

PSYCHIATRIA

Rozmawiała Iwona Kazimierska

Pacjent z depresją w gabinecie lekarza POZ

O depresji mówi się tak dużo, że każdy powinien znać jej objawy, ale nadal jest z tym problem. Również w gabinecie lekarza POZ. Jakiego pana zdaniem są tego przyczyny?

Chcę podkreślić, że problem z rozpoznawalnością depresji dotyczy głównie zaburzeń depresyjnych o łagodnym i umiarkowanym nasileniu. Broniąc lekarzy POZ, należy powiedzieć, że rozpoznawanie depresji o cięższym nasileniu jest efektywniejsze. Na te problemy składa się wiele czynników. Do najważniejszych zaliczyłbym fakt, że często pacjenci umiejętnie maskują objawy psychiczne i raczej skupiają się na dolegliwościach somatycznych. Do tego dochodzi obawa przed stygmatyzacją, wciąż bowiem części społeczeństwa psychiatra kojarzy się niezbyt pozytywnie. Znaczenie mają również poglądy lekarzy i pacjentów na to, czym depresja powinna się charakteryzować i jakie mieć objawy. W diagnozie depresji przeszkadza również niechęć niektórych chorych do okazywania emocji czy mówienia o nich, co może wynikać z objawów depresji, wobec których pacjent niekiedy nie jest wystarczająco krytyczny. Warto jednak zaznaczyć, że bardziej nasilone depresje są zwykle rozpoznawane w POZ trafnie. Widzę to wielokrotnie, konsultując pacjentów kierowanych przez lekarzy rodzinnych do psychiatrów.

Do gabinetu lekarza POZ przychodzi pacjent w wieku 75 lat, to już jego piąta wizyta w ciągu miesiąca. Narzeka na bóle stawów, a właściwie to wszystko go boli. Mówi, że śpi po 9–10 godz. na dobę, jednak ciągle jest niewyspany. Wykonane badania nie wykazały żadnych nieprawidłowości, ale pacjent oczekuje kolejnych. Z wyglądu jest zadbany, mimo to zgłasza lekarzowi, że nikt z bliskich się nim nie interesuje. Czuje się opuszczony. Czy to mogą być pierwsze sygnały, że ma depresję?

Oczywiście, jak najbardziej. Wywiad już wskazuje, że u pacjenta występuje co najmniej kilka czynników, które mogą się przyczynić do depresji. Przede wszystkim dolegliwości bólowe. Ból jest jednym z czynników prowadzących do depresji zarówno na poziomie biochemiczno-immunologicznym, jak i na poziomie codziennego funkcjonowania. U ponad 60 proc. pacjentów z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi, trwającymi powyżej 6 miesięcy, rozwinię się zespół depresyjny. Poza tym symptomy, które zgłasza pacjent, są ważne z psychiatrycznego punktu widzenia – anergia, hipersomnia i poczucie samotności mogą być objawami depresji. Ja zapytałbym tego pacjenta o nastrój, o ty, czy ma zaburzenia pamięci i koncentracji uwagi oraz czy coś go cieszy w życiu. Jeśli odpowiedź na chociaż dwa pytania potwierdzi występowanie objawów, najprawdopodobniej pacjent ma depresję.



Fot. Archiwum

Z jakimi maskami depresji lekarz pierwszego kontaktu może się spotkać w codziennej praktyce?

W depresji maskowanej dominuje jeden objaw chorobowy i to on jest szczególnie zauważalny i prezentowany przez pacjenta przy braku bądź mniejszym nasileniu wyraźniejszych objawów psychopatologicznego zespołu depresyjnego, np. obniżenia nastroju, anhedonii czy zaburzeń napełnienia psychoruchowego. Z praktycznego punktu widzenia objawy depresji maskowanej są często przyczyną wizyt u lekarzy niebędących psychiatrami, ponieważ to one zwracają uwagę danej osoby i stają się przyczyną poszukiwania wyjaśnienia źródeł dolegliwości. Somatyczna diagnostyka różnicowa często nie przynosi efektu, a chory nie dopuszcza do siebie myśli o możliwości konsultacji psychiatrycznej, sugerowanej niejednokrotnie przez lekarza innej specjalności. Najczęstsze maski depresji, z którymi możemy mieć do czynienia, to maski psychopatologiczne (zaburzenia lękowe, zespół natręctw, lęk społeczny, zaburzenia łaknienia), zaburzone rytmy biologiczne (bezsenna, nadmierna senność) albo maski psychosomatyczne (zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego: zaburzenia motoryki, zespół jelita drażliwego, a także bóle w klatce piersiowej, świąd skóry) oraz maski związane

Jak rozpoznać depresję, jak bezpiecznie leczyć pacjentów z depresją i zaburzeniami lękowymi, kiedy skierować pacjenta do psychiatry – radzi dr. n. med. Piotr Wierziński, psychiatra.

”

U ponad 60 proc. pacjentów z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi, trwającymi powyżej 6 miesięcy, rozwinię się zespół depresyjny

z bólem (neuralgie, bóle głowy, idiopatyczne objawy bólowe niedające się wyjaśnić przyczynami ogólnomedycznymi). Niekiedy maski depresji mają postać pewnych zachowań, np. nadużywania leków uspokajających i nasennych czy nadużywania alkoholu.

W diagnostyce najważniejszy jest wywiad. Jakiego pytania warto zadać pacjentowi? Czy specjalne kwestionariusze są pomocne? Jeśli tak, to który wybrać?

Pacjentowi warto zadać pytanie, jak się czuje – czy ma poczucie przygnębienia, smutku i braku nadziei. Należy zapytać, czy w ciągu ostatnich 2 tygodni cierpiał z powodu spadku odczuwania przyjemności, czy odczuwa spadek zainteresowań. Twierdząca odpowiedź na powyższe pytania wskazuje na duże prawdopodobieństwo depresji. Zwykle należy pogłębić diagnostykę, zatem warto zainteresować się innymi domenami życia pacjenta, które w depresji będzie on postrzegał jako dysfunkcyjne. Oto kilka pomocnych pytań:

- Czy w ostatnim czasie ponosił/poniosła pan/pani stratę lub stanął/stanęła przed życiowym wyzwaniem?
- Czy pana/pani problemy narastają od jakiegoś czasu, a obecnie ma pan/pani wrażenie, że są one nie do pokonania?

- Jak pan/pani widzi przyszłość? Czy jest w niej coś optymistycznego? Czy wierzy pan/pani w to, że coś zmieni się na lepsze?
- Czy w ostatnim czasie ma pan/pani trudności, by skupić się na różnych sprawach z życia codziennego i zawodowego?
- Czy dostrzega pan/pani u siebie zmiany w codziennym funkcjonowaniu – wahania apetytu, zmiany energii, problemy ze snem?
- Czy zachowuje pan/pani kontakty towarzyskie, czy raczej ich unika i nie wychodzi z domu?

Pytała pani również o kwestionariusze czy skale. Są one pomocne w ocenie nasilenia objawów i postępu leczenia. Nie zastąpią jednak badania pacjenta. Powszechnie stosowane są skala depresji Hamiltona, skala depresji Montgomery-Asberg czy inwentarz depresji Becka, który służy do samooceny. Do przydatnych narzędzi zaliczyłbym skalę depresji Raskina oraz kwestionariusz zdrowia pacjenta PHQ-9. Ten ostatni bywa bardzo pomocny w codziennej praktyce. W wielu badaniach wykazano silną korelację między wynikami w PHQ-9 a wynikami w skali Becka czy Hamiltona dla osób w wieku 18–60 lat.

! Jakie objawy są niezbędne do rozpoznania depresji?

Do rozpoznania depresji łagodnej lub umiarkowanej wg kryteriów ICD-10 wymagane jest stwierdzenie dwóch z trzech objawów: obniżenie nastroju, utrata zainteresowań i zdolności odczuwania przyjemności, zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności. Do rozpoznania epizodu ciężkiego niezbędne jest występowanie wszystkich trzech wymienionych objawów. Chciałbym zwrócić uwagę, że możemy zatem rozpoznać zespół depresyjny u pacjenta, który nie ma obniżonego nastroju.

! Depresji często towarzyszą zaburzenia lękowe. Czy są one objawem depresji? A może to depresja powoduje zaburzenia lękowe?

To jest relacja dwukierunkowa. Zaburzenia lękowe często współistnieją z depresją, a sam lęk jest również jednym z jej objawów. W różnicowaniu pomaga wywiad. Na jego podstawie jesteśmy w stanie określić, które zaburzenie było pierwsze, a które jest wtórne. Warto też pamiętać, że u pacjenta z zaburzeniem lękowym występuje większe ryzyko samobójstwa. Największe jest ono u pacjentów depresyjnych z lękiem napadowym, lękiem uogólnionym oraz zespołem stresu pourazowego. Z drugiej strony w praktyce często obserwujemy, że u pacjentów z zaburzeniami lękowymi powikłaniem są zaburzenia depresyjne. W wielu badaniach wykazano, że mniej więcej 40 proc. pacjentów z lękiem uogólnionym cierpi również na depresję.

! Wywiad został przeprowadzony. Wszystko wskazuje, że pacjent ma depresję. Jakie badania powinien zlecić lekarz rodzinny, by zweryfikować to podejrzenie?

Często wystarczające są podstawowe, rutynowe badania krwi poszerzone o stężenie żelaza i witaminy B₁₂, poziom hormonów tarczycy. W zależności od sytuacji klinicznej wykonuje się badania obrazowe.

Warto pamiętać, że do schorzeń ogólnomedycznych często związanych z depresją należą: choroby układu krążenia, zawał serca, porfirie, choroby

nowotworowe, choroby związane z przewlekłym bólem, choroby tarczycy, przytarczyc, nadnerczy, niedobory witaminowe, choroby autoimmunologiczne, otępienia pierwotnie zwyrodnieniowe, choroba Wilsona, choroba Huntingtona, nowotwory ośrodkowego układu nerwowego (OUN), migrena, padaczka, stwardnienie rozsiane, urazy OUN, wodogłowie, infekcje OUN, choroby autoimmunologiczne, choroby nerek.

Po wykluczeniu przyczyn somatycznych, na podstawie wywiadu oraz objawów, które występują u pacjenta, za pomocą skal psychopatologicznych możemy rozpoznać depresję.

! Z jakimi stanami należy różnicować depresję w procesie ustalania rozpoznania?

Rozpoznanie depresji oraz diagnostyka różnicowa powinny być poprzedzone dokładną oceną psychopatologiczną pacjenta z uwzględnieniem dominujących objawów. Należy ocenić, czy w przeszłości występowały u niego podobne objawy i jaki miały charakter, czy objawy te pojawiają się cyklicznie, czy nawracają w określonych sytuacjach, np. silnego stresu, czy między nawrotami objawów pacjent funkcjonuje normalnie, czy też ma jakieś objawy, które „pozostają”. Lekarz powinien ustalić, czy u członków rodziny występują podobne dolegliwości. Ważna jest odpowiedź na pytanie, czy objawy zaburzeń nastroju można wyjaśnić inną chorobą lub innym problemem zdrowotnym.

W praktyce klinicznej poszukuje się u pacjenta choroby somatycznej, która mogłaby wyjaśnić etiologię dolegliwości. Najczęściej klinicyści skupiają się na zmianach w zakresie hormonów tarczycy, parametrów morfotycznych krwi oraz chorobach układu sercowo-naczyniowego i chorobach metabolicznych. Istotne jest także badanie (konsultacja) neurologiczne oraz badanie obrazowe OUN pozwalające wykluczyć zmiany organiczne. Nie należy rozpoznawać depresji, jeśli pacjent aktualnie nadużywa substancji psychoaktywnych, ponieważ to one mogą wywoływać objawy depresyjne. Warto również zwrócić uwagę na choroby somatyczne, które mogą powodować depresję.

! Jak pacjent z depresją może być leczony w podstawowej opiece zdrowotnej? Armamentarium leków jest duże, ale które są najbezpieczniejsze?

Mamy do dyspozycji wiele leków przeciwdepresyjnych (LPD) o różnym mechanizmie działania oraz różnych działaniach niepożądanych. Cechują się one również różnym ryzykiem interakcji. Wynika to zarówno z ich mechanizmu działania, jak i wpływu na określone izoenzymy CYP450. Dobierając LPD, powinniśmy wziąć pod uwagę choroby współistniejące u danego pacjenta i leki, które przyjmuje z ich powodu. Z leków z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (*selective serotonin reuptake inhibitor* – SSRI) najbardziej neutralne metabolicznie są sertralina i escitalopram. Pomiędzy lekami z grupy inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny i noradrenaliny (*serotonin norepinephrine reuptake inhibitor* – SNRI) – wenlafaksyną i duloksetyną – istnieją różnice dające przewagę jednej z substancji w określonej sytuacji klinicznej. Mamy też do dyspozycji wortioksetynę, która cechuje się dobrą tolerancją i małą liczbą interakcji. Możemy wybierać również spośród leków o receptorowym



Zaburzenia lękowe często współistnieją z depresją, a sam lęk jest również jednym z jej objawów. W różnicowaniu pomaga wywiad. Na jego podstawie jesteśmy w stanie określić, które zaburzenie było pierwsze, a które jest wtórne. Warto też pamiętać, że u pacjenta z zaburzeniem lękowym występuje większe ryzyko samobójstwa



Z praktycznego punktu widzenia objawy depresji maskowanej są często przyczyną wizyt u lekarzy niebędących psychiatrami, ponieważ to one zwracają uwagę danej osoby i stają się przyczyną poszukiwania wyjaśnienia źródła dolegliwości

mechanizmie działania, np. agomelatyną czy mirtazapiną. Z kolei trazodon łączy mechanizm SSRI oraz leku receptorowego, podobnie jak wortioksetyna. Na podstawie licznych badań uważa się, że sertralina jest najbezpieczniejszym SSRI dla pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Dobór leku zależy od sytuacji klinicznej, dominujących objawów w depresji, współchorobowości oraz innych leków przyjmowanych przez chorego.

! Jakie leki są najlepsze w przypadku lęku uogólnionego?

Takie, które mają najczęściej wiarygodnych danych potwierdzających ich efektywność w tym wskazaniu. Według zaleceń wielu towarzystw naukowych najwyższy poziom dowodów w leczeniu lęku uogólnionego z leków przeciwdepresyjnych mają escitalopram, paroksetyna, sertralina*, duloksetyna, wenlafaksyna, agomelatyna. Warto podkreślić, że dowody na efektywność kwetiapiny i pregabaliny w leczeniu lęku również mają najwyższy poziom. Szczególną zaletą pregabaliny jest wykazana w wielu badaniach szybkość osiągnięcia zadowalającego efektu anksjolitycznego (przeciwłękowego).

! Lekarz rodzinny może mieć obawy przed leczeniem depresji u pacjenta z innymi schorzeniami, np. metabolicznymi, układu krążenia. Jak w takiej sytuacji bezpiecznie łączyć leki?

Leki przeciwdepresyjne nie są homogenną grupą. Mają różne mechanizmy działania i tak jak wspomniałem, cechują się różnymi działaniami niepożądanymi oraz różnym potencjałem wchodzenia w interakcje zarówno na poziomie ich metabolizmu przez izoenzymy cytochromu P450, jak i na poziomie interakcji farmakodynamicznych. Racjonalne łączenie leków polega na analizie, jakie farmaceutyki stosuje pacjent, i dopasowaniu leku przeciwdepresyjnego zarówno do objawów depresji, jak i preparatów, które przyjmuje.

! Kiedy lekarz POZ powinien skierować chorego do specjalisty, czyli psychiatry?

Pacjenta należy skierować do psychiatry, kiedy istnieje u niego duże ryzyko suicydalne (myśli samobójcze) oraz kiedy objawy depresji są mocno nasilone. Ponadto konsultacja psychiatryczna byłaby wskazana w następujących przypadkach:

- gdy występują objawy psychotyczne;
- gdy w wywiadzie rodzinnym jest choroba afektywna dwubiegunowa albo obecne objawy ją sugerują;
- gdy objawy depresji występują u dzieci i nastolatków;
- gdy lekarz nie czuje się na tyle doświadczony, by leczyć depresję;
- gdy pacjent nieadekwatnie zareagował na leki przeciwdepresyjne albo zareagował po nich szybką zmianą nastroju;
- gdy w przeszłości pacjent przeszedł dwie kuracje lekami przeciwdepresyjnymi (optymalna dawka, odpowiednio długi czas leczenia) i nie uzyskał oczekiwanej poprawy;
- gdy po lekach przeciwdepresyjnych pojawiły się działania niepożądane: hiponatremia, kardiotoxycność, nieprzewidziane interakcje;
- gdy dobór leku przeciwdepresyjnego stwarza duże trudności lekarzowi prowadzącemu. ■

* Pozarejestrowane wskazanie do zastosowania leku.