

PSYCHIATRIA

Iwona Kazimierska

Słyszysz bezsenność, widzisz lęk, pomyśl depresja

– Szacuje się, że w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) nierozpoznawanych jest ok. 30–50 proc. przypadków depresji. Przede wszystkim łagodnej i umiarkowanej. Dlaczego tak się dzieje? Objawy psychiczne są maskowane przez symptomy somatyczne. Pacjent nie odkrywa się przed lekarzem, bo obawia się stygmatyzacji

– mówi dr n. med. Piotr Wierzbiński, psychiatra.

– Pacjent decyduje się na wizytę u lekarza pierwszego kontaktu, bo poszukuje wyjaśnienia przyczyn dolegliwości, które ma od jakiegoś czasu, nasilających się okresowo, niezwiązanych z obecnością istotnej choroby somatycznej. Idzie po poradę, bo boli go całe ciało, czuje kołatanie serca, ścisk w klatce piersiowej, ma objawy ze strony przewodu pokarmowego. Przychodzi z powodu zaburzeń snu, przewlekłego zmęczenia. Zespół przewlekłego zmęczenia wynika z nadmieru kortyzolu – wyjaśnia specjalista.

Nie bój się pytać o lęk

Najczęstsze niedodiagnozowane rozpoznanie to zaburzenia lękowe uogólnione. Kolejne to zaburzenia adaptacyjne o obrazie lękowo-depresyjnym. Zaburzenia lękowe często są błędnie interpretowane jako depresja. Ciężka endogenna depresja jest wyjątkowo rzadką chorobą, częściej zdarza się choroba afektywna dwubiegunowa.

– Zaburzenia lękowe, które często towarzyszą depresji, są dużym problemem, m.in. zwiększają ryzyko samobójstwa. Jeśli są maskowane, to istnieje duże prawdopodobieństwo, że pacjent dostanie benzodiazepinę w pierwszym rzucie. Chory ma apatię, anhedonię, abulję, niskie poczucie własnej wartości, pesymizm, negatywną ocenę siebie – przyszłość i przeszłość. Generalnie jest skrajnym melancholikiem, jest mu smutno, nie widzi szansy na wyjście z tej sytuacji. Ale ma lęk – to jedyna rzecz, która go chroni przed samobójstwem. Po benzodiazepinie to zahamowanie zniknie. Zabija się 15 proc. ludzi przyjmujących leki z tej grupy – tłumaczy dr Piotr Wierzbiński.

Ekspert przypomina, że pytania w gabinecie o lęk uogólniony są kluczowe, ponieważ wiele przypadków depresji niepoddających się leczeniu to tak naprawdę lęk uogólniony, a nie depresja.

– Przewlekłe zamartwianie się o rzeczy dotyczące życia codziennego, które nam, lekarzom, wydają się błaha, a z perspektywy



Fot. Archiwum Termedia

dr Piotr Wierzbiński:
Trazodon ma mechanizm receptorowo-

-transporterowy, czyli wpływa na receptory, a w wyższej dawce będzie hamował wychwyt zwrotny serotoniny, a więc będzie działał jak SSRI – przeciwdepresyjnie i przeciwłękowo. Dlatego jest nazywany SSRI+

pacjenta już takie nie są – to cecha lęku uogólnionego. Tak zwana gonitwa myśli przed zaśnięciem, zamartwianie się o najdrobniejsze wydarzenia następnego dnia. To wszystko nie pozwala odpocząć, trudno z tym żyć – mówi dr Piotr Wierzbiński.

Kiedy podejrzewać depresję

Według szacunków co 10. chory zgłaszający się do placówki POZ cierpi z powodu depresji, a co 4. przeżył epizod depresyjny w przeszłości. Epizod depresyjny jest łatwy do rozpoznania. Musi trwać co najmniej 2 tygodnie przez większą część dni. Obniżenie nastroju nie jest konieczne.

– Depresja zwykle charakteryzuje się bezsennością. Zaczyna szwankować architektura snu. Sen jest ogromnie ważny, przesypiamy 1/3 życia. Czyli ktoś, kto dożył 90 lat, 30 z nich przespał. Należy się martwić bezsennością trwającą powyżej miesiąca – podkreśla specjalista.

– Depresję należy podejrzewać u pacjentów w podeszłym wieku, z licznymi chorobami somatycznymi, szczególnie przebiegającymi z bólem, z chorobami autoimmunologicz-

mi, bezsennością trwającą ponad miesiąc, samotnych. Częste i nawracające wizyty na SOR-ze lub w gabinetach lekarzy niepsychiatrów to odpowiedź, by szukać u pacjenta depresji. Należy też zwrócić uwagę na tzw. kontekst osobowościowy wizyty pacjenta – dlaczego przyszedł do lekarza – radzi dr Piotr Wierzbiński.

Jak pokazują wstępne wyniki badania epidemiologicznego dotyczącego depresji (grantodawca Angelini Polska) przeprowadzonego z wykorzystaniem infokiosków, na podstawie skali PHQ-9, z przebadanych 6645 osób tylko 21,8 proc. nigdy nie miało objawów depresji, 50 proc. miało łagodną i umiarkowaną depresję, a 29 proc. umiarkowaną ciężką i ciężką. Brak depresji najczęściej raportowały osoby ze średnich miast. Ciężka depresja ma twarz kobiety ze słabszym wykształceniem mieszkającej w dużym mieście. Łagodną i umiarkowaną depresję nieco częściej odczuwają osoby w wieku 35–45 lat, ciężką postać – osoby 60+.

Jak dobierać leki przeciwdepresyjne

Wybierając lek dla konkretnego pacjenta, należy brać pod uwagę dominujące spektrum psychopatologiczne. Upraszczając – najczęstsze objawy. Istotny jest wiek chorego, toksyczność leku, możliwe interakcje oraz portfolio receptorowe danego leku.

– Jeśli chory tyje, to raczej nie powinniśmy mu zalecać mianseryny czy mitrazapiny. Jeżeli nie chce mieć dysfunkcji seksualnych, nie może otrzymać leku z grupy SSRI. Jeśli

ma lęk i bezsenność, to musi dostać SARI, czyli trazodon. Jeżeli brakuje mu napędu – wenlafaksynę albo duloksetynę – tłumaczy dr Piotr Wierzbiński. – Pacjentowi, który wyznaje, że jest agresywny, impulsywny, ma spadek apetytu, jest smutny, należy zalecić lek z grupy SSRI. Jeśli skarży się na brak energii, utratę zainteresowań, zaburzenia snu, lęk, pesymizm, lepszy będzie SNRI. Jeśli chory jest drażliwy, impulsywny i agresywny, ale nie śpi, ma taką „męską depresję”, trzeba mu przepisać trazodon, uprzedzając, że po SSRI występują dysfunkcje seksualne – uzupełnia.

Ekspert przypomina, że leki stosowane w psychiatrii dzieli się na jednomodalne i multimodalne. Grupy SSRI i SNRI to leki jednomodalne, co znaczy, że mają jeden sposób działania. Hamują albo transporter serotoniny, albo transporter serotoniny i noradrenaliny. Do leków multimodalnych zaliczane są wortioksetyna i trazodon.

– Trazodon ma mechanizm receptorowo-transporterowy, czyli wpływa na receptory, a w wyższej dawce będzie hamował wychwyt zwrotny serotoniny, a więc będzie działał jak SSRI – przeciwdepresyjnie i przeciwłękowo. Dlatego jest nazywany SSRI+. Żeby trazodon pokazał swoje drugie oblicze, trzeba zwiększyć jego dawkę do co najmniej 150 mg, ponieważ dopiero od tej dawki hamuje transporter serotoniny i receptor 5-HT_{2C}. Mała dawka nigdy nie będzie działała przeciwdepresyjnie. Lek jest dostępny w wersji CR i XR. Forma CR działa bardziej nasennie niż XR, bo wchłania się szybko, następuje pik i pacjenci zasypiają. Trazodon XR ma fazę plateau, w związku z czym nie ma efektu wysycającego receptor serotoninergeiczny i α₂-adrenergiczny, on raczej daje latencję zasypiania – mówi dr Piotr Wierzbiński.

Specjalista podkreśla, że koniecznie trzeba wyjaśnić pacjentowi, że leki przeciwdepresyjne nie działają od razu. Leczenie zawsze jest długie – właściwie do końca życia. ■

Lęk w liczbach

Prewalencja roczna zaburzeń lękowych – 18 proc.

Szacuje się, że w ciągu całego życia 31 proc. osób doświadczy zaburzeń lękowych.

Pacjent z zaburzeniami lękowymi ma 1,7–2,5 razy wyższe ryzyko samobójstwa.

Zaburzenia lękowe uogólnione, zespół stresu pourazowego oraz lęk napadowy stwarzają największe ryzyko suicydalne.