

Rozdział 2

Depresje – definicja, klasyfikacja, przyczyny

Termin „depresja” jest wieloznaczny: w języku codziennym używa się go w odniesieniu do złego samopoczucia, obniżonego nastroju, przygnębienia niezależnie od przyczyn tego stanu. W psychiatrii terminem tym określa się szczególny rodzaj zaburzeń nastroju i emocji, mianowicie takie, które można uznać za zjawisko chorobowe, a więc wymagające pomocy lekarskiej. Granica pomiędzy „normalnym” przygnębieniem a depresją jako stanem chorobowym nie jest ostra, co nie oznacza zupełnej bezradności diagnostycznej.

Na obecność zaburzeń depresyjnych mogą wskazywać następujące objawy i cechy:

Wygląd pacjenta

- mimika: uboga, wyraz twarzy: smutny lub napięty;
- głos: monotony (bez modulacji), tempo wypowiedzi: spowolnione;
- ruchy: spowolniałe, ociężałe;
- niepokój ruchowy (częsta zmiana pozycji ciała w czasie siedzenia, manipulowanie palcami rąk).

Skargi zgłaszane przez pacjenta

- poczucie stałego zmęczenia, ociężałości;
- niechęć do pracy, wykonywania codziennych czynności;

- „nic nie cieszy”, „nic nie interesuje”;
- brak satysfakcji z życia, niechęć do życia;
- gorsza pamięć, trudności ze skupieniem uwagi przy lekturze, oglądaniu telewizji;
- ciągle martwienie się (o dzień dzisiejszy, o jutro);
- poczucie wewnętrznego napięcia, niepokoju;
- unikanie kolegów, znajomych;
- płytki sen, wczesne budzenie się;
- złe samopoczucie rano;
- brak apetytu, chudnięcie;
- zaparcia, wysychanie błon śluzowych jamy ustnej;
- bóle (głowy, różnych grup mięśniowych).

Do kryteriów przydatnych w różnicowaniu stanów przygnębienia, których człowiek zdrowy doświadcza w życiu wielokrotnie, i prawdziwych stanów depresyjnych należy wiele szczególnych cech depresji jako zjawiska chorobowego, a mianowicie:

- obraz kliniczny, zwłaszcza nasilenie zaburzeń;
- czas utrzymywania się zaburzeń;
- skuteczność farmakoterapii;
- wpływ na funkcjonowanie w życiu codziennym, w pracy.

W tabeli 1 zestawiono bliższą charakterystykę wymienionych wyżej cech w obu grupach stanów emocjonalnych.

Można wyróżnić dwa podejścia do poszukiwania przyczyn zaburzeń depresyjnych i ich klasyfikowania. Jedno – prezentowane głównie przez psychiatrów europejskich – wiąże się z dążeniem do wyodrębniania i opisywania charakterystyki klinicznej licznych stanów depresyjnych, w zależności od ich znanej lub domniemanej przyczyny. Drugie – „unitarystyczne” – miało swoich zwolenników głównie wśród psychiatrów w Sta-

nach Zjednoczonych, którzy zaburzenia depresyjne traktowali bardziej całościowo i którzy większy nacisk kładli na określanie kryteriów diagnostycznych, podkreślając jednocześnie wieloprzyczynowość (wieloczynnikowość) depresji u człowieka.

Tabela 1. Cechy różnicujące przygnębienie fizjologiczne („normalne”) i depresję jako zjawisko chorobowe

Cecha	Przygnębienie	Depresja
Nasilenie	zazwyczaj złe samopoczucie, „chandra”	smutek, przygnębienie
Czas utrzymywania się	krótki (godziny)	długi (tygodnie, miesiące)
Poczucie choroby	zwykle nie występuje	często występuje
Dezorganizacja aktywności złożonej	zwykle nie występuje lub mało znacząca	często występuje

Tabela 2. Przyczyny depresji (klasyfikacja nozologiczna)

Przyczyny „endogenne” (hipotetyczne)

(w piśmiennictwie amerykańskim: „pierwotne zaburzenia depresyjne” – *primary depressive disorders*)

- Zaburzenia afektywne nawracające (choroby afektywne)
- Psychoza schizofreniczna

Przyczyny psychologiczne (zawody emocjonalne, straty)

- Depresje reaktywne
- Depresje w reakcji żałoby
- Depresje w przebiegu zaburzeń nerwicowych
- Depresje w przebiegu reakcji adaptacyjnych

Przyczyny somatyczne, organiczne

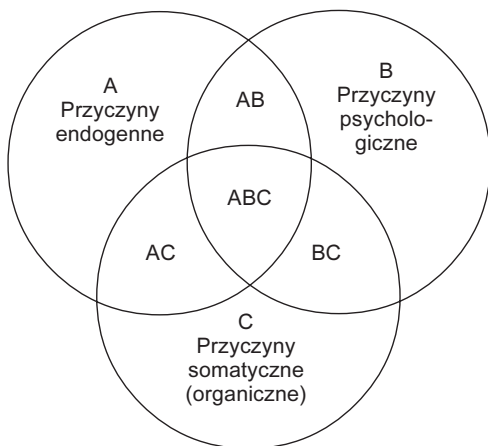
- Depresje w schorzeniach somatycznych
- Depresje związane ze stosowaniem leków i innych substancji, w przebiegu zatruc, uzależnień
- Depresje w chorobach organicznych mózgu

W tabeli 2 przedstawiono klasyfikację nozologiczną depresji. Wynika z niej, że ogół stanów depresyjnych można podzielić na trzy duże grupy, mianowicie na:

- grupę stanów depresyjnych występujących w przebiegu nawracających zaburzeń afektywnych (choroby afektywne, dawna nazwa: „psychoza maniakalno-depresyjna”); przyczyny nie są dostatecznie poznane, hipotetycznie wiązane z „podłożem endogenym” (por. też rozdział 4: „Zaburzenia afektywne nawracające”);
- depresje występujące w przebiegu różnorodnych schorzeń, nazywane też „depresjami objawowymi”, „depresjami somatogennymi”, „depresjami organicznymi”;
- depresje psychogenne, będące dużą i niejednorodną grupą stanów depresyjnych wiązanych z różnorodnymi urazami psychicznymi, zawodami emocjonalnymi.

Granice pomiędzy tymi trzema kategoriami zaburzeń depresyjnych nie zawsze są ostre, u niektórych chorych współistnieją dwie grupy czynników przyczynowych (przyczyny endogenne i schorzenia somatyczne, przyczyny endogenne i czynniki psychologiczne, które mogą być przyczyną depresji, schorzenia somatyczne lub organiczne mózgu i czynniki psychogenne), jest też grupa chorych depresyjnych, u których daje się stwierdzić współwystępowanie wszystkich trzech grup czynników przyczynowych (por. ryc. 1).

Nie podważa to jednak zasadności nozologicznego klasyfikowania zaburzeń depresyjnych, a wskazuje na potrzebę holistycznego podejścia do poszukiwania przyczyn depresji u poszczególnych osób oraz do udzielania im pomocy, która powinna mieć charakter kompleksowy i uwzględniać złożoność przyczyn i patogenezy depresji u człowieka. Zawężenie



Ryc. 1. Współwystępowanie różnych przyczyn depresji u jednego chorego

poła widzenia lekarza lub psychologa wyłącznie do jednego, często domniemanego czynnika przyczynowego (np. organicznego lub psychologicznego) może przynosić wiele szkód, w szczególności może być przyczyną małej skuteczności oddziaływań terapeutycznych.

W X wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania (ICD-10) wyodrębniono kilka kategorii diagnostycznych zaburzeń depresyjnych (por. też tabela 3), mianowicie:

- epizod depresyjny (odpowiednik „dużej depresji” w systemie DSM, por. rozdział 3: „Obraz kliniczny depresji i manii”);
- stany depresyjne nawracające (choroba afektywna jednobiegunowa) oraz depresje występujące w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych;
- grupę przewlekłych zaburzeń nastroju, w tym dystymię i cyklotymię;

- zaburzenia depresyjne występujące w schorzeniach organicznych o.u.n., chorobach somatycznych, związane ze stosowaniem leków i innych substancji oraz depresje jako przejaw reakcji adaptacyjnej.

Szczególnym problemem klinicznym są przewlekle utrzymujące się (wiele miesięcy, lat) zaburzenia nastroju, które dotyczą kilkanaście procent chorujących na depresję. Zaburzenia takie występują niekiedy u osób, które przeżyły kilka

Tabela 3. Klasyfikacja zaburzeń afektywnych (*affective disorders*) w systemach klasyfikacyjnych DSM-IV* i ICD-10**

<p>Zaburzenia afektywne dwubiegunowe syn.: Choroba afektywna dwubiegunowa Psychoza maniakalno-depresyjna Cyklofrenia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • w przebiegu choroby występują zespoły depresyjne i maniakalne: <ul style="list-style-type: none"> – oddzielone okresami zdrowia (remisji) lub – pojawiające się naprzemiennie bez okresów remisji (<i>rapid cycling</i>)
<p>Zaburzenia depresyjne nawracające syn.: Choroba afektywna jednobiegunowa Depresja nawracająca Depresja powrotna</p>	<ul style="list-style-type: none"> • w przebiegu choroby występują wyłącznie zespoły depresyjne, oddzielone okresami znacznej poprawy lub zdrowia, stany maniakalne nie występują
<p>Zaburzenia afektywne utrzymujące się przewlekle („utrwalone”)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • dystymia (syn.: przewlekła subdepresja) – depresja o małym nasileniu (subdepresja) utrzymująca się przewlekle (powyżej 2 lat) • cyklotymia – w przebiegu choroby występują stany subdepresji i hipomanii nieosiągającej zazwyczaj dużego nasilenia

<p>Inne zaburzenia afektywne</p> <p>Zaburzenia schizoaferktywne syn.: Psychoza schizoaferktywne Schizofrenia cykliczna</p>	<ul style="list-style-type: none"> • m.in. nawracające, krótko utrzymujące się (kilkudniowe) epizody depresji • zaburzenia afektywne sezonowe • zaburzenia afektywne nawracające, najczęściej dwubiegunowe, w których przebiegu oprócz depresji lub manii występują objawy schizofrenii (zespół paranoidalny lub katatoniczny); pozycja nozologiczna zaburzeń niejasna, w ICD-10 rozpatrywane w ramach zaburzeń schizofrenicznych
--	--

* DSM-IV: Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, IV wersja (1994)

** ICD-10: Międzynarodowa Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania – X wersja (1992)

nawrotów depresji oddzielonych okresami zdrowia, jednak u części jest to podstawowa forma zaburzeń depresyjnych. W klasyfikacji międzynarodowej (ICD-10) oraz w systemie diagnostyczno-klasyfikacyjnym Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM) takie przewlekłe stany depresyjne (utrzymujące się powyżej 2 lat), nieosiągające zazwyczaj dużego nasilenia (subdepresja), nazywane są „dystymią”. Do określania łagodnych, ale chorobowych wahań nastroju obejmujących stany subdepresji i hipomaniakalne (łagodne stany maniakalne) stosowany jest termin „cyklotymia”.

Jednym z kryteriów klasyfikacji stanów depresyjnych jest ich ciężkość (nasilenie objawów i cech). Klasyfikacja ta ma pewną wartość orientacyjną przy wyborze metody i miejsca leczenia. W tabeli 4 zestawiono orientacyjne kryteria depresji o nasileniu łagodnym, średnim oraz dużym.

Tabela 4. Depresja – stopnie nasilenia

Depresja łagodna, depresja poronna

- *Subdepresja*

Podstawowe objawy i cechy depresji mają niewielkie nasilenie; mogą występować pojedyncze charakterystyczne cechy depresji (zmęczenie, zniechęcenie, złe samopoczucie, brak zadowolenia, pogorszenie snu, gorszy apetyt)

- *Depresja maskowana*

W obrazie klinicznym zwykle dominuje jeden z objawów przy braku wyraźniejszych psychopatologicznych objawów zespołu, zwłaszcza smutku, zniechęcenia, anhedonii

Depresja o średnim nasileniu, depresja umiarkowana

Podstawowe objawy i cechy depresji wykazują średnie nasilenie; zniechęcenie do życia; występuje wyraźne pogorszenie funkcjonowania społecznego i zawodowego

Depresja o dużym nasileniu, depresja ciężka

- *Depresja ciężka bez objawów psychotycznych*

Dominuje smutek lub zubożenie, spowolnienie psychoruchowe, niekiedy lęk, niepokój, myśli i tendencje samobójcze występują często; bardzo duże zaburzenia funkcjonowania społecznego, niezdolność do pracy zawodowej

- *Depresja ciężka z objawami psychotycznymi*

Objawy jak wyżej oraz:

- urojenia winy, kary, hipochondryczne
- zahamowanie ruchowe, niekiedy osłupienie depresyjne (*stupor*)
- podniecenie ruchowe (depresja „agitowana”)