

MOS MENAXHIMI I DEPRESIONIT ME KOHË DHE RREZIKSHMËRIA PËR SUICIDITET



Xhezide Lumi
Specialiste e Psikiatrisë

*Klinika psikiatrike e fëmijëve
dhe të rinjve PDAG, Windisch,
Aargau, Zvicër*

Para se te flasim për mos menaxhimin e depresionit dëshiroj të sqaroj pak mbi etiologjinë e Depresionit.

Shumë stresor psikosocial (si p.sh. situatat e ndryshme në jetë, ngarkesat akute ose kronike) dhe stresor fiziologjikë (p.sh. ndryshimet organike në tru, Infektet virale, çrregullimet në gjëndrën Tiroide) ndikojnë në devijim të neurotransmiterëve (Katekolamin-/ Serotonin-Hypoteza) si dhe në devijimin e Neuroendokrinologjisë (Kortikosteroid-receptor-Hypoteza). Të gjitha këto qojnë tek simptomat depressive (emocionale, kognitive dhe somatike).

Shumë sëmundje somatike si dhe marrja e barnave të caktuara mund të shkaktojnë depresionin dhe manitë (p.sh. Morbus Parkinson, Hypotireoza, trajtimi me kortison etj.)

Kërkimet epidemiologjike kanë vërtetuar se 10-25% e rasteve të trajtuara te mjeku i shtëpisë kanë të bëjnë me depresionin. Prandaj është shumë me rëndësi që mjeku familjarë në radhë të parë të ketë: mirëkuptim për sëmundjen, kompetenz terapeutike, njohje të kufijve të vetë dhe gatishmërinë për punë të përbashkët.

Një depresion qon tek dëmtimet graviduese psikike të cilat mund t'i përjetoj një njeri. Për shkak të pasojave të rënda sociale dhe humbjes së cilësisë së jetës, ai është i krahasueshëm me sëmundjet më të shpeshta kronike somatike.

Tek depresionet e rënda unipolare kanë episode që zgjasin shumë gjatë(33% e Pacientëve kanë episode të gjata mbi dy vite), gjithashtu një shkallë të vetëvrasjes tek pacientët e hospitalizuar 15%.

Me fillim të hershëm të trajtimit të depresionit munden pamvarësia dhe aftësia për të punuar të ruhen, poashtu synohet më mirë edhe integrimi në rrethin social.

Me rëndësi të madhe është t'i shmangim pasojat e depresionit të panjohur: tendenca për kronifikim, humbja e kualitetit të jetës, izolimi social, rritja e mortalitetit (suicidet), rritja e vulnerabilitetit për sëmundjet somatike, si dhe rritja e kostos së shëndetit.

Anëtarët e familjes dhe grupet mbështetëse luajnë një rol kyç në menaxhimin e depresionit dhe uljen e suicidalitetit. Në konceptin terapeutik patjetër duhet të përfshihen anëtarët e familjes .

Kërkesat për anëtarët e familjes janë këto: të mësojnë të kuptojnë vuajtjen a anëtarit të familjes, të kuptuarit e biologjisë, gatishmëria për punë të përbashkët, të mësojnë të kuptojnë planin e terapisë, të kenë mirëkuptim për paaftësinë, hapat e vogël t'i vlerësojnë pozitivisht, njohuritë mbi mundësin e recidivitetit, njohjen mbi rrezikun e suicidalitetit.

Të afërmit e pacientëve depresiv duhet të kenë një masë të madhe të mirëkuptimit, durim dhe të tregojnë altruizëm. Prandaj tek çdo pacient depresiv pa marrë parasysh moshën duhet të involvohen familjarët.

Depresionet munden ta" infektajnë "rrethin: humbja e dëshirës për jetë, frika sociale, pafuqia, ndjenja e fajit, vetëbesimi, agjiriteti, nervozizëm i rritur, pagjumësia etj. Përparësitë e njohjes me sëmundjen e anëtarëve të familjes janë: mirëkuptimi për sëmundjen, rritet vetëbesimi, do të bëhen vetë më pak depresiv (edhe partneret mund të bëhen depresiv) dhe bashkëpunimi i lartë.

Grupet mbështetëse luajnë një rolë shumë të rëndësishëm në menaxhimin e depresionit p.sh duke i shkëmbyer përvojat mes veti pacientët depresiv (Terapi grupore), motivimi pozitiv, besimi te mjeku si dhe farmakoterapia.

Një faktor tjetër i menaxhimit të depresionit është edhe farmakoterapia, antidepresivët.

Sipas Daly Hum mbi 75% e popullsisë besojnë se antidepresivët kanë një potencial të varësisë, vetëm 46% e popullsisë mendojnë se antidepresivët janë efektiv, dhe 85% e popullsisë besojnë se biseda me psikoterapeutin është terapia e vetme efikase për depresion

Një rol kyç në menaxhimin e mirë të depresionit luajnë këto rregulla të poshtëshënuara:

Medikamentet të merren saktë sipas sugjerimit të mjekut, çdo ditë të planifikohet me përpikëri (Orari ditorë), çdo ditë të planifikohet një udhëtim, të shkruhen qëllime të vogla të arritshme, çdo sukses të shihet dhe çdo moshukës të kuptohet për shkak të depresionit, të mos tërhiqeni mbrapa, të nyjëzoni kontaktet e përshtatshme sociale, jo të qëndroni në krevat por të bëni aktivitete trupore (Sport), rregullisht të ushqeheni me ushqim të lehtë pa alkool, një ditë të emocioneve për çdo ditë të shkruhet.

Shumica e pacientëve suicidal kanë së paku një diagnozë psikiatrike. Është e njohur që pacientët me depresion zënë vendin e parë me suicid (para pacientëve që konsumojnë drogë, alkool, apo të moshuarve dhe të vetmuarve. Më të rrezikuarit janë pacientët që kërcënojnë me vetëvrasje , ata që pohojnë se do të bënin vetëvrasje si dhe ata që kanë tentuar më herët me vetëvrasje. Tek depresionet e rënda mbi 80% e pacientëve mundohen nga mendimi për vetëvrasje kurse 4% tentojnë të vetëvriten. Prej tyre mbi 15% arrijnë qëllimin e tyre të vetëvriten. Mbi 42% nga pacientët që bëjnë vetëvrasje, një javë para se të vetëvriten kërkojnë mjekun shtëpiak (kjo përqindje tregon më së miri mirë menaxhimin apo keq menaxhimin e depresionit të pacientëve nga mjeku familjarë).

Faktorët diagnostik predisponues për suicid

janë: Diagnozat psikiatrike (Depresioni, skizofrenia, dhe vartësia), sëmundjet e rënda somatike, depresioni në remesionin fillestarë, komorbititeti (depresioni dhe frika), insomnia kronike, sëmundjet psikike kronike, Simptomatika perzistuese nga impulsiviteti, humbja e shpresë, sëmundja somatike me dhimbje të forta apo invaliditeti, krisat biologjike p.sh. puberteti, menopausa.

Depresioni dhe suicidaliteti janë më të shpeshta te personat që nuk mund të verbalizojn.

Shpesh bëhet pyetja pse nuk njihet suicidaliteti? Arsyeja do të ishte se mjeku zakonisht nuk e njeh shkakun themelor apo e anashkalon, pasi shpesh mjeku familjarë nuk pyet a ka pacienti mendime suicidale, nëse po si ka menduar ta privoj jetën e vetë ose a ka pas deri tani ndonjë veprim konkret për vetëvrasje.

Faktorët anamnestik predisponues për një vetëvrasje janë: Përpjekje të mëparshme për vetëvrasje ose ide për vetëvrasje, Raste të suicidit në familje apo në rrethin e gjerë, kërcënimi për vetëvrasje, idetë apo përgatitjet konkrete, heshija e papritur për temën e vetëvrasjes, ëndrrat e katastrofës dhe asgjësimit, meshkujt, beqarët të moshuarit ose pacientët e moshuar, qëndrimi i mëhershëm në një klinikë psikiatrike, largimi nga spitali kundër këshillës mjekësore, si dhe sjellja e mëparshme impulsive p.sh. vetëdëmtimi.

Faktorët social predisponues për vetëvrasje janë: Prishja e familjes në fëmijëri ("broken home"), vetmia, vdekja, konflikti me partnerin/partneren, Problemet në punë, në detyra si dhe në financa (borxhet), procedurat gjyqësore në pritje (shkurorëzimi, kriminaliteti), mungesa e lidhjeve sociale apo religjioze.

Edhe pse shumica e pacientëve mund të flasin për qëllimet e tyre të vetëvrasjes, nuk guxon njeriu të besoj se një pacient suicidal i shprehë para nesh synimet e tij vetëvrasëse. Prandaj është shumë e rëndësishme për mjekun familjarë që pacienti duhet të pyetet në mënyrë të drejtpërdrejt për mendimet suicidale, impulset suicidale si dhe për tentimet e mëhershme të vetëvrasjes. Mjeku patjetër duhet të jetë i vetëdijësuar që ti bën të qartë pacientit se mendimet suicidale janë simptome të shpeshta të depresionit.

Prevenioni kunër suicidalitetit: Tema e suicidalitetit të bisedohet, trajtimi medikamentoz, Terapi bisede, të afërmit dhe rrethi të involvohen, eventualisht specialistët apo hospitalizimi.

Puna e përbashkët me specialistët dhe hospitalizimi: Depresionet e lehta dhe gjysmë të rënda mund të trajtohen nga mjeku familjarë kompetent. Mirëpo me çdo kusht duhet të mendoj që bashkëpunimi me një specialist është shumë i vlefshëm. Sidomos është shumë me rëndësi tek depresionet e rënda që pacienti me kohë të trajtohet nga Specialisti psikiatër e psikoterapeut si me psikoterapi po ashtu edhe me Psikofarmakë. Andaj është shumë e rëndësishme që mjeku familjarë të mos neglizhoj dhe të mos e kryen rastin vetëm me një përshkrim medikamenti apo siç e dimë të gjithë që ndodhë gjithkund por edhe në shoqërinë tonë kosovare, që nëse pacienti thotë nuk me ndihmoj medikamenti, shumë shpejt mjeku i ndërron medikamentin tjetër dhe e gjithë kjo procedurë dërgon në shumë drejtime por jo në drejtimin e duhur -shërimin dhe ndihmën e mirëfilltë të pacientit.

Gjithashtu në prapavijë secili mjekë familjarë duhet të ketë parasysh se çrregullimet që zgjasin një kohë të gjatë kanë tendencë të bëhen rezistente ndaj terapisë si dhe të kronifikohen.

Referimi tek një specialist psikiatrik: Shqyrtimi i kësaj procedure ka kuptim dhe është i nevojshëm në

çdo rast, Depresioni i rëndë, çrregullimi bipolar, komorbiditeti psikiatrik, Fëmijët dhe të rinjët, Farmakoterapia dhe psikoterapia komplekse, Rezistenca ndaj terapisë, kronifikimi.

Tek çrregullimet e depresionit duhet të kemi parasysh se janë çrregullime – sëmundje në rritje të cilat në format e rënda mbi 15% përfundojnë me suicid.

Anamneza dhe pyetjet tek simptomat më të shpeshta tek depresioni janë: 1. a jeni ndier javën e fundit në depresion dhe a jeni gëzuar brenda javës së fundit ndonjëherë, 2. a flini më keq se më parë, 3. a keni dëshirë mos me jetuar më apo t'i bëni diçka vetvetes, 4. A keni më pak dëshirë ose interes për aktivitetet profesionale dhe të kohës së lirë. A ndiheni të lodhur dhe pa energji, 5. Ndiheni të pavlerë, i tepërt, 6. A keni më shumë problem me koncentrim.

Pacienti e bën diagnostifikimin edhe më të vështirë sepse: ai ankohet vetëm për simptomat fizike, ai tregon vetëm një pasqyrë atipike, si dhe pacientët e moshuar.

Pacientët e pengon njohjen e depresionit nga mjeku pasi ai nuk fletë me dëshirë për depresionin ose i mbulon duke u ankuar vetëm me simptomat fizike.

Depresioni maskohet me simptoma trupore si me kokë dhimbje, dhimbje kurrizi,

Ankesa me :frymëmarrje, zemër, të lukthit e zorrëve si dhe ankesa reumatizmale

Simptomat më të shpeshta të depresionit tek të moshuarit janë: astenia (29%), Kokë dhimbja 825%), Palpitacionet (17%) dhimbja (14%), marramendja (12%), dhimbje barku (11%), dyspnea (10%), dhimbje të ndryshme (9%) dhimbje kurrizi (7%), ankesa të lukthit e zorrëve (6%).

Simptomat tek fëmijët dhe të rinjët: pezullimi i lojës, nervozizmi, iritimi, vështirësitë në shkollë, çrregullime të gjumin, ndjenja e inferioritetit, dhimbje barku dhe koke si dhe impulse suicidale. Mjeku e vështirëson më së shpeshti diagnozën për shakë të: mungesa e teknikës së anamnezës, mungesa e diturisë mbi kriteret e diagnozës, presioni i kohës, çështja emocionale e sikletshme si dhe presioni i politikave shëndetësore (përkeqësimi i statistikave ekonomike).

Nëpërmjet kompetencës somatike dhe psikiatrike, mjeku i familjes arrin të sqarojë në mënyrë të gjithanshme pacientin depresiv. Mund të konfirmojë diagnozën duke përfshirë diagnostikën diferenciale somatike.

Sqarimi përfshin anamnezën, mbledhjen e gjendjes së brendshme mjekësore dhe neurologjike, një ECG, një rëntgen të kraharorit dhe, në rastin e ndikimit, një EEG ose Kompjuter tomografi (CT) të kafkës. Testet kimike laboratorike përfshijnë pasqyrën e gjakut dhe numërimin diferencial të gjakut, përcaktimin e enzimave të mëlçisë, kreatinës, elektrolitet, statusin e tiroides; Acid folik, Vitaminë B12 dhe kontrolla tjera sipas indikacionit.

Diagnozat diferenciale dhe komorbiditeti:

Shpesh, reagimet e hidhërimi (mërzitjes) shoqërohen me simptoma depresive. Ashpërsia e tyre varet nga ndodhja e papritur dhe përgatitja e brendshme për humbjen, si dhe marrëdhënia midis pacientit dhe të ndjerit. Zakonisht reagimet e hidhërimit janë fiziologjike dhe të kufizuara në kohë nga një strategji e shëndetshme përbalimi. Nga ana tjetër, te pacientët e moshuar mund të vërehet se simptomat depresive vazhdojnë për dy deri në tre muaj përtej reagimit të pikëllimit. Këta pacientë rezikojnë më shumë të vuajnë nga një çrregullim depresiv për të paktën një vit. Dysthymia është për t'u dalluar nga episodet depresive, e cila është ekuivalente me një gjendje të butë depresive këmbëngulëse dhe kështu paaftësinë për të ndjerë kënaqësinë e jetës. Ankthi dhe çrregullimet e panikut duhen dalluar nga depresioni. Duhet të theksohet se forma të përziera midis çrregullimeve

të përgjithshme të ankthit dhe gjithashtu çrregullime paniku socializuar me depresionin ndodhin.

Megjithatë, depresioni subliminal ose i ashtuquajtur subsyndromal, dmth depresioni në të cilin nuk përmbushen të gjitha kriteret e një diagnoze ICD-10, gjithashtu mund të nënkuptojë një humbje të konsiderueshme Pagjumësia kronike primare duhet të dallohet nga pagjumësia e lidhur me depresionin. Farmakoterapia ndryshon në këto raste. të cilësisë së jetës për pacientin. Edhe këtu, një trajtim antidepressant mund të ndihmojë. Pagjumësia kronike primare duhet të dallohet nga pagjumësia e lidhur me depresionin. Farmakoterapia ndryshon në këto raste. Çrregullimet neurotike, stresi dhe çrregullimet somatoforme shpesh tregojnë simptoma që mund të vërehen edhe në çrregullimet depressive. Te pacientët e moshuar , shpesh dalin në skenë konsiderata diagnostikuese diferenciale. Sëmundjet e brendshme dhe neurologjike mund të jenë shkaku i depresionit. Sëmundjet e brendshme mjekësore dhe neurologjike mund të jenë shkaku i depresionit. Ndër më të zakonshmet janë: sëmundja e Parkinsonit, sëmundjet e zemrës, Insulti cerebrovaskular dhe karcinomat, sëmundjet e demencës të tipit Alzheimer, sëmundjet endokrine si diabeti mellitus, çrregullimet e tiroides ose korteksi adrenal- çrregullimet funksionale dhe sëmundjet nga forma reumatizmale. Ndonjëherë edhe medikamentet janë përgjegjëse për depresion. Në anamnezë, vetë-mjekimi dhe recetat nga mjekë të tjerë trajtues gjithashtu duhet të kërkohen, janë relativisht të rralla, por greade në moshë të vjetër për shkak të polimjektivitetit shpesh të nevojshme duhet të vërehet gjithnjë e më shumë. Një ndryshim i medikamentit ka më shumë të ngjarë të provokoj simptoma depressive ose manike.

Mundësi jo-farmakologjike: Në varësi të ashpërsisë së sëmundjes dhe fokusit të supozuar etiologjik të çrregullimit, procedura të ndryshme psikoterapeutike janë të mundshme.

Biseda dhe terapi sociale nga mjeku i familjes: Pacientit depresiv i tregohet nga bisedat që dikush e ka njohur problemin e tij dhe është i njohur me të. Të afërmit e një pacienti me depresion duhet medoemos të përfshihen në konceptin terapeutik. Në bisedë shpjegohen parimet e trajtimit, diskutohet kuptimi i farmakoterapisë dhe eliminohen objektivist parajgjykimet kundër ilaçeve.

Psikoterapia mbështetëse: Një mirëkuptim dhe këshillim mjekësor mbështetës me krijimin e një plani trajtimi është baza e çdo trajtimi të depresionit dhe mund të jetë e mjaftueshme si metoda e vetme e terapisë tek depresionet e lehta.

Mundësitë farmakologjike: Strategjia e trajtimit ndahet në tre faza: trajtimi akut, terapia e mirëmbajtjes (4-9 muaj) dhe parandalimi i

recidivitetit(vite deri gjatë tërë jetës). Shkaqet organike dhe faktorët depresivë (farmaceutikë, ilaçe, alkool) duhet të përjashtohen dhe, nëse është e nevojshme, të trajtohen në mënyrë shtesë. Në Farmakoterapia kryesisht përdoren antidepressantë dhe barna që stabilizojnë humorin, por edhe neuroleptikët dhe benzodiazepinat.

