

Autor: Dr Agnieszka Piróg-Balcerzak Samodzielna Pracownia Farmakoterapii
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Depresja w schizofrenii

DANE OGÓLNE

Zaburzenia afektywne występują powszechnie wśród chorych na schizofrenię. Objawy afektywne pojawiają się w każdym okresie choroby, zarówno w okresie prodromalnym, wyprzedzając objawy psychotyczne, jak i w nawrotach, remisjach czy fazie rezydualnej. Spośród zaburzeń afektywnych w schizofrenii najczęściej występują objawy depresyjne - u 20 do 75 % wśród wszystkich chorych z rozpoznaniem schizofrenii, znacznie częściej zaś u osób w zaostrzeniu psychozy- do 80%. Depresje, które spełniają kryteria epizodu depresyjnego występują u 10-30% chorych. Ryzyko wystąpienia dużej depresji w ciągu życia u osób chorujących na schizofrenię wynosi 60%, 20-30 % chorych z pierwszym epizodem schizofrenii spełnia kryteria diagnostyczne epizodu depresyjnego, a objawy depresyjne występują u 50 -75 % chorych z tej grupy.

Znacznie rzadziej występują objawy depresyjne w schizofrenii przewlekłej- u 10-15% chorych. Zespoły depresyjne występują przede wszystkim po ostrym epizodzie choroby- u 25% pojawiają się one w ciągu od 6 do 12 miesięcy, a połowa pacjentów podejmuje próbę samobójstwa w ciągu pierwszych trzech miesięcy od wypisu ze szpitala.

Dane te wskazują, że depresja u chorych na schizofrenię stanowi duży problem kliniczny. Pojawienie się tego rodzaju zaburzeń wiąże się z większym ryzykiem samobójstwa, obniżeniem jakości życia, stanowi problem diagnostyczny i terapeutyczny.

Objawy depresyjne ponadto utrudniają rehabilitację pacjentów, zwiększają prawdopodobieństwo nawrotu psychozy. Ważne więc jest trafne rozpoznanie obecności objawów afektywnych, ocena ich nasilenia, a także podjęcie odpowiednich decyzji terapeutycznych.

Niektóre badania wskazują, że nasilenie objawów depresyjnych wykazuje umiarkowany związek z obiektywnymi i silny związek z subiektywnymi wynikami w ocenie jakości życia (QOL), co pozwala wnioskować, że wykrywanie i prawidłowe leczenie objawów depresyjnych w schizofrenii może wpływać na ich funkcjonowanie pacjentów i ocenę przez nich własnego zdrowia.

Odmiennym problemem jest wpływ objawów depresyjnych na rokowanie w schizofrenii. Obecnie panuje pogląd, że ich występowanie rokuje korzystnie. Badania potwierdzają, że wyższy poziom depresji przed leczeniem jest czynnikiem rokowniczo pomyślnym, gdyż koreluje ujemnie z nasileniem objawów negatywnych.

ROZPOZNAWANIE I OCENA NASILENIA DEPRESJI W SCHIZOFRENII

Znaczną trudność może stwarzać różnicowanie objawów negatywnych z depresyjnymi. Objawy te są do siebie podobne – zarówno w obszarze „wegetatywnych” cech depresji (spowolnienie psychoruchowe, spadek inicjatywy, libido, zaburzenia uwagi), cech „kognitywnych” (nastój depresyjny, myśli samobójcze, poczucie winy), jak i innych (zaburzenia woli, anhedonia, izolowanie się, wycofywanie z funkcji społecznych i rodzinnych). Niektóre objawy uznawane za depresyjne mogą być efektem stosowania neuroleptyków. Są to spowolnienie, hipomimia, anhedonia wynikająca z dolegliwości fizycznych. Przez wiele lat w badaniu depresji w schizofrenii stosowane były różne skale diagnostyczne (min. Skala Depresji Hamiltona -HDRS, Skala Montgomery-Asberg, Skala Raskina, Skala Carolla oraz różne

metody oparte na Present State Examination). Stosowanie tych skal w schizofrenii budziło jednak wątpliwości z tej przyczyny, że są one skalami opracowanymi dla innej populacji pacjentów-głównie dla pacjentów z rozpoznaniem dużej depresji. Jediną skalą specjalnie zaprojektowaną i stworzoną do oceny objawów depresyjnych w schizofrenii jest skala Calgary (CDSS) stworzona przez Addingtona. Została ona utworzona przez połączenie dwóch istniejących skal – HDRS i skali grupującej objawy depresyjne z Present State Examination (PSE(D)). Skala ta jest prosta, łatwa w stosowaniu, składa się z szacowanych w zakresie punktów 0-3 dziewięciu cech: depresji, poczucia beznadziejności, zmniejszonego poczucie własnej wartości, poczucia obwiniania, patologicznej winy, porannej depresji, wczesnego budzenia się, samobójstwa, obserwowanej depresji. Ostatni punkt opiera się na obserwacji pacjenta w trakcie całego wywiadu. Skala ta może być stosowana zarówno u pacjentów z zaostrzeniem psychozy, jak i w okresie remisji i co ważne, jest czuła na zmianę. Ułatwieniem jej stosowania jest ustrukturalizowany wywiad i dokładny opis umożliwiający ocenę poszczególnych pozycji.

POSTACI ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH W SCHIZOFRENII

Wyróżniono kilka postaci zaburzeń depresyjnych w schizofrenii.

- A) Depresje bezpośrednio związane z psychozą schizofreniczną występujące w okresie prodromalnym, a także w ostrej fazie choroby.

Depresje stanowią około 80% prodromów schizofrenii, a jako pierwsze zwiastuny choroby występują u 20 % chorych. Czasem mogą one poprzedzać pojawienie się psychozy schizofrenicznej o wiele lat. Często sytuacja taka ma miejsce u osób w wieku młodzieńczym, gdzie w początkowym okresie choroby występują zaburzenia afektywne a pełne objawy schizofrenii pojawiają się później. Depresje te najczęściej ustępują wraz z objawami wytwórczymi.

Pojawienie się tej postaci depresji tłumaczone jest najczęściej jako depresyjna reakcja na wynikającą z choroby zmianę przeżywania. Obraz psychopatologiczny może nie różnić się od depresji endogennej, dominuje smutek, zahamowanie, brak decyzyjności, przygnębienie, poczucie winy, bezradność, bezwolność. Leki przeciwdepresyjne nie przynoszą poprawy, odwrotnie, mogą nasilać objawy wytwórcze, często również mogą nasilić niepokój.

B) Depresje popsychotyczne.

Pojawiają się one wkrótce po ustąpieniu objawów wytwórczych. Występują u dużej grupy pacjentów (20-50%). Psychopatologicznie przypominają dużą depresję z zahamowaniem, ale często u chorych tych występuje także labilność afektywna. Występowanie depresji popsychotycznej wiąże się z gorszym przebiegiem schizofrenii, większą tendencją do nawrotów, większą liczbę hospitalizacji, znacznie nasilonymi zaburzeniami funkcjonowania. Pojawienie się tej postaci depresji tłumaczone jest jako reakcja na doświadczenia związane ze stanem psychotycznym, czy pojawieniem się krytycyzmu wobec przeżyć psychotycznych. Depresje te są szczególnie nasilone i występują najczęściej u osób, które przed zachorowaniem miały wysoką pozycję społeczną i zawodową i których środowisko wywiera duży nacisk na karierę. Wskazuje to na psychogeny aspekt depresji popsychotycznej.

W tych występujących na początku remisji depresjach często pojawiają się myśli i plany samobójcze, a zmienny nastrój we wczesnym okresie po ustąpieniu psychozy sprawia, że realizacja tendencji samobójczych jest łatwiejsza.

C) Depresje polekowe (farmakogenne, poneuroleptyczne)

Są one efektem stosowania niektórych leków przeciwpsychotycznych -występują głównie po stosowaniu neuroleptyków klasycznych, silnych, a szczególnie tych, które nie wykazują działania uspokajającego. Neuroleptykami działającymi najsilniej depresjogennie są haloperidol, chlorpromazyna i flufenazyna. Często trudno jest różnicować te depresje z objawami parkinsonowskimi.

Depresje te mają różny obraz, od smutku, niechęci do głębokich depresji z objawami witalnymi, dobowymi wahaniem nastroju, urojeniami depresyjnymi. W depresjach tych częściej niż w depresjach występujących we wcześniejszym okresie psychozy występuje lęk, zahamowanie psychoruchowe, bierność, nasilony smutek i poczucie niewydolności.

Ryzyko ich wystąpienia wzrasta wraz z czasem trwania choroby i liczbą nawrotów.

LECZENIE

A) Depresje w pierwszym epizodzie schizofrenii.

W leczeniu pierwszego epizodu schizofrenii rzadko stosuje się politerapię lekiem przeciwpsychotycznym i lekiem przeciwdepresyjnym. Lekami z wyboru w tej grupie pacjentów są atypowe LPP, które mają korzystny wpływ na objawy afektywne w schizofrenii(amisulpryd, kwetiapina, risperidon). Jeśli jednak mimo prawidłowego postępowania nadal utrzymują się objawy depresyjne i zaburzają one funkcjonowanie chorego to należy wówczas rozważyć dodanie leku przeciwdepresyjnego do leczenia przeciwpsychotycznego. Zaleca się, w zależności od obrazu psychopatologicznego, leki nowej generacji- SSRI, mirtazapinę, wenlafaksynę, milnacipram, RIMA lub leki o innych mechanizmach działania – np. tianeptynę. Badania kontrolowane wskazują na największą przydatność w leczeniu depresji w schizofrenii leków działających receptorowo (mianseryna, mirtazapina). Leki

z grupy TLPD i SSRI hamują aktywność cytochromu P450, co może prowadzić do zwiększenia stężenia neuroleptyków we krwi i nasilić objawy niepożądane, zwłaszcza ze strony układu krążenia i pozapiramidowych. W trakcie takiego leczenia nie jest wymagane dostosowywanie dawki leku przeciwpsychotycznego, należy jednak uważnie obserwować ewentualne objawy niepożądane

B) Depresje występujące podczas nawrotów schizofrenii.

W trakcie nawrotów, gdy występują objawy depresyjne, zalecana jest w pierwszej kolejności zmiana leku neuroleptycznego na środek o działaniu mniej depresjogennym, a w drugiej – dodanie leku przeciwdepresyjnego do kuracji neuroleptycznej.

3) Depresje poschizofreniczne

W depresji poschizofrenicznej, zaleca się albo zamianę leku przeciwpsychotycznego na inny, działający przeciwdepresyjnie (-np. LPPIIG lub sulpiryd, flupentiksol, chlorprotiksen, lewomepromazyna) albo dołączenie do dotychczas stosowanego leku przeciwpsychotycznego leku przeciwdepresyjnego. Tą drugą strategię zaleca się, gdy poprawa objawów schizofrenii jest satysfakcjonująca, a dotychczasowe leczenie dobrze tolerowane. Dodatkowo wskazana jest psychoterapia i oddziaływania psychospołeczne-udzielenie pomocy i wsparcia w wypracowaniu przez pacjenta skutecznych strategii radzenia sobie z trudnościami.

W przypadku utrzymujących się pojedynczych objawów depresji, które wklajają stabilną fazę choroby można zastosować przez pewien okres w niewielkich dawkach leki przeciwdepresyjne. Skuteczna może być również zmiana leku przeciwpsychotycznego. Pełnoobjawowy zespół depresyjny wymaga zastosowania LPD w pełnej dawce terapeutycznej.

SAMOBÓJSTWA

Ryzyko popełnienia samobójstwa wśród pacjentów ze schizofrenią jest 8,5 razy większe niż w całej populacji. Około 10% chorych ze schizofrenią zagrożonych jest samobójstwem. Czynniki zwiększającymi ryzyko podjęcia próby samobójczej są: płeć męska, młodszy wiek, wolny stan cywilny, izolacja społeczna, zaburzenia funkcjonowania, bezrobocie, nadużywanie substancji psychoaktywnych, przebyte próby samobójcze, duże nasilenie depresji (np. sumy punktów w skali Calgary), nasilenie parkinsonizmu polekowego, akatyzya.

U pacjentów, u których występują myśli i tendencje samobójcze jako składowa obrazu schizofrenii leki przeciwpsychotyczne powinny być podstawową metodą terapeutyczną. Preferowane są LPPIIG, które mają przewagę w tym zakresie nad lekami klasycznymi. Nasilenie myśli i tendencji „S” jest najmniejsze podczas stosowania klozapiny (jej działania określa się jako „przeciwsuicydalne”, ale tylko u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii). Jeśli myśli i tendencje samobójcze są nowym objawem, wskazana jest zmiana leku przeciwpsychotycznego na inny, albo dołączenie do leku przeciwpsychotycznego leku przeciwdepresyjnego. Należy upewnić się, czy występowanie objawów depresyjnych czy myśli samobójczych nie jest efektem działania neuroleptyków (np. haloperidol, chlorpromazyna, flufenazyna). W przypadku powtarzających się zachowań samobójczych należy rozważyć zastosowanie klozapiny jako podstawowego leku neuroleptycznego.

PODSUMOWANIE

Zaburzenia afektywne, w szczególności depresyjne, występują w schizofrenii powszechnie i w każdym okresie choroby. Często ich objawy, które są podobne do objawów negatywnych, nie są rozpoznawane.

Brak diagnozy depresji powoduje nieprawidłowe postępowanie terapeutyczne, utrudnia rehabilitację i powrót do zdrowia pacjenta, grozi podjęciem przez niego próby samobójczej. Wybór leczenia farmakologicznego winien uwzględniać zarówno obraz depresji jak i indywidualne cechy chorego i jego podatność na działania niepożądane.

Piśmiennictwo:

1) Grzywa A., Karakuła H.: Objawy depresyjne w aktywnej fazie schizofrenii paranoidalnej. Część I: Powiązania z objawami negatywnymi. Psychiatria Polska, 1998, tom XXX, numer 1, strony 15-24

2) Grzywa A., Karakuła H.: Objawy depresyjne w aktywnej fazie schizofrenii paranoidalnej. Część II: Powiązania z objawami pozytywnymi. Psychiatria Polska 1998, tom XXXII, numer 1, strony 25-36

3) Jarema M.: Depresja w schizofrenii. Uwagi na temat możliwości stosowania fluoksetyny. Psychiatria Polska 1996 tom XXX , numer 1, strony 75-86,

4) Jarema M.: Depresja w schizofrenii- wyzwania i możliwości. Wiadomości Psychiatryczne. tom 7 .Nr 2/2004,101-1064

5) Jarema M. i inn.: Standardy leczenia farmakologicznego schizofrenii. Psychiatria Polska, 2006, tom XL, numer 6, strony 1171-1205

6) Szafrński Tomasz: Skala Calgary do oceny depresji w schizofrenii. Postępy Psychiatrii i Neurologii 197, 6, 333-343

7) Rzewuska M: Farmakoterapia zaburzeń afektywnych (depresyjnych) w schizofrenii: Lęk i depresja, tom 3, nr3/1998,s.147-160

8) Rzewuska M. "Leczenie zaburzeń psychicznych" PZWL Warszawa 2003