

## Rozpoznawanie i leczenie depresji w sytuacji choroby somatycznej

### *Recognizing and treating depression in somatic disease*

Mikołaj Majkowicz<sup>1,2</sup>, Agata Zdun-Ryżewska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra Psychologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup>Akademia Pomorska w Słupsku

### Streszczenie

Depresja jest zaburzeniem, które dość często współwystępuje z chorobami somatycznymi i może pogarszać ich rokowanie. Do objawów podstawowych depresji należą: obniżony nastrój, utrata zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności, zmniejszenie energii.

Istotne w przypadku pacjenta z chorobą somatyczną jest rozróżnienie między depresją kliniczną a reakcjami adaptacyjnymi i adekwatnymi do sytuacji. Depresja może być trudna do rozpoznania ze względu na obecność tzw. masek depresyjnych w postaci różnych dolegliwości somatycznych. Do badań przesiewowych zaleca się stosowanie testów, które pozwalają uchwycić występowanie objawów depresyjnych w populacji chorych somatycznie (np. HADS-M).

Aby pomóc pacjentowi cierpiącemu na depresję w przebiegu choroby afektywnej, należy zastosować leczenie farmakologiczne, uzupełnione o interwencje psychologiczne. W sytuacji, kiedy mamy do czynienia z zaburzeniami depresyjnymi, które w decydującej części wiążą się z uwarunkowaniami psychologicznymi, właściwą metodą może być oddziaływanie natury psychologicznej. Niemniej jednak i w tej grupie chorych wspomaganie farmakologiczne daje dobre efekty lecznicze. W obu przypadkach pomoc może być skierowana na osobę chorą, ale także na członków całego systemu rodzinnego.

**Słowa kluczowe:** depresja, nowotwory, współwystępowanie chorób.

### Abstract

Depression is a disorder that often concomitance with other diseases and can influence negatively the process of treatment. Diagnostic criteria for depression are: persistent sadness or low mood, loss of interest or pleasure, fatigue or low energy.

It is very important to distinguish between real depression and adaptive and adequate to situation emotional reaction. Depression may be difficult to diagnose because of a presense of somatic symptoms and lack of sadness, and low mood. For screening in population of chronically ill we recommend special tests that show symptoms of depression (for example HADS-M).

To help patient with depression diagnosed as affective disorder psychiatric treatment is recommended, connected with psychological interventions. To help patient with depression based on psychological ground psychological treatment is recommended. Farmacological treatment may be also helpful in this group of patients.

In both cases not only the patient but also his family my need help.

**Key words:** depression, cancer, comorbidity.

Adres do korespondencji:

Agata Zdun-Ryżewska, Gdański Uniwersytet Medyczny, Katedra Psychologii,  
Zakład Badań nad Jakością Życia, ul. Tuwima 15, 80-210 Gdańsk, tel./faks +48 58 349 15 55,  
e-mail: azdun@gumed.edu.pl

## WSTĘP

W chwili obecnej w zależności od źródła rozpoznań zaburzeń afektywnych szacuje się na kilka do kilkunastu procent. Badacze tego zjawiska wskazują, że u 1 osoby na 6 w pewnym momencie jej życia można zidentyfikować objawy, które w pełni odpowiadają rozpoznaniu depresji [1]. Obecnie zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn po 50. roku życia zaburzenia depresyjne są jednym z głównych powodów hospitalizacji, a dodatkowo niepokojący jest obserwowany od kilku lat w Europie ciągły wzrost liczby zachorowań na choroby afektywne [2].

Dane te są istotne nie tylko dla osób zajmujących się pracą z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi, lecz także dla tych, którzy pomagają pacjentom chorym somatycznie, zwłaszcza cierpiącym z powodu przewlekłych chorób.

Między depresją a chorobami somatycznymi może występować współzależność. Istnieją doniesienia o dużej częstości występowania niektórych schorzeń somatycznych w grupie pacjentów z zaburzeniami afektywnymi. Dotyczy to między innymi chorób układu krążenia, układu pokarmowego, endokrynopatii, chorób alergicznych czy nowotworów. Częstość występowania niektórych z wymienionych chorób u osób z zaburzeniami afektywnymi jest oceniana na dwa razy większą niż w populacji ogólnej, a u osób powyżej 60. roku życia nawet na cztery razy większą [3].

Na przykład w badaniu przeprowadzonym przez zespół Kliniki Psychiatrii Dorosłych w Łodzi zaobserwowano u ponad 60% chorych hospitalizowanych z powodu zaburzeń depresyjnych towarzyszącą chorobę somatyczną [4].

Wiele badań wskazuje również na częstsze w porównaniu z populacją ogólną występowanie depresji lub jej objawów u osób cierpiących na choroby somatyczne [5]. Na przykład badanie podłużne prowadzone na grupie 220 kobiet ze zdiagnozowanym wczesnym stadium nowotworu piersi ujawniło objawy depresji u 33% w momencie diagnozy, 15% po roku od ustalenia rozpoznania oraz u 45% po pojawieniu się nawrotu [6].

Ocena częstości współwystępowania depresji i chorób somatycznych waha się w zależności od miejsca prowadzenia badań między 20% a 80%. Wpływ może mieć rodzaj choroby i stopień jej zaawansowania, typ badanej populacji, a także przyjęte kryteria diagnostyczne [7].

Na pewno jednak omawiając kwestię rozpoznania zaburzeń depresyjnych nawet tylko na przykładzie pacjentów chorych onkologicznie, można stwierdzić znaczne ich niedoszacowanie. Jak wskazują niektóre dane, pomimo dużego rozpowszechnienia tych zaburzeń, tylko 20% z nich jest prawidłowo rozpoznawanych [8].

Depresja występująca u chorego somatycznie stanowi istotny problem, ponieważ może w znaczący sposób pogarszać rokowanie. Przyczyn można między innymi szukać w obserwowanym u chorych braku motywacji do podjęcia jakichkolwiek aktywnych działań oraz poczuciu beznadziejności i związanym z nim brakiem wiary w powrót do zdrowia [2].

W efekcie możemy mieć do czynienia ze zwiększoną częstością konsultacji klinicznych, zwiększeniem kosztów leczenia w związku z przedłużającymi się hospitalizacjami, gorszą współpracą między pacjentem a zespołem terapeutycznym oraz obniżeniem jakości życia pacjenta i – co wymaga szczególnego podkreślenia – zwiększonym ryzykiem podjęcia próby samobójczej [9]. Depresja może również wpłynąć negatywnie na zdolność pacjenta do przyswajania informacji istotnych w procesie leczenia i codziennych kontaktach z zespołem terapeutycznym.

## DIAGNOZA DEPRESJI

Zgodnie z podręcznikiem WHO (*World Health Organization*) ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, czyli Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych), konkretnie zaś jego V rozdziałem – Klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania – do objawów podstawowych pozwalających zdiagnozować epizod depresyjny u osób dorosłych należą:

- obniżony nastrój (smutek, przygnębienie, rozpacz, zubożenie), które może podlegać małym wahaniom z dnia na dzień, zwykle niezależnym od bieżących wydarzeń,
- utrata zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności,
- zmniejszenie energii związane ze wzmożoną męczliwością (nawet po małym wysiłku), skutkujące zmniejszoną aktywnością oraz spowolnieniem ruchowym.

Do zdiagnozowania depresji konieczne jest występowanie co najmniej dwóch z wyżej wymienionych objawów i ich utrzymywanie się przez co najmniej dwa tygodnie.

Do często spotykanych, dodatkowych objawów należą:

- osłabienie koncentracji i uwagi,
- niska samoocena,
- poczucie winy,
- pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości,
- myśli, tendencje i próby samobójcze,
- zaburzenia snu (zwłaszcza płytki, przerywany sen, połączony z wczesnym wybudzaniem się i niemożnością ponownego uśnięcia),
- zmniejszony apetyt (spadek masy ciała, obniżenie popędu płciowego) [10].

Podając za Pużyńskim (2008) na obecność depresji może wskazywać szereg objawów, cech i skarg pacjenta (z którymi można się spotkać w praktyce klinicznej) przedstawionych w tabelach 1. i 2.

W trakcie obserwacji pacjentów chorych somatycznie szczególną uwagę powinny wzbudzać czynniki, których obecność może sprzyjać wystąpieniu dezadaptacyjnego zespołu depresyjnego [11]. Najczęściej zalicza się do nich: brak wsparcia ze strony otoczenia, utraty, trudną sytuację finansową, poczucie niepewności i zagrożenia, nierozwiązane problemy egzystencjalne oraz wyuczony model bezradności (przeświadczenie, że trudna sytuacja, za której powstanie się odpowiada, będzie trwała zawsze i że nie ma z niej dobrego wyjścia).

W przypadku choroby onkologicznej znaczenie może mieć również sama lokalizacja nowotworu (zwłaszcza w obszarze głowy, szyi, mózgu czy trzustki), a także związane z nią odsunięte w czasie następstwa leczenia, np. chirurgicznego (trudności w poruszaniu się na skutek amputacji kończyn, zmiany w obrazie siebie w związku z mastektomią czy stomią, trudności w nawiązywaniu kontaktów z ludźmi na skutek laryngektomii itd.).

Kolejną przyczyną depresji może być ból przewlekły (źle kontrolowany w trakcie leczenia albo jako skutek stosowanego leczenia, np. radioterapii), zaburzenia ważnych funkcji (np. zwieraczy, mowy) oraz stosowane leczenie. Dla przykładu depresję mogą powodować niektóre leki onkologiczne (np. z grupy alkaloidu Vinca, interferon), steroidy, leki hipotensyjne, dopaminergiczne, długotrwałe stosowane fenotiazyny, pochodne butyrofenonu lub benzodiazepiny.

## MOŻLIWE TRUDNOŚCI W ROZPOZNAWANIU DEPRESJI

Mimo że temat depresji jest poruszany coraz częściej nie tylko w kontekście naukowym, lecz także licznych kampanii społecznych, nadal obserwuje się stosunkowo niską wykrywalność tego zaburzenia w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej.

Warto pamiętać o tym, że pacjent w sytuacji przewlekłej choroby ma prawo reagować obniżeniem nastroju, smutkiem, złością, poczuciem utraty itd. W tym przypadku zastanowienie powinien budzić brak takich reakcji.

**Tabela 1.** Wskazówki przydatne przy wstępnej diagnozie depresji związane z wyglądem pacjenta

Wygląd pacjenta
Mimika: uboga, smutny lub napięty wyraz twarzy
Głos: monotony, spowolnione tempo wypowiedzi
Ruchy: spowolnione, ociężałe, ale może też wystąpić niepokój ruchowy (częste zmiany pozycji ciała podczas siedzenia)

**Tabela 2.** Wskazówki przydatne przy wstępnej diagnozie depresji związane z informacjami, które można uzyskać od pacjenta

Skargi zgłaszane przez pacjenta
Poczucie stałego zmęczenia, ociężałości
Niechęć do pracy, wykonywania codziennych czynności
Brak satysfakcji z życia, niechęć do życia
Gorsza pamięć, trudności ze skupieniem uwagi przy lekturze, oglądaniu telewizji
Ciągłe martwienie się (o dzisiaj, o jutro)
Poczucie wewnętrznego napięcia, niepokoju
Unikanie kolegów, znajomych
Płytki sen, wczesne budzenie się
Złe samopoczucie rano
Brak apetytu, chudnięcie
Zaparcia, wysychanie błon śluzowych jamy ustnej
Bóle (głowy, różnych grup mięśniowych)

Kluczowe w tym momencie wydaje się rozróżnienie pomiędzy reakcją adekwatną i adaptacyjną do sytuacji (kiedy pacjent sam sobie poradzi z przystosowaniem do sytuacji albo będzie wymagał niewielkiego psychologicznego wsparcia) a reakcją, która będzie wiązała się z koniecznością głębszej interwencji psychiatrycznej i psychologicznej.

Do poważnego błędu może doprowadzić przekonanie lekarza, że pacjent ma „dobry” powód (ciężka choroba, zagrożenie życia, objawy obniżające jakość życia itd.), aby być w stanie depresji i powstrzymanie się od działań w kierunku jej diagnozy. Bardzo często sam pacjent może wykazywać opór przed ustaleniem rozpoznania psychiatrycznego. Nawet mając informację o diagnozie, może próbować ją negocjować w związku z przekonaniem o konieczności skupienia się na walce z chorobą somatyczną (zwłaszcza świe-

**Tabela 3.** Rozróżnienie pomiędzy stanem przygnębienia a depresją

Cecha	Przygnębienie	Depresja
nasilenie	zazwyczaj złe samopoczucie, „chandra”	smutek, przygnębienie
czas utrzymywania się	krótki (relatywnie do sytuacji)	długi (tygodnie, miesiące)
poczucie choroby	zwykle nie występuje	często występuje
dezorganizacja aktywności złożonej	zwykle nie występuje lub mało znacząca	często występuje

zo zdiagnozowaną lub wiążącą się z zagrożeniem życia), obawami przed stosowaniem dodatkowych leków z możliwymi objawami ubocznymi oraz lękiem przed stygmatem „chorego psychicznie” [12].

Kolejna trudność może się wiązać z faktem dużej zmienności osobniczej obrazu klinicznego depresji – na pierwszy plan u różnych chorych mogą się wysuwać różne objawy. Znaczenie może mieć również typ choroby, która poprzez swoją specyfikę może dawać objawy podobne do depresyjnych, co powoduje, że diagnoza „prawdziwej” depresji będzie wymagać dużej uważności [13]. Na przykład w przypadku nowotworów z mniejszym prawdopodobieństwem można podejrzewać depresję na podstawie takich objawów, jak: brak apetytu, zmęczenie, utrata wagi. Ważniejsze w tym przypadku wydają się: anhedonia, nastrój dysforyczny, poczucie beznadziejności, bezradności, niska samoocena, myśli samobójcze czy niezwykle nasilone i irracjonalne poczucie winy. Z kolei w przypadku chorób kardiologicznych warto zwracać uwagę na poczucie winy, bezwartościowości, tendencje samobójcze, anhedonię czy niesprawność nieproporcjonalną do stopnia zaawansowania choroby.

Należy również pamiętać, że depresja w różnych grupach wiekowych, np. u dzieci czy osób w podeszłym wieku, może przybrać nieco inny obraz, co trzeba uwzględnić przy stawianiu nawet wstępnej diagnozy. U dzieci i młodzieży depresja może się przejawiać w tendencji do zachowań agresywnych czy aspołecznych, a nie typowego przygnębienia i płaczu – w efekcie mamy do czynienia z tzw. niegrzecznym dzieckiem [14].

Dodatkowo warto zwrócić uwagę na fakt, że depresja może być trudna do rozpoznania ze względu na obecność tzw. masek depresyjnych w postaci różnych dolegliwości somatycznych. Taka sytuacja powoduje, że lekarze, mając do czynienia z osobą chorą somatycznie, uznają te dolegliwości za uzasadnione, nie dopatrując się, że może to być związane z chorobą afektywną. Praktyka kliniczna pokazuje, że niejednokrotnie pacjenci leczeni wiele miesięcy przeciwbólowo nie doznają poprawy, natomiast rozpoczęcie leczenia przeciwdepresyjnego skutkuje ustąpieniem dolegliwości bólowych, ponieważ stanowiły one maskę somatyczną zaburzeń depresyjnych.

Przy ustalaniu wstępnego rozpoznania warto skorzystać ze złotego standardu, czyli przeprowadzenia wywiadu klinicznego oraz zastosowania narzędzia, w którym pacjent dokonuje samoopisu. Tutaj potencjalna trudność może się wiązać z wykorzystaniem metod skringingowych do wstępnego oszacowania, czy mamy do czynienia z pacjentem wymagającym głębszej interwencji psychiatryczno-psychologicznej. Niektóre kwestionariusze (na przykład *Skala depresji Hamiltona* [15], *Skala depresji Becka* [16]) są nastawione na wychwytywanie objawów natury somatycznej jako

ekwiwalentów objawów depresyjnych. Dodatkowo należy pamiętać, że metody te służą raczej ocenie nasilenia objawów depresyjnych, a nie samej diagnozie depresji, której dokonuje specjalista.

Podsumowując – nawet w badaniach przesiewowych warto stosować testy, które pozwalają uchwycić występowanie objawów depresyjnych dostosowanych do populacji chorych somatycznie. Przykładem takiego narzędzia jest HADS-M, dostępny wraz z kluczem w opracowaniu *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce* autorstwa K. Walden-Gałuszko i M. Majkowicza [17].

## POMOC

Pomoc pacjentowi w sytuacji choroby zagrażającej życiu powinna się rozpocząć od uważnej obserwacji i monitorowania stanu psychicznego chorego, które to działania kontynuujemy także po ustąpieniu objawów depresji, na wypadek wystąpienia nawrotu. Szybkie rozpoznanie depresji może uchronić przed niepotrzebnym wydłużeniem czasu leczenia i dodatkowymi komplikacjami. Interdyscyplinarność zespołu pracującego z pacjentem doświadczającym równocześnie przewlekłej choroby somatycznej i depresji zapewnia wysoką jakość opieki i istotne wsparcie. Lekarz prowadzący pacjenta, psycholog i psychiatra to niezbędni członkowie zespołu terapeutycznego w sytuacji współwystępowania choroby somatycznej i depresji. Różne formy i techniki psychoterapeutyczne [18], interwencja kryzysowa [19] czy farmakoterapia zlecona przez psychiatrę zwiększają szanse pacjenta na uporanie się z depresją i powrót do zdrowia, czy lepsze radzenie sobie w sytuacji przewlekłego stresu związanego z długotrwałą lub ciężką chorobą.

Sama forma pomocy specjalistycznej będzie w dużej mierze zależała od ustalenia prawidłowego rozpoznania. W sytuacji, kiedy mamy do czynienia z depresją w przebiegu choroby afektywnej, najbardziej efektywną metodą będzie leczenie farmakologiczne. Dokonując wyboru leku, należy rozważyć cały szereg czynników: poczynając od stanu pacjenta, sposobu podawania leku (np. możliwości przyjmowania leku doustnego przez pacjenta), możliwych interakcji z lekami, które już zażywa w związku z chorobą somatyczną.

Pomoc psychologiczna w tym przypadku będzie stanowić istotne i niezbędne uzupełnienie procesu leczenia.

Jednym ze sposobów pomocy powinna być także próba wyeliminowania czynników, które spowodowały depresję (leczenie chorób somatycznych, złagodzenie bólu, usunięcie leków o działaniu depresyjnym albo, jeśli to nie jest możliwe, wprowadzenie odpowiedniego leczenia zabezpieczającego przed skutkami tych leków).

Z kolei w przypadku zaburzeń depresyjnych, które w decydującej części wiążą się z uwarunkowaniami psychologicznymi, metodą z wyboru będzie oddziaływanie natury psychologicznej. Metody psychoterapeutyczne będą miały podstawowe znaczenie w pomocy chorym depresyjnym, niemniej jednak i w tej grupie chorych wspomaganie farmakologiczne daje dobre efekty lecznicze i warto je rozważyć, analizując każdy przypadek jego wprowadzenia.

W obu przypadkach pomoc może być skierowana na osobę chorą, ale także na członków całego systemu rodzinnego. Powołując się na nasze doświadczenia kliniczne, istotne również wydaje się podjęcie działań psychoedukacyjnych ukierunkowanych na rodzinę pacjenta, których celem jest pokazanie i wzmocnienie adekwatnych form wspierania chorego członka rodziny. Podstawą byłoby uwrażliwienie na potrzeby pacjenta i wykreślenie ze słownika rodzinnego zdania „weź się w garść”. Czasem, aby było możliwe takie konstruktywne wsparcie, trzeba objąć dodatkową opieką psychoterapeutyczną także rodzinę i pomóc jej w poradzeniu sobie z sytuacją trudną, jaką jest przewlekła choroba jednego z jej członków, tak aby mogli oni pomóc choremu.

## PIŚMIENNICTWO

1. Ebmeier K., Donaghey C., Steele J.D. Recent developments and current controversies in depression. *Lancet* 2006; 367: 153-67.
2. Pużyński S. Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000.
3. Pużyński S. Depresje i zaburzenia afektywne. Wydawnictwa Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
4. Kuśmierk M., Florkowski A., Gałęcki P., Talarowska M. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych i somatycznych u pacjentów z rozpoznaniem depresji. *Curr Probl Psychiatri* 2011; 12: 285-92.
5. Dudek D., Siwek M. Współistnienie chorób somatycznych i depresji. *Psychiatria* 2007; 4: 17-24.
6. Burges C., Cornelius V., Love S., Graham J., Richards M., Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ* 2005; 330: 702-707.
7. Trzebiatowska I. Leczenie depresji w chorobie nowotworowej – aspekty praktyczne. *Psychoonkologia* 1999; 4: 47-52.
8. Nowicki A., Rządowska B. Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. *Współczesna Onkol* 2005; 9: 396-403.
9. Newport D.J., Nemeroff C.B. Assessment and treatment of depression in the cancer patient. *J Psychosom Res* 1998; 45: 215-237.
10. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – Klasyfikacja Zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków – Warszawa 2000.
11. Walden-Gałuszko K. Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Wydawnictwa Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
12. Holland J.C., Breitbart W.S., Jacobsen P.B., et al. *Psychooncology*. University Press, Oxford 2010.
13. Stoudemire A., Fogel B., Greenberg D. *Psychiatric Care of the Medical Patient*. University Press, Oxford 2000.
14. Popielarska A., Popielarska M. *Psychiatria wieku rozwojowego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
15. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1960; 23: 56-62.
16. Parnowski T., Jernajczyk W. Inwentarz depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatr Pol* 1997; 11: 417-21.
17. Walden-Gałuszko K., Majkovicz M. Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce. Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk 2000.
18. Grzesiuk L. *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
19. Greenstone J., Leviton S.C. *Interwencja kryzysowa*. GWP, Gdańsk 2004.