

Współwystępowanie zaburzeń psychicznych i somatycznych u pacjentów z rozpoznaniem depresji

Comorbidity of psychiatric and somatic disorders among patients diagnosed with depression

Maciej Kuśmierk, Antoni Florkowski, Piotr Gałęcki, Monika Talarowska

Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Streszczenie

Wstęp: Zaburzenia depresyjne należą do najbardziej rozpowszechnionych zaburzeń psychicznych. Jako objaw często towarzyszą innym jednostkom chorobowym oraz zespołom bólowym. Celem pracy jest ustalenie zakresu i charakteru współistnienia schorzeń somatycznych wśród pacjentów leczonych z powodu zaburzeń depresyjnych.

Materiał i metody: Materiał badawczy stanowi 120 historii chorób pacjentów w wieku 18–64 lata, z rozpoznaniem epizodu depresyjnego (F 32.0 - F 32.9), ED lub zaburzeń depresyjnych nawracających (F33.0 - F 33.9), ZDN. Analizie z wykorzystaniem ankiety badawczej poddano dokumentację medyczną, badania diagnostyczne oraz konsultacje specjalistyczne pod kątem obecności zaburzeń i chorób somatycznych.

Wyniki: U 52,5% badanych zaobserwowano występowanie objawów somatycznych podczas hospitalizacji psychiatrycznej. Analizowane zjawisko dotyczyło około 39% pacjentów z ED oraz 61% pacjentów z ZDN ($p = 0,021$). U 68% badanych stwierdzono obecność przynajmniej jednej współtowarzyszącej choroby somatycznej (wśród 57% pacjentów z ED oraz 76% pacjentów z ZDN). Wyższa częstość występowania chorób somatycznych u pacjentów z ZDN była istotna statystycznie ($p = 0,028$).

Wnioski: 1. U ponad 60% chorych hospitalizowanych z powodu zaburzeń depresyjnych obserwuje się towarzyszącą chorobę somatyczną, a u ponad 50% z nich obecność objawów somatycznych. 2. Objawy somatyczne oraz choroby somatyczne częściej obserwowane są wśród chorych z ZDN, w porównaniu do pacjentów z ED. 3. Najczęstszymi chorobami somatycznymi diagnozowanymi u pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi są nadciśnienie tętnicze oraz cukrzyca.

Słowa kluczowe: zaburzenia depresyjne, choroby somatyczne, współwystępowanie

Abstract

Background: Depressive disorders are the most common mental disorders. As the symptom they are often accompanied by other diseases. The aim of the study was to determine the extent and nature of the coexistence of somatic disorders among patients treated for depressive disorders.

Material and methods: One hundred and twenty medical records of patients aged 18-64 years with a diagnosis of depressive episode (F 32.0 - 32.9 F), DE or recurrent depressive disorder (F33.0 - 33.9 F), RDD, were used in the study. In the analysis using the survey research there were medical records, diagnostic tests and specialist consultations for the presence of somatic disorders.

Results: The presence of somatic symptoms during psychiatric hospitalization was confirmed in 52.5% of subjects. This phenomenon affected approximately 39% of patients with DE and 61% of patients with RDD ($p = 0.021$). Sixty eight percent (68%) of respondents had at least one comorbid somatic illness (among 57% of patients with DE and 76% of patients with RDD). Higher incidence of physical illness in patients with RDD was statistically significant ($p = 0.028$).

Conclusions: 1. More than 60% of patients hospitalized for major depressive disorder are diagnosed with concomitant physical illness. Over 50% of them present somatic symptoms. 2. Somatic symptoms and somatic diseases are frequently observed among patients with RDD, compared to patients with DE. 3. The most common somatic diseases in patients with depressive disorders are hypertension and diabetes.

Keywords: depressive disorders, somatic diseases, comorbidity

Wstęp

Zaburzenia depresyjne należą do najbardziej rozpowszechnionych zaburzeń psychicznych. Jako objaw często towarzyszą innym jednostkom chorobowym oraz zespołom bólowym. Należy jednak pamiętać, że jedynie połowa przypadków depresji bywa rozpoznawana, a właściwie leczy się zaledwie co trzeciego chorego [1]. Jej przejawy

mogą być bardzo różnorodne, inne u poszczególnych pacjentów. Jako podstawowa jednostka chorobowa oraz w wymiarze współchorobowości, zaburzenia depresyjne stanowią w chwili obecnej poważny problem społeczny i ekonomiczny. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), do 2020 roku, dwiema głównymi przyczynami niesprawności na świecie będą: choroba niedokrwienna serca oraz zaburzenia depresyjne [2,3,4].

W Stanach Zjednoczonych obciążenie ekonomiczne depresji szacuje się na 43,7 mld dolarów w skali roku, z czego około 72% to koszty pośrednie (utrata pracy, konieczność wypłacania rent). Koszty hospitalizacji pacjentów leczonych z powodu chorób somatycznych ze współwystępującą depresją są o prawie 36% wyższe niż koszty hospitalizacji pacjentów bez depresji [3]. Zaburzenia depresyjne wśród pacjentów leczonych z powodu chorób somatycznych nie są jednak dostatecznie często rozpoznawane, ani też odpowiednio leczone. Dokładne poznanie tego zagadnienia jest istotne nie tylko z punktu widzenia psychiatrii, ale również ma ogromne znaczenie dla lekarzy innych specjalności oraz dla samych pacjentów i ich rodzin. Być może pozwoli także na szybkie podejmowanie odpowiednich działań diagnostycznych i prewencyjnych oraz wpłynie na podniesienie jakości życia chorych.

Związek pomiędzy depresją a chorobami somatycznymi jest znany od dawna. Już w 1929 roku Gillespie rozróżnił endogenne zaburzenia depresyjne (depresja związana z chorobą somatyczną) i psychogenne zaburzenia afektywne [5]. Pojęcie współchorobowości (*comorbidity*) wprowadził A.R. Feinstein w 1973 roku [6]. W pierwotnej wersji termin ten odnosił się do współistnienia różnych chorób somatycznych obok zespołów psychiatrycznych. Dopiero w późniejszym okresie był rozumiany jako współobecność poszczególnych zespołów psychiatrycznych [2]. W ostatnich latach w sposób bezsporny udowodniono wpływ czynników psychologicznych i stanu psychicznego na występowanie i przebieg schorzeń somatycznych [7]. Pomimo, że Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Zaburzeń Psychiczych (*International Classification of Diseases, ICD-10*) oraz Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychiczych (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*) nie traktują dolegliwości somatycznych jako koniecznych i istotnych wyznaczników zaburzeń depresyjnych, pojawiają się coraz liczniejsze prace dotyczące wzajemnych powiązań pomiędzy wymienionymi jednostkami chorobowymi [8,9,10].

W wielu badaniach podkreśla się częstsze występowanie depresji, a nawet pojedynczych objawów depresyjnych, u osób cierpiących na choroby somatyczne w porównaniu z populacją ogólną [11]. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w grupie osób korzystających z pomocy lekarzy pierwszego kontaktu, lekarzy ogólnych i rodzinnych jest oceniana na 10-30% [12]. Częstość współwystępowania zaburzeń depresyjnych z chorobami somatycznymi szacuje się natomiast na blisko 70% [13], a u ponad 40% osób przebywających w szpitalach z przyczyn somatycznych można stwierdzić objawy depresji [14]. U osób w wieku podeszłym zaburzenia depresyjne występują jeszcze częściej [12]. Obraz kliniczny większości chorób somatycznych może ulegać znacznym modyfikacjom

w przebiegu depresji. Niejednokrotnie pacjenci nie zgłaszają żadnych dolegliwości pomimo nasilonych objawów choroby somatycznej [15].

Cel

Celem pracy jest ustalenie zakresu i charakteru współistnienia schorzeń somatycznych wśród pacjentów leczonych z powodu zaburzeń depresyjnych.

Materiał

Badania prowadzono w okresie od września 2009 roku do września 2010 roku. Materiał badawczy stanowi 120 historii chorób pacjentów w wieku 18–64 lata, leczonych w Specjalistycznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. J. Babińskiego w Łodzi w 2007 roku z głównym rozpoznaniem epizodu depresyjnego (F 32.0 - F 32.9, ED) lub zaburzeń depresyjnych nawracających (F33.0 – F 33.9, ZDN) [9]. Chorzy leczeni byli zgodnie z procedurami placówki leczniczej. Autorzy nie ingerowali w proces diagnozy i leczenia na żadnym etapie badań. Analizie z wykorzystaniem ankiety badawczej poddano dokumentację medyczną, badania diagnostyczne oraz konsultacje specjalistyczne pod kątem obecności zaburzeń i chorób somatycznych. Badania przeprowadzane były zgodnie z protokołem zatwierdzonym przez Komisję Bioetyki UM w Łodzi, nr: RNN/3477/09/KB z dnia 09. 06. 2009 roku.

Przed przystąpieniem do badań ustalono następujące kryteria wykluczające: wiek poniżej 18 r.ż. oraz powyżej 65 r.ż., rozpoznanie zaburzeń adaptacyjnych o obrazie depresyjnym (F 43) rozpoznanie organicznych zaburzeń nastroju (F 06), rozpoznanie epizodu depresyjnego w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (F 31), rozpoznanie epizodu depresyjnego w przebiegu zaburzeń schizofrenicznych (F 25).

Badaną grupę stanowiło 120 pacjentów – 72 kobiety i 48 mężczyzn, w wieku od 18 do 64 lat, hospitalizowanych z powodu epizodu depresyjnego (ED; $n = 46$) lub zaburzeń depresyjnych nawracających (ZDN; $n = 74$). Charakterystykę badanej grupy pod względem wybranych zmiennych socjodemograficznych przedstawiono w tabeli 1.

Podgrupy pacjentów z rozpoznaniem ED i ZDN były jednorodne pod względem rozkładu płci ($p=0,32$), natomiast nieznacznie różniły się rozkładem kategorii wiekowych ($p=0,032$). Otrzymane średnie wskazują, że pacjenci z rozpoznaniem ZDN byli starsi od pacjentów z rozpoznaniem epizodu depresyjnego. Badane grupy nie różniły się istotnie pod względem rozkładów kategorii opisujących poziom wykształcenia ($p=0,75$). Podgrupy pacjentów z ED oraz z ZDN istotnie różniły się rozkładem kategorii opisujących otrzymywane świadczenia ($p=0,0004$). Pacjenci z depresją nawracającą w zdecydowanej większo-

Tab. 1. Charakterystyka badanej grupy pod względem wybranych zmiennych socjodemograficznych

Badani	Płeć								Razem
	Kobiety				Mężczyźni				
ED	25 [54,4%]				21 [45,6%]				46 [100%]
ZDN	47 [63,5%]				27 [36,5%]				74 [100%]
Razem	72 [60%]				48 [40%]				120 [100%]
	Wiek (w latach)								Razem
	do 20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	ponad 50	
ED	1	2	3	3	4	8	4	21	46 [100%]
ZDN	0	0	0	6	3	9	18	38	74 [100%]
Razem	1 [0,83%]	2 [1,6%]	3 [2,5%]	9 [7,5%]	7 [5,8%]	17 [14,6%]	22 [18,3%]	59 [49,1%]	120 [100%]
	Wykształcenie								Razem
	Brak		Podstawowe	Niepełne średnie		Średnie		Ponad średnie	
ED	0		11 [23,9%]	9 [19,5%]		19 [41,3%]		7 [15,2%]	46 [100%]
ZDN	1 [1,4%]		16 [21,6%]	10 [13,5%]		37 [50,0%]		10 [13,5%]	74 [100%]
Razem	1 [0,83%]		27 [22,5%]	19 [15,8%]		56 [46,6%]		17 [14,1%]	120 [100%]
Badani	Świadczenia socjalne								Razem
	Renta ZUS			Renta socjalna			Brak świadczeń		
ED	12 [26,7%]			1 [2,2%]			33 [71,7%]		46 [100%]
ZDN	45 [60,8%]			4 [5,4%]			25 [33,8%]		74 [100%]
Razem	57 [47,5%]			5 [4,1%]			58 [48,3%]		120 [100%]

ED – epizod depresyjny; ZDN – zaburzenia depresyjne nawracające

ści przypadków (61%) otrzymywali rentę ZUS, podczas gdy 71% pacjentów z grupy ED nie pobierało żadnych świadczeń.

Metoda

Badania przeprowadzone zostały z wykorzystaniem ankiety stworzonej na potrzeby pracy. Pozwoliła ona na zebranie danych demograficznych dotyczących badanych osób oraz zgromadzenie informacji na temat pozostałych zmiennych będących przedmiotem analizy. Tworząc ankietę oparto się na dostępnej aktualnej literaturze. Pierwszym etapem konstruowania ankiety było opracowanie listy kilkudziesięciu pytań dotyczących danych personalnych, przebiegu zaburzeń depresyjnych oraz towarzyszących chorób somatycznych. Kolejnym krokiem była analiza ww. pytań przez dwóch niezależnych sędziów kompetentnych (lekarzy, specjalistów psychiatrów). Efektem tej procedury była eliminacja stwierdzeń niejasnych, sprawiających trudność przy odpowiedziach oraz uszczegółowienie ankiety pod względem informacji medycznych, które mogą być istotne z punktu widzenia tematu pracy. Ankieta składała się z 35 pytań obejmujących 4 obszary: dane socjodemograficzne, informacje dotyczące przebiegu zaburzeń depresyjnych oraz chorób towarzyszących, przebieg hospitalizacji z powodu zaburzeń depresyjnych oraz uzależnienie od substancji psychoaktywnych. W prezentowanej pracy wykorzystano informacje pochodzące z dwóch pierwszych części ankiety.

Analiza statystyczna

W opracowaniu statystycznym zebranego materiału zastosowano podstawowe metody opisu danych i wnioskowania statystycznego. Dla scharakteryzowania wartości przeciętnej cech ilościowych obliczano średnią arytmetyczną, za miarę rozrzutu przyjmując odchylenie standardowe. W analizie cech jakościowych obliczano częstości występowania każdej z kategorii. Oszacowania tego parametru dla populacji, z której pochodziła badana próba, przedstawiano za pomocą 95% przedziałów ufności. Porównania między grupami dla danych wyrażonych jako częstości przeprowadzano za pomocą testu χ^2 Pearsona lub dokładnego testu Fishera – w przypadku występowania małych liczebności. Rozkłady zmiennych ilościowych porównywano przy użyciu nieparametrycznego testu U Manna-Whitney'a. We wszystkich analizach za istotne przyjmowano wyniki dla wartości $p < 0,05$. Do analizy statystycznej wyników wykorzystano pakiet Statistica 9.1 PL [16].

Wyniki

Średni czas trwania choroby dla ogółu badanych wynosił $5,7 \text{ lat} \pm 5,1 \text{ lat}$. W grupie pacjentów z ED odpowiednio: $1,8 \text{ lat} \pm 1,3 \text{ lat}$. Wynik ten jest istotny statystycznie ($p < 0,0001$) i wskazuje, że średni czas trwania depresji w grupie z ED jest krótszy od średniego czasu trwania depresji w grupie pacjentów z ZDN, gdzie wynosił $7,0 \text{ lat} \pm 5,3 \text{ lat}$. Średni czas hospitalizacji psychiatrycznej

Tab. 2. Nasilenie obecnego epizodu depresyjnego u pacjentów z rozpoznaniem epizodu depresyjnego i zaburzeń depresyjnych nawracających

Badani	Nasilenie obecnego epizodu depresyjnego			Razem
	Lekki	Umiarkowany	Ciężki	
ED	9 [19,6%]	29 [63,0%]	8 [17,4%]	46 [100%]
ZDN	6 [8,1%]	53 [71,6%]	15 [20,3%]	74 [100%]
Razem	15 [12,5%]	82 [68,3%]	23 [19,1%]	120 [100%]

ED – epizod depresyjny; ZDN – zaburzenia depresyjne nawracające

Tab. 3. Częstość występowania objawów somatycznych u pacjentów z rozpoznaniem epizodu depresyjnego i zaburzeń depresyjnych nawracających

Badani	Objawy somatyczne		Razem
	Tak	Nie	
ED	18 [39,1%]	28 [60,9%]	46 [100%]
ZDN	45 [60,8%]	29 [39,2%]	74 [100%]
Razem	63 [52,5%]	57 [47,5%]	120 [100%]

ED – epizod depresyjny; ZDN – zaburzenia depresyjne nawracające

Tab. 4. Częstość współwystępowania chorób somatycznych u pacjentów z rozpoznaniem epizodu depresyjnego i zaburzeń depresyjnych nawracających

Badani	Choroby somatyczne		Razem
	Tak	Nie	
ED	26 [56,5%]	20 [43,5%]	46 [100%]
ZDN	56 [75,7%]	18 [24,3%]	74 [100%]
Razem	82 [68,3%]	38 [31,6%]	120 [100%]

ED – epizod depresyjny; ZDN – zaburzenia depresyjne nawracające;

Tab. 5. Częstość występowania wybranych chorób somatycznych u pacjentów z rozpoznaniem epizodu depresyjnego i zaburzeń depresyjnych nawracających

Choroba somatyczna	Razem	ED	ZDN	<i>p</i>
Choroba niedokrwienna serca	19	5 [10,9%]	14 [18,9%]	0,24
Zawał serca	3	1 [2,2%]	2 [2,7%]	0,86
Niedoczynność tarczycy	8	2 [4,4%]	6 [8,1%]	0,71
Nadczynność tarczycy	3	1 [2,2%]	2 [2,7%]	0,86
Nadciśnienie tętnicze	41	9 [19,6%]	32 [43,2%]	0,008*
Cukrzyca	18	3 [6,5%]	15 [20,7%]	0,033*
Choroba wrzodowa	9	4 [8,7%]	5 [6,8%]	0,70
Choroba nowotworowa	5	1 [2,2%]	4 [5,4%]	0,36
Zespół bólowy	15	4 [8,7%]	11 [14,9%]	0,32
Choroba Parkinsona	2	1 [2,2%]	1 [2,2%]	0,99
Udar	1	-	1 [2,2%]	0,99
Astma / POCHP	5	1 [2,2%]	4 [5,4%]	0,36
Inne	28	8 [17,4%]	20 [27,0%]	0,22

Wartość *p* oznacza osiągnięty poziom istotności testu χ^2 lub dokładnego testu Fishera; ED – epizod depresyjny; ZDN – zaburzenia depresyjne nawracające; **p* < 0,05

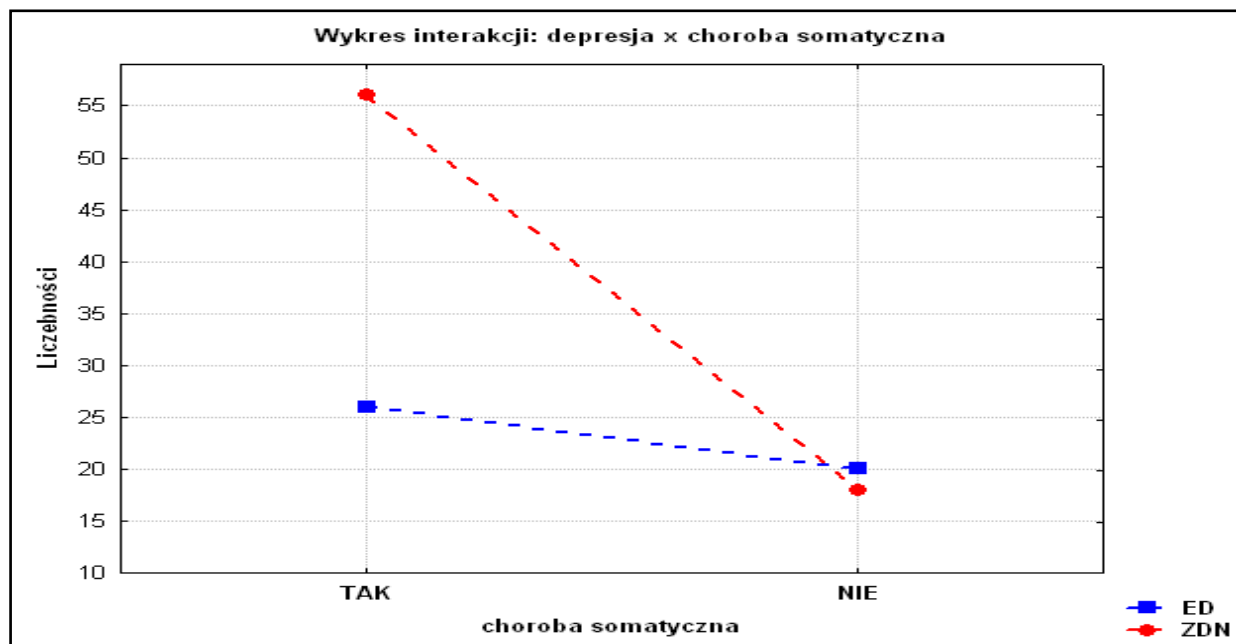
pacjentów z grupy ED wynosił 1 miesiąc, a pacjentów z grupy ZDN - 2 miesiące. Zaobserwowana różnica nie była istotna statystycznie (*p* = 0,21). W tabeli 2 przedstawiono porównanie nasilenia obecnego epizodu depresyjnego w badanej grupie.

Epizod depresyjny, będący powodem aktualnej hospitalizacji miał w większości badanych przypadków (68% spośród pacjentów, 82 osoby ze 120) umiarkowane

nasilenie. Badane grupy nie różniły się istotnie pod względem rozkładu stopnia nasilenia obecnego epizodu depresji (*p* = 0,18).

U 52,5% badanych pacjentów (63 ze 120 osób) stwierdzono występowanie objawów somatycznych podczas hospitalizacji. Porównując częstość występowania objawów somatycznych u pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem ED oraz ZDN stwierdzono, że analizowane

Wykr. 1. Współwystępowanie depresji i choroby somatycznej u pacjentów z rozpoznaniem epizodu depresyjnego i zaburzeń depresyjnych nawracających



ED – epizod depresyjny; ZDN – zaburzenia depresyjne nawracające

zjawisko dotyczyło około 39% pacjentów z ED oraz 61% pacjentów z ZDN. Zaobserwowana wyższa częstość objawów somatycznych u pacjentów z ZDN była istotna statystycznie ($p = 0,021$). Dokładne dane zawiera tabela 3.

U 68% badanych pacjentów (82 osoby ze 120), stwierdzono obecność przynajmniej jednej współtowarzyszącej choroby somatycznej. Porównując częstość współwystępowania chorób somatycznych u pacjentów z rozpoznaniem ED oraz ZDN stwierdzono, że analizowane zjawisko dotyczyło około 57% pacjentów z ED oraz 76% pacjentów z ZDN. Zaobserwowana wyższa częstość występowania chorób somatycznych u pacjentów z ZDN była istotna statystycznie ($p = 0,028$). Pod względem częstości występowania wybranych chorób somatycznych osoby z grupy ZDN różniły się od osób z ED. Istotne statystycznie różnice dotyczyły jedynie dwóch jednostek chorobowych: nadciśnienia tętniczego oraz cukrzycy. W każdym z przypadków wśród chorych z ZDN częstość występowania współtowarzyszącej choroby somatycznej była wyższa, w porównaniu do pacjentów z ED. Szczegółowe wyniki zaprezentowano w tabeli 4 i tabeli 5 oraz na wykresie 1.

Omówienie wyników

Pużyński [15] wymienia cztery rodzaje powiązań zachodzących pomiędzy chorobami somatycznymi i zaburzeniami depresyjnymi. Po pierwsze, w przebiegu niektórych chorób somatycznych depresja pojawia się jako jedno z ich powikłań, które związane jest z zaburzeniami neuroprzekątnictwa w OUN (*Ośrodkowym Układzie Nerwowym*). Po drugie, przewlekłe i zagrażające życiu

choroby stają się dla pacjenta źródłem *dystresu* doprowadzającego do wystąpienia symptomów depresji. Również niektóre grupy leków stosowanych w terapii schorzeń somatycznych mogą powodować poważne zaburzenia nastroju i aktywności. I wreszcie po czwarte, choroba somatyczna może pojawić się u osoby cierpiącej aktualnie lub w przeszłości na zaburzenia depresyjne. Częstym, błędnym przekonaniem jest twierdzenie, że objawy depresji stanowią „normalną” reakcję na chorobę somatyczną oraz przypisywanie winy za złe samopoczucie ogólnemu stanowi fizycznemu chorego oraz zażywaniem przez niego leków [7]. Przyczyny i patogeneza współchorobowości depresji i zaburzeń somatycznych są złożone, a ustalenie powiązań pomiędzy etiologią i patogenezą poszczególnych chorób często nie jest możliwe. Wynika to z faktu jednoczesnej obecności różnorodnych czynników, które mogą wywierać depresjogeny wpływ. W wielu przypadkach należy uwzględnić patogenny wpływ samej choroby na o.u.n. Dotyczy to głównie chorób układu krążenia, układu oddechowego oraz chorób przemiany materii [12].

W prezentowanej pracy, u 52,5% badanych pacjentów (63 ze 120 osób) stwierdzono występowanie objawów somatycznych podczas hospitalizacji psychiatrycznej. Istotnie częściej obserwowane one były u chorych z diagnozą ZDN niż ED (tabela 3). Dodatkowo, u 68% badanych pacjentów (82 osoby ze 120), stwierdzono obecność przynajmniej jednej współtowarzyszącej choroby somatycznej.

Porównując częstość współwystępowania chorób somatycznych u pacjentów z rozpoznaniem ED oraz ZDN stwierdzono, że analizowane zjawisko dotyczyło około

57% pacjentów z ED oraz 76% pacjentów z ZDN (tabela 4). Zaobserwowane różnice były istotne statystycznie. W przypadku każdej z analizowanych chorób somatycznych w grupie ZDN częstość jej występowania była wyższa, w porównaniu do pacjentów z ED. Istotne statystycznie różnice dotyczyły jednak tylko dwóch jednostek chorobowych: nadciśnienia tętniczego oraz cukrzycy (tabela 5). Najczęstszymi towarzyszącymi chorobami somatycznymi poza dwoma już wymienionymi były: choroba niedokrwienności serca, zespoły bólowe oraz choroba wrzodowa.

Dolegliwości somatyczne są częstą maską zaburzeń depresyjnych [12,17]. Zgodnie z danymi WHO objawy depresji występują u 33-42% pacjentów z chorobami nowotworowymi, obecne są u 33% chorych w okresie 4 miesięcy po przebytych zawale serca, a u ponad połowy osób z udarem mózgu pojawiają się bezpośrednio po tym incydencie. Chorobowość depresji wśród pacjentów cierpiących na astmę to blisko 30%, a w grupie osób z cukrzycą – około 14% [3,18].

Wyniki badań własnych potwierdzają doniesienia innych autorów. W pracy Banaś i wsp. [2] (przebadano 276 osób w wieku 16-65 lat leczonych z powodu zaburzeń depresyjnych o nasileniu umiarkowanym), w grupie chorób układu krążenia najczęściej diagnozowano nadciśnienie tętnicze (77% badanych) oraz chorobę wieńcową. Wśród chorób narządu ruchu przeważały zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, dyskopatie, zespoły bólowe, a choroby przewodu pokarmowego, to w 50% choroba wrzodowa oraz zapalenie śluzówki żołądka i dwunastnicy. Kwaśna i wsp. [19] stwierdzili, iż zjawisko współchorobowości obejmuje przede wszystkim choroby przewodu pokarmowego i metaboliczne (42%), choroby układu krążenia (44%) oraz zakażenia (22%) (ocenie poddano 663 osoby hospitalizowane na wszystkich oddziałach Szpitala Tworowskiego). Zdaniem autorów cytowanego artykułu, zjawisko współchorobowości silnie koreluje ze wzrastającym wiekiem pacjentów. Należy jednak pamiętać, że ostatnia z cytowanych prac dotyczyła ogółu pacjentów leczonych psychiatrycznie, a nie jedynie z powodu zaburzeń depresyjnych.

Nadciśnienie tętnicze jest jedną z najczęstszych chorób przewlekłych występujących w Polsce oraz jednym z najważniejszych czynników ryzyka wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego: choroby niedokrwiennej i niewydolności serca oraz udaru mózgu. Wymienione jednostki są główną przyczyną zgonów, chorobowości i inwalidztwa nie tylko w naszym kraju, ale i na świecie. [20]. Zdaniem Maciak i wsp. [21] na nadciśnienie tętnicze cierpi od 36% do 40% dorosłej ludności Polski, a wśród osób z chorobą niedokrwiennością serca ten odsetek jest jeszcze większy i wynosi blisko 67% [22]. Wyniki badań własnych są zgodne z doniesieniami literatury. Stwierdzono bowiem obecność nadciśnienia tętniczego u 34% pacjentów z badanej grupy (41 osób).

Opisane zjawisko tłumaczone jest za pomocą kilku hipotez. Po pierwsze, charakterystyczne dla przebiegu depresji zaburzenia osi przysadka-podwzgórze-nadnercza (PPN), mogą sprzyjać, poprzez wzrost stężenia kortyzolu, rozwojowi miażdżycy, nadciśnienia tętniczego oraz powodować uszkodzenie śródbłonna naczyń. Natomiast nadczynność układu współczulnego jest przyczyną skurczu naczyń oraz aktywacji płytek, co uszkadza układ sercowo-naczyniowy. Ponadto, wzrost stężenia cytokin prozapalnych także wpływa na rozwój procesu miażdżycowego. Zdaniem autorów u kobiet występowanie zaburzeń układu krążenia wykazuje progresję w zakresie poszczególnych kategorii depresji, u mężczyzn choroby te występują najczęściej w depresjach organicznych [2].

Na świecie co 5 sekund diagnozuje się cukrzycę u kolejnej osoby, a co 10 sekund ktoś umiera z powodu jej powikłań. Choroba ta i jej powikłania należą do pięciu najczęstszych przyczyn śmierci w krajach rozwiniętych. Szacowana liczba chorych w Polsce w roku 2010 wyniosła 2,6 miliona. Cukrzyca dotyczy zatem około 5% polskiego społeczeństwa. Jednak prawdopodobnie rzeczywista liczba chorych jest o wiele wyższa [23]. W badanej grupie drugą, najczęściej diagnozowaną jednostką chorobową była cukrzyca. Rozpoznano ją u 18 badanych, co stanowi 15% badanej grupy. Wyniki te są zgodne z doniesieniami literatury. Częstość występowania objawów depresji u chorych na cukrzycę szacowana jest na 8,5-32,5% [24]. Rozpowszechnienie depresji w grupie dorosłych chorych na cukrzycę jest od 3 do 6 razy większe niż w populacji ogólnej [25,26]. Opiswane zależności mają dwustronny charakter. Z jednej strony, osoby cierpiące na choroby afektywne są bardziej podatne na wystąpienie cukrzycy typu 2 w porównaniu do osób zdrowych (początek depresji poprzedza rozpoznanie cukrzycy typu 2 o kilka lat) [27,28], z drugiej charakter przewlekłej choroby jaką jest cukrzyca znacznie obniża jakość życia chorych i staje się przyczyną obniżonego nastroju [29].

Należy pamiętać, że sam fakt zachorowania na przewlekłą, nieuleczalną chorobę wpływa na pojawienie się objawów depresyjnych. Proces leczenia powiązany jest często ze znacznymi zmianami trybu życia chorych, uciążliwymi i ryzykownymi zabiegami terapeutycznymi i diagnostycznymi, pogorszeniem statusu materialnego, utratą zdolności do pracy, utratą prestiżu społecznego, narastającą izolacją od otoczenia [30].

Prezentowane zagadnienie ma szczególne znaczenie w przypadku pacjentów po 65 r.ż., u których dolegliwości somatyczne są znacznie nasilone [31]. Wielu lekarzy pierwszego kontaktu objawy depresji pojawiającej się u schyłku życia traktuje jako zwykłe następstwo pogorszenia fizycznego, psychicznego oraz społecznego funkcjonowania jednostki [32]. W wieku podeszłym rozpowszechnienie depresji sięga 15-20%, a wśród osób z tej

grupy korzystających z pomocy medycznej – dochodzi nawet do 30% [33].

Podsumowując należy jeszcze raz podkreślić istotny wpływ dolegliwości somatycznych oraz chorób somatycznych na przebieg zaburzeń depresyjnych. Niezależnie od świadomości, że depresja przyczynia się do nasilenia niesprawności i zmniejszenia przeżycia u chorych somatycznie, coraz bardziej oczywiste staje się, że jest ona zaburzeniem wieloukładowym [25]. Trzeba jednak pamiętać, że do udziału w prezentowanym badaniu zostały zakwalifikowane jedynie osoby przynajmniej jeden raz hospitalizowane w ciągu trwania choroby. Z analizy wykluczono pacjentów leczonych w warunkach ambulatoryjnych. Opierając się na uzyskanych danych można jednak sformułować przypuszczenie, że zjawisko współwystępowania chorób somatycznych i zaburzeń depresyjnych ma dużo większy zasięg, a obecność towarzyszącej choroby somatycznej negatywnie wpływa na przebieg zaburzeń depresyjnych oraz obniża skuteczność stosowanej terapii. Zatem koniecznością wydają się być zintegrowane oddziaływania terapeutyczne lekarzy wielu specjalności oraz psychologów, stosujących różnorodne formy psychoterapii. Jednym ze współczesnych postulatów [5, 25], jest konieczność skuteczniejszego leczenia depresji współistniejącej z chorobami somatycznymi z wykorzystaniem wszystkich dostępnych metod terapii. Intensywne leczenie skojarzone, włącznie z lekami przeciwd depresyjnymi, psychoterapia, edukacja i koordynacją opieki medycznej może być skuteczne w populacji pacjentów opornych na leczenie [34].

Wnioski

1. U ponad 60% chorych hospitalizowanych z powodu zaburzeń depresyjnych obserwuje się towarzyszącą chorobę somatyczną, a u ponad 50% z nich obecność objawów somatycznych.
2. Objawy somatyczne oraz choroby somatyczne częściej obserwowane są wśród chorych z ZDN, w porównaniu do pacjentów z ED.
3. Najczęstszymi chorobami somatycznymi diagnozowanymi u pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi są nadciśnienie tętnicze oraz cukrzyca.

Piśmiennictwo

1. Kessler D., Lloyd K., Lewis G., Gray D.P.G., Heath I. Cross-sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ*, 1999; 318: 436-440.
2. Banaś A., Wichowicz H., Gałuszko M., Jakuszkowiak K. Współchorobowość somatyczna w zaburzeniach depresyjnych. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 2005; 2(5): 69-73.
3. Libiger J. Depresja jest częsta w podstawowej opiece zdrowotnej. *WPA Bulletin on Depression*, 2005; 10(29): 3-6.

4. Talarowska M., Florkowski A., Zboralski K., Gałęcki P. Różnice w przebiegu depresji wśród kobiet i mężczyzn mierzone testem MMPI-2. *Psych. Pol.*, 2010; 44(3): 319-328.
5. Iosifescu D.V. Treating depression in the medically ill. *Psychiatr. Clin. North. Am.*, 2007; 30(1): 77-90.
6. Kupfer D.J., Frank E. Comorbidity in depression. *Acta Psychiatr. Scand.*, 2003; 108: 57-60.
7. Dudek D., Siwek M. Współistnienie chorób somatycznych i depresji. *Psychiatria*, 2007; 4(1): 17-24.
8. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders-fourth edition (DSM-IV-TR). Washington; American Psychiatric Association: 1994.
9. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Rozdział V: Zaburzenia psychiczne i zachowania. Kraków; Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius: 1994.
10. Talarowska-Bogusz M., Florkowski A., Radomska A., Zboralski K., Gałęcki P. Depresja i ból w przebiegu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa i stawu biodrowego w wieku podeszłym. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 2006; 126: 566-569.
11. Patten S.B. Long-term medical conditions and major depression in the Canadian population. *Can. J. Psychiatry*, 1999; 44: 151-157.
12. Pużyński S. Depresje towarzyszące chorobom somatycznym. *Psychiatria-Neurologia*, 2000; 4(1): 3-12.
13. Rajewska J. Zaburzenia psychiczne spowodowane schorzeniami somatycznymi. *Psychiatria*, 2002; 2: 135-156.
14. Heidenreich A., Aus G., Bolla M., Joniau S., Matveev V.B., Schmid H.P., Zattoni F. EAU guidelines on prostate cancer. *European Association of Urology. Eur. Urol.*, 2008; 53(1): 68-80.
15. Pużyński S. Depresje i zaburzenia afektywne. Warszawa; Wydawnictwo Lekarskie PZWL: 2005.
16. Stanisław A. Przystępny kurs statystyki z zastosowaniem STATISTICA PL na przykładach z medycyny. Kraków; StatSoft: 2006.
17. Szafrński T., Jarema M. Jak lepiej rozpoznawać depresję w praktyce ogólnolekarskiej? *WPA Bulletin on Depression*, 2005; 10(29): 7-10.
18. Butwicka A., Gmitrowicz A. Różnice w występowaniu objawów somatycznych w przebiegu epizodu depresyjnego u kobiet i mężczyzn. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 2006; 4(6): 155-160.
19. Kwaśna J., Łoza B., Patejuk-Mazurek I., Pawełczak P., Polikowska M., Grzesiewska J., Mosiołek A., Wójcik R. Zaburzenia somatyczne u pacjentów hospitalizowanych w szpitalu psychiatrycznym. *Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny*, 2009; 1(2): 2-5.
20. Kawecka-Jaszcz K., Pośnik-Urbańska A., Jankowski P. Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego w zależności od płci w świetle badań epidemiologicznych w Polsce. *Arterial Hypertension*, 2007; 11(5): 377-383.
21. Maciak A., Maniecka-Bryła I., Bryła M. Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego wśród uczestników Programu Profilaktyki Wczesnego Wykrywania Chorób Układu Krążenia w mieście średniej wielkości. *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2009; 90(1): 26.
22. Jankowski P. Jak leczyć nadciśnienie tętnicze w 2010 roku? Najnowsze stanowisko ekspertów Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. *Kardiologia na Co Dzień*, 2010; 5: 3-7.
23. Sobierajski T., Czupryniak L. Koalicja na rzecz walki z cukrzycą raport z badania „Społeczny obraz cukrzycy”; 2010.
24. Suwałańska A., Łojko D. Zaburzenia psychiczne w chorobach endokrynnych i ich leczenie. *Terapia*, 2004; 12: 25-29.
25. Rao M. Depression in the physically ill. *Primary Psychiatry*, 2008; 15(9): 44-50.

26. Kozub-Doros I., Pierzchała K., Łabuz-Roszak B., Strojek K. Objawy depresyjne u chorych na cukrzycę. *Diabet Dośw Klin*, 2009; 9(3-4): 98-103.
27. Dickerson F., Goldberg R., Brown C. Diabetes knowledge among persons with serious mental illness and type 2 diabetes. *Psychosomatics*, 2005; 46(5): 418-425.
28. Östenson C.G., Eriksson A.K., Granath F., Hilding A., Efendic S., Ekblom A. Depressive symptoms and risk of type 2 diabetes and pre-diabetes in a prospective study of middle aged Swedish men and women. Paper presented at: 43rd Annual Meeting of the European Association for the Study of Diabetes 2007. Amsterdam Netherlands.
29. Szczeklik-Kumala Z., Luźniak P. Cukrzyca a miażdżyca: zależności epidemiologiczne. *Medycyna Metaboliczna*, 2006; 2: 55-59.
30. Chodakowski Z. Depresja a choroby somatyczne. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 1998; 7: 35-40.
31. Dobrogowski J., Wordliczek J. Ból u chorych w wieku podeszłym. *Geriatrics*, 2002; 12: 7-15.
32. Krzyżowski J. *Psychogeriatrics*. Warszawa; Medyk: 2004.
33. Ostrzyżek A., Kocur J. Zaburzenia depresyjne u pacjentów w podeszłym wieku objętych stacjonarną, długoterminową opieką. *Psychiatr Pol*, 2003; 37(3): 457-462.
34. Harpole L.H., Williams J.W. Jr., Olsen M.K., Stechuchak K.M., Oddone E., Callahan C.M., Katon W.J., Lin E.H., Grypma L.M., Unützer J. Improving depression outcomes in older adults with comorbid medical illness. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 2005; 27(1): 4-12.

Badanie nie było sponsorowane

Correspondence address

dr n. med. Monika Talarowska
 Klinika Psychiatrii Dorosłych
 ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź
 tel.: (42) 652-12-89, fax.: (42) 640-50-58
 e-mail: talarowskamonika@wp.pl