

RÓŻNICOWANIE ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH

Wprowadzenie

Mam wrażenie, że wiele osób nie do końca rozumie, jak to jest z tym różnicowaniem i po co to komu potrzebne. Może po prostu kojarzy się nam to ze szkołą – mam na myśli uczelnie, które kiedyś nazywały się Akademią Medycznymi, a teraz to już sam nie wiem jak. W szkole ciągle coś trzeba było różnicować, a człowiek miał wrażenie, że to tylko sztuka dla sztuki, a jak „coś jest, to przecież jest”. Od wielu lat uczestniczę w egzaminach specjalizacyjnych z psychiatrii i wydaje mi się, że takie jest właśnie podejście osób zdających: albo są zbuntowane wobec szkolnej tradycji i w ogóle unikają różnicowania, nawet wtedy, gdy bardzo się je o to prosi, albo nadal są szkolnymi prymusami i wówczas różnicują wszystko ze wszystkim, tak iż jest to zupełnie pozbawione sensu.

Tymczasem w psychiatrii, nie tylko w diagnostyce zaburzeń afektywnych, różnicowanie, ale takie prawdziwe, użyteczne, nie szkolne, ma bardzo duży sens i zastosowanie. Trzeba pamiętać, że rozpoznanie w psychiatrii ma charakter probabilistyczny. Ze względu na brak obiektywnych metod potwierdzenia diagnozy, a z drugiej strony – na bardzo dużą komplikację przedmiotu badania, jakim jest ludzka psychika w całym swoim bogactwie, nigdy nie możemy być całkiem pewni naszego rozpoznania. Zawsze jest to tylko „z dużym prawdopodobieństwem to”, ale być może „niezupełnie to”. Czy jest dla nas ważne, czym jest to „niezupełnie to”, czy jest to tylko ciekawostka? Odpowiedź jest prosta – to jest dla nas naprawdę ważne, ponieważ często decyduje o wielu niuansach postępowania. Umiejętność dobrego różnicowania w dużym stopniu wpływa na to, czy jest się lekarzem niezłym czy też naprawdę dobrym. A to przecież ważna różnica.

W tym rozdziale chciałbym przedstawić tylko kilka najważniejszych zagadnień dotyczących różnicowania, ponieważ jest to temat obszerny i trudny. Zdaję sobie sprawę, że w codziennej praktyce lekarza ro-

dzinnego niełatwo jest znaleźć czas na coś, co nawet wielu psychiatrów uważa, wprawdzie zupełnie niesłusznie, za nadmierny luksus.

Depresja w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej i dwubiegunowej

Jeśli u pacjenta, który się do nas zgłosił, rozpoznajemy – na podstawie objawów opisanych w poprzednich rozdziałach tego poradnika – depresję, to jest dla nas w praktyce bardzo istotne, czy jest to depresja o charakterze nawracającym (choroba afektywna jednobiegunowa) czy też tylko jeden z rodzajów epizodów chorobowych, które mogą występować u tej osoby (choroba afektywna dwubiegunowa). W tym drugim przypadku musimy przecież zachować czujność ze względu na możliwość zmiany fazy chorobowej z depresyjnej na maniacką. W typowej sytuacji leczenia w ambulatorium przez lekarza rodzinnego obserwator z zewnątrz (czyli właśnie tenże lekarz) może odnieść wrażenie, że jego pacjent, który do tej pory skarżył się na złe samopoczucie, zniechęcenie i obniżenie nastroju, staje się coraz zdrowszy, coraz zdrowszy, niezwykle zdrowy i w tym momencie przestaje przychodzić na kolejne wizyty. Lekarz najczęściej nie wie, co dzieje się „po drugiej stronie lustra”, czyli w prawdziwym życiu pacjenta, a nie tylko w tych drobnostkach jego ułamkach, które można obserwować podczas wizyty. Tymczasem cudownie zdrowiejący pacjenci to najczęściej osoby z chorobą afektywną dwubiegunową, a ich zdrowienie jest w rzeczywistości początkiem nowej fazy chorobowej – tym razem manii.

Różnicowanie depresji w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej i dwubiegunowej jest bardzo istotne w praktyce, ponieważ u pacjentów z ChAD (choroba afektywna dwubiegunowa) lekarz musi być przygotowany na ryzyko zmiany fazy. To, co przy nieuważnej i pobieżnej obserwacji sprawia wrażenie powrotu do zdrowia, może być jedynie początkiem kolejnej fazy choroby.

W praktyce ambulatoryjnej często wygląda to tak, że przychodzący do lekarza pacjent z depresją zaczyna się czuć coraz lepiej, chwali swojego doktora i jest bardzo zadowolony, a potem nie widzimy go już wcale aż do następnej depresji. Dopiero, często przypadkowa, rozmowa z bliskimi pozwala na uzyskanie informacji, że okres pomiędzy

depresjami był „dziwny”, pacjent „był innym człowiekiem”, „był niemity”, „narobił sobie problemów”. Jeśli usłyszymy coś takiego o człowieku, u którego kiedyś rozpoznaliśmy depresję, możemy być niemal pewni, że w rzeczywistości chodzi tu o chorobę afektywną dwubiegunową. Na podstawie samego obrazu klinicznego depresji nie można odróżnić ChAJ (choroba afektywna jednobiegunowa) od ChAD, jednak można mieć pewne podejrzenia. Ważne cechy różnicujące zamieszczono w poniższej tabeli.

TABELA 5-1.
Różnice pomiędzy depresją w przebiegu ChAJ i ChAD

ChAJ	ChAD
Epizody depresji są zwykle dłuższe, często trwające ponad 6 miesięcy.	Epizody zazwyczaj krótsze, często trwające 2–3 miesiące, czasem nawet kilka tygodni.
Liczba epizodów w dotychczasowym życiu niewielka – rzadko więcej niż 3–4.	Zwykle dużo epizodów, często 6–8, czasem więcej niż 10, niekiedy „trudno policzyć”.
Trudno policzyć epizody, ponieważ pacjent zwykle nie potrafi powiedzieć, kiedy kończyła się depresja: „trwała, trwała, a potem chyba się jakoś skończyła”.	Pacjent najczęściej bardzo dokładnie wie, kiedy skończyła się depresja, często potrafi wręcz podać datę, depresja kończy się „jak ręką odjął”.
Pacjent nie jest pewien, jak określić okresy między depresjami: „chyba dobrze”, „jakoś sobie radziłem” itp.	Pacjent bez wahania podaje, że okresy między depresjami były „świetne”, „wspaniałe”, a czasem nawet, że „czuł się jak nigdy”, „czuł się tak, jakby się na nowo narodził”.
Wśród krewnych pierwszego stopnia nie występują zaburzenia dwubiegunowe.	Wśród krewnych pierwszego stopnia mogą występować zarówno zaburzenia dwu-, jak i jednobiegunowe.
W depresji częściej silny lęk i niepokój oraz zaburzenia snu.	W depresji częściej duże spowolnienie, nadmierna senność.

Żadna z przedstawionych cech nie pozwala sama w sobie na różnicowanie między ChAD a ChAJ, jeśli jednak zbierze się kilka takich cech, to określone rozpoznanie staje się zdecydowanie bardziej prawdopodobne.

Depresja a zaburzenia lękowe

W powszechnej opinii specjalistów zajmujących się zaburzeniami lękowymi są to najczęściej występujące zaburzenia psychiczne. Trudno znaleźć rzetelne dane dotyczące częstości ich występowania ogółem – w różnych opracowaniach podaje się zwykle dość dokładnie częstość występowania poszczególnych zaburzeń, jednak danych tych nie można po prostu sumować, ponieważ wiadomo, że wiele zaburzeń współwystępuje ze sobą, nie mówiąc już o tym, że nie zawsze są one precyzyjnie rozpoznawane przez tych, którzy o nich piszą – wydaje się, że dość częste jest zjawisko nadmiernie częstego rozpoznawania problemu, którym akurat się zajmujemy, czemu trudno się zresztą dziwić. Niewątpliwie jednak częstość występowania zaburzeń lękowych szacuje się na kilkanaście procent w populacji ogólnej w okresie całego życia. Z tego względu jest znacznie bardziej prawdopodobne, z powodów epidemiologicznych, że u pacjenta, którego badamy, występują zaburzenia lękowe, a nie zaburzenia depresyjne, ponieważ pacjentów pierwszego „typu” jest po prostu więcej. Utrudnienie w różnicowaniu stanowi jednak fakt, iż zaburzenia lękowe często współwystępują także z depresją. Szacowana częstość ich współwystępowania wynosi ponad 20%! Tak więc na podstawie samego faktu większego prawdopodobieństwa zetknięcia się z zaburzeniami lękowymi nie można wysuwać ostatecznych wniosków. Dodatkowy problem polega na tym, że lęk niemal zawsze w jakiejś formie towarzyszy depresji. Autorzy obowiązujących obecnie klasyfikacji międzynarodowych (ICD-10, DSM-IV) jakby „zapomnieli” o tym i nie umieszczają lęku wśród podstawowych objawów depresji (można się domyślać, że chcieli w ten sposób ułatwić rozpoznawanie), tymczasem w praktyce rzadko zdarza się, aby w depresji lęk nie występował (przeciwnie – w zaburzeniach lękowych stosunkowo często nie występuje depresyjne obniżenie nastroju). I właśnie w ten sposób należy o tym myśleć: lęk nie towarzyszy depresji ani z nią nie „współwystępuje”, jak się to często przedstawia – jest jednym z jej stałych elementów. Prawdopodobnie właśnie to zjawisko jest przyczyną największej liczby pomyłek diagnostycznych.

Zespół lęku napadowego

Ocenia się, że lęk napadowy występuje w ciągu całego życia u nieco ponad 1% mężczyzn i u około 3% kobiet. W rzeczywistości różnice te mogą być jednak mniej wyraźne, ponieważ powszechnie wiadomo, że mężczyźni rzadziej poszukują pomocy lekarskiej. W tab. 5-2 przedstawiono podstawowe cechy pozwalające na odróżnienie zespołu lęku napadowego od depresji.

TABELA 5-2.
Różnicowanie zespołu lęku napadowego i depresji

Zespół lęku napadowego	Depresja
Początek jest zawsze nagły, dramatyczny, najczęściej z poczuciem ciężkiej choroby somatycznej, umierania. Określany jest przez pacjentów jako atak.	Początek zwykle stopniowy, podstępny. Otoczenie często zauważa, że pacjent się zmienił, jeszcze zanim sam chory taką zmianę zauważy. Nikt nie użyje w stosunku do początku depresji określenia „atak”.
Napad lęku trwa kilkanaście, kilkadziesiąt minut, potem zwykle całkowicie ustępuje, co pacjent często niesłusznie wiąże z jakąś interwencją medyczną (zwykle polega ona na podaniu słabego środka uspokajającego, ale objawy mogą także ustąpić po podaniu placebo).	Epizod depresji trwa z różnym nasileniem przez okres co najmniej dwóch tygodni, znacznie częściej jest to czas rzędu kilku miesięcy. W tym okresie pacjent stale ma poczucie choroby. Doraźne podawanie leków może zmniejszać lęk i niepokój, jednak nie daje poczucia ustąpienia choroby, co najwyżej uczucie „wyraźnej, ale bardzo krótkiej poprawy”.
W okresie między napadami lęku pacjent czuje się początkowo zupełnie dobrze, ale w miarę trwania zaburzeń napady stają się zwykle coraz częstsze, a chory z coraz większym lękiem oczekuje na wystąpienie kolejnego ataku („lęk przed lękiem”). Właśnie w tym okresie zespół lęku napadowego może przypominać depresję.	Depresja trwa w zasadzie nieprzerwanie, jednak bardzo charakterystyczne są dobowe wahania nastroju – z reguły samopoczucie wieczorem jest znacznie lepsze, czasem nawet zupełnie dobre, a rano bardzo wyraźnie gorsze. Bywa też odwrotnie. Niekiedy wahania okołodobowe są tak duże, że pacjent określa swój stan, np. w godzinach wieczornych, jako „zdrowie”.
Na początku zaburzeń z reguły nie występuje poczucie choroby psychicznej, pacjent intensywnie poszukuje pomocy u lekarzy różnych specjalności, jednak nie u psychiatry. Wizyta u psychiatry jest często związana z wyczerpaniem innych możliwości.	Poczucie choroby psychicznej najczęściej występuje (choć nie musi tak być), co nie znaczy, że pacjent chętnie zgłasza się do psychiatry – jednak przyczyną zaniechania jest raczej unikanie stygmatyzacji.
Podawanie benzodiazepin o krótkim okresie półtrwania (szybko działających) jest zwykle skuteczne, jeśli chodzi o przerywanie lub zmniejszanie siły napadów. W leczeniu długoterminowym konieczne jest zwykle stosowanie leków przeciwdepresyjnych.	Benzodiazepiny zmniejszają nasilenie lęku, ale nie wywierają większego wpływu na depresję. Stosowanie leków przeciwdepresyjnych jest niezbędne.