

Stefan Krzymiński

### **OMÓWIENIE PUBLIKACJI:**

#### **ŁUKASZ ŚWIĘCICKI. (RED.) DEPRESJA. ZESZYT EDUKACYJNY\***

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychicznie Chorych SPZOZ w Ciborzu

Dyrektor Szpitala: mgr Beata Kotus

\*Medycyna po Dyplomie. 2011; 4(39).

Publikacja ta, przeznaczona dla lekarzy pierwszego kontaktu (ogólnych, rodzinnych), przydać się może każdemu lekarzowi niezależnie od specjalności, także psychiatrze. W siedmiu jej rozdziałach jasno i zwięźle przedstawiono najistotniejsze problemy związane z rozpoznawaniem i leczeniem depresji. Istotę rzeczy oddaje już „Wstęp” autorstwa Redaktora zeszytu. Pisząc, że „Depresja jednak istnieje!” autor celnie wymienia pięć związanych z nią mitów. Trudno się nie zgodzić, że depresja, jako użyteczna kategoria diagnostyczna, przestała istnieć. Niestety i my psychiatrzy mamy w tym swój udział. Wiele razy, nim zdążyłem się przedstawić, słyszałem: „bo ja mam depresję, powiedział/a mi to doktor... i zapisał/a na nią leki ale już nie pomagają”. Nigdy nie była to depresja. Jednak znana mi „rekordzistka” przyjmowała jednocześnie sześć leków na „depresję”. Rozmywanie się pojęcia depresji trafnie ujął Miron Białoszewski [1] pisząc: „Dawniej ludzie mieli zmartwienia, teraz mają depresje. A powody te same: pieniądze, mieszkanie...”. Rację ma profesor Święcicki pisząc, że obecna cywilizacja (określana jako zachodnia) nie powinna być źródłem poważnego dyskomfortu. Zgodzić też się trzeba, że oceny częstości depresji są wysoce zawyżone. Profesor Antoni Kępiński [2] pisał o wrażeniu, iż depresja jest „wszechobecna”. Odnosił to do faktu, iż niemal w każdej chorobie spotkać można obniżenie nastroju. Takie pojmowanie depresji czy raczej smutku jest zrozumiałe. Smutek zaś, jak słusznie wskazuje profesor Święcicki, chorobą nie jest. Podkreśla też, że depresja jest chorobą taką samą jak inne, a medyczny model jej leczenia jest najwłaściwszym, jeśli nie jedynym. Warto o tym pamiętać.

Doktor Paweł Gosek ciekawie przedstawił pułapki kliniczne związane z prowadzeniem pacjenta z objawami zespołu depresyjnego w praktyce lekarza rodzinnego. Najważniejsze jest jednak kilka prostych zasad. Mianowicie: u pacjentów z objawami choroby psychicznej podstawą rozpoznania pozostaje rzetelne badanie kliniczne; smutek nie jest równoznaczny z depresją; zespół depresyjny może mieć wieloraką etiologię; poprawa (zgłaszana przez pacjenta) nie jest równoznaczna z remisją; lęk jest jednym z kluczowych objawów zespołu depresyjnego; każdy lek wywołuje działania niepożądane; 40-50% pacjentów odstawia leki przeciwdepresyjne, wbrew zaleceniom lekarza, w fazie podtrzymującej; najskuteczniejszą metodą leczenia depresji z objawami psychotycznymi jest leczenie elektrowstrząsowe.

Doktor Katarzyna Drozd omówiła farmakoterapię depresji. Trudno nie zgodzić się ze stwierdzeniem, że pierwszym krokiem do sukcesu terapeutycznego jest prawidłowa diagnoza. Wątpię tylko czy lekarz rodzinny, podejmujący się leczenia depresji, wykona zalecane badania: od oceny neurologicznej po badanie EEG i tomografię komputerową mózgu. Pytanie czy lekarz rodzinny może leczyć depresję jest słuszne ale autorka odpowiada na nie nieco wymijająco. Bo: „Lekarz rodzinny może leczyć depresję pod warunkiem, że...”. Istota rzeczy mieści się w tym „...pod warunkiem, że...”. To prawda, że lekarze rodzinni często od lat znają pacjenta, całe rodziny. Wątpię jednak czy „tu i teraz” jest to pomocne w diagnostyce i leczeniu depresji. Sądzę, że największą przysługą jaką możemy oddać lekarzowi rodzinemu jest wydanie pacjentowi, po leczeniu szpitalnym, karty informacyjnej z jasnym rozpoznaniem, przejrzystą epikryzą, prostym schematem leczenia depresji, najlepiej w monoterapii. Tak samo należy sformułować informację gdy pacjent leczony był w poradni zdrowia psychicznego.

Doktor Magdalena Chojnacka odniosła się do depresji w chorobach somatycznych. Słusznie stwierdziła, że każda choroba somatyczna może prowadzić do zaburzeń psychicznych. Dotyczy to także zaburzeń nastroju. Podawane w piśmiennictwie, również przez autorkę, wysokie wskaźniki występowania zaburzeń depresyjnych u pacjentów zgłaszających się do poradni ogólnych i specjalistycznych ( 30-40%, nawet 70%) wydają się zbyt wysokie. Chyba, że za takie uzna się pojedyncze objawy nie tworzące pełnego zespołu depresyjnego lub epizody przygnębienia, trwające od kilku minut do kilku dni, będące naturalną reakcją na chorobę. Ciekawego spostrzeżenia dokonali przed laty Busse i Pfeiffer [3]. Mianowicie, że psychozy afektywne rozpoznawano u niemal połowy pacjentów po 65.r.ż. przyjmowanych do prywatnych szpitali psychiatrycznych i tylko u 10% przyjmowanych do

szpitali publicznych. Ta druga cyfra odpowiada liczbie pacjentów z zaburzeniami afektywnymi leczonych zwykle w naszym oddziale psychogeriatrycznym.

Istotne w tym rozdziale jest stwierdzenie, że choroba somatyczna ogranicza wybór leku przeciwdepresyjnego a narzędzia przesiewowe nie mogą zastąpić oceny klinicznej oraz, że przede wszystkim należy leczyć chorobę podstawową. Spotykałem „bohatersko” leczoną depresję, u osób w mocno zaawansowanym wieku, kiedy to wyrównanie hipotonii, wywołanej tym leczeniem, dawało nadzwyczajną poprawę stanu psychicznego.

Dobrze, że autorka przytacza propozycje Rao dotyczące wykrywania współistniejącej depresji. Zwłaszcza uwzględnienie objawów dla depresji charakterystycznych- poczucia bezradności, beznadziejności, obwiniania siebie, odbierania choroby jako kary za złe uczynki. Jest to najwłaściwsze podejście.

Osobny rozdział poświęcono lekom o działaniu depresjogennym (dr Paweł Gosek). Najważniejsze wydaje się stwierdzenie, że w przypadku większości leków niewiele jest rzetelnych danych potwierdzających ich depresjogenne działanie. Odsetek pacjentów, u których występują objawy depresji jest znikomy i rzadko przekracza kilka procent. Bilans ryzyka depresji i korzyści z terapii konkretnym lekiem należy oceniać indywidualnie dla każdego pacjenta. Tak racjonalnemu podejściu można tylko przyklasnąć.

Doktor Jarosław Torbiński przedstawił biologiczne nefarmakologiczne metody leczenia depresji. Wskazał na mity dotyczące leczenia elektrowstrząsowego. Jest to najważniejsza część tego rozdziału. Bo chociaż skuteczność leczenia EW w stanach, które autor wymienia, nie budzi wątpliwości to nadal towarzyszy im czarna legenda. Inne metody-przeznaczszkową stymulację magnetyczną, stymulację nerwu błędnego, głęboką stymulację mózgu, fototerapię, deprivację snu autor przedstawił zwięźle i stosownie do ich realnej wartości. Słusznie też pisze, iż ważne jest by lekarze pierwszego kontaktu mieli świadomość istnienia takich metod leczenia.

Profesor Tadeusz Parnowski przejrzyście i zwięźle omówił zaburzenia afektywne u osób w wieku podeszłym. Słusznie zwrócił uwagę na problemy wynikające z wielochorobowości i polipragmazji. Samoistną wartość ma stwierdzenie, iż pojęcie „bezpieczny lek” jest u pacjentów w wieku podeszłym teoretyczne. Warto je cytować już przy pierwszym kontakcie z pacjentem i jego opiekunami.

Trudno mi zgodzić się z autorem, że depresję w wieku podeszłym rozpoznaje się rzadko. Sądzę, że jest przeciwnie. Wątpię też by u co trzeciej osoby po 75. roku życia występowała depresja.

Częstość dużej depresji maleje z wiekiem [4]. U osób w wieku podeszłym jest znacząco niższa niż w innych przedziałach wiekowych [5]. Sądzę, że pojęcie depresji (zjawiska medycznego) coraz częściej u osób w wieku podeszłym staje się zamiennikiem pojęcia osamotnienia (zjawiska społecznego). Osamotnienia nie należy utożsamiać z samotnością, która jest zjawiskiem fizycznym [6]. Osoby rzeczywiście samotne zwykle funkcjonują lepiej niż osamotnione [3]. Obecnie zjawisko osamotnienia, nie samotności, u osób w wieku podeszłym zdaje się nasilać. Nierzadko pacjentem/ką oddziału psychogeriatrycznego jest osoba, przyjęta z powodu depresji, której córka mieszka na przykład w Szkocji a syn w Kanadzie. Pacjentka taka, bo zwykle są to kobiety, na pytanie co jej dolega odpowiada „samotność” Po zamianie tego na „osamotnienie” uzyskujemy właściwe rozpoznanie. Na ten „zespół osamotnienia” składają się różne objawy nerwicowe, somatyzacyjne (niezależnie od rzeczywistych chorób somatycznych) przede wszystkim jednak silne poczucie krzywdy. Postawione wcześniej rozpoznanie depresji żyje już własnym życiem jako fakt medyczny. Próba zdefiniowania, w jej miejsce, zjawiska społecznego budzi, zrozumiały zresztą, opór pacjenta, jego rodziny. Oczywiście poczucie osamotnienia nierzadko miewają osoby starsze mieszkające ze swoimi rodzinami.

Nie sądę by, jak pisze autor, aż w 20-30% przypadków chorych hospitalizowanych błędnie rozpoznawano objawy depresji jako otępienie. Rozsądne jest przyjęcie, że nie więcej niż 2% przypadków depresji w wieku podeszłym branych jest za otępienie [7]. Takie wątpliwe przypadki należy leczyć jak depresję. O ostatecznym rozpoznaniu zadecyduje jego skuteczność [8].

Rzecz jasna łatwiej wyrażać wątpliwości, nie zgadzać się z autorami, niż przygotować publikację, która zwięzłe i rzeczowo realizuje zamierzony cel. W tym przypadku przybliżenie problematyki depresji lekarzom rodzinnym. To, moim zdaniem, w pełni udało się Redaktorowi i Autorom tego zeszytu edukacyjnego. Mocną stroną każdego rozdziału są liczne tabele ogniskujące to co szczególnie warte jest zapamiętania. Mogę tylko powtórzyć, iż jest to publikacja wartościowa nie tylko dla tych, do których bezpośrednio ją adresowano.

#### **Piśmiennictwo:**

1. Białoszewski M. Tajny dziennik. Kraków: Wydawnictwo Znak; 2012.
2. Kępiński A. Melancholia. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1974.
3. Busse EW, Pfeiffer E. Functional psychiatric disorders in old age. W: Busse EW, Pfeiffer E. eds. Behavior and adaptation in late life. Boston: Little, Brown and Comp. (Inc.); 1977. s. 158-211.
4. Kłoszewska I. Psychogeriatrya. Zagadnienia kliniczne. Psychiatria po Dyplomie. 2012; 9, 4: 32-37.
5. Rabheru K. Problemy leczenia depresji u chorych w podeszłym wieku. Psychiatria w Praktyce. 2005; 4, 1: 10-12.
6. Międzyrzecki A. Z dzienników i wspomnień. Warszawa: Wydawnictwo Sic!; 1999.
7. Heston LL, White JA. Dementia. A practical guide to Alzheimer's disease and related illnesses. New York: WH Freeman Comp.; 1983.
8. Rybakowski J, Jaracz J. Leksykon manii i depresji. Poznań. Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2010.