

Iwona Kazimierska

Cztery oblicza depresji w gabinecie lekarza POZ

Według szacunków co 10. chory zgłaszający się do placówki POZ cierpi z powodu depresji, a co 4. przeżył epizod depresyjny w przeszłości. Pandemia bez wątpienia spowodowała, że tych chorych jest jeszcze więcej. Lekarze POZ stanowią więc kluczowe ogniwo w procesie diagnostyczno-leczniczym chorych na depresję. Jak rozpoznawać depresję, z jakimi typami chorych można się spotkać w praktyce – wyjaśnia dr n. med. Piotr Wierziński.

Pacjent z łagodną i umiarkowaną depresją może być skutecznie leczony w POZ, choć diagnostyka depresji nie jest łatwą procedurą. Depresja jest bowiem chorobą o zróżnicowanym obrazie.

Obniżenie nastroju nie jest konieczne

Zgodnie z kryteriami DSM-5 epizod depresyjny musi spełniać pięć kryteriów: obniżony nastrój (utrata zainteresowań lub przyjemności), utrzymywanie się przez minimalny okres, występowanie wymaganej liczby objawów dodatkowych, niespełnienie żadnego z kryteriów wykluczających, czas trwania: prawie codziennie przez co najmniej 2 tygodnie, przez większą część dnia. Co ważne, epizod depresyjny musi oznaczać zmianę w stosunku do zwykłego poziomu funkcjonowania danej osoby.

Pomocne są również kryteria rozpoznawania epizodu depresyjnego według ICD-10. Wskazują one trzy główne objawy: obniżenie nastroju, anhedonia i utratę zainteresowań, zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i osłabionej aktywności. Objawy dodatkowe to: osłabienie koncentracji uwagi, zaniżona samoocena i brak wiary w siebie, poczucie winy i małej wartości, pesymistyczne nastawienie do przyszłości, myśli i tendencje samobójcze, zaburzenia snu, osłabione łaknienie. W łagodnym i umiarkowanym epizodzie spośród trzech głównych objawów muszą być obecne co najmniej dwa. Obniżenie nastroju nie jest warun-

Dopasowanie LPD do profilu pacjenta (Siwek, 2018, za zgodą)						
Depresja	TRAZODON	SSRI	SNRI	Mianseryna, Mianseryna	Bupropion Reboksetyna	Mosiobemid
Z bezsennością						
Z bezsennością po innych LPD						
Z objawami lękowymi						
Z niepokojem / pobudzeniem						
Z zaburzeniami seksualnymi						
Z zaburzeniami seksualnymi po innych LPD						
Ze wzrostem apetytu / masy ciała / objawami bulimicznymi						
U otyłych						
Z zahamowaniem / sennością						
Z powikłaniami po SSRI / SNRI: krwotocznymi, hiponatremią						
Z fibromialgią						
W otyłościach						
W jaskrze						
W niewydolności nerek						
Cukrzyca						

Slajd z wykładu dr. n. med. Piotra Wierzińskiego prezentowanego podczas Top Medical Trends „4 oblicza depresji w gabinecie lekarza POZ”

kiem koniecznym. Do stwierdzenia epizodu ciężkiego konieczne są wszystkie trzy objawy główne. Jakikolwiek objawy psychotyczne, urojenia czy omamy, sygnalizują epizod ciężki.

– Poszerzając spektrum objawów psychopatologicznych, chorzy skarżą się na wiele dolegliwości, ale to objawy somatyczne najczęściej skłaniają ich do wizyty u lekarza. Chory będzie szukał przyczyn takich dolegliwości, jak osłabienie, bóle głowy, pleców, mięśni, „całego ciała”, spadek masy, zaparcia, suchość błon śluzowych, stałe zmęczenie, nadmierna męczliwość, „słabość fizyczna”. Niepokój wzbudzą zaburzenia snu, ale już na nadwrażliwość, irytację, skłonność do impulsywności przeważnie nie zwraca się uwagi – tłumaczy dr Piotr Wierziński. Objawy, na które warto zwrócić uwagę, to: zły nastrój, brak napędu i adekwatności, czyli dostosowania emocji do sytuacji, myślenie depresyjne, utrata zainteresowań i zdolności do cieszenia się z rzeczy, które do tej pory sprawiały radość (anhedonia). Trzeba też pamiętać o maskach depresji. W maskowanej depresji nie ma spektrum objawów, lecz jakiś jeden objaw somatyczny, np. bóle zamostkowe, drżenia, bóle brzucha.

Myślenie depresyjne to potencjalnie niebezpieczny objaw

– Myślenie depresyjne cechuje się pesymistyczną oceną swojej przeszłości, teraźniejszości i przyszłości, utratą poczucia własnej wartości, zaniżoną samooceną. Chory uważa się za bezwartościowego,



Fot. Archiwum

”
dr Piotr Wierziński: Młodzi dorośli sprawiają nam spory kłopot. Zwykle uważamy, że oni nie mogą być chorzy, a powinniśmy pamiętać, że zaburzenie depresyjne zwykle rozpoczyna się między połową a końcem trzeciej dekady życia

niepotrzebne. Na tym tle niekiedy pojawiają się urojenia depresyjne – fałszywe sądy, w których prawdziwość pacjent wierzy. Chory czuje się grzeszny, karany, skazany. Czasami urojenia dotyczą ubóstwa i braku jakichkolwiek perspektyw na przyszłość dla siebie i rodziny. Takie urojeniowe myśli mogą stać u podstaw samobójstwa, bezwzględnie stanowią wskazanie do konsultacji u psychiatry – mówi dr Piotr Wierziński.

Kiedy może leczyć lekarz POZ, a kiedy potrzebny jest psychiatra

Leczenie powinno być rozpoczęte w momencie jej rozpoznania, kiedy tylko stwierdzi się u pacjenta depresję zgodnie z obowiązującymi kryteriami. Im bardziej nasilone objawy, tym większa skuteczność leków przeciwdepresyjnych (LPD). Większość pacjentów depresyjnych może być leczona farmakologicznie przez lekarza POZ.

Do psychiatry należy skierować chorego w przypadku: dużego ryzyka samobójstwa, znacznego nasilenia objawów depresji (epizod ciężki), występowania objawów psychotycznych, choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD) w wywiadzie rodzinnym albo obecności objawów sugerujących chorobę dwubiegunową. Przez psychiatrę powinni być leczeni adolescenty i dzieci z objawami depresji. Specjalista powinien przejąć leczenie, jeśli lekarz POZ nie czuje się na tyle doświadczony, by leczyć pacjenta depresyjnego, gdy chory reaguje nieadekwatnie na LPD albo zareagował ▶

PSYCHIATRIA

po nich szybką pozytywną zmianą nastroju, jeżeli w przeszłości pacjent przeszedł dwie kuracje LPD (optymalna dawka, odpowiednio długi czas leczenia) i nie uzyskał oczekiwanej poprawy. Wskazaniem do skierowania pacjenta do specjalisty jest także sytuacja, gdy po LPD pojawiły się działania niepożądane (hiponatremia, kardiotoxyczność, interakcje) oraz gdy dobór LPD stwarza duże trudności.

Jakich chorych spotka się w praktyce

Osoby z chorobami somatycznymi, młodzi dorośli, osoby impulsywne z napadami złości, kobiety w okresie okołoporodowym i okołomenopauzalnym (działanie hormonów) są w grupie zwiększonego ryzyka zachorowania na depresję.

– *Młodzi dorośli sprawiają nam spory kłopot. Zwykle uważamy, że oni nie mogą być chorzy, a powinniśmy pamiętać, że zaburzenie depresyjne zwykle rozpoczyna się między połową a końcem trzeciej dekady życia. Początek może być nagły, choć zwykle bywa stopniowy, powolny. Epizody depresji trwają 6–9 miesięcy. Chory rzadko zgłasza się na konsultację psychiatryczną. Najpoważniejszym skutkiem nieleczonej depresji jest samobójstwo – 15 proc. chorych ginie śmiercią samobójczą. Samobójstwo jest drugą przyczyną zgonów w grupie wiekowej 15–29 lat (WHO 2014 r.)* – komentuje dr Piotr Wierziński.

O tym warto pamiętać, lecząc chorego na depresję

- zaburzenia depresyjne mają zróżnicowany obraz kliniczny
- przy doborze leku przeciwdepresyjnego warto uwzględnić objawy występujące u konkretnego chorego, ale również jego sytuację społeczną
- działania niepożądane leków przeciwdepresyjnych mogą mieć niekorzystny wpływ na stosowanie się do zaleceń
- szczególną grupą pacjentów są osoby chore przewlekle somatycznie
- leki przeciwdepresyjne mają zróżnicowany mechanizm działania, warto zwrócić uwagę na ich właściwe dawkowanie

”

Objawy, na które warto zwrócić uwagę, to: zły nastrój, brak napędu i adekwatności, czyli dostosowania emocji do sytuacji, myślenie depresyjne, utrata zainteresowań i zdolności do cieszenia się z rzeczy, które do tej pory sprawiały radość (anhedonia). Trzeba też pamiętać o maskach depresji. W maskowanej depresji nie ma spektrum objawów, lecz jakiś jeden objaw somatyczny, np. bóle zamostkowe, drżenia, bóle brzucha

zaburzenia seksualne po LPD		
lek	% dysfunkcji seksualnych	typ problemu
TLPD	30%	spadek libido, dysfunkcja w czasie erekcji, opóźnienie orgazmu, problemy z ejakulacją. Opóźnienie orgazmu po klomipraminie 2x większe niż po innych TLPD
Trazodon	Nieznana	raportuje się spadek libido, ale raczej jest to lek nie upośledzający funkcji seksualnych, często stosowany jako lek poprawiający f. Seksualne 0,1% - priapism
MAO-I	40%	Podobne do TLPD
SSRI	60-70%	wpływ na wszystkie fazy odpowiedzi seksualnej, spadek libido, opóźnienie orgazmu najczęściej raportowane Paroksetyna- najbardziej powoduje dysf. seks. również u kobiet Zniczenie w zakresie praca i pochwy raportowano po fluoksetynie
Wenlafaksyna	70%	spadek libido, opóźnienie orgazmu, erekcja mniej zaburzona, raportuje się bolesne ejakulacje
mirtazapina	25%	spadek libido, opóźnienie orgazmu, rzadko brak orgazmu
duloksetyna	46%	podobnie jak wenlafaksyna, głównie u mężczyzn
Agomelatyna	<20%	niejasny wpływ na dysfunkcje seksualne, częstość seks. dysf. podobny do placebo

The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 12th Edition, 2015

Slajd z wykładu dr. n. med. Piotra Wierzińskiego prezentowanego podczas Top Medical Trends „4 oblicza depresji w gabinecie lekarza POZ”

– *Należy pamiętać, że młody dorosły będzie miał inne objawy niż pacjent dojrzały, po 65. roku życia. Młody dorosły może mieć większe obniżenie nastroju, zmniejszenie napędu, lęk, zaburzenia snu, obsesyjność, zaburzenia koncentracji uwagi i pamięci. Potencjalne działania niepożądane leków mogą wpływać na codzienne funkcjonowanie, a wiadomo, że są to przeważnie osoby bardzo aktywne. Ci pacjenci często mówią o dysfunkcjach seksualnych po lekach – przy doborze leku należy to uwzględnić* – wyjaśnia psychiatra.

Dysfunkcje seksualne mogą być objawem korowym depresji wynikającym z objawów dominujących, ale również wtórnym do przyjmowania LPD. Może to być objaw rezydualny depresji, a także skutek współistniejących chorób somatycznych lub stosowanych z ich powodu leków. Doktor Piotr Wierziński przypomina, że dysfunkcje seksualne pojawiają się głównie po selektywnych inhibitorach zwrotnego wychwytu serotoniny (selective serotonin reuptake inhibitor – SSRI) i inhibitorach zwrotnego wychwytu serotoniny i noradrenaliny (serotonin norepinephrine reuptake inhibitor – SNRI), rzadziej po lekach receptorowych, czyli mirtazapinie, agomelatynie (częstość dysfunkcji seksualnych porównywalna z placebo).

”

Osoby z chorobami somatycznymi, młodzi dorośli, osoby impulsywne z napadami złości, kobiety w okresie okołoporodowym i okołomenopauzalnym (działanie hormonów) są w grupie zwiększonego ryzyka zachorowania na depresję

– *Czy osoba impulsywna może mieć depresję? Depresja to nie tylko smutek. Niestabilność nastroju, napady złości i impulsywność występują częściej u pacjentów z lękiem, bez zahamowań psychoruchowych w depresji. Tych objawów nie ma w kryteriach rozpoznawania depresji (ICD-10, DSM-5), a trzeba zwrócić na nie uwagę, ponieważ skłonność do drażliwości i irytacji wiąże się z większym ryzykiem samobójstwa* – ostrzega dr Piotr Wierziński.

Objawy depresji stwierdza się u ponad 40 proc. osób przebywających w szpitalach z przyczyn somatycznych i nie zależą one od ciężkości choroby ani liczby hospitalizacji. U pacjentów z chorobami somatycznymi leczenie depresji przebiega gorzej, dłużej trwa osiągnięcie remisji, często nie odpowiadają oni na leki pierwszego rzutu, dobór leków jest trudniejszy.

Depresja w chorobach somatycznych powoduje tendencję do pozostawania w roli chorego, pogorszenie subiektywnej jakości życia i sprawności fizycznej. Osoby z chorobami somatycznymi i depresją silniej odczuwają ból, zażywają więcej leków przeciwbólowych, cechują się większym ryzykiem samobójstwa.

– *W tej grupie chorych warto zwrócić uwagę na interakcje leków i działania niepożądane. Można zapytać pacjenta o preferencje – jaki lek by chciał. Warto leczyć tych chorych z powodu depresji, ponieważ w ten sposób poprawia się ich rokowanie w chorobie podstawowej. Przypomnę, że dzięki działaniu plejotropowemu LPD mogą mieć wpływ na przebieg innych chorób z uwagi na ich korzystne oddziaływanie na układ immunologiczny. Mamy duży wybór leków, musimy tylko dobrać taki, który ma najmniej działań niepożądanych* – mówi dr Piotr Wierziński.

