

PSYCHIATRIA

POChP i depresja – błędne koło wzajemnych zależności

– Choroba przewlekła, która wpływa na codzienne funkcjonowanie, może nieść ze sobą objawy depresyjne i lękowe. A im gorszy stan psychiczny, tym mniejsza jest efektywność leczenia – mówi prof. dr hab. Monika Talarowska, psycholog z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego.

Jak choroby obturacyjne, w tym przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), wpływają na dobrostan i zdrowie psychiczne pacjentów?

Przewlekła obturacyjna choroba płuc, jak każda choroba przewlekła, jest dużym obciążeniem, ponieważ ogranicza funkcjonowanie zawodowe, społeczne czy rodzinne. Wymaga dostosowania się do wielu zaleceń, chociażby regularnych wizyt kontrolnych czy systematycznego przyjmowania leków. Często pierwszy moment, kiedy chory musi zmierzyć się z ograniczeniami, bywa bardzo trudny i wymaga przeorganizowania stylu życia, nauczenia się wielu rzeczy. Każda choroba przewlekła jest też obciążeniem dla systemu rodzinnego, bo bliscy również muszą się dostosować do nowej sytuacji.

Poza tym, że POChP jest chorobą przewlekłą, wiąże się ze specyficznymi objawami ze strony układu oddechowego, np. dusznością, co kojarzy się z bezpośrednim zagrożeniem życia, a to może wywoływać lęk. Objawami lęku są przyspieszenie akcji serca, przyspieszenie oddechu, uczucie braku tchu, krótkiego oddechu czy trudności ze złapaniem powietrza. Niektórzy pacjenci mówią wręcz o wrażeniu duszenia się i dławienia. W przypadku objawów POChP do duszności związanej z chorobą obturacyjną dodatkowo dochodzą objawy lęku, co też utrudnia oddychanie. To błędne koło, kiedy chory boi się, że wystąpi duszność i sam lęk indukuje trudności z oddychaniem. Choroba przewlekła, która wpływa na codzienne funkcjonowanie, może nieść ze sobą również objawy depresyjne, co manifestuje się smutkiem, zniechęceniem, spadkiem aktywności, poczuciem beznadziejności i bezradności.

W POChP charakterystyczne są duszności nocne, które generują duży lęk i prowadzą do wybudzenia. A nieprzespana noc czy w długim czasie deprywacja snu to czynnik, który sprzyja depresji. I często właśnie powodem zgłoszenia się do lekarza nie jest smutek, tylko problemy ze snem.

Jak stan psychiczny pacjenta wpływa na efektywność leczenia?

Im gorszy stan psychiczny, tym mniejsza jest efektywność leczenia. Jeżeli pacjent wpada w poczucie beznadziei i bezradności, to myśli, że nie ma sensu się leczyć: „skoro i tak nic nie pomoże, po co mam iść do lekarza?”. Wielu pacjentów podejmuje decyzje dotyczące terapii wbrew zaleceniom lekarza, na zasadzie: „skoro dobrze się czuję, to po co mam brać leki?”. Chory na POChP to często pacjenci ze starszej grupy wiekowej, więc poza lękiem i depresją może u nich występować



Fot. Archiwum prywatne

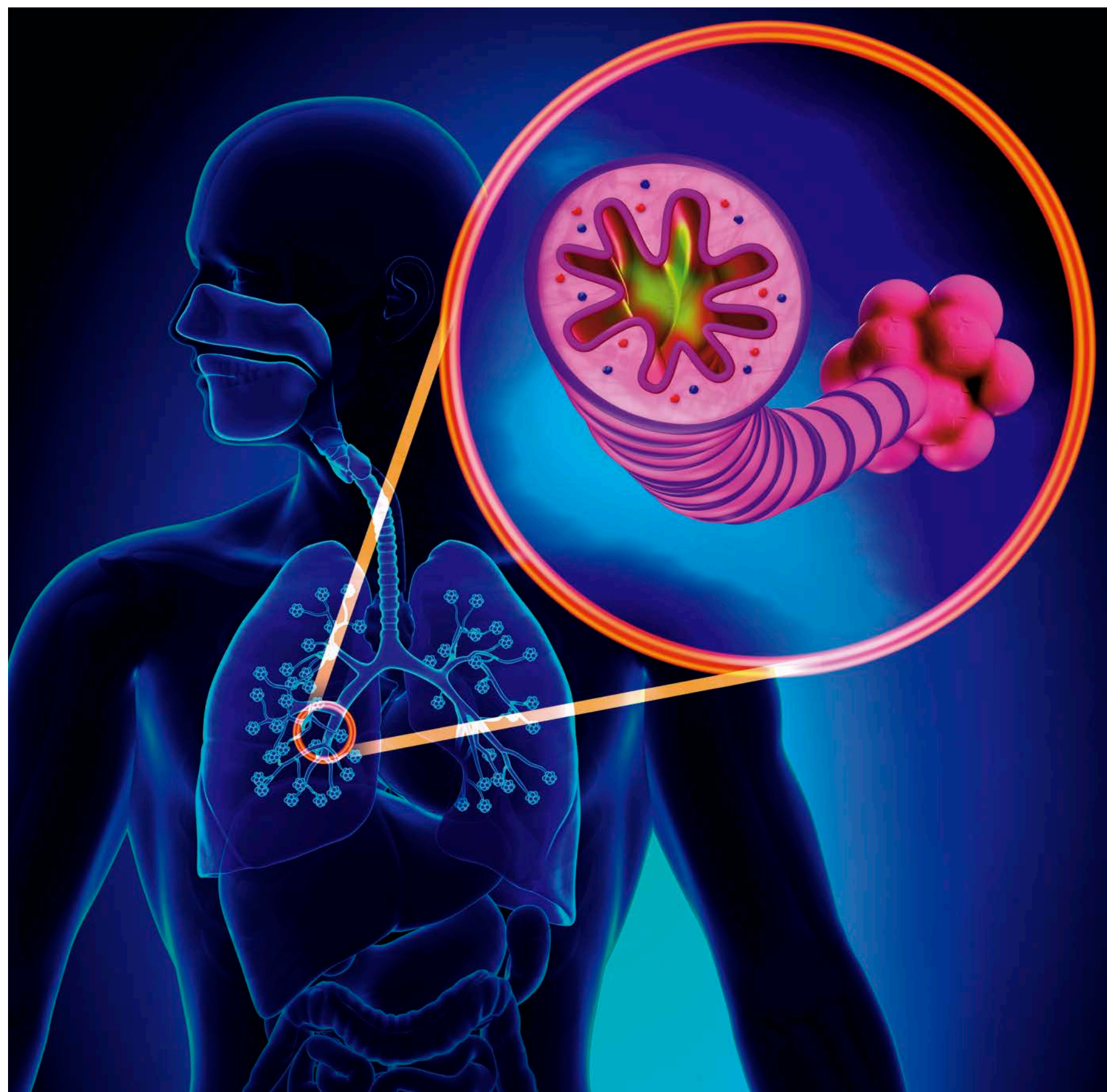
”

Depresja pogarsza funkcjonowanie układu immunologicznego, podnosi poziom kortyzolu i nasila objawy POChP. Te choroby wzajemnie na siebie wpływają i się napędzają

pogorszenie sprawności poznawczej. Zaburzenia oddechowe wpływają na układ krążenia, powodując mikroniedotlenienia. Jeśli dochodzi do tego gorszy stan psychiczny, czyli lęk i depresja, to pacjenci rzeczywiście czasami nie są w stanie kontrolować dawek, sposobu i czasu przyjmowania leków.

I depresja, i POChP wiążą się ze stanami zapalnymi, które osłabiają układ immunologiczny.

Teoria immunologicznego podłoża depresji jest dosyć dobrze przebadana i udokumentowana. W trakcie epizodu depresyjnego dochodzi do procesów zapalnych na poziomie ogólnoustrojowym i komórkowym. W wielu chorobach psychicznych, neurodegeneracyjnych potwierdzono wpływ aktywnego procesu zapalnego. Również POChP wiąże się z podwyższeniem wskaźników zapalnych. W tej sytuacji cały organizm jest osłabiony, zmiany zachodzą również w ośrodkowym układzie nerwowym. To dodatkowy czynnik związany z objawami depresyjnymi. A depresja poprzez to, że pogarsza funkcjonowanie układu immunologicznego, podnosi poziom kortyzolu i nasila objawy POChP. Te choroby wzajemnie na siebie wpływają i się napędzają.



”

Zaburzenia oddechowe wpływają na układ krążenia, powodując mikroniedotlenienia. Jeśli dochodzi do tego gorszy stan psychiczny, czyli lęk i depresja, to pacjenci rzeczywiście czasami nie są w stanie kontrolować dawek, sposobu i czasu przyjmowania leków

Pacjent źle się czuje, ma duszności i nie zawsze jest w stanie wskazać ich źródło. Jak różnicować zaostrzenia POChP i duszności z powodu depresji i lęku?

Jeśli pacjent prawidłowo stosuje leki, jego stan teoretycznie powinien się poprawiać. Gdy wskaźniki oceny nasilania POChP nie wykazują zaostrzeń, a mimo to chory nadal źle się czuje, to należy szukać innej przyczyny, w tym psychologicznej. Objawy lękowe mogą się pojawiać w sytuacjach, kiedy nie ma czynników zewnętrznych, czyli wysiłkowych, które by uzasadniały biologiczne podłoże duszności. Często dają o sobie znać w określonych sytuacjach, na przykład w windzie, samolocie, podczas jazdy samochodem, ale też wtedy, gdy pacjenci są sami, czyli są pozbawieni możliwości pomocy.

Pulmonolodzy i lekarze rodzinni nie są przygotowani do diagnozowania i leczenia depresji i lęków.

Podstawową, najprostszą metodą diagnozowania depresji jest skala Becka, której wykonanie zajmuje krótką chwilę. Pacjent może to zrobić także samodzielnie, w domu. To powszechnie dostępna skala, której odczytanie nie wymaga przygotowania psychiatrycznego czy psychologicznego. Nie chodzi też o to, żeby pulmonolog lub lekarz POZ leczył depresję czy lęki, tylko żeby wychwylił problem i skierował pacjenta do specjalisty. Psychiatra dobierze leki z uwzględnieniem obciążenia somatycznych. Pacjenci z POChP to często seniorzy z wielochorobowością, m.in. schorzeniami układu krążenia, otyłością czy cukrzycą. Wszystkie te elementy należy uwzględnić, dobierając leki. Niestety, kolejki do psychiatrów są dość długie. W tej sytuacji warto zwrócić się do lekarza POZ, który też może leczyć depresję. Wiele mówi się o tym, żeby z dużą uwagą podchodzić do przepisywania benzodiazepin. To skuteczne leki przeciwłękowe, ale szybko uzależniają. Nie powinno się ich stosować dłużej niż przez 2 tygodnie.

Krótsze kolejki niż do psychiatry są do psychologa, który nauczy pacjenta racjonalizowania lęku i radzenia sobie. Powie, co można zrobić w momencie obniżonego nastroju. Warto również, żeby pacjenci z chorobami obturacyjnymi mieli dostęp do psychoedukacji. To ważne także w przypadku ich rodzin, bo dzięki temu będą w stanie zauważyć niepokojące objawy u swoich bliskich.

Rozmawiała Monika Stelmach

Fot. Shutterstock