

Ali depresija boli?

Does depression hurts?

Ervin Strbad

Kljub novejšim terapijam in diagnostiki depresija ostaja problem. Nepojasnjene bolečine so del klinične slike depresije in anksioznosti. So del sindroma depresije in jih najdemo v vseh ocenjevalnih lestvicah za depresijo in v diagnostičnih kriterijih.

Bolniki z depresijo v ordinaciji družinskega zdravnika tožijo o telesnih simptomih. Mednarodna raziskava na 1.146 bolnikih z depresijo je pokazala, da 69 % depresivnih bolnikov poroča samo o telesni simptomatiki depresije (1). Druga raziskava je pokazala, da je 76 % bolnikov, ki ima diagnosticirano depresijo ali anksioznost, poročalo samo o telesni simptomatiki (2).

Obe najbolj poznani klasifikaciji (DSM IV in MKB 10) depresijo delita na blago, zmerno in hudo s psihotičnimi simptomi ali brez njih, le da je DSM IV natančnejša in opredeljuje še nespecifično in glede na potek še depresijo z delno remisijo in depresijo s popolno remisijo (3).

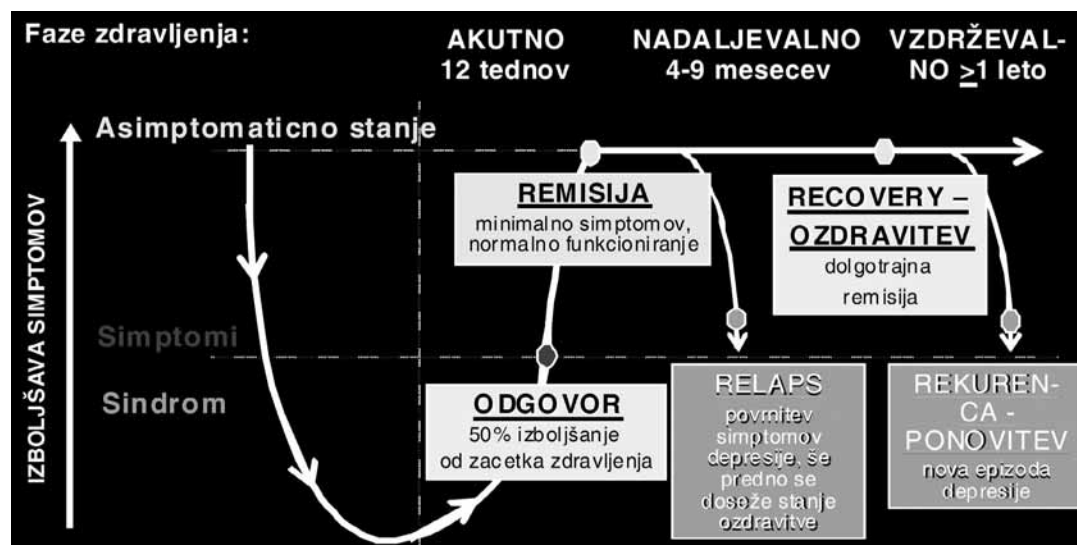
Faze zdravljenja depresije najbolje prikaže slika 1 (4).

Depresija je kompleksna bolezen, ki se lahko manifestira v različnih psihičnih, telesnih in drugih pridruženih simptomih (na primer tesnoba, zaskrbljenost, bolečina). Lahko jih razdelimo na psihične oziroma psihološke simptome (depresivno razpoloženje (žalost, potrnost, brezup, občutek nemoči), apatija oziroma anhedonija, občutek krivde in samomorilnost), na anksioznost (razburljivost, zaskrbljenost,

strah, napetost), na telesne simptome (motnje koncentracije, sprememba apetita, nespečnost, psihomotorična retardacija oziroma agitacija), na nepojasnjene bolečine (bolečine v hrbtu, križu, bolečine v rami, bolečine v vratu, mišično-skeletne bolečine, bolečine povsod po telesu, glavoboli) in na skupino ostalih simptomov (spolna disfunkcija, hipersomnija, vazomotorični simptomi)⁵. Telesni simptomi so del depresije in lahko zavedejo diagnostiko – vodijo v nezadostno prepoznavanje depresije.

Glede na nevro-pato-fiziološko razlago lahko simptome razdelimo tudi glede na nevrotansmitterje. Med serotoninske prištevamo občutke krivde, samomorilnost in motnje apetita; med serotoninske in noradrenalske anksioznost, nepojasnjena bolečina in vazomotorični simptomi; med noradrenalske in dopaminske prištevamo apatijo oziroma anhedonijo, utrujenost, motnje koncentracije in hipersomnijo, med dopaminske spolne disfunkcije in med vse tri depresivno razpoloženje, nespečnost, psihomotorična retardacija oziroma agitacija (5).

Glede na mehanizem delovanja antidepressivov uporabljamo za serotinsko simptomatiko SSRI (escitalopram, citalopram, sertralin, paroksetin, fluoksetin, flavoksamin) in tianeptin, za noradrenalsko simptomatiko NARI (reboksetin) in maprotilin, za serotoninsko in noradrenalsko simptomatiko SNRI (venlafaksin in duloksetin) ter



Slika 1: Faze zdravljenja depresije

Figure 1: Treatment of depression in stages

amitriptilin, imipramin, mirtazepin in za dopaminsko in noradrenalsko simptomatiko bupropion (5).

Pogosto rečemo, da je vse v glavi, tudi depresija. Vendar ni res. Motnje regulacije serotonina in noradrenalina v možganih so povezane z depresijo, vendar možgani dobijo spremenjen bolečinski signal zaradi neravnotežja med serotoninom in noradrenalinom v hrbtenjači, kar razloži, zakaj so nepojasnjene bolečine najpogostejše glavni vzrok obiska pri zdravniku družinske medicine (6, 7, 8).

Prisotnost nepojasnjenih telesnih simptomov je v visoki korelaciji s motnjami razpoloženja. Depresivni bolniki pogosto tožijo za telesnimi simptomi. Možnost, da je poleg telesnih simptomov prisotna tudi motnja razpoloženja, se zvišuje s številom telesnih simptomov (9). 30 % bolnikov z depresijo ima telesne simptome več kot 5 let preden bolnik dobi ustrezno diagnozo (10).

Telesne simptome in motnje razpoloženja v ordinaciji družinskega zdravnika prikazuje tabela 1 (10).

Simptom	% bolnikov s telesnimi simptomi	% bolnikov s telesnimi simptomi in komorbidno motnjo razpoloženja
bolečine v sklepih	59	34
bolečine v hrbtu	41	38
glavoboli	36	40
bolečine v prsih	21	46
bolečine v trebuhu	19	43

Kroenke et al v istem članku (10) navajajo pogostnost simptomov bolečine pri depresiji in anksioznosti in sicer bolečina v sklepih oziroma udih se v 24 % pojavlja pri depresiji in 34 % pri anksioznosti, bolečina v križu v 28 % pri depresiji in 38 % pri anksioznosti, glavobol v 28 % pri depresiji in 40 % pri anksioznosti, bolečina v prsih v 33 % pri depresiji in 46 % pri anksioznosti in bolečina v trebuhu v 31 % pri depresiji in 43 % pri anksioznosti.

Obratno so pri bolnikih z depresijo kar v 91 % prisotni telesni simptomi, pri bolnikih z anksioznostjo v 85 %, pri bolnikih z depresijo in anksioznostjo kar v 93 % in pri bolnikih brez psihičnih simptomov le v 77 %.

Zanimiva je raziskava ARTIST, naturalistična, randomizirana študija, v kateri je sodelovalo 573 pacientov z depresijo na primarnem nivoju, ki je pokazala kako telesni simptomi slabše odgovorijo na zdravljenje z antidepressivi kot psihični simptomi¹².

Če pri zdravljenju depresije nismo dosegli popolne remisije, govorimo o rezidualnih simptomih in o delni remisiji. Rezidualni simptomi imajo velik vpliv na nadaljni potek depresije, saj se v kar 76 % ponovi oziroma pride do relapsa, v primerjavi z bolniki, ki nimajo rezidualnih simptomov (popolna remisija), ko pride do relapsa le v 25 % (13). Med najpogostejšimi rezidualnimi simptomi je ob nespečnosti, utrujenosti in motnji koncentracije in interesa tudi bolečina (5).

Odstranitev oziroma zmanjšanje bolečinske simptomatike pri bolnikih z depresijo lahko bistveno poveča verjetnost remisije (14).

Literatura:

1. Simon GE, et al. *N Engl J Med*. 1999;341:1329-1335.
2. Kirmayer LJ, et al. *Am J Psychiatry*. 1993;150:734-741.
3. Schulte-Markwort et al. Hogrefe & Huber Publishers 2003:56
4. Kupfer DJ. *J Clin Psych* 1991; 5:(S7):28-34
5. Stahl SM. *Stahl's Essential Psychopharmacology* 2008.
6. Stahl SM. *Journal of Clinical Psychiatry*. 63(5):382-3, 2002.
7. Blier P, Abbott FV. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*. 26(1):37-43, 2001.
8. Verma S, Gallagher RM. *International Review of Psychiatry*. 2000;12(2):103-114.
9. Kroenke K, et al. *Arch Fam Med*. 1994;3:774-779.
10. Lesse S. *Am J Psychother*. 1983;37:456-475.
11. Lecrubier et al, 2002
12. Greco T, et al. *J Gen Intern Med*. 2004;19(8):813-818.
13. Paykel ES, et al. *Psychol Med*. 1995;25:1171-1180
14. Fava M, et al. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(4):521-530.