

Bernarda Bereza

Received: 10.09.2009

Accepted: 23.09.2009

Published: 30.09.2009

Depresja sezonowa – wybrane aspekty diagnostyczne i terapeutyczne

Seasonal affective disorder – selected diagnostic and therapeutic issues

Katedra Psychologii Klinicznej, Instytut Psychologii KUL, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II.

Kierownik Katedry: dr hab. Stanisława Steuden, prof. KUL

Correspondence to: Dr n. hum. Bernarda Bereza, Katedra Psychologii Klinicznej, Instytut Psychologii KUL,

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Al. Raclawickie 14, 20-950 Lublin, tel.: 081 445 34 53, e-mail: bernarda.bereza@kul.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Depresja od lat pozostaje tematem aktualnym i niewyczerpanym. Obserwowany jest wciąż utrzymujący się stały wzrost liczby badań naukowych eksplorujących w różnych aspektach różnorodność obrazów zaburzenia, jego etiologii, mechanizmów i uwarunkowań. Przedmiotem niniejszego opracowania będzie szczególnie postać depresji, jaką jest sezonowe zaburzenie afektywne (*seasonal affective disorder*; SAD). Schorzenie trwa zazwyczaj od kilku tygodni do kilku miesięcy, pojawia się najczęściej w trzeciej dekadzie życia osoby, rzadziej u dzieci. Dwa do trzech razy częściej rozpoznawane dotyczy kobiet. Po zdiagnozowaniu i podjęciu leczenia objawy choroby utrzymują się od 2 do 11 lat. U części osób zaburzenie z czasem całkowicie ustępuje lub pozostają tylko łagodne jego symptomy. Aż u około 33% do 44% osób zaburzenie z czasem całkowicie ustępuje lub pozostają tylko łagodne jego symptomy. Aż u około 33% do 44% osób zaburzenie z czasem całkowicie ustępuje lub pozostają tylko łagodne jego symptomy. W statystykach światowych depresję sezonową – obok alergii i AIDS – lokuje się na czwartym miejscu wśród najczęstszych problemów zdrowotnych. W Polsce nawet do 10% społeczeństwa odczuwa wpływ skracania się dnia na samopoczucie oraz doświadcza mniej lub bardziej nasilonych objawów choroby. Niniejsze opracowanie stanowi przegląd współczesnej literatury podejmującej zagadnienia sezonowego wzorca zaburzeń afektywnych. Przedstawiona zostanie etiologia, obraz patopsychologiczny, diagnostyczne kryteria różnicujące omawiany zespół objawów, a także praktyczne przesłanki w kierunku radzenia sobie z symptomami, możliwości zapobiegania nawrotom oraz specyfika pomocy specjalistycznej dla osób doświadczających depresji sezonowej.

Słowa kluczowe: depresja sezonowa, depresja, zaburzenia nastroju, etiologia, diagnoza, terapia

Summary

Depression has since long remained an up-to-date and inexhaustible topic. A steady increase is still observable in the number of scientific studies exploring various facets of clinical manifestations, aetiology, mechanisms and determinants of depression. This paper elaborates on a particular type of depression – seasonal affective disorder (SAD). This condition usually lasts from a few weeks to a few months and occurs most often in the third decade of life, seldom in children. The diagnosis is from 2 to 3 times more frequent in women. After diagnosis and launching treatment, the symptoms can persist from 2 to 11 years. Some people fully recover from the disorder, or present only mild symptoms. As many as approximately 33% to 44% of patients, develop the major depression episode. In the world statistics the seasonal depression, apart from allergies and AIDS, is placed on the 4th position in the most common health issues. Even up to 10% of people in Poland, feels that the shortening of the day is linked to their general well-being and displays more or less severe symptoms of this condition. This study is a review of the latest literature on the pattern of the seasonal affective disorder. The aetiology of SAD, its psychopathological manifestations and differential diagnosis criteria will be discussed. Practical implications will also be suggested with regard to coping with the symptoms, possibilities of preventing relapses and specificity of the professional counseling for people suffering from SAD.

Key words: seasonal affective disorder, depression, affective disorder, aetiology, diagnosis, therapy

POJĘCIE DEPRESJI SEZONOWEJ

Choć wzmianki na temat wpływu pór roku na nastrój człowieka (zjawisko „zimowego smutku”) można odnaleźć już w starożytności^(1,2), dopiero z początkiem lat osiemdziesiątych XX wieku nastąpił wyraźny wzrost zainteresowania tym zagadnieniem, obserwowany wśród badaczy różnych dziedzin nauki. Oficjalnie uznano wtedy depresję sezonową (*seasonal affective disorder, SAD*) za chorobę, skupiając się na różnorodnych jej aspektach oraz możliwościach leczenia.

Depresja sezonowa, nazywana inaczej sezonową chorobą afektywną, charakteryzuje się nawracaniem zaburzeń o charakterze depresyjnym (zwykle rokrocznie, późną jesienią i zimą) oraz ich ustępowaniem (remisją w okresie wiosenno-letnim). Znane są dwie postaci zaburzenia: depresja zimowa (częściej notowana w krajach północnych) oraz depresja letnia (rzadziej spotykana, obserwowana zwykle w okolicach okołorównikowych). Nie jest to jednak pełny obraz zaburzeń z wzorcem sezonowym. Sezonowo pojawiać się mogą bowiem zaburzenia jednobiegunowe (zaburzenia depresyjne nawracające, czyli nawracające depresje jesienią i/lub zimą, rzadziej w innej porze roku), ale także zaburzenia dwubiegunowe (nawracające depresje, zazwyczaj późną jesienią i zimą oraz okresy hipomaniakalne bądź maniakalne – wiosną i latem). W niniejszym opracowaniu pod pojęciem depresji sezonowej rozumieć należy – najczęściej występującą (dotyczy to Polski, Europy, ale także USA) – zimową postać zaburzenia.

PRZEBIEG

Depresja sezonowa (zimowa) trwa zazwyczaj od kilku tygodni do kilku miesięcy (od września do maja). Pojawia się w określonych 90-dniowych okresach roku, nasilenie objawów jest zwykle łagodne lub umiarkowane, rzadziej ciężkie. Pierwszy epizod choroby z wzorcem sezonowym typowo ujawnia się w trzeciej dekadzie życia, pomiędzy 20. a 30. rokiem życia, niemniej pacjenci rzadko sięgają po pomoc specjalisty wcześniej niż przed 35.-45. rokiem życia. Po zdiagnozowaniu i podjęciu leczenia choroba trwa od 2 do 11 lat, mniej niż połowa (od 35 do 42%) pacjentów rozwija objawy depresji sezonowej dłużej. Po trzeciej dekadzie życia u 33% do 44% osób rozwija się niesezonowy wzorzec depresji (epizod depresji głównej). Reszta doświadcza tylko łagodnych symptomów lub zaburzenie całkowicie ustępuje. Atypowe objawy depresji obecne we wczesnym przebiegu schorzenia są najlepszym predyktorem nawracania objawów sezonowych⁽³⁾. Depresja sezonowa rzadziej notowana bywa u dzieci (objawia się trudnościami ze wstawaniem z łóżka, zasypianiem na lekcjach, problemami w nauce, obniżoną sprawnością kojarzenia, skargami na chroniczne zmęczenie, wagarowaniem, rozkapryśzeniem, apatią oraz zmniejszoną ogólną sprawnością fizyczną). Nasilenie objawów choroby zwiększa się

z wiekiem i łagodnieje w starości, przypuszczalnie stąd depresja sezonowa nie występuje u osób po 55. roku życia. Dwa do trzech razy częściej diagnoza depresji sezonowej stawiana jest u kobiet (do 80%)^(3,4). Zwiększony odsetek pacjentów cierpiących na tę postać depresji notuje się w rejonach niedoboru światła słonecznego. Szacunkowo choroba dotyka od 6% do 12% dorosłej populacji, co – obok alergii i AIDS – lokuje ją na czwartym miejscu wśród najczęstszych problemów zdrowotnych⁽⁵⁾. W Polsce nawet do 10% społeczeństwa odczuwa wpływ skracania się dnia na samopoczucie oraz doświadcza mniej lub bardziej nasilonych objawów choroby.

ETIOLOGIA

Etiopatogeneza depresji sezonowej wciąż nie jest do końca poznana. Istnieje wiele teorii podających przypuszczalny powód pojawiania i utrzymywania się objawów. Koncentrują się one wokół kilku hipotez, z których ważniejsze to: niedostateczna ilość światła słonecznego docierającego do siatkówki oka, zmniejszona wrażliwość siatkówki na światło (dyskusyjne zdaniem niektórych badaczy, por.⁽⁶⁾), zaburzenie rytmów ultracirkadiańskich oraz nadmiar melatoniny w organizmie.

Światło oddziałuje na mózg poprzez receptory światła znajdujące się w gałce ocznej narządu wzroku. Zamieniane na impuls nerwowy biegnie do określonych struktur mózgowych i oddziałuje na nie. Impulsy nerwowe docierają do szyszynki i podwzgórza, w efekcie stymulując ilość wydzielanych hormonów, w zależności od ilości światła. W ten sposób światło pobudza pracę układu mózgu, odpowiedzialnego m.in. za nastrój człowieka. W okresie jesienno-zimowym niedobór światła słonecznego we wczesnych godzinach porannych może powodować zakłócenie rytmu wydzielania hormonów oraz zróżnicowanie aktywności neuroprzebieżników. Zmiana stężenia substancji chemicznych w mózgu (niedobór neuroprzebieżników: serotoniny i noradrenaliny) jest z kolei bezpośrednią przyczyną typowego dla depresji obniżenia nastroju.

Światło słoneczne reguluje również rytmy biologiczne (tzw. rytmy cirkadiańskie lub okołodobowe). Może ono przyspieszać lub spowalniać okresy spoczynku i czuwania, w zależności od czasu ekspozycji. Niedostateczna jego ilość w okresie zimowym zakłóca naturalny cykl snu i czuwania. Ta przyczyna (lub pierwotna patologia układu siatkowatego, głównie jego części wstępnej) powoduje rozstrojenie „zegara biologicznego” regulującego procesy fizjologiczne i zachowanie człowieka. Zaburzenie rytmów cirkadiańskich wpływa z kolei na gospodarkę hormonalną organizmu. W ciemności, podczas nocy szyszynka uwalnia hormon melatoniny, biorący – poza światłem – udział w regulacji rytmu dobowego. W sezonie jesienno-zimowym krótszy dzień, zmniejszona ilość światła „oszukują” ten gruczoł dokrewny, który zaczyna produkować więcej hormonu⁽⁷⁾.

Zwiększona ilość melatoniny w organizmie jest przyczyną występowania symptomów depresji sezonowej. Wśród innych przyczyn wymienia się także osobniczą wrażliwość człowieka (niektórzy ludzie są bardziej wrażliwi na brak światła słonecznego zimą). Najnowsze doniesienia sugerują, iż w części przypadków depresja sezonowa ma genetyczne uwarunkowania^(2,8). Odpowiedzialny za pojawienie się jej objawów jest wrodzony defekt – mutacja w genie melanopsyny. Badania empiryczne dowodzą ponadto, że w różnych krajach odnotowuje się różny odsetek depresji sezonowej, niezależnie od szerokości geograficznej i dostępu światła w tych krajach (naświetlenie to jest porównywalne), co sugerowałoby (i jednocześnie potwierdzało wcześniejsze przypuszczenia na ten temat) genetyczne predyspozycje niektórych populacji do omawianego typu zaburzeń nastroju⁽²⁾.

OBRAZ KLINICZNY

Charakterystycznym obrazem depresji sezonowej jest występowanie niepożądanych objawów w porze jesienno-zimowej i ich spontaniczna remisja w okresie wiosenno-letnim. Należą do nich – podobnie jak w depresji klinicznej – uczucie smutku lub utrata zainteresowań (utrzymujące się w ciągu tego samego co najmniej dwutygodniowego okresu), niemożność przeżywania drobnych radości lub czerpania przyjemności z czynności dnia codziennego (anhedonia), poczucie beznadziejności, niepokój, lęk, strach, trudności ze skupianiem uwagi, brak motywacji i siły do działania, zubożenie, spadek libido, niskie poczucie własnej wartości, poczucie winy, myśli o śmierci. Szczególnie charakterystyczne dla depresji sezonowej są objawy wzmożonego apetytu, zwłaszcza na słodkie (często wieczorem i nocą), dające zazwyczaj przyrost masy ciała w okresie zimowym nawet

o 6 kg, ale także wzmożona stała drażliwość (u kobiet nasilenie objawów zespołu napięcia przedmiesiączkowego), bóle głowy i ogólna bolesność, ociężałość w okolicach ramion i nóg, skłonność do szybkiego wpadania w gniew, wahania nastroju, płaczliwość, zmęczenie, zwiększona potrzeba snu (hipersomnia), ospałość (porównywalna do bycia w letargu), obniżenie sił vitalnych, wyraźny brak energii^(2,4,5). Objawy te mają decydujący wpływ na jakość życia osób cierpiących na depresję sezonową.

Procentowe zestawienie notowanej w literaturze przedmiotu częstotliwości występowania objawów depresji sezonowej przedstawia tabela 1.

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE

Samo pojęcie „depresji sezonowej” wskazuje raczej na potocznie funkcjonujący i znany w społeczeństwie zespół zaburzeń (podobnie jak inne pojęcia, typu „charakteropatia”, „psychopatia” czy chociażby „depresja poporodowa”, „depresja reaktywna”), czyli na specyfikę czy przyczynowość objawów – nie jest to rozpoznanie *sensu stricto* (kodowana diagnoza). Żaden z dostępnych systemów klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych nie wymienia depresji sezonowej jako odrębnej jednostki nozologicznej. W ICD-10 traktowana jest raczej jako zespół specyficznych objawów, w DSM-IV-TR ma wprowadzić jasno dookreślone kryteria diagnostyczne, ale traktowana jest nie jako choroba, a jako szczególny (sezonowy) *wzorzec* występowania objawów depresyjnych, co więcej, przynależący nie tylko do depresji, ale generalnie do zaburzeń nastroju^(5,9,10).

Popularyzacja specyficznych rozpoznań medycznych niczym nie zaskakuje. Jest wręcz zjawiskiem szerzącym się nie tylko wśród społeczeństwa (chociażby sam termin „depresja”, określenie „bycia w depresji” nabrało dziś

| Objawy | Podtypy objawów | N | % |
|---------------------|-------------------------|-----|----|
| Nastój | Smutek | 678 | 92 |
| | Rozdrażnienie | 457 | 63 |
| | Niepokój | 632 | 87 |
| Sen | Wzmożona senność | 678 | 63 |
| | Bezsenna | 69 | 38 |
| | Gorsza jakość | 360 | 65 |
| Apetyt | Wzmożony | 678 | 55 |
| | Obniżony | 678 | 29 |
| | Wzmożony na węglowodany | 678 | 70 |
| Waga ciała | Wzrost | 632 | 57 |
| | Spadek | 632 | 18 |
| Obniżona aktywność | | 678 | 96 |
| Spadek libido | | 490 | 65 |
| Spoleczne wycofanie | | 142 | 98 |
| Myśli samobójcze | | 74 | 43 |

Tabela 1. Obraz kliniczny sezonowej (zimowej) choroby afektywnej – zestawienia z badań^(3, s. 206)

| ICD-10 | DSM-IV-TR |
|--|--|
| Podobieństwa | |
| Nie ma odrębnego kodu | Jest niekodowanym uszczegółowieniem opisującym obecny lub ostatni epizod zaburzeń nastroju |
| Różnice | |
| Nazywana „zaburzeniem afektywnym sezonowym” | Nazywana „wzorcem sezonowym” (lub „przebiegiem sezonowym”) |
| Diagnozowana w ramach zaburzeń depresyjnych nawracających | Diagnozowana w ramach wzorca epizodów depresji głównej w zaburzeniu dwubiegunowym I lub II bądź zaburzenia depresji głównej nawracającej |
| Brak ściśle określonych kryteriów diagnostycznych, możliwe jest jedynie określenie stopnia nasilenia objawów (łagodny lub umiarkowany) | Są konkretne kryteria diagnostyczne |

Tabela 2. Porównanie możliwości diagnostycznych ICD-10 i DSM-IV-TR w zakresie diagnozy depresji sezonowej

już innego znaczenia, można śmiało powiedzieć, że powszechniało i utraciło swój ściśle kliniczny sens), dotyczy także specjalistów. O ile w przypadku pierwszej grupy wynika z naturalnej nieznamomości fachowej terminologii, o tyle w drugim stanowi pewien rodzaj uproszczonego sposobu porozumiewania się. W powszechnym rozumieniu depresja sezonowa jest chorobą, natomiast żaden z dostępnych specjalistom z dziedziny zdrowia systemów klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych nie precyzuje tego jednoznacznie. Stąd do dziś w środowisku psychologów praktyków nie ma jasnego stanowiska dotyczącego statusu depresji sezonowej. Wątpliwości, czy traktować ją jako chorobę, czy też tylko pewien specyficzny zespół zaburzeń, wynikają przede wszystkim z różnic w istniejących systemach klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych. Różnice te zestawiono w tabeli 2.

Obowiązująca w Europie Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) nie wyróżnia depresji sezonowej jako odrębnej jednostki nozologicznej (nie nadaje jej odrębnego kodu diagnostycznego). Zaburzenie afektywne sezonowe zaliczane jest do zaburzeń depresyjnych nawracających, z możliwością zaznaczenia (kodujemy to piątą cyfrą) stopnia nasilenia objawów depresyjnych (w tym przypadku jest to stopień łagodny lub umiarkowany). Taki rodzaj generalizacji jednocześnie powoduje zgubienie specyfiki typowych objawów depresji sezonowej. Dodatkowo brak wyraźnych kryteriów diagnostycznych

dyskwalifikuje rozpoznanie choroby czy jakiegokolwiek zaburzenia.

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV-TR) poza uszczegółowieniem charakteru objawów (wspomniany piąty znak w kodzie) daje szerszą, bardziej precyzyjną możliwość diagnozowania. Umożliwia bowiem określenie przebiegu nawracających epizodów. Wśród nich jest wyraźnie określony wzorec sezonowy zaburzeń (aczkolwiek podobnie jak w ICD-10 – bez możliwości odrębnego kodowania), z jasno określonymi kryteriami diagnostycznymi. Pozwala to środowisku klinicystów, psychologów, psychoterapeutów oraz badaczy zajmujących się zdrowiem i zaburzeniami psychicznymi literalnie uznawać depresję sezonową jako odrębny, specyficzny rodzaj zaburzenia, aczkolwiek będący dookreśleniem pewnego wzorca objawów towarzyszących obrazowi zaburzeń depresyjnych. Kryteria diagnostyczne depresji z przebiegiem sezonowym wg DSM-IV-TR ujmuje tabela 3.

DIAGNOZA RÓŻNICOWA

Podobieństwo objawów depresji sezonowej do zwykłej „chandry”, depresji klinicznej, ale także specyficznego nastroju w przebiegu leczenia innych chorób somatycznych i neurologicznych wnosi ryzyko popełniania błędów diagnostycznych, zwłaszcza przez lekarzy pierwszego kontaktu, do których zgłasza się większość pacjentów nieradzących

| |
|---|
| A. Regularny, czasowy związek między występowaniem większego epizodu depresyjnego w zaburzeniu dwubiegunowym I, zaburzeniu dwubiegunowym II lub większym zaburzeniu depresyjnym nawracającym a określoną porą roku (np. regularne pojawianie się większego epizodu depresyjnego jesienią lub zimą) UWAGA: Nie należy włączać przypadków, w których jest oczywisty sezonowy efekt działania stresorów związanych z porą roku (np. regularny brak zatrudnienia każdej zimy). |
| B. Pełna remisja (lub zmiana od depresji do manii bądź hipomanii), występuje również w charakterystycznej porze roku (np. depresja znika wiosną) |
| C. W ciągu ostatnich 2 lat wystąpiły dwa większe epizody depresyjne, które pokazywały czasowy związek z porą roku zdefiniowany w kryteriach A i B, a w tym samym okresie nie wystąpiły większe epizody depresyjne niezwiązane z porą roku |
| D. Sezonowe większe epizody depresyjne (według powyższego okresu) liczebnie znacznie przewyższają niesezonowe większe epizody depresyjne, które mogą występować u danej osoby w ciągu życia |

Tabela 3. Kryteria diagnostyczne depresji sezonowej według DSM-IV-TR^(9, s. 166)

sobie z objawami choroby⁽¹⁾. Wyselekcjonowanie charakterystycznych symptomów spośród innych, mniej typowych lub współwystępujących, wymaga od specjalistów nie tylko znajomości diagnostyki psychiatrycznej, ale także czujności opartej na analizie przeciwprzeniesienia. Poważnym błędem diagnostycznym jest bagatelizowanie depresji, która często współwystępuje z innymi zaburzeniami. Łatwo jest przeoczyć depresję szczególnie w psychozie (osoba jest leczona przeciwpsychotycznie i już „nie ma” depresji). Depresja często wpleciona jest w inne objawy (np. zaburzenia osobowości). Niedoceniona może być także w zaburzeniach o charakterze obsesyjno-kompulsywnym (napadowe objadanie się, bulimia, anoreksja), lecz również w przebiegu nadużywania substancji psychoaktywnych. Poniższa tabela skupia się na diagnostyce różnicowej depresji przebiegającej z wzorcem sezonowym oraz depresji klinicznej, związanej z zaburzeniami emocjonalnymi na głębszym poziomie psychicznym. Z kilkoma wyjątkami generalnie objawy depresji sezonowej są podobne do klasycznej depresji (por. tabela 4). Występowanie objawów o charakterze depresyjnym warto skonsultować ze specjalistą. Poza zaburzeniami psychicznymi mogą być bowiem sygnałem poważnej choroby somatycznej bądź neurologicznej (zaburzeń czynności tarczycy, zmian o charakterze otepiennym, choroby Parkinsona, stwardnienia rozsianego itp.), ale także skutkiem ubocznym już stosowanej farmakoterapii (leków przyjmowanych z różnych przyczyn).

PODEJŚCIE TERAPEUTYCZNE

Pacjenci z rozpoznaniem depresji sezonowej rzadko wymagają hospitalizacji. Z tym typem zaburzeń sporadycznie współwystępują objawy psychotyczne. Niewielkie jest

też ryzyko popełnienia samobójstwa⁽³⁾. Niemniej w okresie objętym chorobą wiele osób doświadcza trudności z pełnieniem dotychczasowych ról społecznych, funkcjonowaniem zawodowym, byciem w relacjach z drugim człowiekiem. Spektrum pomocy oferowanej tej grupie klinicznej jest dość bogate. Obejmuje oddziaływania psychologiczne, psychoterapeutyczne oraz psychiatryczne. O mniej lub bardziej widocznym sukcesie rozstrzygają motywacja pacjenta do leczenia, jego oczekiwania, wgląd w chorobę, rysy osobowościowe, a nawet efekt placebo.

PODEJŚCIE PSYCHOLOGICZNE

Pomoc psychologiczna dla osób doświadczających objawów depresji sezonowej obejmuje przede wszystkim proces diagnostyczny, zawsze niezależnie od wstępnej diagnozy lekarskiej. Ważnym etapem jest też psychoedukacja, pacjenci często nie rozumieją tego, co się dzieje z ich emocjami, ciałem, motywacją, funkcjami poznawczymi. Są pełni niepokoju o własne zdrowie. Pojawiają się lęki i obawy przed ciężką chorobą, zwłaszcza psychiczną. Rolą psychologa w tym momencie jest określenie tego, co doświadcza pacjent, oraz rozwianie bezpodstawnych obaw. Redukcji lęków sprzyjają różne techniki relaksacyjne, niwelujące stres choroby. Psychoedukacja obejmuje ponadto omówienie mechanizmów funkcjonowania organizmu ludzkiego, w nawiązaniu do etiologii schorzenia, zależności pomiędzy ekspozycją na jasne światło a psychologicznym dobrostanem, przedstawienie korzyści płynących z reorganizacji diety i trybu życia. Psycholodzy alarmują o konsekwencjach dla zdrowia psychicznego rozpowszechnionego w naszych czasach siedzącego trybu życia oraz (będącego

| Depresja sezonowa | Depresja klasyczna |
|---|---|
| Objawy ściśle związane z porą jesienno-zimową | Nie dotyczy |
| Objawy muszą się powtórzyć (nawrócić) przynajmniej przez dwa następujące po sobie sezony zimowe <i>Jeżeli nie – rozważyć diagnozę ciężkich chorób somatycznych (mogących współwystępować z objawami depresyjnymi), np.:</i> <ul style="list-style-type: none"> • choroby Parkinsona • zaburzeń sekrecji hormonów tarczycy i innych | Nie dotyczy |
| WzmóŜony apetyt i przyrost masy ciała w okresie zimowym, nieodparta ochota na słodczyce lub inne wysokokaloryczne pokarmy, zwłaszcza wieczorem lub w nocy, czasem wzrost zapotrzebowania na substancje rozchamowujące (typu alkohol) <i>RozwaŜyć diagnozę:</i> <ul style="list-style-type: none"> • zaburzeń odŜywiania • uzaleŜnienia | Najczęściej spadek apetytu i utrata wagi |
| Zwiększona potrzeba snu, letarg | Kłopoty ze snem częściej dotyczą bezsenności, wybudzania się |
| Uczucie ciągłego zmęczenia przewaŜa nad przeŜywaniem smutku (w pewnych przypadkach depresja sezonowa moŜe przebiegać bez przygnębienia) | Utrzymujący się smutek, do którego czasem – jako objaw dodatkowy – dochodzi zmęczenie |

Tabela 4. Diagnostyka różnicowa depresji sezonowej

pochođną postępu technologicznego i ciągłej modernizacji) funkcjonowania praktycznie w pomieszczeniach zamkniętych, z ograniczoną ekspozycją na światło słoneczne. Wyłania się tu kolejny obszar oddziaływań psychologicznych – poradnictwo psychologiczne. Specjaliści zalecają pacjentom redukcję stresorów, spędzanie czasu (niezależnie od aury) na świeżym powietrzu, szczególnie w okresach, kiedy poziom naturalnego światła słonecznego jest wysoki. Poza tym zróżnicowane formy aktywności na świeżym powietrzu (łączenie ekspozycji na jasne światło i fizycznego wysiłku), a także wzbogacenie diety o niezbędne składniki warunkujące prawidłowe funkcjonowanie układu nerwowego: witaminy z grupy B, magnez, kwas foliowy oraz aminokwasy egzogenne (prekursory działającej antydepresyjnie i uspokajająco serotoniny, które muszą być dostarczone z zewnątrz, ponieważ organizm nie jest w stanie ich produkować). Dopiero na dalszym etapie możliwa jest praca z pacjentem nad identyfikacją wzorca dotychczasowego sposobu radzenia sobie z doświadczanymi trudnościami, modyfikacja w celu ich uskutecznienia, wypracowanie wspólnie z nim optymalnych sposobów radzenia sobie z depresją oraz przewidywanym nawrotem uciążliwych objawów.

PODEJŚCIE PSYCHOTERAPEUTYCZNE

Strategie pracy z depresją sezonową nie różnią się znacząco od innych stosowanych w psychoterapii depresji. Krokiem poprzedzającym właściwe oddziaływanie psychoterapeutyczne powinna być weryfikacja respektowania przez pacjenta faz spoczynku w jego indywidualnym rytmie okołodobowym. Nurt psychoterapii ericksonowskiej odwołuje się tutaj do teorii tzw. stresu ultradiańskiego. Wywiad ułatwi identyfikację osób szczególnie narażonych na wystąpienie apatii, zmęczenia, braku witalności, nadmiernej senności, a co za tym idzie m.in. drażliwości – objawów typowych dla depresji sezonowej. Następnym etapem jest nauczenie pacjenta monitorowania faz rytmów cirkadianskich, odczytywania dyskretnych sygnałów z ciała. Użyteczne mogą być dzienniczki spoczynku i aktywności. Celem jest poprawa jakości życia, będzie ona możliwa, jeżeli codzienne obowiązki rodzinne, opiekę nad dziećmi, zadania związane z prowadzeniem domu, harmonogram aktywności zawodowej, godziny pracy pacjent dostosuje do własnych rytmów biologicznych. Stres społeczny i interpersonalny związany z chorobą skłania część pacjentów do poszukiwania głębszych form oddziaływania psychoterapeutycznego. Dużą skuteczność przynosi terapia poznawczo-behawioralna (*cognitive behavioural therapy*, CBT). Niezależnie od tego, czy jest stosowana jako samodzielna metoda leczenia, czy też łączona z fototerapią, osiąga porównywalną z leczeniem światłem efektywność w redukowaniu dokuczliwości objawów depresji sezonowej. Najlepsze rezultaty (klinicznie znaczącą poprawę) daje oczywiście połączenie obu form leczenia (psychoterapii i fototerapii) (71% redukcji objawów)⁽¹²⁾. Nieliczne źródła wspominają o teoretycznie

największej skuteczności łączenia trzech form terapii: poznawczo-behawioralnej, terapii skoncentrowanej na rozwiązaniu problemu (*problem-solving therapies*) oraz psychoterapii interpersonalnej (*interpersonal therapy*, IPT^(2,3,13)). Efektywności tej ostatniej dowiedziono zwłaszcza wśród pacjentów z depresją i współistniejącymi z nią chorobami somatycznymi⁽¹¹⁾.

PODEJŚCIE FARMAKOLOGICZNE

Depresja sezonowa bywa oporna na leczenie środkami przeciwdepresyjnymi. Farmakoterapia ze względu na dłuższy czas, jaki mija od jej rozpoczęcia do pierwszych pozytywnych efektów leczenia, nie jest też metodą optymalną. Poprawa stanu zdrowia pacjenta zbiega się bowiem zwykle z początkiem wiosny, czyli okresem, w którym objawy ustępują samoczynnie. Wykazano, że najskuteczniejszą formą leczenia depresji sezonowej jest fototerapia. Ekspozycja na światło o szerokim widmie i natężeniu 2000-10000 luksów przez około 1-2 godziny wczesnym rankiem połączona z unikaniem jasnego światła wieczorem przynosi optymalne rezultaty już po dwóch tygodniach⁽⁷⁾. W Polsce pracowni fototerapii jest stosunkowo mało, niemniej wiele oddziałów psychiatrycznych dysponuje lampami do prowadzenia zabiegów. Światłoterapia jest skuteczna w łagodzeniu (ale i zapobieganiu) apatii, zaburzeń snu, zmęczenia, napięcia (również przedmiesiączkowego) i niepokoju – działa zatem objawowo. Na zabiegi pacjentów kieruje lekarz psychiatra, to on ustala dawkę (ekspozycji na światło, środków przeciwdepresyjnych), moment ich podawania oraz czas trwania leczenia.

PODSUMOWANIE

Miejsce depresji sezonowej w różnicowaniu zaburzeń nastroju w praktyce klinicznej pozostaje niedocenione. Sami pacjenci wykazują niską społeczną gotowość do poszukiwania pomocy u specjalistów, balansując na granicy ryzyka zaostrzenia objawów i przejścia omawianej postaci w depresję kliniczną. Wbrew temu, że sukces wczesnego trafnego rozpoznania choroby oraz wczesna interwencja gwarantują oczywiste korzyści. I choć większość ośrodków klinicznych nie dysponuje pracowniami do fototerapii, spektrum oddziaływań pomocowych w radzeniu sobie z przykrymi objawami choroby jest dość szerokie. Aby osiągnąć jak najlepsze rezultaty, należy pamiętać o wielu czynnikach determinujących obraz zaburzenia oraz łączeniu różnych strategii pomocowych.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Święcicki Ł.: Najokrutniejszy miesiąc kwiecień – czyli skąd się bierze drugi biegun w depresji zimowej. *Nastroje* 2007; 5: 1-2.
2. Wilkinson E.: Seasonal affective disorder (SAD). How to distinguish depressive symptoms from normal winter blues, and what should you recommend? *Chemist&Druggist* 2008; 11: 19-21.
3. Partonen T., Lönnqvist J.: Seasonal affective disorder: a guide to diagnosis and management. *CNS Drugs* 1998; 9: 203-212.
4. Krzyżowski J.: Depresja. Medyk Sp. z o.o., Warszawa 2002.
5. Caplan C.E.: The wintertime blues. *CMAJ* 1999; 160: 375.
6. Putilov A.A., Danilenko K.V.: Antidepressant effects of light therapy and “natural” treatments for winter depression. *Biological Rhythm Research* 2005; 36: 423-437.
7. Zee P.C.: Zaburzenia rytmu dobowego. *Psychiatria po Dyplomie* 2007; 4: 9-19.
8. Sher L.: Bright light, serotonin turnover, and psychological well-being. *Can. J. Psychiatry* 2003; 48: 499.
9. Pużyński S., Wiórka J. (red.): Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 2000.
10. Wciórka J. (red.): Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008.
11. Caron A., Weissman M.M.: Psychoterapia interpersonalna w leczeniu depresji. *Psychiatria po Dyplomie* 2006; 3: 33-40.
12. Rohan K.J., Roecklein K.A., Tierney Lindsey K. i wsp.: A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy, light therapy, and their combination for seasonal affective disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2007; 75: 489-500.
13. Erman M.K.: Znaczenie terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu bezsenności. *Psychiatria po Dyplomie* 2008; 5: 47-51.