

Depresja a niepełnosprawność

Depresja stała się chorobą cywilizacyjną. Jak podaje Światowa Organizacja Zdrowia, obecnie cierpi na nią ok. 350 mln ludzi, w tym prawie 2 miliony Polaków. Prawdopodobnie w 2030 roku będzie to najczęściej występujące zaburzenie na świecie. Depresja jest czynnikiem ryzyka dla niepełnosprawności, a niepełnosprawność – czynnikiem ryzyka rozwoju depresji – pisze psycholog Lena Zielska z Biura ds. Zdrowia i Osób z Niepełnosprawnością Uniwersytetu SWPS.

Depresja – główna przyczyna chorób i niepełnosprawności na świecie

Światowe badanie zdrowia psychicznego z 17 krajów wykazało, że około jedna na 20 osób doświadczyła epizodu depresyjnego (Marcus i wsp., 2012). Depresja jest czynnikiem ryzyka dla niepełnosprawności, a niepełnosprawność – czynnikiem ryzyka rozwoju depresji. Zgodnie z badaniem Global Burden of Disease, depresja jednobiegunowa jest wiodącą na świecie przyczyną niepełnosprawności u osób dorosłych (Murray i Lopez, 1996). Między depresją a niepełnosprawnością występuje również pewna „synchronizacja” – jeśli jeden czynnik ulegnie pogłębieniu lub redukcji, drugi również (Lenze i wsp., 2001). Według badań GUS (2016) w Polsce żyje 4,9 mln osób z niepełnosprawnością. Osoba niepełnosprawna to taka, która nie może samodzielnie, częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznej lub psychicznej.

Osoby z niepełnosprawnościami doświadczają wielu problemów i wyzwań, które mogą zwiększać ryzyko na zachorowania na depresję – w porównaniu z populacją ogólną są co najmniej trzy razy bardziej narażone na tę chorobę (US Department of Health and Human Services, 2001). Analizy przeprowadzone w grupie dorosłych Polaków w latach 2009 – 2014 potwierdzają te obserwacje: w grupie 1981 osób z chorobą przewlekłą aż u 65% osób występowały objawy depresyjne, natomiast w grupie osób zdrowych (1269 badanych) stwierdzono zaburzenia depresyjne u 48% osób (Jasik i wsp.). Zaburzenie depresyjne częściej dotyka kobiet z niepełnosprawnościami, a szacunki w tej grupie wahają się od 30% do 59%. W porównaniu z kobietami bez niepełnosprawności, kobiety niepełnosprawne częściej odczuwają smutek i poczucie nieszczęścia, co zniechęca je do aktywności (Noh i wsp., 2016).

Reakcja na niepełnosprawność nabytą

Ryzyko zachorowania na depresję wzrasta, kiedy niepełnosprawność jest nabyta, a nie wrodzona. Osoby z niepełnosprawnościami niejednokrotnie czują się wykluczone ze względu na swoje ograniczenia oraz mniejsze możliwości radzenia sobie z codziennymi zadaniami. Życie w zależności od innych, których pomoc jest niezbędna w najprostszych czynnościach (ubieranie się, jedzenie czy poruszanie się), obniża poczucie własnej wartości i sprawstwa.

Depresja może pojawić się jako reakcja na znaczną zmianę sytuacji życiowej w wyniku niepełnosprawności, szczególnie wtedy, gdy przed powstaniem inwalidztwa osoba była aktywna i samowystarczalna. Zaburzeniom nastroju (smutek, rozdrażnienie, gniew) mogą wówczas towarzyszyć: negatywna samoocena, przekonanie o własnej nieatrakcyjności, wycofywanie się z kontaktów społecznych, płaczliwość, bezradność, a w wyniku tego ograniczenie aktywności, zaburzenia snu czy jedzenia. Charakterystycznymi reakcjami w tym czasie są także zawężenie zainteresowań do własnej osoby (choroby i leczenia), niechęć do wysiłku fizycznego, stałe poczucie zagrożenia i lęku. Zaburzenie depresyjne może także uniemożliwiać osobom niepełnosprawnym włączenie się w proces rehabilitacji lub w życie społeczne (Reinhardt i wsp., 2003).

Inwalidztwo nabyte w wyniku wypadku, klęski żywiołowej czy zagrożenia celowo spowodowanego przez człowieka wiąże się także z ryzykiem wystąpienia PTSD – zespołu

stresu pourazowego. Depresja może być jednym z objawów rozwijających się po zdarzeniu traumatycznym i wtórnie współwystępującym z PTSD.

„Ryzyko zachorowania na depresję wzrasta, kiedy niepełnosprawność jest nabyta, a nie wrodzona. Osoby z niepełnosprawnościami niejednokrotnie czują się wykluczone ze względu na swoje ograniczenia oraz mniejsze możliwości radzenia sobie z codziennymi zadaniami. Życie w zależności od innych, których pomoc jest niezbędna w najprostszych czynnościach (ubieranie się, jedzenie czy poruszanie się), obniża poczucie własnej wartości i sprawstwa”

Trudności osób niepełnosprawnych ruchowo jako czynniki ryzyka depresji

Osoby z dysfunkcją narządu ruchu doświadczają wielu czynników ryzyka wystąpienia depresji, w tym stereotypowego odbioru społecznego, stresorów związanych z ubóstwem, barierami środowiskowymi czy brakiem dostępu do odpowiedniej opieki zdrowotnej (Nosek, 2003). Niepełnosprawność fizyczna ogranicza mobilność, możliwość przyjmowania pewnych pozycji ciała, samodzielnego wykonywania podstawowych czynności, załatwiania potrzeb fizjologicznych, mycia i jedzenia. Problemy z poruszaniem się często oznaczają potrzebę stałej pomocy ze strony innych osób, co może być frustrujące, kłopotliwe, wywoływać wstyd i obniżać pewność siebie. Ograniczenia te będą z kolei wpływały na zaburzenia relacji interpersonalnych z powodu obniżonego nastroju osoby z niepełnosprawnością oraz długotrwałego stresu i napięcia opiekunów. Osoby niepełnosprawne ruchowo mogą mieć zaniżony obraz siebie, ponieważ włączają do obrazu „ja” ubytki i kalectwa; niedoskonały obraz siebie rzutuje na samoocenę. Dolegliwości bólowe również zwiększają ryzyko wystąpienia depresji (Topolski i wsp., 2012).

W kontakcie z osobą niepełnosprawną ruchowo wiele osób czuje się niepewnie, nie wie, co robić i jak się zachowywać, co powoduje bariery społeczne, utrudniające zawarcie bliskich relacji. Osoby z niepełnosprawnością otrzymujące wsparcie rzadziej cierpią na objawy depresji; otrzymywanie nieformalnego i formalnego wsparcia może być wystarczające, aby zrównoważyć szkodliwe powiązanie między niepełnosprawnością a objawami depresji w późniejszym życiu (Kennedy i wsp., 1990). Badania Nosek (2000) wskazują, że kobiety z trzema lub więcej funkcjonalnymi ograniczeniami, w porównaniu do kobiet w ogóle, rzadziej wchodzi w związki małżeńskie, częściej żyją samotnie, są rzadziej zatrudniane, a życie poniżej poziomu ubóstwa jest u nich bardziej prawdopodobne.

Z powodu nieporozumień i uprzedzeń społecznych osoby z niepełnosprawnością mogą mieć większe trudności ze znalezieniem i utrzymaniem satysfakcjonującej pracy, co z kolei może prowadzić do problemów finansowych, które są dodatkowym źródłem stresu. Trudności na rynku pracy niejednokrotnie prowadzą także do poczucia bezwartościowości lub winy.

Depresja a przyczyny niepełnosprawności

Drugą najczęściej występującą w Polsce przyczyną niepełnosprawności, po uszkodzeniach i chorobach narządu ruchu, są schorzenia układu krążenia. W przypadku chorób układu krążenia depresja w przybliżeniu występuje trzy razy częściej u pacjentów po ostrym incydencie wieńcowym niż w populacji ogólnej. Depresja podwaja ryzyko ponownego incydentu wieńcowego w ciągu dwóch lat. U chorych z depresją ryzyko choroby niedokrwiennej i zawału serca jest 2,12 razy większe, a ryzyko nadciśnienia tętniczego – większe o 60% (Piotrowski, 2013).

Kolejną przyczynę niepełnosprawności stanowią choroby słuchu oraz wzroku. Wśród osób głuchych nieodpowiednie strategie komunikacyjne i słabe przystosowanie do głuchoty wiążą się z depresją, introwersją społeczną, samotnością i lękiem społecznym (Knutson i Lansing, 1990). Wśród głuchej młodzieży na rozwój depresji ma wpływ komunikacja z rodzicami – im jest lepsza, tym ryzyko zaburzeń nastroju mniejsze (Kushalnagar i wsp., 2011). Uważa się, że

młodzież niesłysząca i niedosłysząca jest narażona na zwiększone ryzyko zachowań związanych z samobójstwem (Gryglewicz i wsp., 2017).

Zaobserwowano związek między doświadczeniem utraty wzroku a depresją, choć istnieje niewiele literatury na temat. W badaniu Senra i wsp. (2013) przeanalizowano grupę dorosłych w wieku od 20 do 65 lat z nieodwracalną utratą wzroku w warunkach rehabilitacji. 39,5% pacjentów spełniało kryteria depresji. Ponadto stwierdzono wyższy poziom depresji u pacjentów, którzy mieli większą samoświadomość upośledzenia, nieodpowiednie wsparcie społeczne i dłuższy pobyt rehabilitacyjny. Inni badacze wskazują również, że częstość występowania depresji wśród niewidomych nastolatków jest istotnie wyższa niż u nastolatków widzących (Koenes i Karshmer, 2000), a osoby z poważnymi wadami wzroku częściej zapadają na zaburzenia nastroju typu sezonowego (Madsen i wsp., 2016). Osoby z niepełnosprawnością wzrokową mają niższą samoocenę i umiejętności społeczne niż osoby widzące (Salehi i wsp., 2015).

W przypadku niepełnosprawności związanej z upośledzeniem umysłowym częstotliwość zaburzeń wzrasta wraz z obniżaniem się ilorazu inteligencji badanych. Osoby manifestujące zaburzenia zdrowia psychicznego stanowią około 20–40% populacji osób upośledzonych umysłowo (Fraser i Nolan, 1994). Ograniczenia poznawcze, sensoryczne, motoryczne i zaburzenia rozwoju językowego powodują ograniczenia w komunikowaniu i ekspresji werbalnej przeżywanych stanów przygnębienia. Ograniczone możliwości życiowe osób upośledzonych umysłowo i zubożone kontakty społeczne stanowią mogą źródło poczucia bezradności i beznadziejności, co może być przyczyną depresji (Rola, 2007).

Leczenie depresji związanej z niepełnosprawnością

W przypadku depresji osób z niepełnosprawnościami rola psychologa czy psychoterapeuty rozpoczyna się od momentu zaistnienia inwalidztwa. Specjalista pomaga w zaakceptowaniu nowej sytuacji i wypracowaniu nowego obrazu siebie, nawiązując do silnych stron osobowości. W terapii ważne jest pielęgnowanie nadziei poprzez fakt, że stan obniżonego nastroju z czasem minie; terapeuta powinien uświadamiać pacjentowi, że wyjście z depresji jest realne. Poczucie osamotnienia zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń, więc szanse na korzystniejsze przejście okresu adaptacji do nowej sytuacji daje osobie z niepełnosprawnością realna pomoc ze strony lub osób bliskich lub grupa wsparcia.

Artykuł pochodzi ze strony <https://web.swps.pl/strefa-psyche>, autor: Lena Zielska –psycholog.