

PSYCHIATRIA

Pacjent z depresją w gabinecie lekarza POZ – jak mu pomóc

– Nie ma jednej depresji, ta choroba może mieć różne oblicza i różne objawy. Dlatego nie ma jednego leku dla wszystkich. Generalnie leki trzeba dopasować do chorego – mówi dr n. med. Piotr Wierzbński, psychiatra.

Szacuje się, że w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) aż 30–50 proc. przypadków depresji pozostaje nierozpoznanych. Co może być tego przyczyną?

Organizacja systemu opieki zdrowotnej nie sprzyja rozpoznawaniu w POZ zaburzeń psychicznych. Mam na myśli choćby długość wizyt. Do tego dochodzi stygmatyzacja osób z zaburzeniami psychicznymi. Obawa przed stygmatyzacją nadal istnieje, zwłaszcza w starszych pokoleniach. Z tego powodu chorzy ukrywają swoje problemy nawet przed lekarzami.

A czy nie jest też tak, że lekarze pierwszego kontaktu boją się stawiania diagnozy – nie tylko depresji, lecz także innych zaburzeń psychicznych?

Boją się, bo wielu z nich nie jest do tego przygotowanych w procesie kształcenia zawodowego. Mają problem z kryteriami operacyjnymi dla podstawowych zaburzeń psychicznych. Uważają, że to są kompetencje psychiatrów, a to nieprawda, bo praktycznie 75 proc. zaburzeń depresyjnych czy lękowych można leczyć ambulatoryjnie w POZ, przynajmniej w pierwszej linii. Myślę, że jest też obawa przed zastosowaniem leków. Część lekarzy ma błędne przekonanie o toksyczności leków przeciwdepresyjnych czy psychotropowych. Ci lekarze, którzy już nabyli doświadczenia, zaczynają mówić, że w gruncie rzeczy ich wykorzystywanie nie jest aż tak trudne. Podają te leki i widzą, że u chorych następuje poprawa, czyli leki działają i nie wywołują objawów toksyczności.

Z jakimi maskami depresji lekarz pierwszego kontaktu może się spotkać w swoim gabinecie?

Przypomnę, że maska to objaw, który pacjent manifestuje najbardziej, a którego podłożem są przyczyny psychiatryczno-psychologiczne, bo depresji pacjent nie manifestuje w pierwszym planie. Najczęstszą maską depresji jest bezsenność i to akurat jest dobre, bo chory przyjdzie do lekarza z tym problemem. Jeżeli bezsenność trwa powyżej miesiąca, to należy poszukać innych przyczyn niż tylko jakieś problemy życiowe czy zaburzenia adaptacyjne, bo może to być coś poważniejszego, zwykle epizod depresyjny. W następnej kolejności znajdują się zaburzenia ze strony klatki piersiowej, ucisk w tym obszarze, czyli objawy kardiologiczne. Kolejna maska to objawy brzuszno-jelitowe, czyli wszelkiego typu dolegliwości gastryczne. To przede wszystkim symptomy depresji z lękiem. Chorego będzie bolał brzuch, będzie miał zmianę łaknienia, zaparcia albo biegunki. Tak więc bezsenność, zabu-

żenia ze strony klatki piersiowej imitujące jakąś chorobę serca oraz zaburzenia brzuszno-jelitowe – to trzy główne maski depresji.

Z jakimi stanami należy różnicować depresję w procesie ustalania rozpoznania?

Przed wszystkim trzeba się zastanowić, czy nie ma jakiegoś tła organicznego. Depresja to choroba, która musi spełnić określone kryteria i musi trwać przez co najmniej 2 tygodnie. Ten stan musi być inny w stosunku do normalnego funkcjonowania pacjenta. Warto zobiektywizować wywiad. Trzeba się przyjrzeć, czy to nie są zaburzenia lękowe, zaburzenia afektywne (depresja może być częścią zaburzenia dwubiegunowego). Ocenic, czy u pacjenta występują już są zaburzenia depresyjne czy tylko adaptacyjne, czyli trwają niezbyt długo, a chory po prostu nie umie zaadaptować się do zmienionych warunków. Należy też wykluczyć inne przyczyny obniżonego nastroju, najczęściej organiczne. Mogą to być choroby tarczycy, choroby autoimmunologiczne, niedokrwistość. Trzeba poszukać innych przyczyn somatycznych, potencjalnie odwracalnych. Depresja z lękiem musi być różnicowana z zaburzeniem lękowym uogólnionym, które jest najczęstszym zaburzeniem psychiatrycznym w POZ.

Czy one są inaczej leczone?

W gruncie rzeczy tak samo, tylko rokowanie jest inne. W zaburzeniu lękowym uogólnionym ryzyko samobójcze jest zdecydowanie niższe niż u pacjenta z depresją i lękiem.

W ustalaniu rozpoznania najważniejszy jest wywiad. Jakie pytania warto zadać pacjentowi? Przeważnie trudno jest wydobyć informacje o jego nastroju, odczuciach, samopoczuciu.

Lekarze POZ bardzo dobrze to robią, bo mają relację ze swoimi pacjentami. Warto zapytać o to, czy w ostatnim czasie pacjent jest bardziej smutny i czy mniej rzeczy go cieszy, czy ma poczucie, że świat mu zobojętniał i na niczym mu nie zależy, czy jest ostatnio bardziej zmęczony, apatyczny i bez energii. Jeżeli pacjent odpowie: „tak, jestem zmęczony”, „tak, ostatnio jestem bardziej smutny”, „tak, praktycznie nic mnie nie cieszy, życie mi zobojętniało”, a do tego ma kłopoty ze snem, gorzej je, czuje się ciągle zmęczony, ma niskie poczucie własnej wartości, to mamy rozpoznanie epizodu depresyjnego.

W powszechnej opinii osoba z depresją powinna być smutna, zobojętniała na otoczenie. A jednak obniżenie nastroju nie jest konieczne do rozpoznania. Jakie warunki musi spełniać



Fot. Archiwum Termedia

”

Citalopram to jeden z lepiej tolerowanych leków z grupy SSRI oraz w ogóle spośród leków przeciwdepresyjnych. Stosowany w standardowych, zarejestrowanych dawkach nie powoduje istotnego zagrożenia kardiologicznego

pacjent, żeby postawić diagnozę: epizod depresji?

Rozpoznanie jest ustalone, jeżeli występują co najmniej dwa z trzech objawów osiowych. Osiowe objawy depresji to obniżenie nastroju, męczliwość i anhedonia. Mogą występować obniżenie nastroju i męczliwość bez anhedonii. Mogą występować anhedonia i zmęczenie bez obniżonego nastroju. Plus jeszcze objawy dodatkowe.

Męska depresja jest często związana z agresją.

Rzeczywiście jest tak, że mężczyźni chorują inaczej. Męskiej depresji jest tyle samo co kobiecej. Statystyki i dane epidemiologiczne pokazują, że u kobiet jest więcej depresji, ponieważ ona jest częściej rozpoznawana. To dlatego, że depresja kobieca jest kryterialna, czyli częściej spełnia kryteria charakterystyczne dla epizodu. U mężczyzn depresja przebiega pod maską agresji, drażliwości, nadużywania alkoholu i zachowań ryzykownych. To jest widoczne dla otoczenia. Tymczasem w trakcie rozmowy pacjent najczęściej ujawnia obniżenie nastroju, anhedonię. Te objawy u niego występują, tylko on tego nie uzewnętrznia. Z uwagi na kontekst kulturowy nie może się przyznać do słabości psychicznej.

Czyli depresji w czystej formie tak naprawdę już właściwie się nie spotyka?

Tak, to prawda. Taka czysta depresja nazywana jest depresją waniliową. Ona w obecnych czasach nie będzie występowała. Po pierwsze ze względu na późne rozpoznanie zaburzenia. Nie pamiętam osoby, która przyszła do mnie i miała „książkową” depresję 3–4 tygodni. Raczej pacjent pojawia się po miesiącach trwania epizodu. Ponieważ depresja trwa od miesięcy, ci ludzie muszą sobie jakoś radzić ze swoim stanem psychicznym – sięgają po alkohol, benzodiazepiny. Dlatego nie ma takich czystych, oczywistych epizodów.

Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (selective serotonin reuptake inhibitor – SSRI) to grupa leków, od których zazwyczaj zaczyna się leczenie epizodu depresyjnego. Jakie są ich zalety?

Tak, leczenie zwykle zaczyna się od SSRI, ale nie jest tak, że są to leki pierwszego rzutu. Ja uważam, że leki pierwszego rzutu to te, które są odpowiednio dla konkretnego pacjenta. Skąd zatem taka popularność SSRI? Zasłużyły na nią łatwością stosowania – jeden raz dziennie, nieskomplikowanym dawkowaniem, a głównie dobrym efektem przeciwlękowym. SSRI działają przeciwdepresyjnie, ale najpierw przeciwlękowo – efekt przeciwdepresyjny pojawia się wtórnie do efektu przeciwlękowego. A przypomnę, że najczęstsza jest depresja ze współistniejącym lękiem. Wracając do dawkowania SSRI – wystarczy, że poda się dawkę zarejestrowaną. W przypadku SSRI dawki zarejestrowane są dawkami efektywnymi klinicznie, nie ma kombinowania jak przy innych grupach leków.

Czy SSRI to homogenna grupa?

Nie ma jednej depresji, ona może mieć różne oblicza i różne objawy. Dlatego nie ma jednego leku dla wszystkich. Leki przeciwdepresyjne są różne. Jedne działają bardziej przeciwlękowo i na natręctwa myślowe, inne bardziej aktywizująco, kolejne działają przeciwbólowo i przeciwdepresyjnie, jeszcze inne przeciwlękowo i poprawiają sen. Generalnie leki trzeba dopasować do chorego, do obrazu klinicznego i chorób współistniejących.

Spotkałam się z poglądem eksperta, że najlepiej jest, jeśli lekarz pierwszego kontaktu ma kilka sprawdzonych leków przeciwdepresyjnych, np. trzy. I stosując te leki, może pomóc większości pacjentów.

Ja uważam, że jeśli będzie miał w portfolio cztery albo pięć leków, to może skutecznie leczyć większość pacjentów. Wśród SSRI mamy m.in. escitalopram, citalopram, sertralinę, paroksetynę. Lekarze wybierają najczęściej citalopram, escitalopram i sertralinę z uwagi na łatwość stosowania i dawkowania oraz małe ryzyko działań niepożądanych. Citalopram jest dość powszechnie stosowany we

”

Bezsenność, zaburzenia ze strony klatki piersiowej imitujące chorobę serca oraz zaburzenia brzuszno-jelitowe – to trzy główne maski depresji

wszystkich grupach wiekowych, bo ma dobre badania u pacjentów starszych i po udarach oraz z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi towarzyszącymi zespołom otępiennym. Jest on mieszaniną racemiczną dwóch enancjomerów: r-citalopramu i s-citalopramu, które różnią się właściwościami farmakologicznymi. W porównaniu z innymi SSRI cechuje się niskim ryzykiem interakcji. To jeden z lepiej tolerowanych leków z grupy SSRI oraz w ogóle spośród leków przeciwdepresyjnych. Stosowany w standardowych, zarejestrowanych dawkach nie powoduje istotnego zagrożenia kardiologicznego.

Największe korzyści z leczenia citalopramem, jak się wydaje, mogą odnieść pacjenci z depresją, u których wśród objawów dominują nasilony lęk, nadmierne pobudzenie, drażliwość i impulsywność. Ze względu na mechanizm antyhistaminowy citalopram wycisza, poprawia sen, zmniejsza niepokój i agitację pacjenta. Bardzo dobrze działa u osób starszych z niepokojem. Warto również podkreślić jego nieco mniejszy potencjał powodowania dysfunkcji seksualnych u mężczyzn w porównaniu z innymi SSRI.

Z kolei wenlafaksyna, przedstawiciel inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (serotonin norepinephrine reuptake inhibitor – SNRI), działa lepiej u osób z depresją i zmęczeniem. Żeby wykorzystać jej pełen potencjał, czyli zarówno działanie na serotoninę, jak i noradrenalinę, należy ją podawać w dawkach dobowych większych niż 150 mg. Gdy podamy 75 mg wenlafaksyny, to uzyskamy efekt SSRI. Jeżeli chcemy dodać pacjentowi energii, zaktywizować go, czyli działać na noradrenalinę, a także uzyskać efekt przeciwbólowy, należy stosować wenlafaksynę w większej dawce. W Polsce w warunkach POZ wenlafaksyna często bywa niedostatecznie dawkowana. Lekarze zatrzymują się na 75 mg i nie wykorzystują potencjału tego leku poprzez poszerzenie jego mechanizmu działania.

Kolejnym lekiem, który warto mieć w swoim portfolio, jest mianseryna. To propozycja dla pacjentów, którzy skarżą się na lęk, bezsenność i niepokój, oczekują poprawy snu i większej sedacji. Klasykami do leczenia depresji z bezsennością są mianseryna, mirtazapina i trazodon. Mirtazapina raczej nie będzie lekiem pierwszego rzutu, bo to mocny lek, powodujący silną sedację, z szeregiem działań niepożądanych. Jest ona jednak często stosowana, szczególnie w małych dawkach, bo wtedy bardzo dobrze obniża ciśnienie krwi, wpływa na architekturę snu i działa przeciwlękowo.

Tak jak zauważyłem wcześniej, cztery–pięć leków warto mieć w swoim portfolio. Jeśli znalazłby się w nim citalopram, sertralina, duloksetyna, wenlafaksyna, mianseryna i trazodon, to lekarz POZ będzie w stanie pomóc 90 proc. pacjentów.

Warto jeszcze przypomnieć, że leczenie depresji jest długotrwałe i pacjent musi mieć tego świadomość. Jak długo leczy się epizod depresyjny?

Brytyjczycy mówią, że po pierwszym epizodzie pacjent powinien być leczony 6–9 miesięcy, my w Polsce uważamy, że 9 miesięcy, przy czym zawsze należy ocenić ryzyko nawrotu. Jeżeli pacjent ma więcej niż trzy czynniki ryzyka nawrotu, to powinien być leczony dłużej. Ale pierwszy epizod powinno się leczyć optymalnie 9 miesięcy. Nie należy odstawiać leku zimą, bo to nie są sprzyjające warunki. W miarę możliwości warto kierować chorego na psychoterapię, która pozwala ugruntować remisję i zapobiegać nawrotom. Zaburzenia lękowe uogólnione leczy się dłużej, minimum rok, a niektóre zalecenia mówią o 18 miesiącach. Leczenie musi być połączone z oddziaływaniami terapeutycznymi. Zaburzenia lękowe mają większą tendencję do nawracania. Kiedy chorzy przestają brać leki i nie chodzą na psychoterapię, odsetek nawrotów jest większy. W związku z tym bardzo przydatna jest edukacja pacjenta w zakresie konieczności prowadzenia psychoterapii.

Rozmawiała Iwona Kazimierska



Fot. iStockphoto