

Praktyczne wskazówki jak leczyć depresję.

dr n. med. Anna Antosik-Wójcińska

Oddział Chorób Afektywnych

II Klinika Psychiatryczna

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Czym jest epizod “dużej” depresji: definicja wg DSM-5

Przynajmniej 5, spośród przedstawionych objawów występuje jednocześnie w ciągu 2 tygodni i stanowi zmianę w stosunku do dotychczasowego funkcjonowania. Przynajmniej jeden z objawów jest jednym z dwóch pierwszych na liście:

- obniżony nastrój
- spadek zainteresowania/odczuwania przyjemności
- zmiana masy ciała
- zaburzenia snu
- pobudzenie/spowolnienie psychoruchowe
- zmęczenie/brak energii
- poczucie braku wartości lub nadmierne albo nieadekwatne poczucie winy
- zmniejszona zdolność myślenia i koncentracji lub brak zdolności do podejmowania decyzji
- nawracające myśli o śmierci/myśli samobójcze
- klinicznie istotne cierpienie lub osłabienie

Rozpoznanie depresji wg ICD-10

Objawy podstawowe:

- Obniżony nastrój
- Utrata zainteresowań i zdolności do radowania się
- Zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności.

Objawy dodatkowe:

- Osłabienie koncentracji i uwagi.
- Niska samoocena i mała wiara w siebie
- Poczucie winy i małej wartości (nawet w epizodach o łagodnym nasileniu)
- Pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości
- Myśli i czyny samobójcze
- Zaburzenia snu
- Zmniejszony apetyt

Rozpoznanie depresji wg ICD-10

Dla ustalenia rozpoznania niezbędne jest stwierdzenie utrzymywania się zaburzeń przez okres co najmniej 2 tygodni, choć może to być okres krótszy wówczas, gdy objawy osiągają bardzo duże nasilenie i narastają szybko.

W przypadku konieczne jest stwierdzenie co najmniej 2 objawów podstawowych (obniżony nastrój nie musi być jednym z nich) i 2 objawów dodatkowych.

W przypadku zaburzeń depresyjnych nie spełniających kryteriów rozpoznania dla epizodu depresji np. gdy występuje tylko jeden objaw z listy objawów podstawowych, należy rozważyć inne zaburzenia depresyjne (np. reakcja depresyjna lub mieszane zaburzenia depresyjno-lękowe).

Czynniki ryzyka depresji

- przebyty epizod depresji w przeszłości
- depresja w rodzinie
- inne choroby psychiczne, uzależnienia
- przewlekłe choroby somatyczne
- osoby narażone na ostry i przewlekły stres z uwagi na sytuacje życiowe, wykonywany zawód i warunki pracy
- bezrobocie
- trudna sytuacja materialna
- osoby doświadczające różnorodnych trudności życiowych
- opiekunowie osób starszych

Podstawowe zasady leczenia

- Głównym celem leczenia jest uzyskanie jak najszybszej i pełnej poprawy obejmującej nie tylko ustąpienie objawów choroby, ale również powrót do normalnego funkcjonowania.
- Kluczowe znaczenie ma taki dobór leków, aby działały one na cały zespół objawów, a nie tylko na jego poszczególne składowe (jak np. leki nasenne czy uspokajające).
W leczeniu depresji podstawowe znaczenie ma współpraca z pacjentem, udzielenie mu informacji o jego chorobie, jej przyczynach, przebiegu, metodach leczenia, zasadności przyjmowania leków oraz o tym, w jaki sposób można zapobiegać nawrotom depresji lub też rozpoznać wczesne objawy nawrotu.

Czego oczekują pacjenci?

Hierarchia ważności:

- Dobrego zdrowia psychicznego (np. optymizm, entuzjazm, pewność siebie)
- Samopoczucia “jak zwykle”, normalności
- Powrotu do zwykłego poziomu funkcjonowania w pracy, domu lub szkole
- Poczucia panowania nad uczuciami
- Tworzenia i czerpania przyjemności ze związków z rodziną i przyjaciółmi
- Braku objawów depresji
- Ale czy te oczekiwania to jest „to samo” tylko innymi słowami?

Mierniki leczenia skutecznego i nieskutecznego

Remisja funkcjonalna vs objawowa

Skuteczność leczenia- perspektywa pacjenta

Przykłady wypowiedzi pacjentów

Skuteczność leczenia- oczekiwania lekarza

Schemat postępowania w leczeniu depresji

Leczenie zaburzeń depresyjnych odbywa się w trzech etapach:

-
- Faza ostra- leczenie aktywne (trwa zwykle 6-8tygodni)- czas od rozpoczęcia leczenia do uzyskania remisji objawowej.
 - Kontynuacja leczenia-leczenie podtrzymujące- powinna trwać co najmniej 6 miesięcy (niektóre rekomendacje wskazują, że co najmniej 9-12 miesięcy).
 - Leczenie profilaktyczne - jego celem jest zapobieganie nawrotom choroby w przypadku zaburzeń depresyjnych nawracających lub zaburzeń afektywnych dwubiegunowych.

Najczęstsze przyczyny nieskuteczności leczenia przeciwdepresyjnego:

- Zbyt krótko prowadzone leczenie (o nieskuteczności leczenia przeciwdepresyjnego możemy mówić po minimum 4 tygodniach przyjmowania leku w dawce terapeutycznej)
- Nieprawidłowe rozpoznanie
- Zbyt mała, nieterapeutyczna lub niedostosowana do nasilenia objawów dawka leku
- Niestosowanie się do zaleceń lekarza (pomijanie dawek, przyjmowanie leków o niewłaściwej porze, przyjmowanie leków w dawkach innych niż zalecone)
- Przedwczesna rezygnacja z leczenia z powodu objawów ubocznych
- Interakcje z innymi lekami

Najczęstsze błędy popełniane przez lekarzy:

- Bagatelizowanie skarg somatycznych jako hipochondrii
- Bagatelizowanie ryzyka samobójstwa
- Zbyt niska dawka leku przeciwdepresyjnego
- Zbyt krótki czas leczenia, szybkie zmienianie jednego leku przeciwdepresyjnego na drugi
- Politerapia
- Bagatelizowanie działań niepożądanych i interakcji lekowych
- Bagatelizowanie roli kontaktu terapeutycznego i właściwej współpracy lekarz-pacjent
- Dodawanie benzodiazepin lub zastępowanie leków przeciwdepresyjnych benzodiazepinami
- Niedostateczna edukacja chorego

Wybór leku przeciwdepresyjnego

- Leki przeciwdepresyjne, bez względu na mechanizm działania, charakteryzują się podobnymi odsetkami poprawy, wahającymi się w granicach 50-75%.
- Często o wyborze danego leku decydują nie tyle skuteczność, ale przede wszystkim **profil działania danego leku, cechy kliniczne depresji u danego pacjenta, tolerancja leku**, jego możliwe działania niepożądane, choroby współistniejące, obciążenia somatyczne i ryzyko potencjalnych interakcji z lekami przyjmowanymi przez pacjenta z powodu chorób towarzyszących.

Jak dobierać leki pod kątem profilu konkretnego pacjenta, prezentowanych przez niego klinicznych cech depresji?

Dlaczego ważniejszy od receptorów jest człowiek?

Podział najczęściej stosowanych leków przeciwdepresyjnych (dostępnych w Polsce) ze względu na mechanizm działania

- Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne- inhibitory wychwyty zwrotnego różnych monoamin
- Selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny
- Selektywne inhibitory wychwyty noradrenaliny
- Inhibitory wychwyty zwrotnego noradrenaliny i serotoniny
- Leki wpływające na neuroprzebieżność i bezpośrednio na receptory noradrenaliny i/lub serotoniny
- Leki zwiększające wychwyty zwrotne serotoniny
- Odwracalne inhibitory MAO B
- Leki wpływające na przebieżność noradrenaliny i dopaminy
- Leki modulujące aktywność receptorów serotoninergicznych oraz hamujące aktywność transportera serotoniny
- Leki wpływające na przebieżność melatoninergicznych i receptorów serotoninergicznych

Cechy kliniczne depresji a wybór leku przeciwdepresyjnego

Depresja z zahamowaniem, brak energii, apatia

Wenlafaksyna, reboksetyna, bupropion, wortioksetyna, moklobemid, agomelatyna

Depresja z natrętnymi myślami i czynnościami

Klomipramina, SSRI

Depresja z lękiem

Mirtazapina, agomelatyna, mianseryna, trazodon, TLPD

Depresja z bezsennością

Agomelatyna, mianseryna, mirtaapina, trazodon

Depresja z bólem

Wenlafaksyna, amitryptylina

Depresja z zaburzeniami
funkcji poznawczych

Wortioksetyna, agomelatyna, trazodon

Leczenie depresji w wybranych chorobach somatycznych

Choroba	Proponowane leczenie przeciwdepresyjne
Padaczka	Citalopram, mirtazapina, reboksetyna, moklobemid
Choroba wieńcowa	Citalopram(w dawkach poniżej 40 mg/d), sertralina
Choroby wątroby	Citalopram, paroksetyna, sertralina
Jaskra	SSRI(konieczna kontrola ciśnienia śródgałkowego)
Cukrzyca	SSRI
Niewydolność nerek	Fluoksetyna

Czynniki wpływające na wybór leczenia przeciwdepresyjnego:

- Cechy kliniczne depresji
- Profil działań niepożądanych
- Współistniejące choroby somatyczne i leki przyjmowane z ich powodu
- Wiek chorego i masa ciała
- Leczenie w poprzednich epizodach depresyjnych (jego skuteczność i tolerancja)
- Wspólchorobowość z innymi zaburzeniami psychicznymi
- Nasilenie objawów depresyjnych
- Stosowanie się pacjenta do zaleceń
- Doświadczenie lekarza ze stosowaniem danego leku
- Dostępność i cena leku

Do niefarmakologicznych metod leczenia zalicza się:

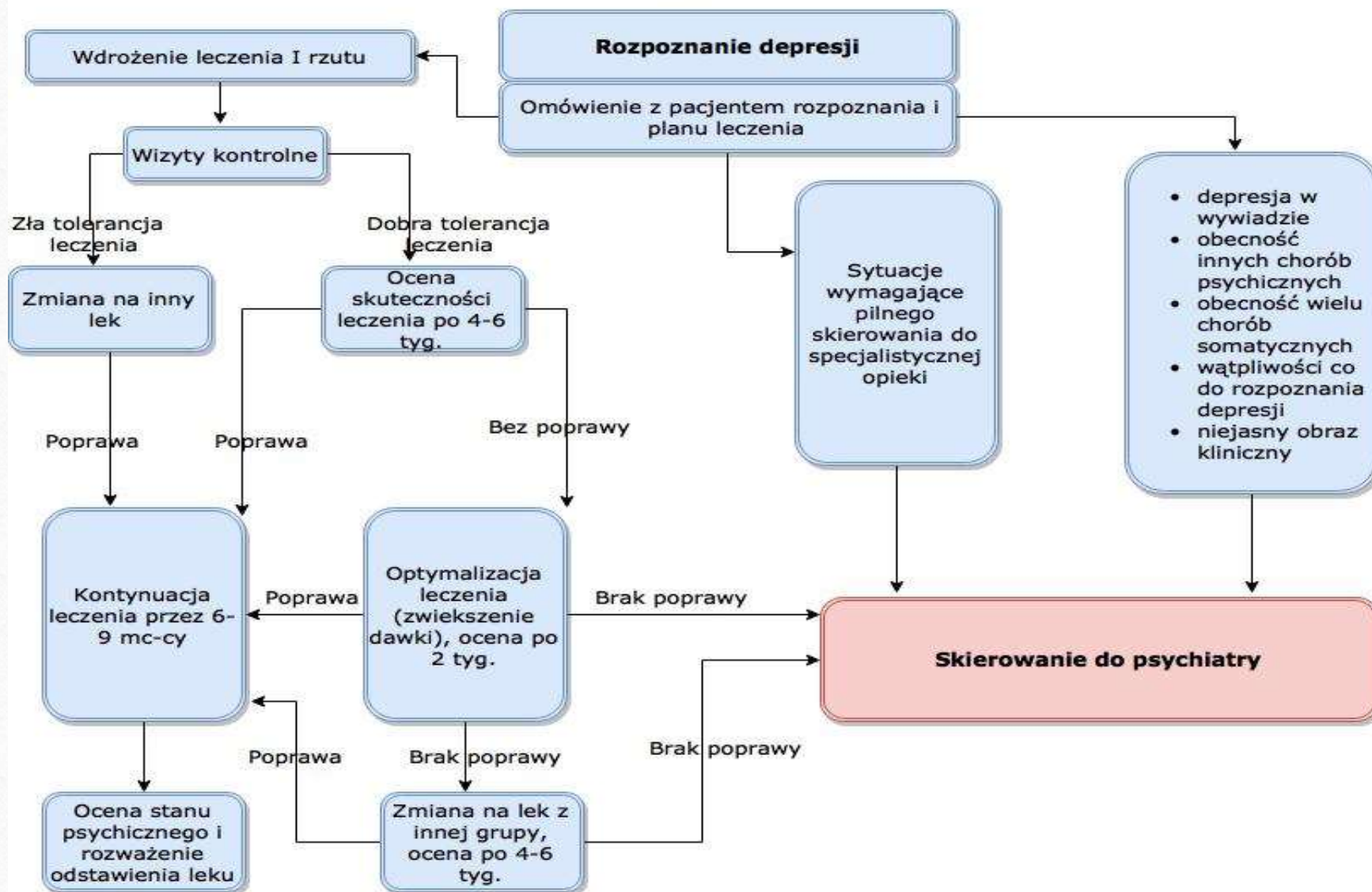
Psychoterapie

Metody biologiczne

- leczenie elektrowstrząsowe (EW)
- przezczaszkowa stymulacja magnetyczna (rTMS)
- stymulacja nerwu błędnego (VNS)
- głęboka stymulacja mózgu (DBS)
- fototerapia
- deprywacja snu

Dlaczego pacjenci odstawiają leki i
co z tego wynika?

SCHEMAT LECZENIA DEPRESJI W POZ



Kiedy należy kierować w trybie pilnym na konsultację psychiatryczną:

- deklarowanie myśli i tendencji samobójczych, myśli i dotyczących samookaleczenia (lub wynik >0 w punkcie 9 na skali PHQ-9)
- dużego nasilenie objawów depresyjnych, upośledzające wyraźnie codzienne funkcjonowanie pacjenta
- podejrzenie depresji psychotycznej
- podejrzenie choroby afektywnej dwubiegunowej
- gdy pacjent odmawia lub znacznie ogranicza przyjmowanie posiłków lub płynów

Rekomendacje odnośnie leczenia depresji dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej

- Przy wyborze leku przeciwdepresyjnego należy uwzględnić: cechy kliniczne depresji, profil działań niepożądanych, współistniejące choroby somatyczne i leki przyjmowane z ich powodu.
- Przy łagodnym i umiarkowanym nasileniu objawów, lekarz POZ może sam włączyć leczenie I rzutu.
- W przypadku wątpliwości co do rozpoznania, trudności w ustaleniu leczenia farmakologicznego, przy znacznym nasileniu objawów, w przypadku gdy jest to kolejny epizod depresji, w przypadku współistnienia innych zaburzeń psychicznych (w tym uzależnienia od alkoholu, leków uspokajających i nasennych oraz substancji psychoaktywnych) bądź przy współistnieniu wielu chorób somatycznych, wskazane jest kierowanie bezpośrednio do specjalisty psychiatrii.
- W przypadku sytuacji wymagających pilnej konsultacji specjalistycznej zaleca się niezwłoczne skierowanie do specjalisty psychiatrii.

Rekomendacje odnośnie leczenia depresji dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej

- Zaleca się jako leki I rzutu leki przeciwdepresyjne z grupy SSRI.
- W przypadku depresji z zaburzeniami snu i spadkiem apetytu można rozważyć włączenie mianseryny lub mirtazapiny. W zaburzeniach snu można rozważyć również trazodon.
- Lek należy stosować w dawce terapeutycznej.
- Zaleca się poinformowanie pacjenta o możliwych łagodnych i przemijających działaniach niepożądanych, które mogą wystąpić w pierwszym tygodniu stosowania leku oraz o przewidywanym czasie leczenia, po którym może nastąpić odczuwalna dla pacjenta poprawa (3-6 tygodni).

Rekomendacje odnośnie leczenia depresji dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej

- W przypadku wystąpienia nasilonych działań niepożądanych należy zmienić lek lub skierować pacjenta do specjalisty psychiatrii.
- Celem leczenia jest uzyskanie poprawy funkcjonalnej, czyli powrotu do funkcjonowania przedchorobowego.
- Ocena skuteczności leczenia przeciwdepresyjnego powinna mieć miejsce po 4-6 tygodniach.
- W przypadku poprawy stanu psychicznego leczenie przeciwdepresyjne należy kontynuować przez 6-9 miesięcy.
- Na każdym etapie leczenia w przypadku braku poprawy wskazana jest weryfikacja rozpoznania i przyjmowania leku przez pacjenta.
- W przypadku braku skuteczności leczenia po 4-6 tyg. wskazana jest optymalizacja leczenia (zwiększenie dawki leku).

Rekomendacje odnośnie leczenia depresji dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej

- W przypadku braku poprawy pomimo zwiększenia dawki leku przeciwdepresyjnego, wskazana jest zmiana leku przeciwdepresyjnego na lek z innej grupy lub skierowanie pacjenta do specjalisty psychiatrii.
- Zakończenie leczenia przeciwdepresyjnego powinno być poprzedzone ponowną oceną stanu psychicznego oraz wywiadem dotyczącym aktualnej sytuacji życiowej pacjenta (należy wnikliwie rozważyć odstawienie leku w przypadku obecności środowiskowych czynników ryzyka nawrotu depresji np. trudna sytuacja życiowa).
- Nie należy odstawiać leku nagle, zaleca się powolną redukcję dawki.
- Na każdym etapie leczenia wskazane jest rozważenie zalecenia oddziaływań psychoterapeutycznych (w depresji o niewielkim nasileniu jako jedyna forma leczenia, przy większym nasileniu objawów jako leczenie wspomagające obok farmakoterapii).

Podsumowanie

- Depresja może być skutecznie wykrywana na poziomie opieki podstawowej.
- Obecność objawów depresyjnych może i powinna być oceniana przez lekarzy innych specjalności (w tym lekarzy rodzinnych, internistów) za pomocą narzędzi przesiewowych.
- Większość rekomendacji zaleca rutynowe badanie przesiewowe całej populacji lub pacjentów z czynnikami ryzyka depresji.

Podsumowanie

- Do badania przesiewowego najczęściej zalecane jest użycie kwestionariusza PHQ-9
- Rozdźwięk pomiędzy liczbą leczonych pacjentów a rozpowszechnieniem depresji uwypukla skalę niezaspokojonych potrzeb.
- System ochrony zdrowia psychicznego w Polsce jest organizacyjnie nieprzygotowany i stanowi istotną barierę ograniczającą dostęp do wczesnego wykrywania i leczenia zaburzeń psychicznych, w tym depresji.
- Szkolenia lekarzy rodzinnych oraz model leczenia oparty skoordynowanej opiece lekarza rodzinnego i specjalisty psychiatri są najbardziej efektywne w profilaktyce depresji.
- Wczesne wykrycie i leczenie wpływa na szybszą remisję, zmniejsza liczbę nawrotów choroby i zmniejsza śmiertelność z powodu depresji.

Podsumowanie

- Promowanie zdrowia psychicznego i zapobieganie depresji powinno być priorytetem w działaniach zmierzających do zmniejszenia rozpowszechnienia depresji.
- Działania edukacyjno-informacyjne na szeroką skalę (kierowane do ogółu społeczeństwa, osób z grup ryzyka, ich rodzin) przyczyniają się do zmiany postrzegania problemu depresji oraz poprzez podniesienie wiedzy ułatwiają rozpoznawanie depresji przez samego pacjenta i jego otoczenie

Odpowiedzi na pytania