimy do ciepłego kraju, humor natychmiast nam się poprawi. W przypadku depresji tak to nie działa.

PAP: Chorować na depresję nie jest dziś rzeczą wstydliwą, ba, w niektórych środowiskach jest to wręcz w dobrym tonie. Niektóre osoby każdy spadek nastroju diagnozują u siebie jako depresję i biegną do specjalisty, domagając się pigułek. Czy grozi nam nadrozpoznawalność depresji?

D.D.: Istnieje napięcie między dwiema skrajnościami: nadmiernym „upsychiatrycznieniem” codziennych trudności a koniecznością leczenia rzeczywistych zaburzeń.

Tak jak niekorzystne jest szukanie choroby w każdym przygnębieniu, tak niedopuszczalne jest bagatelizowanie objawów depresji. Spotkałam się z przypadkami, kiedy lekceważono np. chorych z nowotworami, argumentując: z czego ma się cieszyć - ma raka. A przecież często się zdarza, że do cierpienia płynącego z choroby nowotworowej dochodzi cierpienie psychiczne związane z depresją.

Natomiast ma pani rację, jeśli chodzi o te nadrozpoznanie i łatwość, z jaką lekarze wypisują recepty - presja systemu, krótki czas wizyt i oczekiwanie szybkiego rozwiązania sprzyjają medykalizacji przemijających kryzysów. Czasem lekarz psychiatra – podobnie jak inni specjaliści – znajduje się pod presją pacjenta oczekującego natychmiastowego zaordynowania leków.

Ponadto nowoczesne leki przeciwdepresyjne są dobrze tolerowane i stosunkowo bezpieczne, co także może sprzyjać ich częstszemu przepisywaniu. Z drugiej strony nie wolno bagatelizować prawdziwej depresji. To realna choroba, wymagająca leczenia, czasem szybkość reakcji ze strony lekarza decyduje o być albo nie być pacjenta.

PAP: Czy w przypadku depresji wciąż stosowane są elektrowstrząsy?

D.D.: Tak, zdecydowanie. To jedna z najbardziej skutecznych metod w depresji lekoopornej, w depresjach psychotycznych, czy wiążących się z zagrożeniem życia. Zabiegi wykonywane są w znieczuleniu ogólnym, po wcześniejszej kwalifikacji internistycznej i anestezjologicznej. Nie mają nic wspólnego z obrazem znanym z filmu „Lot nad kukułczym gniazdem”, który – nawiasem mówiąc – nie

był dokumentem opowiadającym o życiu na oddziale psychiatrycznym, tylko fabułą, alegorią dyktatury.

Psychiatra: stygmatyzacja chorób psychicznych stopniowo słabnie

Elektrowstrząsy można traktować jako formę neuromodulacji – swoisty reset mózgu, jak restart komputera, który przestał działać prawidłowo.

Coraz częściej stosowana jest też przezczaszkowa stymulacja magnetyczna (TMS). To metoda polegająca na nieinwazyjnym pobudzaniu określonych obszarów mózgu za pomocą impulsów magnetycznych. Wymaga jednak codziennych sesji przez kilka tygodni i specjalistycznego sprzętu, dlatego jej dostępność jest ograniczona.

PAP: A psychoterapia?

D.D.: W łagodnych depresjach jest równie skuteczna jak farmakoterapia, a najlepsze efekty daje połączenie obu metod, choć nie u każdego pacjenta – zwłaszcza takiego z ciężką depresją, która zaburza procesy myślowe – da się ją od razu wdrożyć. Co ważne, psychoterapia działa biologicznie.

Erik Kandel, psychiatra i neurobiolog, laureat Nagrody Nobla w 2000 roku, badał mechanizmy uczenia się na modelu ślimaków morskich. Wykazał, że proces uczenia się prowadzi do trwałych zmian w połączeniach synaptycznych. To oznacza, że doświadczenie – a więc również psychoterapia – realnie zmienia mózg. To nie jest tzw. przegadanie problemu, lecz biologiczny proces modyfikacji sieci neuronalnych.

PAP: Czy widzi pani szanse na przełom w leczeniu?

D.D.: Nowością są ketamina i esketamina, które działają szybko, poza klasycznym mechanizmem monoaminowym. Mogą być szczególnie pomocne w depresji lekoopornej i w stanach zagrożenia samobójczego. Rozwijają się też metody neuromodulacyjne. Nadal jednak nie dysponujemy biomarkerami pozwalającymi precyzyjnie dobrać terapię.

PAP: Jak częsta jest depresja?

D.D.: W populacji dorosłych choruje kilka procent osób rocznie. W niektórych grupach – np. w depresji poporodowej czy w wieku podeszłym – odsetki są wyższe. U osób z przewlekłymi chorobami somatycznymi (np. cukrzycą, chorobą niedokrwienną serca) mogą sięgać około 20 proc.

PAP: Jaka puenta na Ogólnopolski Dzień Walki z Depresją?

D.D.: Depresja jest uleczalna. Coraz lepiej ją rozumiemy i coraz skuteczniej leczymy. Nie ma się czego wstydzić. A jeśli miałabym naszą rozmowę zakończyć cytatem, wybrałabym ten z 2. Listu do Koryntian (2 Kor 12,9) świętego Pawła z Tarsu: „Moc bowiem w słabości się doskonali”.

Rozmawiała: Mira Suchodolska (PAP)

Źródło: <https://www.pap.pl/aktualnosci/ekspert-depresja-nie-brak-serotoniny-ale-zlozone-zaburzenie-regulacji-nastroju-wywiad>