

Zaburzenia afektywne u chorych z EDS

Damian Czarnecki

Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Szpital Uniwersytecki nr 1 w Bydgoszczy, Klinika Psychiatrii, Oddział Leczenia Uzależnień

Bydgoszcz, 2019

Fakty

- Badania wskazują na występowanie większej podatności na wystąpienie zaburzeń nastroju (depresji) u osób z hipermobilnością stawów/EDS niż u osób bez tych rozpoznań [Pasquini i wsp, 2014]
 - W jednych z badań wykazano, że u 42,5% populacji osób z hipermobilnością stawów/ EDS występują zaburzenia psychiczne, głównie depresja oraz lęk [Hershenfeld i wsp, 2016]
- Intensywność lęku i depresji u osób z EDS przekłada się na odczuwanie negatywnych emocji, które zwiększają doświadczanie bólu [Linton i Shaw, 2011]

Fakty

- 70% pacjentów z hipermobilnością stawów ma zaburzenia lękowe w porównaniu z grupą osób zdrowych (22% z zaburzeniami lękowymi) [Bulbena i wsp, 1988]
- Prawie 62% pacjentów z lękiem napadowym cierpi na hipermobilność stawów, w porównaniu do prawie 11% osób z grupy kontrolnej [Martin-Santos i wsp, 1998]
 - Osoby z EDS charakteryzuje „większa percepcja” – wrażliwość sensoryczna i „intensywność obaw” co zwiększa podatność na lęk [Bulbena i wsp, 2017]

Fakty

- Depresja najczęściej rozpoznawana jest u osób w wieku 20-40 lat
 - Dotyczy 10% mężczyzn i 20% kobiet, młodych jak i w starszym wieku
 - Jest chorobą, która bardzo często powoduje niepełnosprawność zaraz po chorobie niedokrwiennej serca
- 20% pacjentów z POZ to pacjenci z depresją, szukający pomocy z przyczyn somatycznych
- 40-80% osób z depresją myśli o samobójstwie, 20-60% podejmuje akty samobójcze, a 15% robi to skutecznie (Gałęcki, Szulc, 2017)

Fakty

- Bardzo często pacjenci szukają pomocy u lekarza rodzinnego z powodu gorszego samopoczucia, trudności w codziennym funkcjonowaniu, czy z powodu zaburzeń snu – znaczny odsetek pacjentów nie trafia do psychiatrii:
 - trudności z rozpoznaniem depresji (różnicowanie)
 - obawa przed stygmatyzacją
- Ważną rolę odgrywa lekarz rodzinny, to on powinien rozpoznać wstępnie problem i wskazać drogę do leczenia

Przyczyny depresji i lęku

- Endogenna (związana ze zmianami hormonalnymi, neuroprzekaźnikowymi)
- Psychogenna (trudne przeżycia, trauma, przewlekły stres)
- Somatyczne
 - Choroby przewlekłe, zakaźne, zatrucia, niedoborowe, metaboliczne, przebiegające z bólem
 - **Kardiologiczne** (choroba wieńcowa, niewydolność krążenia)
 - **Infekcyjne** (grypa, zapalenie wątroby, półpasiec, AIDS)
 - **Autoimmunologiczne** (toczeń rumieniowaty układowy, reumatoidalne zapalenie stawów, guzkowe zapalenie tętnic)
 - **Hormonalne** (zaburzenia funkcji tarczycy, nadnerczy, przytarczyc, wahania hormonalne w cyklu miesięczkowym, poporodowe, menopauza i andropauza)
 - **Metaboliczne** (cukrzyca)
 - **Niedoborowe** (witaminy B1, B12, B6, kwas foliowy)
- Jatrogenne/ farmakologiczne (antykoncepcja, leki sterydowe, beta-blokery, leki onkologiczne)

Przyczyny depresji i lęku

- EDS vs lęk i depresja
 - Zaburzenia psychopatologiczne w przebiegu EDS należy dokładnie różnicować (*w diagnostyce ważne jest rozpoznawanie, i rozróżnianie objawów somatycznych i psychologicznych manifestujących się somatycznie*):
 - w przebiegu EDS występują objawy, które sprzyjają wystąpieniu zaburzeń psychicznych np. przewlekły ból, nieokreślony ból, zmęczenie, męczliwość związana z mobilnością, zmęczenie związane z zaburzeniami snu
 - w przebiegu EDS wstępują objawy, które przypominają objawy somatyczne lęku np. dysautonomia (↑↓ tętna)
 - błędne rozpoznanie związane z objawami EDS i objawami np. konwersji (zaburzenie dysocjacyjne)

Przyczyny depresji i lęku

- Na odczuwanie lęku w EDS ma wpływ pięć wspólnych wymiarów:
 - **zachowanie** (mechanizmy obronne – walka/ucieczka ograniczenie/ unikanie/ zależność)
 - **psychopatologia** (wzrost czucia wewnętrznego, zewnętrznego, zmniejszenie propriocepcji)
 - **objawy somatyczne dodatkowe** (dysautonomia, typ somato asteniczny, dyskinezy, łatwość siniaczenia, błękitne twardówki),
 - **objawy somato sensoryczne** (wzrost wrażliwości węchowej, trudności w utrzymaniu kontaktu wzrokowego, wrażliwość na światło, uczucie kołatania serca, trudności w przełykaniu, uczucie duszności)
 - **objawy i choroby somatyczne** (zespół jelita drażliwego, refluks przełykowy, dyslokacje, zwichnięcia, zawroty głowy, fibromialgia, astma, migreny, nietolerancja pokarmowa) (Bulbena, 2015)

Błędy w treści myślenia osób z ryzykiem zachorowania na depresję

- Myślenie w kategoriach czarne-białe, *skrajne postawy*, „*wszystko albo nic*”
- Wyciąganie pochopnych wniosków - *na podstawie niewielkiej liczby przesłanek*
- Wybiórcza uwaga – *koncentrowanie się na negatywach wypowiedzi lub sytuacji, z jednoczesnym pomijaniem pozytywów*
- Uogólnianie – *wnioskowanie na podstawie jednego wydarzenia*
- Bezpodstawne przypisywanie sobie odpowiedzialności za negatywne doświadczenia

Diagnostyka

- ICD-10
 - F32 (Epizod depresyjny)
 - F32.0 lekki
 - F32.1 umiarkowany
 - F32.3 ciężki bez objawów psychiatrycznych
 - F33 (Zaburzenia depresyjne nawracające)
 - F33.0 z.d.n – epizod łagodny
 - F33.1 z.d.n – epizod umiarkowany
 - F33.2 z.d.n – epizod ciężki bez objawów psychiatrycznych
 - F33.3 z.d.n – epizod ciężki z objawami psychiatrycznymi
 - F33.4 z.d.n - remisja
 - F34.1 (Dystymia)

Objawy epizodu depresyjnego

- Trwa co najmniej 2 tygodnie, nie występowały i nie występują objawy manii i hipomanii, oraz nie ma przyczyn w uzależnieniu czy zaburzeniach organicznych:
 - Obniżenie nastroju
 - Anhedonia (brak zadowolenia z rzeczy które kiedyś cieszyły), utrata zainteresowań
 - Zmniejszenie aktywności i męczliwość
 - Osłabienie koncentracji
 - Niska samoocena i mała wiara w siebie
 - Poczucie winy
 - Pesymistyczne spostrzeganie przyszłości
 - Utrata łaknienia/ zmniejszenie masy ciała
 - Myśli i zachowania samobójcze
 - Spowolnienie psychoruchowe
 - Gorsze samopoczucie w godzinach rannych
 - Bóle

Objawy depresji i lęku

- Pacjenci z depresją mogą dodatkowo skarżyć się na obecność:
 - lęku uogólnionego/ wolno płynącego – co objawia się niepewnością, zamartwianiem się, trudnościami w podejmowaniu decyzji, lękiem o przyszłość, o siebie, o innych
 - lęku panicznego
 - lęku społecznego
 - myśli natrętnych, czynności natrętnych, ruminacji
 - agitacji
 - bólu

Przebieg zaburzeń depresyjnych

- Nie leczony epizod depresyjny trwa najczęściej 6 do 9 miesięcy
- Jeśli rozpoznano depresję nawracającą ma ona zwykle 3 do 5 epizodów/ nawrotów, po pierwszym epizodzie, kolejny wystąpi u 50-85% pacjentów, a kolejne są bardziej prawdopodobne
- Większość osób z rozpoznaniem ciężkiej depresji zdrowieje w czasie 3 miesięcy, jednak zwykle pacjent z depresją zdrowieje w czasie 1 roku

Przebieg zaburzeń lękowych

- Postępujący, nawracający, z objawami psychicznymi i somatyzacją
- Zwykle prowadzi do poważnych zakłóceń funkcjonowania i obniżenia jakości życia

Leczenie - metody

- **Wsparcie/ pomoc w kryzysie**
 - 116 123 - Telefon Zaufania dla Osób Dorosłych w Kryzysie Emocjonalnym
 - 22 594 91 00 Antydepresyjny Telefon Forum Przeciw Depresji
- **Farmakologia i psychoterapia (poznawczo-behawioralna)**
 - Psychoedukacja – dla rodziny i pacjenta/rehabilitacja psychiatryczna
 - Elektrowstrząsy (depresja)
 - Asystent zdrowienia
 - Wsparcie grup samopomocy
 - Wsparcie fundacji/stowarzyszeń
 - Turnusy rehabilitacyjne (PFRON)

Leczenie – organizacja (Gdzie szukać pomocy?)

- POZ (lekarz rodzinny)
 - Poradnia zdrowia psychicznego (nie wymagane skierowanie)
 - Gabinet psychiatrii (dla dorosły/dla dzieci i młodzieży)
 - Gabinet psychologa (wymagane skierowanie)
 - Oddziały dzienne psychiatryczne
 - Oddziały stacjonarne (wymagane skierowanie jeśli w trybie planowym)
- Centra Zdrowia Psychicznego
- Pomoc społeczna (warsztaty terapii zajęciowej, środowiskowe domy samopomocy, DPS)
 - Ośrodki pomocy społecznej (gmina, powiat)
 - Powiatowe Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności

Rekomendowany przebieg działań

Kierunki działań w diagnostyce i leczeniu

1. Rozmowa z pacjentem i obserwacja pacjenta
2. Wywiad z osobą bliską
3. Rozmowa i obserwacja pacjenta w obecności osoby bliskiej
4. Badanie stanu somatycznego
5. Analiza dostępnej dokumentacji
6. Rozpoznanie depresji/ lęku
7. Różnicowanie
8. Konsultacja z innym lekarzem, specjalistą
9. Dobór odpowiednich form terapii i wsparcia

Rekomendowany przebieg działań

Rekomendowane formy terapii i wsparcia psychologicznego dla osób z EDS w odniesieniu utrzymania zdrowia psychicznego

Lęk/depresja/zaburzenia snu	Diagnoza i leczenie psychiatryczne/Interwencja psychologa klinicznego (psychoterapia z i bez farmakoterapii)
Trudne emocje/przewlekły ból	Interwencja psychologa klinicznego (terapia poznawczo-behawioralna)/ psychiatra/ pielęgniarka psychiatryczna/ Terapeuta środowiskowy
Niedobór wiedzy o chorobie	Psychoedukacja
Niedobór wiedzy i umiejętności zaradczych w radzeniu sobie z chorobą przewlekłą	Psycholog kliniczny (terapia poznawczo-behawioralna)/ pielęgniarka psychiatryczna/ terapeuta środowiskowy
Zaburzenia rozwoju neuropsychologicznego u dzieci	Psycholog i psychiatra dziecięcy
Zaburzenia poznawcze (uwagi i pamięci)	Neuropsycholog
Wsparcie	Psycholog kliniczny (terapia podtrzymująca)/ pielęgniarka psychiatryczna

Wnioski

- EDS to zaburzenie przewlekłe, ze współwystępującymi dodatkowymi objawami, które mogą zwiększać ryzyko depresji i zaburzeń lękowych
- Zaburzenia depresyjne i lękowe znacznie obniżają jakość życia, dlatego powinny być leczone, dla ratowania zdrowia i życia
- Dostępne są skuteczne metody leczenia depresji i lęku, które powinny być jak najwcześniej wdrożone