

Społeczne uwarunkowania depresji

■ mgr PIOTR ULMAN – psycholog



Pacjenci z zespołami depresyjnymi zgłaszający się do Poradni Zdrowia Psychicznego stanowią jedną z większych grup reprezentujących wspomniane zaburzenie psychiczne.

Zjawisko to potwierdza Światowa Organizacja Zdrowia, zwracająca uwagę na stale rosnącą liczbę zachorowań, a także rosnące koszty leczenia tego zaburzenia. Według szacunków 17% osób w ciągu swojego życia ma przynajmniej jeden epizod wielkiej depresji. Depresja chociaż jest często wyśmiewana i trywializowana stanowi duże zagrożenie dla osób cierpiących na nią. Najłagodniejsze konsekwencje to pogorszenie funkcjonowania społecznego, pogorszenie wyników leczenia chorób somatycznych. Najgorszą konsekwencją jest zwiększenie śmiertelności (ryzyko śmierci samobójczej). Kolejnym problemem jest możliwość prognostyczna, kogo może dotknąć wspomniane zaburzenie. Obecnie brane pod uwagę są czynniki biologiczne, środowiskowe (społeczne) i psychologiczne.

W artykule skupimy się na czynnikach społecznych. Do nich możemy zaliczyć:

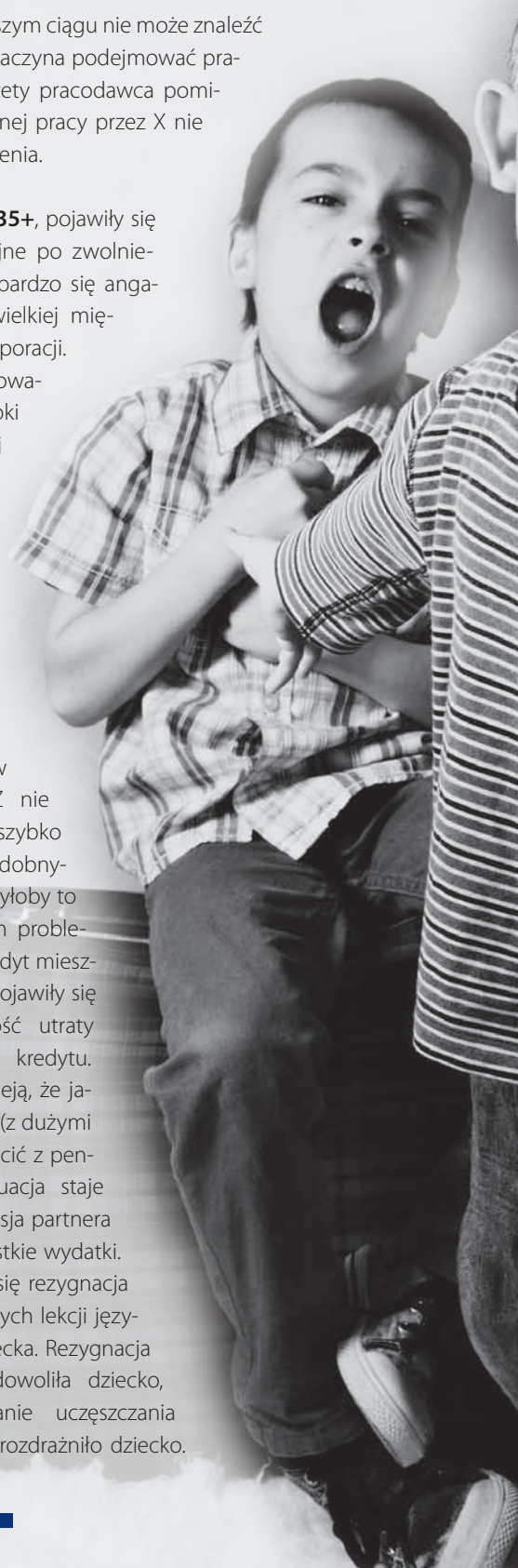
- pogorszenie sytuacji materialnej
- samotność (brak wsparcia ze strony rodziny)
- brak pracy
- zmiana warunków mieszkaniowych
- poczucie zagrożenia bezpieczeństwa

Omówmy dla lepszego zrozumienia czynniki w oparciu o **fikcyjne** przykłady:

Osoba X w wieku 25+, pojawiły się zaburzenia depresyjne po ukończeniu studiów technicznych. X uczęszczał/a na bezpłatne praktyki i staże podczas studiów. Wybór studiów podyktowany był opiniami, że studia techniczne zagwarantują pracę. Niestety X po zakończeniu studiów nie jest w stanie znaleźć pracy w wyuczonym zawodzie. X podejmował/a pracę w oparciu o umowy zlecenie/o dzieło. Najczęściej była to praca w telemarketingu („praca na słuchawkach”). Pomimo początkowego zadowolenia z niskiej pensji zaczęła pojawiać się coraz większa frustracja. Zaczęły się pojawiać bóle głowy, brzucha. Produktywność w pracy X spada, pojawiają się negatywne komentarze ze strony kierownictwa. X po trzech miesiącach pracy zostaje zwolniony/a. Następuje rejestracja w Urzędzie Pracy. Pomimo wyznaczonych wizyt w urzędzie, nie zaproponowano X żadnej pracy związanej z zawodem. X ma poczucie, że marnuje swoje życie, nie widzi żadnych perspektyw. Brak własnych środków finansowych sprawia, że X nie może wynająć mieszkania i mieszkać samodzielnie. X musi mieszkać z rodzicami. Sytuacja w domu jest coraz bardziej napięta, pojawiają się komentarze, że „inni” mają pracę. X czuje, że jest nikim, do niczego się nie nadaje. Po dwóch latach

bezrobocia, X w dalszym ciągu nie może znaleźć pracy. X dorywczo zaczyna podejmować pracę nielegalną. Niestety pracodawca pomimo dobrze wykonanej pracy przez X nie wypłaca wynagrodzenia.

Osoba Z w wieku 35+, pojawiły się zaburzenia depresyjne po zwolnieniu z korporacji. Z bardzo się angażował/a w pracę wielkiej międzynarodowej korporacji. Za dużym zaangażowaniem szły też zarobki powyżej średniej krajowej. Osoba Z dotychczas zadowolony/a ze swojego związku, jedno dziecko nie sprawiające problemów wychowawczych. Po utracie pracy, wbrew przewidywaniom Z nie udało się znaleźć szybko nowej pracy, z podobnymi zarobkami. Nie byłoby to może aż tak dużym problemem, gdyby nie kredyt mieszkaniowy na 30 lat. Pojawiły się obawy o możliwość utraty zdolności spłacania kredytu. Jednak Z żyje nadzieją, że jakoś da się wszystko (z dużymi wyrzeczeniami) spłacić z pensji partnera/ki. Sytuacja staje się trudniejsza i pensja partnera nie starcza na wszystkie wydatki. Konieczna okazuje się rezygnacja z karate i dodatkowych lekcji języka angielskiego dziecka. Rezygnacja z angielskiego zadowoliła dziecko, jednakże zaprzestanie uczęszczania na karate wyraźnie rozdrażniło dziecko.



Dziecko zaczyna bić się z kolegami w szkole. Z jest wzywana/y do szkoły. Nauczycielka zwraca uwagę, że dziecko się zmieniło na gorsze. Informacja ta obniżyła nastrój Z. Sytuacja w domu staje się napięta.

Wszyscy domownicy łatwo wpadają w złość, przy stłuczonej szklance, zapalonym świetle w pustym pokoju, pojawiają się dyskusje o braku oszczędności i gospodarności. Z ma problemy z zasypianiem i koncentracją, z każdym miesiącem bezrobocia traci wiarę w swoje możliwości.

Osoba Y w wieku 67 lat, pojawiły się zaburzenia depresyjne po przejściu na emeryturę. Y początkowo był/a zadowolony/a po przejściu na emeryturę. Ciężka praca w fabryce i pojawiające się schorzenia zmniejszyły tempo wykonywania różnych czynności przez Y. W swojej dawnej pracy Y nie miał/a dużej styczności z komputerem. Było wiadomo, że komputer reguluje automatykę zakładu, ale Y nie musiał z nim pracować. Był fachowcem w wykonywanej przez siebie pracy i często pomagał nowym pracownikom. Niestety, gdy Y przestał pracować, a własne dzieci dawno się wyprowadziły Y zaczął czuć pustkę. Partner/ka zmarł/a dwa lata temu na raka. Gdy Y chce sobie załatwić „kartę warszawiaka” dowiaduje się od znużonej pracownicy biura obsługi pasażera, że szczegółowe informacje znajdzie w Internecie. Dodatkowo jeśli skorzysta z Internetu, nie będzie musiał/a stać w długiej kolejce, która może wywołać bóle w stawach kolanowych. Y chce także załatwić pewne sprawy u swojego operatora telefonii komórkowej. Również otrzymuje informacje, że wszystkie potrzebne dokumenty i informacje znajdzie w Internecie,

wystarczy, że sobie wydrukuje i podpisze. Ewentualnie można zrobić wszystko on-line, a dokumenty do podpisu przyniesie kurier. Y czuje się coraz bardziej pogubiony, nie potrafi obsługiwać komputera, bo nie było mu to wcześniej do niczego potrzebne. Y nie wie co ma robić. Bardzo się tym denerwuje, następuje wzrost ciśnienia tętniczego, czym Y dodatkowo zaczyna się przejmować. Pojawiają się bóle głowy. Y dostaje skierowanie na badanie rezonansem magnetycznym głowy. Y zostaje poinformowany, że listę ośrodków robiących badania „na NFZ” znajdzie w Internecie. Y czuje, że chyba nie pasuje do rzeczywistości. Dzieci Y nie są w stanie go zrozumieć. Y idzie do pobliskiego szpitala i udaje mu się zapisać na badanie, które odbędzie się za cztery miesiące. Pacjent ma coraz więcej objawów somatycznych. Przychodnia staje się coraz częściej odwiedzany przez niego/nią miejscem. Po powrocie do domu, Y podnosi dzwoniący telefon. Miła pani „z telefonu” przedstawia się bardzo uprzejmie, szybko mówiąc nazwę operatora telefonicznego, która nawiązuje do dawnej nazwy popularnego operatora w Polsce. Pani szybko mówi i stawia sugerujące odpowiedź pytania igrekowi/ej. Y dokładnie nie wie o co chodzi, ale przecież „firma od telefonów” nie może zrobić nic złego. Szczególnie, że pojawia się komunikat, że będzie „**Pan/Pani zadowolony z prezentowanej przez nas oferty i jest Pan/Pani naszym wybranym klientem, którego chcieliśmy wyróżnić naszą wyjątkową ofertą. Rozumiem, że przechodzi Pan/Pani do nas?** Y nie jest w stanie przerwać telemarketerce. **Gratuluję podjętej decyzji, jest pan już naszym wyjątkowym klientem/ką**”. Po jakimś czasie Y otrzymuje rachunek od nieznanego operatora, opłata miesięczna jest większa. Y boi się, że nie starczy na leki. Ma poczucie wyalienowania z systemu i braku wsparcia ze strony rodziny.

Fikcyjne przykłady pokazują wpływ środowiska/systemu na funkcjonowanie psychiczne. Oczywiście nie wszystkie osoby będące w trudnych sytuacjach będą miały zaburzenia depresyjne. Istotne są tu predyspozycje psychiczne, biologiczne. Niemniej gdyby wyżej wymienione sytuacje nie zaistniały prawdopodobnie zaburzenia depresyjne by się nie ujawniły. Przy czym należy tutaj zwrócić uwagę na słowo prawdopodobnie. Minimalizować wpływ czynników społecznych można przez zaangażowanie rodziny, prawdziwych przyjaciół (a nie powierzchowne znajomości z portali społecznościowych), angażowanie się w życie społeczne, kluby emerytów, koła zainteresowań. Gdy metody niemedyczne nie pomogą należy zwrócić się do lekarzy psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów. **Korzystanie z pomocy psychiatrów i psychologów to żaden wstyd!**

Literatura

1. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. *Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis*. Am. J. Psychiatry 2000; 157: 1552–1562.
2. Levinson DF. *The genetics of depression: A review*. Biol. Psychiatry 2006; 60 (2): 84–92.
3. Fanous AH, Kendler KS. *The genetic relationship of personality to major depression and schizophrenia*. Neurotox. Res. 2004; 6 (1): 43–50.
4. Thase ME, Jindal R, Howland RH. *Biological aspects of depression*. W: Gotlib IH, Hammen CL red. *Handbook of depression*. New York: Guilford Press; 2002, s. 192–218.