

Łukasz Świącicki

II Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Depresje — definicja, klasyfikacja, przyczyny

Depression — definition, classification and causes

STRESZCZENIE

W artykule omówiono współczesną diagnostykę zaburzeń depresyjnych w nawiązaniu do obecnie obowiązującej klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Podkreślono możliwość rozpoznawania depresji przez lekarzy niebędących psychiatrami.

Słowa kluczowe: depresja, diagnostyka, ICD-10

ABSTRACT

In the paper issues on diagnosis of depression in light of contemporary diagnostic criteria is discussed. It is stressed that primary care physicians can diagnose depression.

Key words: depression, diagnosis, ICD-10

Definicja

Dość powszechna jest opinia, że depresje są często nierozpoznawane i nieleczone lub leczone niewłaściwie. Nieco inaczej wygląda sprawa samego terminu „depresja” czy też „depresje” — pojęcie to jest bardzo często używane, czasem wydaje się, że jest to jedno z ulubionych słów przełomu wieków, z tym, że równie często źle rozumiane. W języku potocznym zaczęto używać słowa depresja na określenie każdego rodzaju złego samopoczucia, obniżonego nastroju, przygnębienia, smutku, zupełnie niezależnie od przyczyn takiego stanu. W psychiatrii terminem „depresja” określa się szczególnego rodzaju zaburzenia nastroju i emocji, uznane za zjawiska

chorobowe. W rzeczywistości nie ma w pełni ostrej granicy między „zwykłym” przygnębieniem a „prawdziwą” depresją. Można powiedzieć, że rozgraniczenie tych dwóch sytuacji nie zawsze jest proste, choć na ogół jest możliwe. Dokładny opis objawów, występujących w przebiegu depresji rozumianej jako zjawisko chorobowe, przedstawiono w dalszej części, dotyczącej rozpoznawania depresji. Główna różnica polega na tym, że zwykłe stany przygnębienia trwają krócej, obniżenie nastroju jest mniej nasilone, nie występują specyficzne zaburzenia snu (spłycenie snu i wczesne budzenie się) ani charakterystyczne okołodobowe wahania nastroju. Zasadnicze różnice między przygnębieniem a depresją zamieszczono w tabeli 1.

Przyczyny i klasyfikacja

Można się spotkać z dwojakim podejściem do zagadnienia klasyfikacji przyczyn depresji. W psychiatrii europejskiej dąży się do wyodrębniania i opisywania charakterystyki klinicznej różnych stanów depresyjnych w zależności od ich przyczyny. Jest to więc podejście nozologiczne (tab. 2).

Inaczej rozwiązują problem klasyfikacji (a pośrednio problem przyczyn) depresji psychiatrzy amerykańscy. Traktują oni zaburzenia depresyjne bardziej całościowo, uważając, że są one spowodowane licznymi nakładającymi się na siebie i wchodzącymi ze sobą w różne związki zaburzeniami; psychiatrzy ci koncentrują się na dokładnym określeniu kryteriów diagnostycznych. Takie podejście można nazwać unitarystycznym. Oba podejścia mają swoje wady i zalety.

Trzeba pamiętać o tym, że granice między trzema kategoriami diagnostycznymi depresji, wymienionymi w tabeli 2, w rzeczywistości są płynne. Nierzadko zdarza się współistnienie 2, a nawet 3 czynników przyczynowych u jednego chorego. Stąd też lekarz, nawet posiadając wiadomości na temat czynnika reaktywnego, który mógłby odpowiadać za

Adres do korespondencji:

dr med. Łukasz Świącicki

II Klinika Psychiatryczna

Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa

Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej 2002, 2, 3, 151-160

Copyright © 2002 Via Medica

Tabela 1. „Zwykłe” przygnębienie i depresja jako zjawisko chorobowe (wg: Pużyński S. Depresja i choroby afektywne. PZWL, Warszawa 1996: 16)

Table 2. “Common” depressed mood and depression as a morbid condition

Cecha	Przygnębienie	Depresja
Nasilenie	Zazwyczaj przemijające złe samopoczucie, chandra	Smutek, przygnębienie, czasem rozpacz
Czas utrzymywania się	Krótki (godziny)	Długi (tygodnie, miesiące)
Poczucie choroby	Zwykle nie występuje	Często występuje
Dezorganizacja aktywności złożonej	Zwykle nie występuje lub nie ma specjalnego znaczenia	Często występuje, niekiedy w dużym stopniu

Tabela 2. Nozologiczna klasyfikacja depresji (wg: Pużyński S. Depresje i zaburzenia afektywne. PZWL, Warszawa 1996: 16)

Table 2. Nosological classification of depression

Przyczyny „endogenne”	Przyczyny psychologiczne	Przyczyny somatyczne
Choroby afektywne	Depresje reaktywne	Depresje w schorzeniach somatycznych
Psychoza schizofektywna	Depresje w reakcji żałoby	Depresje związane ze stosowaniem leków i umyślnym lub nieumyślnym przyjmowaniem innych substancji chemicznych
	Depresje nerwicowe	Depresje w chorobach organicznych
	Depresje w przebiegu reakcji adaptacyjnych	

depresję, nie może od razu zakwalifikować zaburzenia na przykład jako reakcji żałoby. Wydaje się, że rozpoznanie depresji jako takiej ma większe znaczenie niż przyporządkowanie zaburzenia do odpowiedniej grupy, a z pewnością dotyczy to praktyki lekarza rodzinnego.

Jak już wspomniano, obraz kliniczny depresji nie pozostaje w ścisłej zależności z domniemanymi czy rzeczywistymi przyczynami. Na przykład lekarz mający do czynienia z pacjentką, u której stan depresyjny wystąpił w związku ze śmiercią męża, często nie jest w stanie określić tylko na podstawie obrazu klinicznego, czy jest to depresja w przebiegu reakcji żałoby, czy też depresja endogenna, jeśli nie dysponuje odpowiednim zasobem wiedzy i informacjami dotyczącymi okoliczności i przebiegu choroby. Jednocześnie znajomość możliwych przyczyn depresji ma znaczenie dla rokowania — na przykład reakcja żałoby zwykle przemija bezpowrotnie, a depresja endogenna z dużym prawdopodobieństwem będzie nawracać.

Depresje — przebieg, rozpoznawanie, obraz kliniczny

Większość autorów uważa, że depresja jest prawidłowo rozpoznawana tylko u 30–50% pacjentów zgłaszających się do lekarza pierwszego kontaktu. Opinie na temat właściwego miejsca leczenia są różne — niektórzy są zdania, że to właśnie

lekarz domowy powinien leczyć depresję, inni uważają za właściwe kierowanie takich pacjentów do psychiatry. W praktyce, wobec dużej liczby chorych na depresję, trzeba uznać, że w przypadku zaburzeń o lekkim i umiarkowanym nasileniu właściwe jest prowadzenie terapii przez lekarza pierwszego kontaktu, zaś w przypadku depresji ciężkich lub wystąpienia powikłań, niezależnie od ciężkości depresji, pacjenta należy skierować do lekarza specjalisty. W sytuacjach trudnych diagnostycznie, budzących wątpliwości, zawsze należy korzystać z pomocy lekarza psychiatry.

Należy jednak pamiętać, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien umieć schorzenie rozpoznać i prawidłowo ocenić jego nasilenie. Jest to bardzo istotne, zwłaszcza jeśli weźmie się pod uwagę fakt, że depresja powoduje znaczne upośledzenie funkcjonowania rodzinnego, społecznego i zawodowego, w dużej mierze porównywalne z tym, którego przyczyną są ciężkie przewlekłe choroby somatyczne, takie jak cukrzyca, choroby układu oddechowego czy choroby układu krążenia. Dodatkowym problemem jest wysokie ryzyko samobójstwa, przez niektórych oceniane nawet na 25% (choć tak wysoki odsetek samobójstw dotyczy grupy chorych, którzy w ciągu swojego życia byli leczeni w szpitalach psychiatrycznych, a więc zwykle pozostających także pod ambulatoryjną opieką psychiatry). Tymczasem prawidłowo rozpoznana depresja jest zazwyczaj chorobą uleczalną.

Depresja — przebieg

Depresja może się rozpocząć w każdym wieku. Najczęściej pierwszy epizod występuje pomiędzy 20 a 35 rż. Objawy choroby narastają w ciągu kilku dni lub tygodni. Zazwyczaj zarówno sami pacjenci, jak i członkowie ich rodzin potrafią odróżnić okres przedchorobowy od okresu po zachorowaniu — opowiadają wtedy o dużej zmianie w wyglądzie, zachowaniu („to nie ten człowiek”). Choć zdarza się również, że pacjent w depresji twierdzi, że „tak było zawsze”, co może być spowodowane rzutowaniem obecnej oceny wstecz, związanym z depresyjnym myśleniem. Opinia członków rodziny jest w takich przypadkach odmienna od sądu samego chorego. Na tego rodzaju rozbieżności trzeba zwracać uwagę podczas zbierania wywiadu.

U niektórych osób występuje tylko pojedynczy epizod depresji, po którym następuje pełna remisja i powrót do takiego samego poziomu funkcjonowania, jaki charakteryzował pacjenta przed zachorowaniem. Jednak u ponad 50% chorych pojawiają się kolejne nawroty choroby. Częstość tych kolejnych epizodów może być różna — niekiedy poszczególne okresy choroby są oddzielone całymi latami dobrego samopoczucia i prawidłowego funkcjonowania, kiedy indziej częstość kolejnych okresów chorobowych rośnie z wiekiem, a długość przerw pomiędzy nimi kurczy się do kilku miesięcy.

Wyniki badań wskazują, że większość nieleczonych epizodów depresyjnych trwa 6–24 miesiące (choć przeprowadzenie takiej szacunkowej oceny jest bardzo trudne, a w związku z tym jej wyniki powinny być traktowane z pewną ostrożnością). Jednak u 5–10% chorych epizod depresyjny może trwać dłużej niż 2 lata. Ustąpienie objawów jest najczęściej całkowite, ale u 20–25% chorych może być tylko częściowe. Wyniki badań wskazują, że jeśli ustąpienie objawów jest tylko częściowe, to:

- większe jest prawdopodobieństwo wystąpienia następnego nawrotu,
- leczenie podtrzymujące powinno być dłuższe,
- zwiększa się potrzeba łącznego stosowania farmakoterapii i psychoterapii (co w praktyce oznacza konieczność skierowania pacjenta do psychiatry).

Epizody depresyjne są zwykle dłuższe u kobiet. Czynniki ryzyka długotrwałości epizodu depresyjnego u kobiet to:

- starszy wiek,
- niższe wykształcenie,
- niestabilna sytuacja małżeńska.

Wydaje się, że w grupie mężczyzn czynniki te nie wpływają w istotny sposób na czas trwania depresji.

Wyniki badań wskazują, że leczenie depresji jest skuteczniejsze, jeśli rozpoczyna się je wcześniej, a mniej skuteczne wówczas, gdy depresja stanie się przewlekła. Oznacza to, że wczesne rozpoznanie depresji jest bardzo ważne z punktu widzenia skuteczności leczenia i rokowania.

Objawy depresji

Nie ma obiektywnej, takiej jak w chorobach somatycznych, metody rozpoznawania depresji. Niektóre wyniki badań mogą mieć tylko pomocnicze znaczenie i w chwili obecnej badania takie wykonuje się głównie dla celów naukowych. Najważniejsze znaczenie ma więc badanie psychiatryczne, które polega nie tylko na uważnym wysłuchaniu skarg pacjenta i zadaniu mu ukierunkowanych pytań, ale także na obserwacji chorego. Innymi słowy ważne jest nie tylko to, co pacjent mówi, ale także jak mówi i jak się zachowuje.

Rozpoznanie depresji polega na stwierdzeniu obniżonego nastroju, a także wielu innych objawów zespołu depresyjnego. Przygnębienie, smutek, cierpienie są cechami ważnymi, ale nie wystarczą jeszcze do rozpoznania depresji (jako choroby), muszą być obecne także inne objawy.

Objawy depresji według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja Dziesiąta (ICD-10)

Objawy podstawowe

Obniżenie nastroju. Podlega zwykle małym wahaniom z dnia na dzień, najczęściej nie zależy od bieżących wydarzeń, może natomiast wykazywać charakterystyczne wahania w ciągu doby — nastrój jest najgorszy rano, po przebudzeniu, lepszy wieczorem. W głębokiej depresji takie dobowe wahania nastroju praktycznie zanikają. Z kolei ponowne pojawienie się wahań nastroju podczas leczenia może być pierwszą oznaką poprawy. Różnica nastroju pomiędzy godzinami porannymi a wieczornymi może być tak uderzająca, że badając chorego wieczorem lekarz może odnieść mylne wrażenie co do głębokości zaburzeń. Trzeba o tym pamiętać podczas badania i poważnie traktować relacje pacjenta i jego bliskich o tym, że rano stan jest znacznie gorszy.

Utrata zainteresowań i zdolności do radowania się. Choć większość zdrowych ludzi nie zdaje sobie z tego sprawy, wykonywaniu codziennych, nawet najbardziej prozaicznych czynności, towarzyszy na ogół poczucie elementarnej satysfakcji, płynącej po prostu z tego, że coś „dobrze poszło”, że „wszystko

funkcjonuje tak jak trzeba". Właśnie takie odczuwanie drobnych przyjemności stanowi motywację do robienia różnych rzeczy zwykłych, codziennych, powtarzających się, niekiedy nudnych. Chory na depresję traci tę właściwość — przestaje odczuwać satysfakcję, interesować się otaczającym go światem, w rezultacie do wykonywania czegokolwiek „zmusza się”, wszystko sprawia mu wielką trudność i przykrość. Dla lekarza, który niezbyt często ma do czynienia z chorymi na depresję, relacje o tym, że „trudno się zmusić do umycia zębów” albo że „obranie ziemniaków sprawia wielki kłopot”, mogą brzmieć przesadnie, nie należy ich jednak lekceważyć, ponieważ chory często rzeczywiście odczuwa bardzo dużą trudność w wykonywaniu prostych czynności. Zdarza się, że jego rodzina uważa taki objaw za lenistwo i zwraca się do lekarza z prośbą, żeby przekazał taką opinię pacjentowi. Należy w takich sytuacjach wyjaśnić, że są to problemy pochodzenia chorobowego, niemające nic wspólnego z lenistwem. Lenistwo nie jest zresztą kategorią psychopatologiczną, nie ma więc sprecyzowanej definicji i jako takie nie może być przedmiotem rzetelnego różnicowania.

Zmniejszenie energii, prowadzące do zmniejszonej męczliwości i zmniejszenia aktywności. Zaburzenie napędu psychoruchowego w depresji to najczęściej spowolnienie. Spowolnienie jest objawem stosunkowo łatwym do zaobserwowania, pod warunkiem że znało się daną osobę przed chorobą. Problem polega na tym, że szybkość poruszania się, mówienia czy reagowania na zadane pytanie (a więc pośrednio myślenia) nie jest u wszystkich osób jednakowa. Jeśli lekarz nie znał danej osoby przed zachorowaniem, to powinien wziąć pod uwagę takie czynniki, jak wiek, wykształcenie, wykonywany zawód i poziom przedchorobowej sprawności (wg relacji obiektywnych, a nie w ocenie samego pacjenta, który często opisuje siebie jako człowieka zupełnie nieudolnego), aby w przybliżeniu oszacować prawdopodobny niezaburzony napęd u tego chorego i uzyskać punkt odniesienia. Doświadczenie uczy, że ocena stopnia zahamowania psychoruchowego jest trudniejsza niż ocena stopnia obniżenia nastroju, tymczasem właśnie występowanie spowolnienia jest bardzo charakterystyczną cechą zespołów depresyjnych typu endogennego.

Do rozpoznania niezbędne jest stwierdzenie przynajmniej 2 objawów. Objawy muszą się utrzymywać przez co najmniej 2 tygodnie.

Inne częste objawy depresji

Oslabienie koncentracji i uwagi. Pogorszenie koncentracji ujawnia się najwyraźniej wtedy, gdy chory próbuje zająć się czytaniem, oglądaniem filmu

w telewizji i innymi podobnymi zajęciami. Nawet w niezbyt nasilonej depresji rozumienie na przykład czytanego tekstu jest znacznie słabsze. Chory mówi, że jest w stanie przeczytać jedną stronę czy też jedno zdanie, a potem znów musi wracać do tego, co już przeczytał, ponieważ nie potrafi opowiedzieć sensu całości. Zaburzenia koncentracji są przyczyną tego, że chorzy najchętniej wybierają do czytania kolorowe magazyny, w których istotnego tekstu jest bardzo niewiele, a kolorowe ilustracje poprawiają rozumienie. Natomiast osoby o większych potrzebach intelektualnych mogą się czuć niesprawne umysłowo, otępiałe, co może stanowić jeszcze jeden czynnik niekorzystnie wpływający na ich nastrój. Jeśli chodzi o programy telewizyjne, to chorzy z depresją stosunkowo chętnie oglądają relacje sportowe i wiadomości — tu również przyczyną są zaburzenia koncentracji. Przy tego rodzaju programach nie trzeba zapamiętywać ciągłości akcji, można zwracać uwagę tylko na to, co dzieje się tu i teraz, do czego większość pacjentów jest zdolna. W głębokiej depresji zaburzenia koncentracji osiągają tak duże nasilenie, że chory ma wyraźne i łatwo zauważalne kłopoty z porozumiewaniem się. Z jednej strony trudno mu zrozumieć pytanie, z drugiej — trudno sformułować odpowiedź. Zdarza się też, że chory subiektywnie bardzo mocno odczuwa zaburzenia porozumiewania się, które obiektywnie trudno jest stwierdzić — ma wrażenie, że w rzeczywistości „nie powiedział tego, co chciał”, „ze swojej winy nie został i nie może zostać zrozumiany”, „nie będzie dobrze leczony, ponieważ nie potrafi mówić o swoich objawach”. Tego rodzaju skargi powtarzają się wielokrotnie i mogą stanowić przyczynę nieporozumienia między pacjentem i lekarzem, który dochodzi do wniosku, że chory zarzuca mu brak wnikliwości czy brak empatii. Trzeba pamiętać o tym, że zaburzenia koncentracji i pamięci utrzymują się niekiedy znacznie dłużej niż obniżenie nastroju i spowolnienie. Po leczeniu można się więc spotkać z sytuacją, kiedy pacjent jest już pozornie zdrowy, nadal jednak ma kłopoty z wykonywaniem na przykład bardziej skomplikowanej pracy umysłowej. Taka sytuacja często wywołuje zaniepokojenie pacjentów i ich rodzin, czasem bywa nawet przyczyną podejrzeń otępienia. Zdarza się, że tego typu podejrzania są po prostu potwierdzane przez lekarzy.

Niska samoocena i mała wiara w siebie. Niska samoocena i mała wiara w siebie są zwykle komunikowane pośrednio. Trudno oczekiwać, że chory zgłosi się do lekarza, mówiąc, że „ma niską samoocenę”. Można się raczej spodziewać wypowiedzi, w których chory porównuje siebie do innych i wyciąga z tego skrajne wnioski. Na przykład chory na depresję zdol-

ny student informatyki opowie lekarzowi o tym, co zauważył po drodze na wizytę, następująco: „W bramie widziałem dozorcę, który zamiatał i pomyślałem, że ten człowiek ma szczęście, bo przynajmniej robi to, co umie, chętnie bym się z nim zamienił, ale pewnie nie poradziłbym sobie z taką pracą”. Chorzy nie przedstawiają tego rodzaju opinii jako dolegliwości, są one wypowiedzane jako stwierdzenie pewnej przykryej, ale niezmiennej oczywistości. Stwierdzenia te mogą być bardzo sugestywne, tymczasem lekarz musi pamiętać, że wyrażają one tylko pewien stan ducha chorego.

Relacje dotyczące małej wartości są niekiedy tak przekonujące, że są przez lekarza brane bardziej za element rzeczywistości niż objaw choroby.

Poczucie winy i małej wartości. Poczucie winy często łączy się z poczuciem małej wartości i bezpośrednio z niego wynika. W głębokich zespołach depresyjnych przybiera ono postać urojeń winy, czasem także kary. Urojenia te są często absurdalne w treści, czasem wręcz trudno zrozumieć, o co pacjentowi chodzi. Na przykład chora z urojenią depresją mówiła podczas obchodów: „To nie moja wina, że będę wiecznie żyła” i nie dodawała już nic więcej do tej wypowiedzi. Dopiero dokładniejszy wywiad wskazywał, że ta niezrozumiała wypowiedź odnosi się do urojenia winy; chora czuła się osobą wyjątkowo złą, wywierającą destrukcyjny wpływ na całe otoczenie, a na domiar złego wpływ ten nigdy nie ustanie, ponieważ będzie żyła wiecznie tylko po to, żeby szkodzić. Oczywiście tak wielkie winy muszą się spotkać z karą, stąd u wielu chorych z głęboką depresją pojawiają się myśli dotyczące tego, że są oni lub będą surowo ukarani.

U chorych z umiarkowaną depresją poczucie winy ujawnia się w znacznie subtelniejszy sposób. Najczęściej są to powtarzające się rozważania dotyczące przeszłości, w których nacisk kładzie się na te sytuacje, w których osoba chora postąpiła niewłaściwie. Chory często (tak jak w przypadku poczucia małej wartości) nie nazywa tego wprost poczuciem winy, ale pośrednio sugeruje, że ma takie poczucie czy też wyrzuty sumienia. Jeśli lekarz nie dysponuje wywiadem obiektywnym, to niekiedy trudno ocenić, czy przypadkiem pacjent nie ma racji. Ostatecznie każdy człowiek wielokrotnie podejmuje nietrafne decyzje. Uwagę lekarza powinna jednak zwrócić uporczywość, z jaką chory nawraca do niekorzystnych dla niego wspomnień. Człowiek zdrowy popełnia co prawda dużo błędów, ale znacznie częściej opowiada o swoich sukcesach, a nawet jeśli mówi o porażce, to jest to często relacja typu „nie ma tego złego, co by na dobre nie wyszło”. W przypadku

chorych na depresję sytuacja jest wręcz przeciwna — chory wielokrotnie daje do zrozumienia, że nie ma tego dobrego, co nie skończyłoby się źle. Jeden z chorych powiedział kiedyś: „Panie doktorze mam wrażenie, że zostałem obdarzony czymś w rodzaju odwrotnego dotyku Midasa. Wszystko, czego dotknę, zmienia się w śmieci!”.

Myśli, tendencje i próby samobójcze. Uważa się, że zniechęcenie do życia i myśli samobójcze występują nawet u 80% chorych z depresją, jednak nie wszyscy ujawniają je w wypowiedziach. Nasilenie myśli samobójczych może się wahać od przelotnych rozważań na temat wartości życia i samobójstwa jako „teoretycznego rozwiązania”, do konkretnych planów samobójczych, dotyczących wyboru narzędzia, okoliczności, czasu samobójstwa. Nie jest prawdą, że osoby, które spontanicznie mówią o popełnieniu samobójstwa, nigdy go nie popełniają — bardzo wielu przyszłych samobójców mówiło o swoich zamiarach albo najbliższym członkom rodziny, albo lekarzowi. Pytanie chorego o to, czy nie ma takich myśli, nie zwiększa ryzyka samobójstwa, a wręcz przeciwnie często przynosi pacjentowi ulgę, a lekarzowi pozwala na uzyskanie lepszego wglądu w głębokość choroby. Potwierdzenie przez chorego, że ma on myśli samobójcze należy traktować poważnie, ale bez paniki, zawsze mając na uwadze całość obrazu choroby i sytuację pacjenta. Oszacowanie stopnia ryzyka samobójstwa w depresji jest bardzo trudne. Badano bardzo wiele różnych potencjalnych czynników pozwalających na przewidywanie zwiększonego ryzyka. Niestety w stosunku do wielu z nich opinie autorów prac są rozbieżne. Do czynników, które powszechnie uważa się za zwiększające stopień ryzyka samobójstwa, należą: płeć męska, wiek powyżej 40 rż., brak małżonka lub stałego partnera (według niektórych osoby rozwiedzione są mniej narażone niż samotne), brak dobrej sieci wsparcia społecznego, występowanie choroby somatycznej, zwłaszcza przewlekłej i nieuleczalnej oraz takiej, której towarzyszy ból, poczucie beznadziejności i braku perspektyw.

Zaburzenia snu. Dla depresji typowy jest płytki, przerywany sen oraz wczesne ranne budzenie się z niemożnością ponownego zaśnięcia (tzw. zaburzenia drugiej i trzeciej fazy snu). Chorzy najczęściej dość łatwo zasypiają, czekają nawet na moment, kiedy będą mogli się położyć i zostawić za sobą „wszystkie zmartwienia dnia”. Jednak po kilku godzinach, często płytkiego i niedającego wypoczynku snu, zazwyczaj budzą się i ponowne zaśnięcie przychodzi im już z dużą trudnością. Po przebudzeniu chorzy zwykle odczuwają lęk, niepokój, natychmiast powra-

cją do depresyjnych rozważań. Stosunkowo często zdarza się, że zgłaszają zaburzenia snu jako główną lub nawet jedyną dolegliwość, wyrażając przekonanie, że jedyne, czego im potrzeba, to leki nasenne. Wbrew takiemu przekonaniu leki nasenne, nawet jeśli wydłużają czas snu, nie są skuteczne w leczeniu depresji, ponadto zazwyczaj nie poprawiają w wystarczający sposób jakości snu.

Utrata łaknienia. Depresji o łagodnym i umiarkowanym nasileniu najczęściej towarzyszy poczucie, że jedzenie nie ma smaku, że nie sprawia przyjemności, że nie ma niczego takiego, co chory chciałby zjeść. W ciężkiej depresji chorzy wydatnie ograniczają ilość spożywanych pokarmów lub odmawiają ich przyjmowania, albo jedynie udają, że jedzą (czasem zresztą udają tak dobrze, że otoczenie jest przekonane, że pacjent rzeczywiście je i nie wiadomo dlaczego szybko chudnie). W takich sytuacjach często konieczna jest pomoc przy spożywaniu posiłków, niekiedy karmienie.

Z utratą łaknienia wiąże się najczęściej spadek masy ciała. Zatrzymanie spadku masy ciała jest dość czułym wskaźnikiem poprawy stanu pacjenta. Regularne ważenie chorego to prosta czynność, która może przynieść dużo informacji.

U chorych z depresją często występuje obniżenie popędu płciowego oraz inne zaburzenia funkcji seksualnych (wg różnych szacunków do 70%). Mogą one być przyczyną dyskomfortu i depresyjnych ocen. Tego rodzaju problemy chorzy bardzo rzadko zgłaszają spontanicznie, a lekarze również rzadko zadają pytania na ten temat. Przekonanie o tym, że chorzy na depresję mają większe zmartwienia niż ich sprawność seksualna, nie jest słuszne. Wyniki ankiet prowadzonych w Wielkiej Brytanii wskazują na przykład, że aż 75% chorych na depresję uważa funkcjonowanie seksualne za bardzo istotne, jednocześnie tylko 2% osób wyraziło gotowość spontanicznego zgłoszenia problemów z nim związanych lekarzowi.

Czynniki wskazujące na potrzebę uwzględnienia depresji jako prawdopodobnego rozpoznania u pacjenta

Niektóre dane z wywiadu mogą zwiększać prawdopodobieństwo, iż stan chorobowy pacjenta jest przejawem zaburzeń depresyjnych. Na prawdopodobieństwo takie wskazuje:

- występowanie epizodów depresji w przeszłości
 - jak już wspomniano, u ponad 50% chorych epizody depresji powtarzają się. U osoby, u której w przeszłości pojawiły się 2 epizody depresji,

prawdopodobieństwo wystąpienia następnego wynosi około 80%, a w wypadku 3 epizodów przekracza 90%. Poszczególne epizody depresyjne występujące u tego samego chorego zwykle bywają do siebie podobne, ale zdarza się także, że wyraźnie się różnią (np. z wiekiem zwiększa się prawdopodobieństwo wystąpienia objawów hipochondrycznych). Podobnie można powiedzieć o reakcji na leczenie — często jest tak, że lek skuteczny w jednym epizodzie depresji jest również skuteczny w drugim, ale od tej zasady są oczywiście wyjątki;

- występowanie zaburzeń depresyjnych w rodzinie pacjenta — stwierdzono, że częstość depresji u krewnych pierwszego stopnia osoby chorej jest znacznie większa niż można by się spodziewać w populacji ogólnej. Oczywiście fakt, że ktoś w rodzinie pacjenta miał depresję, nie jest jednoznaczny z ustaleniem takiego rozpoznania u chorego, może jednak wskazywać kierunek dalszego myślenia diagnostycznego. Należy pamiętać, że rodzinna skłonność do występowania zaburzeń psychicznych nie ma specyficznego charakteru — na przykład częstość depresji jest większa także w grupie krewnych pierwszego stopnia osoby chorej na schizofrenię;
- występowanie prób samobójczych, samobójstw w rodzinie — ma ono dwojakie znaczenie. Z jednej strony można z pewnym prawdopodobieństwem przypuszczać, że osoba, która popełniła samobójstwo, była chora na depresję (uważa się, że ok. 70% z całej grupy osób, które popełniły samobójstwo, stanowią chorzy na depresję). Zdarza się, że informacje na temat leczenia psychiatrycznego nie są znane członkom rodziny, rzadziej natomiast udaje się ukryć przyczynę zgonu. Jednocześnie wiadomo, że próby samobójcze i/lub samobójstwa w rodzinie stanowią czynnik ryzyka samobójstwa u osoby chorej na depresję. Jeśli więc lekarz rozpozna u pacjenta depresję, to informacja o tym, że w rodzinie były przypadki samobójstw, może mieć pewne znaczenie przy określaniu stopnia zagrożenia życia samego pacjenta;
- występowanie w ciągu ostatniego roku stresujących wydarzeń życiowych i brak wsparcia społecznego lub niewystarczające wsparcie — depresja endogenna nie jest co prawda reakcją na wydarzenia życiowe, nie należy jej utożsamiać z żalem, smutkiem czy reakcją żałoby, niemniej jednak wiadomo, że występowanie dużej liczby poważnych stresujących wydarzeń życiowych w ciągu roku przed zachorowaniem zwiększa ryzyko depresji (w tym nawrotu). Odpowiednie

- wsparcie społeczne jest czynnikiem ograniczającym działanie stresu i ułatwiającym znalezienie wyjścia z trudnych życiowych sytuacji, stąd też jego brak również pośrednio zwiększa ryzyko zachorowania, a u osób chorych pogarsza rokowanie;
- nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz alkoholu często współistnieje z depresją. Niektórzy autorzy są zdania, że u znacznej liczby osób nadużywanie jest próbą „samoleczenia” (chorzy sami szukają sposobów na poprawę nastroju, w efekcie mogą one prowadzić do nadużywania lub uzależnienia). Takie uzależnienie nazywa się często wtórnym. „Leczenie” depresji za pomocą alkoholu ma bardzo niekorzystne następstwa. Obniżenie nastroju pogłębia się, zwiększają się zaburzenia snu, natomiast skuteczność leków przeciwdepresyjnych jest mniejsza. Niektórzy autorzy uważają również, że częstość depresji jest większa u krewnych pierwszego stopnia osób nadużywających alkoholu. Wiadomo, że przyjmowanie niektórych substancji psychoaktywnych, m.in. amfetamin, może wywołać (zwykle po przerwaniu przyjmowania) zaburzenia depresyjne;
 - współwystępowanie choroby somatycznej, szczególnie ciężkiej i/lub przewlekłej stanowi dodatkowe poważne obciążenie. Z jednej strony może zwiększać ryzyko wystąpienia depresji (zarówno z przyczyn psychologicznych, jak i somatycznych), z drugiej może wpływać na jej gorszy przebieg, pogarszać wyniki leczenia, zwiększać ryzyko samobójstwa.

Ocena nasilenia depresji

Na podstawie występowania opisanych powyżej objawów depresji można przeprowadzić ocenę jej nasilenia. Według kryteriów ICD-10:

- w łagodnym epizodzie depresji (tzw. subdepresji):
 - stwierdza się co najmniej 2 objawy podstawowe i 2 inne często spotykane objawy,
 - żaden z objawów nie jest szczególnie silnie wyrażony;
- w epizodzie depresji umiarkowanym:
 - stwierdza się co najmniej 2 objawy podstawowe i 3–4 inne częste objawy,
 - niektóre objawy mogą być szczególnie silnie wyrażone;
- w epizodzie depresji ciężkim, bez objawów psychotycznych:
 - stwierdza się 3 objawy podstawowe i 4 inne częste objawy,
 - nasilenie objawów jest znaczne,
 - zazwyczaj stwierdza się tzw. objawy somatyczne;

— w epizodzie depresji ciężkim z objawami psychotycznymi:

- stwierdza się 3 objawy podstawowe i 4 inne częste objawy,
- nasilenie objawów jest znaczne,
- zazwyczaj stwierdza się tzw. objawy somatyczne,
- występują urojenia (np. winy i kary).

Depresję lekką i umiarkowaną można leczyć ambulatoryjnie, choć zdarza się, że ryzyko samobójstwa jest wyższe, niż by to wynikało z ciężkości depresji, i wówczas chory może wymagać hospitalizacji. W tym miejscu należy zwrócić uwagę na znaczenie opieki i wsparcia ze strony otoczenia. Inaczej lekarz powinien traktować osobę samotną, u której występują liczne czynniki ryzyka samobójstwa, nawet jeśli stwierdza u niej jedynie lekką depresję, a inaczej chorego otoczonego troskliwą opieką rodziny, u którego czynniki ryzyka samobójstwa nie występują lub są nieliczne, choćby nasilenie depresji było u tej osoby znaczne.

Stwierdzenie ciężkiej depresji i/lub tendencji samobójczych niemal zawsze oznacza konieczność umieszczenia pacjenta w szpitalu.

Problemy w rozpoznawaniu depresji

Koncentrowanie się na skargach somatycznych i niezwracanie wystarczającej uwagi na dolegliwości psychiczne. Jak już wspomniano, stosunkowo często zdarza się, że pacjenci depresyjni w rozmowie z lekarzem zgłaszają głównie skargi somatyczne. Najczęściej są to skargi na:

- bóle głowy, często o charakterze „napięciowym”, z tyłu głowy i karku lub obejmujące głowę jakby obręczą;
- bóle pleców, często bóle kręgosłupa lędźwiowego („ból krzyża”), które utrudniają wykonywanie różnych zajęć;
- duszność, zwykle bez obiektywnych przyczyn, czasem z hiperwentylacją;
- dolegliwości ze strony układu krążenia, najczęściej dyskomfort, ból w okolicy przedsercowej, kołatanie serca;
- dolegliwości ze strony układu pokarmowego, najczęściej różnego rodzaju bóle brzucha, wzdęcia, zaparcia, skargi na uczucie niestrawności, często zdarza się skarga na „brak drożności przewodu pokarmowego” (chorzy tłumaczą w ten sposób m.in. brak apetytu — „w rzeczywistości mam apetyt, ale nie jem, bo jedzenie nie przechodzi prawidłowo przez układ pokarmowy”);
- zaburzenia miesiączkowania — stanowią raczej objaw depresji, niemniej jednak mogą być jedyną przyczyną zgłoszenia się chorej do lekarza.

U chorych zgłaszających głównie dolegliwości somatyczne można na ogół bez większego trudu dopatrzeć się także objawów typu depresyjnego. Chorzy najczęściej mówią zarówno o smutku, jak i o lęku, a prawie zawsze o utracie zainteresowań i niemożności codziennego funkcjonowania. Co prawda trudności w wykonywaniu codziennych czynności i utratę zainteresowań chorzy z reguły tłumaczą właśnie występowaniem dolegliwości somatycznych, jednak dla uważnego słuchacza szybko staje się oczywiste, że stopień zaburzeń funkcjonowania jest nieproporcjonalnie duży do zgłaszanych dolegliwości.

Należy zwrócić uwagę na to, że skarg somatycznych zgłaszanych przez pacjenta w żadnym wypadku nie można traktować jako wymyślonych. Pacjent rzeczywiście odczuwa bóle i zaburzenia, o których mówi, częściowo mają one zresztą zupełnie zrozumiałe podłoże (np. przyczyną napięciowych bólów głowy jest długotrwałe napinanie mięśni karku), tyle tylko, że głównym powodem, dla którego przywiązuje do nich tak dużą wagę i dla którego w tak dużym i destrukcyjnym stopniu wpływają one na jego życie, jest depresja.

Traktowanie skarg chorego jako prawidłowej reakcji na problemy życiowe, wiek; lekceważenie skarg chorego. Często zdarza się, że lekarz stara się wyjaśnić przyczynę niezrozumiałych dla niego skarg w najłatwiejszy możliwy sposób, mówiąc sobie (a czasem także pacjentowi) „w takiej sytuacji też bym się tak czuł” albo „trudno, żeby człowiek, który ma lat ileś tam czuł się dobrze” (liczba lat zależy zwykle od wieku lekarza — jest to co najmniej kilkanaście lat więcej niż ma osoba badająca). Tymczasem ani same problemy (poza sytuacjami skrajnymi), ani sam wiek nie powodują występowania wielu skarg charakterystycznych dla depresji. Zadaniem lekarza jest udzielenie pomocy pacjentowi w ramach dostępnych możliwości, a nie tłumaczenie sobie i pacjentowi, że jego skargi są w rzeczywistości nieistotne.

Unikanie rozpoznawania zaburzeń psychicznych z obawy przed stygmatyzacją. W społeczeństwie polskim (choć z pewnością nie tylko) występuje dość wyraźna obawa i niechęć dotycząca osób chorych psychicznie, szpitali psychiatrycznych, psychiatrów. Jest to fakt, z którym lekarz rodzinny powinien się liczyć, nie znaczy to jednak, że musi takiej presji ulegać. Informację o tym, że zdaniem lekarza dolegliwości chorego są spowodowane zaburzeniami psychicznymi lub że konieczne jest skierowanie na konsultację psychiatryczną, należy przekazać w sposób delikatny, podając obszernie wyjaśnienie przyczyn. W takiej sytuacji lekarz często może się spotkać z pytaniem pacjenta: „Panie doktorze, czy ja zwariowałem?”. Na pytanie postawione w ten sposób należy odpowiedzieć przecząco.

Obiegowo stosowane określenie „zwariować” nie jest bowiem synonimem „zaburzeń psychicznych”. Zdarza się również, że obawy lekarza przed przekazaniem choremu informacji o rozpoznaniu zaburzeń psychicznych mogą być przesadzone.

Różnice kulturowe i trudności w porozumieniu między lekarzem i pacjentem. Mogą one utrudnić ocenę różnych objawów zespołu depresyjnego. Jak już wspomniano, dużą trudność sprawia ocena spowolnienia, szczególnie w odniesieniu do osoby, której lekarz przedtem nie znał. Można tu popełnić dwójaki błąd. Z jednej strony mylnie rozpoznać spowolnienie w sytuacji, kiedy pacjent po prostu nie rozumie lekarza, który w rozmowie nadużywa medycznego żargonu lub zwrotów fachowych. Z drugiej strony, co może groźniejsze, można przeoczyć spowolnienie u pacjenta z bardzo dobrym poziomem funkcjonowania intelektualnego lub u osoby, która z natury jest bardzo szybka i energiczna. W takich sytuacjach dużą pomoc stanowią wiadomości uzyskane od członków rodziny lub osób dobrze znających chorego. Osoby takie zwykle zauważają, że chory bardzo się zmienił („jak na niego, to radzi sobie z trudnością”). Takich ocen nie wolno lekceważyć.

Nierozpoznanie depresji u pacjenta, który już przedtem leczył się z powodu znanej choroby somatycznej, np. zapalenia stawów, zespołu bólu przewlekłego, nowotworu. Stosunkowo łatwo można przeoczyć depresję u chorego, którego wcześniej leczono z powodu choroby somatycznej. Osoba taka ma pewną tendencję do zgłaszania skarg podobnych do tych, które zgłaszała podczas poprzedniej choroby. Tendencję taką nasilają czasem lekarze, poświęcając pacjentowi najwięcej uwagi wówczas, gdy zgłasza określone dolegliwości, a lekceważąc inne skargi lub zadając ukierunkowane pytania ograniczone tylko do pewnego zakresu.

Ograniczona ilość czasu, jaką dysponuje lekarz pierwszego kontaktu. Wyniki ankiet wskazują, że lekarze psychiatry poświęcają stosunkowo najwięcej czasu na badanie swoich chorych. Rzeczywiście trudno sobie wyobrazić, by przeprowadzenie pierwszego badania psychiatrycznego mogło zająć mniej niż 1 godzinę. Lekarz pierwszego kontaktu nie dysponuje zwykle taką ilością czasu, niemniej jednak powinien przeprowadzić skrócone badanie psychiatryczne.

Przydatne mogą się okazać niektóre skale przesiewowe do szybkiego rozpoznawania depresji. Chociaż precyzja i wartość kliniczna takich skal jest ograniczona i nie zastępują one badania lekarskiego, warto jednak o nich pamiętać i korzystać z nich. Można tu wymienić skalę samooceny Becka, którą wypełnia sam pacjent. Zanim lekarz poprosi chorego o wypełnienie formularza, powinien sprecyzować, jakiego okresu mają doty-

czyć odpowiedzi (miesiąca, tygodnia czy ostatniej doby). Skala składa się z 21 grup stwierdzeń, z których badany powinien za każdym razem wybrać jedno, w najlepszym stopniu opisujące jego stan we wskazanym czasie. Strukturalizowany wywiad *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) może być wykorzystany przez osobę badającą. Jego przeprowadzenie nie wymaga wiele czasu, a dodatkową zaletą jest możliwość porównania wyników uzyskanych przez różne osoby badające (zawsze zadaje się identyczne pytania).

PIŚMIENNICTWO

1. Andreasen N.C. *Brave new brain*. Oxford University Press, Oxford 2001: 215–252.
2. Gierdalski M. Depresje i uzależnienia lekowe. W: *Mózg a zachowanie*. Red. Górska T., Grabowska A., Zagrodzka J. PWN, Warszawa 1997: 378–399.
3. Hollander E., Wong C.M. *Contemporary diagnosis and management of common psychiatric disorders*. Handbooks in Health Care Co., Newtown, Pennsylvania 2000.
4. Kaplan H.I., Sadock B.J. *Choroby afektywne*. W: *Psychiatria kliniczna*. Red. Kaplan i Sadock. Urban&Partner, Wrocław 1995: 86–101.
5. Koszewska I., Habrat E. *Depresja jest przemijająca*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000.
6. Lovestone S., Howard R. *Depresja u osób w podeszłym wieku*. Via Medica, Gdańsk 1999.
7. Papolos D.F., Papolos J. *Przezwyćczyć depresję*. Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 1994.
8. Priest R.G., Baldwin D. *Depression and anxiety*. Martin Dunitz Ltd., London 1992.
9. Pużyński S. *Choroby afektywne nawracające*. W: *Psychiatria*. Red. Blikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. Urban&Partner, Wrocław 2002, t. 2, 343–416.
10. Pużyński S. *Depresje i zaburzenia afektywne*. PZWL, Warszawa 2002 (wyd. 3).
11. Pużyński S. *Depresje*. PZWL, Warszawa 1988.
12. Rabe-Jabłońska J., Rzewuska M. *Dystymia. Rozpoznanie, obraz kliniczny, przebieg, leczenie*. Urban&Partner, Wrocław 1999.
13. Salloum I.M., Daley D.C., Thase M.E. *Male depression, alcoholism, and violence*. Martin Dunitz Ltd., London 2000.