

Monika Kantorska-Janiec, Joanna Rymaszewska

Przychodzi pacjent do lekarza z... ...DEPRESJĄ

Definicja i klasyfikacja

Epizod depresyjny (o nasileniu łagodnym, umiarkowanym lub ciężkim) rozpoznaje się, gdy objawy trwają co najmniej 2 tygodnie i powodują istotne zaburzenia funkcjonowania:

- obniżenie nastroju niepodlegające wpływowi wydarzeń zewnętrznych,
- anhedonia – utrata odczuwania przyjemności i zainteresowań,
- brak energii i wzrost męczliwości.

Do objawów dodatkowych zalicza się:

- niską samoocenę, brak szacunku dla samego siebie, poczucie winy,
- trudności w skupieniu uwagi, decyzyjne,
- spowolnienie lub niepokój,
- zaburzenia snu,
- zaburzenia łaknienia (brak lub nadmierny apetyt),
- myśli rezygnacyjne i samobójcze,
- objawy psychotyczne – urojenia hipochondryczne, winy, kary (w epizodzie ciężkim).

Zaburzenie depresyjne nawracające rozpoznaje się po wystąpieniu drugiego epizodu depresji.

Dystymia to przewlekły stan subdepresyjny (objawy depresyjne mniej nasilone, okres trwania co najmniej 2 lata, bez istotnych zaburzeń funkcjonowania).

Epidemiologia

Rozpowszechnienie depresji w ciągu roku ocenia się na ok. 6,5%, a w okresie całego życia na ok. 16%. Pojawia się najczęściej w 3. dekadzie życia, występuje dwukrotnie częściej u kobiet i osób samotnych.

Patogeneza

Jest złożona i obejmuje:

- czynniki genetyczne i dziedziczenie (2–4 razy wyższe ryzyko wystąpienia u osób mających

krewnych I stopnia z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi),

- zmiany neurochemiczne układu serotoninowego, dopaminowego, noradrenergicznego,
- zmiany hormonalne (głównie oś HPA),
- zmiany neuroplastyczności i w układzie immunologicznym.

Obniżenie nastroju oraz inne objawy depresyjne mogą towarzyszyć schorzeniom somatycznym (tab. 1) lub być wywołane stosowaniem leków (tab. 2).

Obraz kliniczny

Wielu pacjentów ma duże trudności w mówieniu o swoim stanie. Określając samopoczucie, mówią, że mają „chandrę”, „dół”, po prostu „złe się czuję”, „ciągnie mnie do łóżka” (rzadko spontanicznie zaczynają od obniżonego nastroju). Najczęściej zgłaszane skargi obejmują:

- zaburzenia snu (zasypiania, ale najbardziej charakterystyczne jest budzenie się 2–4 godziny wcześniej niż zwykle, z niemożnością ponownego zaśnięcia); występują u większości chorych, potęgując poczucie niewydolności, pogarszając złe samopoczucie,
- dolegliwości somatyczne, niespecyficzne, „napięciowe”, gorsze rano,
- zmęczenie bez względu na porę dnia i obciążenie,
- lęk wolno płynący, niesprecyzowany, najbardziej dokuczliwy w godzinach porannych,
- brak apetytu z towarzyszącym spadkiem wagi lub napady obżarstwa,
- „nerwy”, drażliwość,
- smutek i poczucie winy.

W badaniu i wywiadzie można zaobserwować, poza objawami podstawowymi, objawy dodatkowe:

- depresyjne zaburzenia myślenia: poczucie winy, niską samoocenę, pesymistyczną ocenę przyszłości, zniechęcenie, myśli samobójcze,

- zaburzenia aktywności złożonej: utratę zainteresowań, małą wydolność, utratę kontaktów, izolowanie się, zaniedbanie.

Pomocne w diagnostyce zaburzeń nastroju są następujące narzędzia samooceny:

- *Inwentarz depresji Becka* – w 21 pozycjach do wyboru 1 z 4 zdań najlepiej określających samopoczucie i funkcjonowanie w ciągu ostatnich 2 tygodni, w skali od 0 (brak objawu) do 3 (znaczące nasilenie), na depresję wskazuje wynik ≥ 12 , potwierdzony badaniem lekarskim;
- *Szpitalna skala lęku i depresji (HADS)* – 14-punktowa skala, obejmująca 7 objawów depresyjnych

Tabela 1. Schorzenia, którym może towarzyszyć obniżenie nastroju

Endokrynologiczne	zaburzenia funkcji tarczycy choroby przytarczyc choroba Addisona choroba Cushinga dysfunkcje hormonalne cyklu miesięczkowego zmiany hormonalne okołoporodowe
Neurologiczne	udar mózgu padaczka uraz mózgu guz mózgu infekcje ośrodkowego układu nerwowego uszkodzenie rdzenia kręgowego stwardnienie rozsiane choroba Parkinsona choroba Huntingtona choroba Wilsona otępienia (wczesna faza, głównie choroba Alzheimera i otępienie czołowo-skroniowe)
Zakaźne	HIV/AIDS zapalenie wirusowe wątroby kiła gruźlica
Schorzenia autoimmunologiczne	reumatoidalne zapalenie stawów toczeń rumieniowaty zapalenie tętnic skroniowych
Inne	niewydolność nerek niewydolność wątroby nowotwory przewlekła obturacyjna choroba płuc zespół bezdechu śródsewnego niedobory witamin: niacyna, tiamina, kwas foliowy, witamina B ₁₂ niedokrwistość infekcje

i 7 lękowych, uporządkowanych wg istotności diagnostycznej, w skali 0–3, punkt odcięcia w obu podskalach ≥ 8 .

Diagnostyka różnicowa

Badanie pacjenta obejmuje pełny wywiad dotyczący stanu somatycznego oraz stosowanego leczenia (wykluczenie innych przyczyn). U chorych somatycznie zwiększa się ryzyko występowania depresji, natomiast pacjenci z objawami depresji mają większe ryzyko zachorowania na choroby somatyczne oraz niepomyślnego przebiegu choroby somatycznej, wykazują słabszą współpracę w procesie leczenia chorób somatycznych.

Do podstawowych badań laboratoryjnych służących diagnostyce różnicowej depresji (tab. 1) oraz wskazanych przed wprowadzeniem leczenia farmakologicznego zalicza się:

- morfologię,
- glukozę,
- mocznik, kreatyninę, stężenia sodu i potasu w surowicy,
- próby wątrobowe (AST, ALT, GGTP),
- TSH.

Postępowanie lecznicze

W leczeniu depresji stosuje się przede wszystkim farmakoterapię, uzupełnianą psychoterapią. Skuteczność przeciwdepresyjna poszczególnych leków jest porównywalna, pod warunkiem stosowania ich przez odpowiedni czas i we właściwie dobranej dawce.

Tabela 2. Leki, które mogą wywoływać objawy depresyjne

Leki naserkowe i przeciwnadciśnieniowe	β -adrenolityki, klonidyna, rezerpina, metyldopa
Leki przeciwbólowe	opiaty, ibuprofen
Leki neurologiczne	bromokryptyna, amantadyna, L-dopa, fenytoina, baklofen
Hormony, steroidy	kortykosteroidy, hormonalne środki antykoncepcyjne
Leki psychotropowe	fenotiazyny (promazyna) i butyrofenony (haloperidol) leki uspokajające i nasenne – benzodiazepiny
Inne	cymetydyna, salbutamol
Środki psychoaktywne	alkohol, amfetamina, kokaina, kanabinoły

Etapy leczenia depresji:

- intensywny – od zdiagnozowania do uzyskania remisji objawów, trwający 6–12 tygodni,
- podtrzymujący – w celu utrzymania uzyskanej remisji, trwa 6 miesięcy,
- profilaktyczny – trwa rok i dłużej, szczególnie u osób z kolejnym epizodem.

Dokonując wyboru leku, ocenia się profil jego działania i objawy uboczne pod kątem adekwatności dla danego pacjenta (np. lek o profilu sedatywnym dla pacjenta cierpiącego na depresję agitowaną, czyli przebiegającą z dużym niepokojem), dotychczasowych doświadczeń pacjenta, ewentualnych interakcji z innymi środkami zażywanyymi przez chorego (tab. 3).

Przyczyny braku skuteczności leczenia przeciwdepresyjnego to najczęściej:

- zbyt mała dawka leku,
- zbyt krótki okres terapii,
- ewentualnie brak współpracy pacjenta.

Po wykluczeniu tych czynników można rozważyć:

- zwiększenie dawki stosowanego leku (pod warunkiem jego dobrej tolerancji),
- zamianę leku na inny z tej samej grupy bądź o innym mechanizmie działania.

Większość łagodnych, a nawet umiarkowanych epizodów depresyjnych może być leczona w warunkach ambulatoryjnych, także przez lekarza niepsychiatrę. Konsultacja psychiatryczna jest wskazana, gdy:

- istnieją wątpliwości i problemy diagnostyczne,
- występuje depresja z objawami psychotycznymi, depresja ze znacznym niepokojem lub myślami samobójczymi, wówczas może zaistnieć nawet konieczność hospitalizacji,
- dotychczasowe leczenie zakończyło się niepowodzeniem,
- inne schorzenia towarzyszące i ich leczenie ograniczają możliwości terapeutyczne.

W niektórych przypadkach wskazane jest wprowadzenie leczenia elektrowstrząsowego, które jest metodą z wyboru w leczeniu depresji:

- z objawami psychotycznymi,
- z silnymi tendencjami samobójczymi,
- ze znacznym niedożywieniem i odwodnieniem,
- przy oporności na leki,
- gdy stan somatyczny uniemożliwia stosowanie leków,
- przy dobrych wynikach leczenia elektrowstrząsowego w przeszłości.

Psychoterapia może być alternatywą dla osoby niechętniej farmakoterapii, z depresją o łagod-



AKADEMIA
TOP MEDICAL TRENDS

**PUŁAPKI
W ENDOKRYNOLOGII
W GABINECIE
LEKARZA POZ 2016**

WROCŁAW, 7–8 kwietnia 2016 r.

TERMIN: 7–8 kwietnia 2016 r.

MIEJSCE: HASTON CITY HOTEL,
ul. Irysowa 1-3, 51-117 Wrocław

ORGANIZATOR: Wydawnictwo Termedia

PARTNER MERYTORYCZNY: Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu oraz Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

KIEROWNICY NAUKOWI:

prof. dr hab. Marek Bolanowski,
dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas

**UCZESTNICY KONFERENCJI OTRZYMAJĄ PUNKTY EDUKACYJNE
WIĘCEJ INFORMACJI NA WWW.TERMEDIA.PL**



BIURO ORGANIZACYJNE:

Wydawnictwo Termedia
ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań
tel./faks +48 61 656 22 00
szkolenia@termedia.pl
www.termedia.pl

Tabela 3. Leki stosowane w leczeniu depresji

Grupa leków/preparaty	Dawka leku		Najczęstsze objawy niepożądane
	początkowa (mg/dobę)	lecnicza (mg/dobę)	
Nieselektywne inhibitory wychwyty zwrotnego monoamin			
amitryptylina	25	75–250	suchość w ustach, zaparcia, zaburzenia akomodacji i zaburzenia pamięci, ortostatyczne spadki ciśnienia tętniczego, kardiotoxycyżność (i zaburzenia przewodnictwa), przyrost masy ciała
klomipramina	25	75–250	
doksepina	50	75–200	
opipramol	50	100–200	
Selektywne inhibitory wychwyty serotoniny			
citalopram	10–20	20–60	umiarkowane nudności, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, bóle głowy, trudności w zasypianiu (bezsenność), krótkotrwały okres pobudzenia, dysfunkcja seksualna
escitalopram	5–10	10–20	
fluoksetyna	20	10–80	
paroksetyna	10–20	10–80	
sertralina	25–50	50–200	
fluwoksamina	50–100	150–300	
Antagonista receptora adrenergicznego α_2 , serotoninergicznego H1			
mianseryna	10–20	60–120	senność, przyrost masy ciała
Selektywny, odwracalny inhibitor monoaminooksydazy (IMAO)			
moklobemid	150	600	senność, bezsenność, zawroty i bóle głowy, uczucie suchości w jamie ustnej
Selektywny inhibitor wychwyty zwrotnego noradrenaliny (NRI)			
reboksetyna	2 \times 4	8–12	suchość błon śluzowych, zaparcia, bezsenność, potliwość
Inhibitory wychwyty zwrotnego noradrenaliny i serotoniny			
wenlafaksyna	37,5	300	drażliwość, zawroty i bóle głowy, przykre sny
duloksetyna	30	60–120	nudności, suchość w ustach, ból i zawroty głowy, senność
Inhibitory wychwyty serotoniny blokujące receptor serotoninowy 5HT ₂ (SARI)			
trazodon	75	300	senność, zawroty, bóle głowy, niepokój
Antagonista receptora serotoninergicznego i noradrenergicznego (NaSSA)			
mirtazapina	15	45	senność, przyrost masy ciała, ból głowy, obrzęki
Lek zwiększający wychwyty zwrotny serotoniny			
tianeptyna	2 \times 12,5	3 \times 12,5	ból brzucha, jadłowstręt, suchość jamy ustnej
Wybiórczy inhibitor zwrotnego wychwyty neuronalnego noradrenaliny i dopaminy			
bupropion	150	300	bezsenność, ból głowy, suchość jamy ustnej, nudności i wymioty, ostrożność w stosowaniu z cyklofosfamidem
Agonista melatonergicznego i antagonistą 5-HT _{2C}			
agomelatyna	25	50	nudności i zawroty głowy, wzrost transaminaz
Wielomodalne działanie na receptory serotoninowe			
wortiooksetyna	10	20	nudności, zmniejszony apetyt, nietypowe sny, zawroty głowy, biegunka, zaparcia, wymioty

nym nasileniu. Psychoterapia powinna uzupełnić leczenie farmakologiczne depresji, szczególnie wówczas, gdy istnieją trudności w relacjach interpersonalnych, pacjent prezentuje pewne nieracjo-

nalnie zniekształcone przekonania, wymagające modyfikacji (m.in. praca nad wyuczoną bezradnością i negatywnym myśleniem o sobie, świecie i przyszłości).

Postępowanie doraźne

- Przy zaburzeniach snu i niepokoju stosuje się (zwykle przejściowo) leki uspokajające i nasenne (np. zaburzenia zasypiania – zolpidem, zopiklon; wczesne wybudzania poranne – dodatkowo lek przeciwdepresyjny w niskiej dawce, np. mianseryna 10–30 mg, trazodon 25–50 mg).
- Przy znacznie nasilonym lęku i niepokoju – krótkotrwanie (przez 1–4 tygodnie) dodatkowo benzodiazepiny lub hydroksyzyna.
- W przypadku depresji z dużym niepokojem i objawami psychiatrycznymi konieczne bywa zastosowanie leku przeciwpsychotycznego, czasami nawet w dużych dawkach (np. kwetia-pina 25–600 mg, olanzapina 2,5–20 mg, risperi-don 1–6 mg).

Myśli i tendencje samobójcze, stanowiące poważne zagrożenie życia pacjenta w depresji, mogą być podstawą jego psychiatrycznej hospitalizacji bez zgody. W depresji istnieje szczególnie wysokie ryzyko samobójstwa.

Zarówno lekarz wprowadzający leczenie, jak i pacjent rozpoczynający terapię depresji powinni pamiętać, że:

- leki przeciwdepresyjne nie uzależniają,
- należy zażywać je codziennie, zgodnie z zaleceniem lekarskim, w przepisanej dawce,

- do czasu pierwszych zauważalnych oznak poprawy upływa 2–4 tygodni,
- nie należy przerywać leczenia bez konsultacji z lekarzem, nawet jeśli objawy ustąpiły,
- niewielkie objawy uboczne są częstym, ale przejściowym zjawiskiem; jeśli są one bardziej nasilone i uciążliwe, należy porozumieć się z lekarzem.

Prognoza

Każdy kolejny epizod depresji, szczególnie nieleczonej, zwiększa ryzyko nawrotu i większego nasilenia objawów.

Piśmiennictwo

1. Depression in Primary Care Evidence and Practice. Gilbody S., Bower P. (red.). Cambridge University Press, Cambridge 2011.
2. Rymaszewska J., Dudek D. Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych: praktyczne wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne. Via Medica, Gdańsk 2009.
3. Standardy leczenia niektórych zaburzeń psychicznych. Jarema M. (red.). Via Medica, Gdańsk 2011.
4. The Primary Care Physician's Guide to Common Psychiatric and Neurologic Problems. Slaveny P.R., Hurko O. (red.). The John Hopkins University Press 2001.
5. The Wiley-Blackwell Handbook of Mood Disorders. Power M. (red.). Wyd. 2. Wiley-Blackwell 2013.

Przedruk z „Medycyna rodzinna. Podręcznik dla lekarzy i studentów”, Termedia, Poznań 2015



**OPIEKA PALIATYWNA
W POLSCE 2016**

WARSZAWA, 8–9 kwietnia 2016 r.

UCZESTNICY KONFERENCJI OTRZYMAJĄ PUNKTY EDUKACYJNE

WIĘCEJ INFORMACJI NA WWW.TERMEDIA.PL

BIURO ORGANIZACYJNE:

Wydawnictwo Termedia
ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań



tel./faks +48 61 656 22 00
szkolenia@termedia.pl
www.termedia.pl

TERMIN:

8–9 kwietnia 2016 r.

MIEJSCE:

Warsaw Marriott Hotel
Al. Jerozolimskie 65/79
00-697 Warszawa

KONFERENCJA POD PATRONATEM:

redakcji czasopism *Medycyna Paliatywna*
i *Menedżer Zdrowia* oraz
Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej

KIEROWNIK NAUKOWY:

dr n. med. Aleksandra Ciatkowska-Rysz

PARTNERSTWO MERYTORYCZNE I NADZÓR NAUKOWY:

Pracownia Medycyny Paliatywnej Katedry Onkologii
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,

Oddział Medycyny Paliatywnej
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi

ORGANIZATOR:

Wydawnictwo Termedia





PSYCHIATRIA

DIALOGI

INTERDYSCYPLINARNE

WROCŁAW, 14–15 października 2016 r.

TERMIN:

14–15 października 2016 r.

MIEJSCE:

Wrocław, Hotel Ibis Styles, pl. Konstytucji 3 Maja 3

ORGANIZATOR:

Wydawnictwo Termedia

PARTNERSTWO MERYTORYCZNE I NADZÓR NAUKOWY:

prof. dr hab. Joanna Rymaszewska wraz z zespołami Zakładu Psychiatrii Konsultacyjnej i Badań Neurobiologicznych i Zakładu Psychoterapii i Chorób Psychosomatycznych Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

PRZEWODNICZĄCA KOMITETU NAUKOWEGO:

prof. dr hab. Joanna Rymaszewska

WICEPRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO:

prof. dr hab. Dominika Dudek
dr hab. Krzysztof Małyszczak

SEKRETARZ:

dr hab. Przemysław Pacan

UCZESTNICY KONFERENCJI OTRZYMAJĄ PUNKTY EDUKACYJNE

WIĘCEJ INFORMACJI NA WWW.TERMEDIA.PL

BIURO ORGANIZACYJNE:
Wydawnictwo Termedia
ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań



tel./faks +48 61 656 22 00
szkolenia@termedia.pl
www.termedia.pl