



VIA MEDICA

www.gastroenterologia.viamedica.pl

Łukasz Świącicki

II Klinika Psychiatrii, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Stosowanie leków przeciwdepresyjnych w gastroenterologii

Use of antidepressants in gastroenterology

STRESZCZENIE

W artykule omówiono zagadnienie stosowania leków przeciwdepresyjnych, rozumianych szeroko jako leki stosowane w terapii depresji, u osób zgłaszających skargi z zakresu przewodu pokarmowego. Autor zwraca uwagę na to, że mechanizm działania przeciwdepresyjnego stosowanych obecnie leków nie jest do końca znany. Jednym z mechanizmów może być działanie wywierane przez te leki na bakterie znajdujące się

w przewodzie pokarmowym. W artykule przedstawiono trzy opisy kazuistyczne pacjentów, którzy zgłosili się do lekarza z objawami ze strony układu pokarmowego, które jednak były w rzeczywistości jedynie maską depresji psychotycznej. Leczenie przeciwdepresyjne przyniosło u tych pacjentów ustąpienie objawów somatycznych.

Gastroenterologia Kliniczna 2017, tom 9, nr 1, 19–26

Słowa kluczowe: gastroenterologia, leki przeciwdepresyjne, depresja z objawami psychotycznymi

ABSTRACT

The article discusses the use of antidepressants, widely understood as drugs used in the treatment of depression, in people reporting gastrointestinal complaints. The author points out that the mechanism of antidepressant action of currently used drugs is not fully known. One mechanism may be the action exerted by these drugs on bacteria that are in the gut. The article

presents three case reports of patients who reported to a physician with gastrointestinal symptoms, but they were, in fact, merely masks of psychotic depression. Antidepressant therapy has resulted in the cessation of somatic symptoms.

Gastroenterologia Kliniczna 2017, tom 9, nr 1, 19–26

Key words: gastroenterology, antidepressants, psychotic depression

WSTĘP

Trudno nazwać odkrywczym twierdzenie, że człowiek stanowi jedność psychofizyczną, a oddzielanie zdrowia somatycznego od psychicznego ma jedynie umowny, akademicki charakter. Mimo że twierdzenie takie jest banalne, w praktyce zarówno lekarze, jak i pacjenci bardzo często o tej prawdzie zapominają albo wręcz nie potrafią w nią uwierzyć. O ile nikt raczej nie kwestionuje powiązań między na przykład chorobami płuc a chorobami układu krążenia, o tyle stwierdzenie powiązań między stanem psychicznym a chorobami układu pokarmowego (i *vice versa*) często budzi zupełnie niezrozumiałe zdziwienie.

Tymczasem, biorąc pod uwagę choćby częstość występowania zaburzeń układu pokarmowego i zaburzeń depresyjnych lub depresyjno-lękowych, wydaje się rzeczą zupełnie niemożliwą, aby przynajmniej u części pacjentów zaburzenia nie występowały jednocześnie. Wyniki badań epidemiologicznych wskazują na przykład na to, że w Stanach Zjednoczonych bóle brzucha są przyczyną ponad 10 milionów wizyt każdego roku [1]. Z kolei zaburzenia lękowe, lub też depresyjno-lękowe, zalicza się do najczęściej występujących ze wszystkich zaburzeń psychicznych. Ryzyko ich wystąpienia w ciągu całego życia ocenia się na około 13% [2]. Oczywiście sama częstość występowania zaburzeń z tych grup nie musi

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. n. med.
Łukasz Świącicki
II Klinika Psychiatrii
Instytut Psychiatrii i Neurologii
Al. Sobieskiego 9
02–957 Warszawa
tel.: 22 458 27 64
faks: 22 458 28 50
e-mail: swiecick@ipin.edu.pl

Tabela 1. Objawy ze strony przewodu pokarmowego w zaburzeniach psychicznych

Objawy z zakresu przewodu pokarmowego w zaburzeniach psychicznych	
<ul style="list-style-type: none">• Agorafobia — ból brzucha, gwałtowne nudności, parcie na stolec• Zespół lęku napadowego — nudności, wymioty, dyskomfort w brzuchu• Zaburzenie depresyjno-lękowe — suchość w ustach, zaparcia, brak apetytu	<ul style="list-style-type: none">• Depresja — bóle brzucha, brak apetytu, chudnięcie• Depresja psychotyczna (zespół Cotarda) — przekonanie o braku przewodu pokarmowego, całkowitej niedrożności, niemożności wypróżnienia

wskazywać na związki skutkowo-przyczynowe zachodzące pomiędzy nimi, jednak codzienne doświadczenie kliniczne wyraźnie wskazuje na to, że związki takie występują, choć często trudno jest określić ich kierunek (to znaczy definitywnie ustalić, które zaburzenia ma charakter pierwotny, a które wtórny). W artykule autor omówi kilka przypadków kazuistycznych z własnej praktyki, wskazujących na wyraźne powiązania między zaburzeniami o charakterze depresyjnym a zaburzeniami ze strony układu pokarmowego oraz na celowość stosowania szeroko rozumianych leków przeciwdepresyjnych w terapii tego rodzaju chorób.

CO OZNACZA OKREŚLENIE „LEKI PRZECIWDPRESYJNE”?

Określenie pozycji leków przeciwdepresyjnych w leczeniu pacjentów z problemami gastroenterologicznymi wymaga zdefiniowania znaczenia pojęcia „leki przeciwdepresyjne”. Wbrew dość powszechnemu przekonaniu nie jest to w żadnym wypadku jednorodna grupa. Nazwy grup leków stosowanych w psychiatrii mają zdecydowanie umowny charakter. To znaczy, że leki przeciwdepresyjne są stosowane także w leczeniu zaburzeń lękowych, zaburzeń odżywiania się, zaburzeń snu, ale też leki określane jako „przeciwpowietrzne” są szeroko stosowane nie tylko w leczeniu psychoz (to swoją drogą bardzo mało konkretne określenie dużej grupy chorób), ale także w terapii depresji, lęku, zaburzeń snu itp. Także leki normotymiczne (zwane również stabilizującymi), których głównym działaniem ma być przeciwdziałanie nawrotom u osób z chorobą afektywną dwubiegunową, są stosowane w leczeniu depresji, lęku, a nawet zaburzeń osobowości. Jak widać z tego krótkiego wyliczenia nazwy sobie, a rzeczywiście zastosowania leków sobie.

Z praktycznego, klinicznego punktu widzenia można uznać za lek przeciwdepresyjny każdy środek, który bywa skutecznie stosowany w terapii depresji, niezależnie od tego, do której grupy formalnie należy. Wiadomo na przykład, że takie leki przeciwpowietrzne, jak: kwetiapina, olanzapina czy amisulpryd mają dobrze udokumentowane działanie przeciwdepresyjne [3–14], podobne działanie mają także leki normotymiczne, takie jak sole litu, lamotrygina czy walproinian [15, 16]. W tym artykule autor odwołuje się do szerokiej definicji leków przeciwdepresyjnych, traktując w ten sposób wszystkie środki o udowodnionej skuteczności w leczeniu zaburzeń depresyjnych.

ZABURZENIA ZE STRONY PRZEWODU POKARMOWEGO JAKO OBJAW DEPRESJI

Zaburzenia ze strony układu pokarmowego są jednymi z częstszych objawów występujących u osób z depresją i lękiem.

W tabeli 1 przedstawiono objawy najczęściej opisywane przez pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi i depresyjno-lękowymi. Poza często występującymi: nudnościami, wymiotami, odczuciem dyskomfortu w jamie brzusznej itp., na uwagę zasługują skargi na nieuzasadnione chudnięcie. Pacjenci z depresją, zwłaszcza z depresją psychotyczną o charakterze zespołu Cotarda, często nie przyznają się do tego, że w rzeczywistości bardzo ograniczają ilość spożywanych pokarmów [17]. Trudno do końca wyjaśnić, jaka jest przyczyna zatajania takich informacji, wydaje się jednak, że często chorzy nie mają pełnej świadomości tego, że bardzo mało jedzą, wręcz przeciwnie — wydaje się im, że jedzą tyle „co wszyscy wokół”. U części pacjentów odmowa przyjmowania posiłków może być związana z urojeniowym przekonaniem o „zarośnięciu” lub „zaniku” przewodu pokarmowego. Tacy chorzy są często

przekonani, że jedzenie po prostu „nie zmieści się” w organizmie, a próby karmienia mogą według nich spowodować „pęknięcie przewodu pokarmowego” lub inne, niemożliwe do zrozumienia z medycznego punktu widzenia, powikłania. W tej sytuacji pacjent udaje, że je normalnie, żeby nie doprowadzić do karmienia, które „mogłoby go zabić”. Osoby z zespołem Cotarda potrafią być bardzo przekonujące i pozornie rzeczowe, mimo przeżywania ciężkich zaburzeń psychicznych. Z tego względu osoby chudnące bez obiektywnej przyczyny medycznej powinny być poddane ścisłej obserwacji jeśli chodzi o rzeczywiste, a nie deklaratywne, przyjmowanie przez nie posiłków.

MECHANIZM DZIAŁANIA LEKÓW PRZECIWDOPRESYJNYCH

Wbrew dość powszechnej opinii sposób działania leków przeciwdepresyjnych nie jest dobrze znany, z pewnością nie można mówić o jednym, prostym mechanizmie. Rzeczywiście większość obecnie stosowanych klasycznych leków przeciwdepresyjnych (chodzi o grupę leków, które obecnie nazywa się przeciwdepresyjnymi) wywiera wpływ hamujący na wychwyty zwrotny transportera serotoniny. Warto jednak zwrócić uwagę, że część leków z tej grupy nie ma takiego działania, a zdarzają się i takie, które wręcz zwiększają wychwyty zwrotny transportera serotoniny (tianeptyna). W przypadku innych leków ujawniających działanie przeciwdepresyjne (wspomniane już przeciwpsychotyczne i normotymiczne) mechanizm działania zazwyczaj nie ma związku z wychwytem zwrotnym transportera serotoniny, lub też jest to tylko jeden z wielu aspektów działania tych środków.

Warto w związku z tym zwrócić uwagę także na inne potencjalne mechanizmy działania. Macedo i wsp. [18] opublikowali wyniki bardzo ciekawego przeglądu badań dotyczących wpływu leków przeciwdepresyjnych na florę bakteryjną przewodu pokarmowego. Autorzy zwracają uwagę, że bardzo wiele starych

i nowych leków z tej grupy wywiera wyraźne działanie przeciwbakteryjne (tab. 2).

Część leków przeciwbakteryjnych (kwas klawulanowy, amoksylicyna, doksycyлина, błękit metylenowy) wywiera jednak pewien wpływ przeciwdepresyjny. Zdaniem Macedo i wsp. dotychczasowe wyniki badań wskazują, że mechanizm działania przeciwbakteryjnego może być jednym z tłumaczących skuteczność leków przeciwdepresyjnych. Wydaje się, że w chwili obecnej kwestię najważniejszego mechanizmu działania leków z tej grupy, bo z pewnością chodzi tu o kilka różnych mechanizmów, należy uznać za nadal otwartą.

OPISY KAZUISTYCZNE

Przedstawione w dalszej części artykułu opisy kazuistyczne dotyczą trzech pacjentów, którzy zgłosili się do lekarza lub zostali do niego skierowani głównie lub wyłącznie z powodu dolegliwości z zakresu przewodu pokarmowego. Wynik dokładniejszego badania ujawnił jednak psychiczne tło wszystkich tych dolegliwości. W terapii skuteczne okazało się leczenie przeciwdepresyjne (niekoniecznie leki — w jednym przypadku były to zabiegi elektrowstrząsowe).

Przypadek 1

Siedemdziesięcioletnia emerytka, rozwiedziona, matka jednego dziecka została skierowana do psychiatrii przez gastroenterologa. Sama pacjentka nie widziała uzasadnienia dla takiego skierowania, zgodziła się, ponieważ „lekarz nalegał”. Pacjentka od kilku miesięcy była leczona z powodu bólów brzucha, przewlekłych biegunek i towarzyszącego tym objawom znacznego osłabienia. Pytana o obniżenie nastroju, zmniejszenie odczuwania przyjemności czy też zmniejszenie zainteresowań pacjentka stanowczo przeczyła. Sama twierdziła, że „jest beznadziejnym przypadkiem”, „choruje na chorobę nieznaną medycynie”, ale była przekonana, że jej

Tabela 2. Działanie przeciwbakteryjne leków przeciwdepresyjnych (LPD)

NIEMAL WSZYSTKIE LPD DZIAŁAJĄ NA BAKTERIE W PRZEWODZIE POKARMOWYM	
<ul style="list-style-type: none"> Sertralina: <i>V. cholerae</i>, <i>Salmonella</i>, <i>S. aureus</i> Fluoksetyna: bakterie Gram dodatnie, <i>H. influenzae</i> Paroksetyna: bakterie Gram dodatnie, <i>Campylobacter jejuni</i>, <i>H. influenzae</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Iproniazyd: <i>M. tuberculosis</i> Amitriptylina: <i>S. aureus</i>, <i>Shigella</i> spp., <i>Bacillus</i> spp., <i>Salmonella</i> spp., <i>E. coli</i>, <i>V. cholerae</i>, <i>P. aeruginosa</i>, <i>Citrobacter</i> spp., <i>Cryptococcus</i> spp.

choroba nie jest depresją. Podczas zbierania wywiadu pacjentka podała, że przed około pięć laty chorowała na „dziwną” chorobę układu oddechowego. Odkrztuszała wówczas „olbrzymie” ilości wydzieliny, miała poczucie niezwykle osłabienia i braku energii. Leczenie pulmonologiczne, które wówczas zastosowano, nie przyniosło żadnych efektów, objawy całkowicie ustąpiły po kuracji lekiem przeciwdepresyjnym (wenlafaksyną), ale pacjentka jest przekonana, że to „zwykły przypadek” (!). Jej zdaniem wenlafaksyna nic nie pomogła. Objawy po prostu „same minęły”.

Ponad 10 lat temu u pacjentki wystąpiły dziwne objawy kardiologiczne: bóle, pieczenie w klatce piersiowej, duszność, a także poczucie osłabienia i braku energii. Sekwencja wydarzeń była taka sama — leczenie kardiologiczne nie pomagało, po zastosowaniu wenlafaksyny objawy ustąpiły. Także tym razem pacjentka nie widziała „żadnego związku” między przyjmowaniem leku przeciwdepresyjnego a ustąpieniem objawów. „To nie była choroba psychiczna, więc psychiatryczne leki nie mogły w niczym pomóc”. Chora przyjmowała lek przeciwdepresyjny jedynie dlatego, że prosił ją o to lekarz.

Również w przypadku obecnie występujących bólów brzucha zalecono wenlafaksynę w dawce 150 mg na dobę, uzyskując całkowite ustąpienie dolegliwości. Także tym razem chora negowała jakikolwiek wpływ leków na przebieg dolegliwości, zgodziła się jednak przyjmować je nadal. Przez następne dwa lata czuła się dobrze, a potem zmarła, najprawdopodobniej w wyniku samobójstwa — ciało znaleziono w mieszkaniu, dookoła porozrzucone były tabletki. Nie przeprowadzono sekcji zwłok, uznano zgon za „naturalny”.

Przyczyny zaburzeń występujących u opisywanej pacjentki miały bez wątpienia charakter choroby psychicznej. Można się zastanawiać, czy chodziło tu rzeczywiście o depresję, czy też o inne zaburzenia o charakterze somatyzacyjnym. Za depresją bardzo wyraźnie przemawia fazowość dolegliwości. W okresach pomiędzy fazami choroby pacjentka była całkowicie zdrowa, a niekiedy także hipertymiczna na pograniczu hipomanii — była niezwykle aktywna życiowo i zawodowo, podróżowała po świecie, miała niezwykle dużo energii. Pacjentka deklarowała pełne przekonanie co do tego, że lek przeciwdepresyjny nie wywiera na nią żadnego działania, ale mimo to ściśle przestrzegała zaleceń, zgłaszała się po recepty i bez wątpienia przez ostatnie dwa lata życia

stale przyjmowała lek (który w jej opinii nie działał!). Wydaje się, że pacjentka nie chciała przyznać, być może także sama przed sobą, że pomaga jej lek stosowany w psychiatrii, ponieważ w jej odczuciu oznaczałoby to uznanie, że jest chora psychicznie.

Przypadek 2

Sześćdziesięcioletni żonaty urzędnik został skierowany do psychiatry przez lekarza rodzinnego. Pacjenta diagnozowano z powodu znacznej utraty masy ciała. W ciągu pół roku schudł około 20 kg. W badaniach nie stwierdzono istotnych odchyśleń od normy. Pacjent twierdził, że ma normalny apetyt, „je tyle co zawsze”. Równocześnie chory skarżył się na całkowity brak energii, przestał wychodzić z domu, ponieważ „nie miał na to siły”, spędzał większość czasu w łóżku. Pacjent był przekonany, że przyczyną dolegliwości jest choroba somatyczna, stanowczo zaprzeczał obniżeniu nastroju. Podczas badania psychiatrycznego pacjent wyznał, że przyczyną niemożności jedzenia jest całkowite zarośnięcie lub też zanik przewodu pokarmowego. Pacjent nie potrafił powiedzieć, co jego zdaniem jest przyczyną tego zaniku, był jednak głęboko przekonany, że do czegoś takiego doszło. Skonfrontowany z wynikami badań obrazowych pacjent stwierdził, że wyniki musiały zostać pomyłone, jego nie mogłyby tak wglądać, ponieważ on nie ma przewodu pokarmowego. Ponadto chory podawał, że u niego w domu „jest katastrofalna sytuacja”, „nie ma co jeść”, a winnym tego stanu jest sam pacjent, bo „nie pomyślał o tym, jak zabezpieczyć rodzinę”. Pacjent nie chciał odpowiedzieć na pytania o myśli i zamiary samobójcze, przyznawał jednak, że nie widzi sensu i możliwości życia „w tej sytuacji”.

Psychiatra zaproponował pacjentowi skierowanie do szpitala psychiatrycznego. Pacjent nie wyraził na to zgody. W tej sytuacji psychiatra wystawił skierowanie z adnotacją o konieczności przyjęcia bez zgody na podstawie artykułu 23 Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego [19], uznając, że pacjent stanowi bezpośrednie zagrożenie dla swojego życia ze względu na odmowę przyjmowania pokarmów oraz występowanie myśli samobójczych. Pacjent nie protestował przeciw przyjęciu do szpitala, choć odmówił podpisania zgody.

Na oddziale podjęto kurację lekiem przeciwpsychotycznym (olanzapiną, następnie risperidonem), próbowano także stosować lek przeciwdepresyjny (citalopram). Leczenie nie

przyniosło efektu. Pacjent nadal wypowiadał urojenia nihilistyczne, odmawiał jedzenia, wyraźnie chudł. W tej sytuacji podjęto decyzję o wykonaniu zabiegów elektrowstrząsowych. Ze względu na niemożność otrzymania świadomej zgody od pacjenta uzyskano zgodę na zabieg od właściwego sądu. Po wykonaniu czterech zabiegów (w zwiotczeniu i znieczuleniu) objawy psychotyczne całkowicie ustąpiły. Pacjent twierdził, że ma zupełnie zdrowy, drożny przewód pokarmowy. Nie potrafił powiedzieć, czemu przedtem sądził inaczej. Nie był krytyczny w stosunku do choroby. Bagatelizował całą sprawę, twierdząc, że został po prostu źle zrozumiany, nic się z nim nie działo, „może trochę mniej czasem jadł”. Chory wyrażał zgodę na dalsze leczenie EW, wyrażał spontanicznie przekonanie, że „kuracja bardzo pomogła i jest bardzo skuteczna”. Po serii 10 zabiegów EW uzyskano niemal całkowitą remisję. Objawy choroby ustąpiły całkowicie, można jednak było mieć wątpliwości co do krytycyzmu pacjenta. Chory przyznawał, że leczenie bardzo mu pomogło, deklarował również, że rozumie, że był w ciężkim stanie, jednak równocześnie powątpiewał w sens dalszego przyjmowania leków przeciwdepresyjnych, „nie trzeba się tak obciążać lekami”, „nie wiem czy to dobre dla zdrowia”, „szkoda wątroby na te wszystkie truciki”. Pacjent twierdził, że będzie przyjmował leki po wypisie ze szpitala, ale można było odnieść wrażenie, że nie są to szczerze zapewnienia.

Opisywany przypadek wskazuje, że nawet osoba bardzo ciężko chora psychicznie, przekonana o prawdziwości zupełnie absurdalnych urojeń (zanik przewodu pokarmowego) potrafi przez dłuższy czas (np. pół roku) ukrywać objawy choroby psychicznej. Przyczyn bardzo wyraźnej utraty masy ciała poszukiwano przez dłuższy czas jedynie po stronie internistycznej.

Drugi istotny wniosek wynikający z tego przypadku — w takiej sytuacji konieczne jest zdecydowanie. Gdyby lekarz zastosował się do woli chorego i nie skierował go do szpitala psychiatrycznego, pacjent prawdopodobnie umarłby w najbliższym czasie z głodu. Takie przypadki zdarzają się i wcale nie są tak rzadkie, jak można by sądzić, choć zapewne często pozostają niezauważone. Lekarz ma w takich sytuacjach obowiązek działania i posiada także narzędzie prawne, do podjęcia takiego działania — narzędziem tym są paragrafy 23 i 24 Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego [19].

Trzecia interesująca obserwacja — skuteczne leczenie nie jest w psychiatrii jednoznaczne z odzyskaniem krytycyzmu. Mogłoby się wydawać, że osoba z bardzo poważnymi objawami chorobowymi nie będzie powątpiewać w skuteczność zastosowanego leczenia, jeśli objawy ustąpią. Tak jest z pewnością w przypadku osób z chorobami somatycznymi, natomiast w przypadku chorób psychicznych bardzo często nie ma takiej prawidłowości. Ze względu na szczególną właściwość myślenia osób chorych psychicznie, którą określa się jako „ambisentencja”, pacjenci są w stanie, bez szczególnej trudności, wierzyć w prawdziwość dwóch sprzecznych ze sobą twierdzeń: „leki mi pomogły, kiedy byłem ciężko chory” i „branie leków nie ma związku z moją chorobą”. Oba te twierdzenia wydają się pacjentowi równie słuszne i nie zauważa między nimi sprzeczności. W miarę postępów leczenia ambisentencja powoli ustępuje i w pewnym momencie pacjent sam ze zdziwieniem zauważa, że nie można pogodzić ze sobą dwóch przeciwstawnych poglądów.

W przypadku opisywanego pacjenta zastosowanie leku przeciwdepresyjnego nie było skuteczne. Skutecznym leczeniem okazały się elektrowstrząsy, które oczywiście można określić jako „terapię przeciwdepresyjną”, ponieważ są obecnie stosowane głównie do leczenia depresji.

Przypadek 3

Zamężna 73-letnia emerytka, matka jednego dziecka, została skierowana do kliniki neurologicznej z podejrzeniem stwardnienia bocznego zanikowego (SLA, *sclerosis lateralis amyotrophica*). Pacjentka od ponad dwóch miesięcy stale chudła, skarżyła się na duży ślinotok, poważne trudności z połykaniem oraz przymus chrząkania podczas mówienia. Wyniki badań wykonanych na oddziale neurologicznym nie potwierdziły rozpoznania SLA, neurolog zwrócił się z prośbą o konsultację psychiatryczną. Podczas badania psychiatrycznego pacjentka przeczyła jakimkolwiek zaburzeniom nastroju, mówiła, że nie jest smutna, niepokoi się jedynie objawami somatycznymi, ale jest całkowicie przekonana o ich neurologicznym charakterze. Mąż pacjentki podał jednak, że żona wielokrotnie w zaufaniu mówiła mu o tym, że „jest w sytuacji bez wyjścia”, „w domu jest katastrofa”, „trzeba odejść”. Skonfrontowana z relacją męża pacjentka stwierdziła, że „zaszło nieporozumienie”, „nie pamięta, żeby

Tabela 3. Wspólne cechy osób, u których zaburzenia ze strony układu pokarmowego są przejawem depresji (psychotycznej)

- Zwykle osoby po 50. roku życia
- Wśród objawów niemal zawsze brak poczucia energii, nadmierna koncentracja na objawach somatycznych, bardzo zdecydowane zaprzeczanie objawom psychicznym (smutek, lęk itp.)
- Nie można zweryfikować dużej części objawów gastroenterologicznych, inne są wtórne do ograniczania przyjmowania pokarmów, nadużywania leków przeczyszczających itp.
- Leki przeciwdepresyjne, na przykład przeciwpsychotyczne, lub elektrowstrząsy niezwykle skuteczne, czemu pacjenci zazwyczaj jednak zaprzeczają

mówiła w ten sposób”. Na podstawie badania psychiatrycznego oraz dodatkowych danych z wywiadu od męża pacjentki rozpoznano depresję z objawami psychotycznymi.

Pacjentka nie zgodziła się na hospitalizację psychiatryczną. Ponieważ mąż pacjentki zapewnił, że będzie w stanie nadzorować przyjmowanie pokarmów przez chorą w warunkach domowych, lekarz psychiatra uznał, że nie zachodzą przesłanki umożliwiające hospitalizację wbrew woli na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Pacjentka została wypisana z oddziału neurologicznego z zaleceniem przyjmowania olanzapiny w dawce 10 mg na dobę i zgłoszenia się na wizytę kontrolną u psychiatry po upływie tygodnia.

Po tygodniu stan pacjentki uległ poprawie zauważalnej dla otoczenia, choć sama pacjentka nie zauważyła żadnej zmiany. Zdaniem męża była jednak spokojniejsza, w lepszym kontakcie, miała lepszy apetyt i „rzadziej mówiła o katastrofie”. Po kolejnych dwóch tygodniach sama pacjentka przyznała, że ma znacznie mniejsze trudności w przełykaniu, nie ma ślinotoku, poprawił się jej apetyt. W ciągu trzech tygodni przytyła około 4 kg. Tym razem chora sama zgłosiła problemy związane ze stanem psychicznym — smutek, brak energii. Do dotychczas stosowanego leczenia dołączono citalopram. Po kolejnych dwóch tygodniach obserwowano dalszą bardzo wyraźną poprawę stanu psychicznego. Nastroj wyrównany, apetyt dobry, ustąpiły ślinotok i chrząkanie. Pacjentka nie w pełni krytyczna, nie chce rozmawiać o objawach, które u niej występowały, twierdzi, że „lekarz przesadza”, „chyba nie było tak źle”, „nigdy nie mówiła o katastrofie”. Utrzymano dotychczasowe leczenie.

Opisywana pacjentka była w pełni skoncentrowana na objawach, które uważała za neurologiczne. Być może nie chciała, żeby lekarz niepotrzebnie się rozpraszał, z jej punktu widzenia, i poświęcał czas na problemy,

które w opinii chorej nie były takie ważne (np. nastrój). Możliwe także, zdarza się tak często u osób z zaburzeniami psychotycznymi, że przyczyną ukrywania objawów był brak zaufania do lekarzy. Pacjentka mogła się obawiać, że podane przez nią informacje mogą być w jakiś sposób wykorzystane przeciwko niej. Leczenie przeciwdepresyjne (klasycznym lekiem przeciwdepresyjnym oraz lekiem przeciwpsychotycznym o wyraźnym działaniu przeciwdepresyjnym) spowodowało całkowite ustąpienie objawów, które początkowo były kwalifikowane jako gastrologiczne, a później neurologiczne, a w rzeczywistości były somatycznymi przejawami psychotycznej depresji.

Wspólne cechy osób, u których zaburzenia ze strony układu pokarmowego są przejawem depresji (psychotycznej)

Pewne wspólne cechy osób, u których zaburzenia ze strony układu pokarmowego są tylko pewnego rodzaju przejawem depresji (psychotycznej), zestawiono w tabeli 3.

Jak z niej wynika, chorzy są zazwyczaj osobami po 50. roku życia. Często dotychczas nie leczyli się u psychiatry i w przeszłości nie miały epizodów depresji, lub epizody te były bardzo krótkie i nie wymagały leczenia. W zasadzie wszyscy pacjenci należący do tej grupy skarżyli się na dojmujący brak energii, często wręcz uniemożliwiający jakąkolwiek aktywność — pacjenci tłumaczą ten fakt występowaniem objawów somatycznych, ale ich wyjaśnienia są zazwyczaj nieadekwatne do sytuacji (np. opisywana powyżej pani A.W. mówiła, że cały czas leży, ponieważ „jest zmęczona przełykaniem”). Chorzy z reguły zaprzeczają bardzo zdecydowanie występowaniu jakichkolwiek objawów, które mogłyby być interpretowane jako „psychiatryczne”. Podawane skargi gastrologiczne są na ogół trudne do zweryfikowania lub wtórne do za-

chowań pacjenta (np. znaczne ograniczanie przyjmowania pokarmów zazwyczaj prowadzi do poważnych zapań, a przyjmowanie leków przeczyszczających — wręcz przeciwnie).

Bardzo charakterystyczna jest reakcja opisywanej grupy pacjentów na leki przeciwdepresyjne (inne leki o tego typu działaniu) — zwykle jest to reakcja bardzo dobra, ale chorzy wydają się tego działania leków nie zauważać. Pacjenci najczęściej twierdzą, że związek między podaniem leku a ustąpieniem objawów był zupełnie przypadkowy.

PODSUMOWANIE

Których pacjentów z objawami z zakresu przewodu pokarmowego należałoby kierować na konsultację psychiatryczną? Należy to z pewnością rozważyć wówczas, gdy skargi pacjenta są niewspółmierne do dających się zaobserwować czy też wykazać wynikami badań objawów. Najczęściej chodzi tu o trudny do zrozumienia brak energii, tłumaczony przez chorego jakimś objawem somatycznym. Często zdarza się na przykład, że pacjent leży całymi dniami w łóżku, właściwie nie wychodzi z domu i tłumaczy to występowaniem nudności, bólem brzucha czy też biegunką. Zazwyczaj zwraca uwagę wyraźne izolowanie się od otoczenia, niechęć do spotkań z innymi ludźmi.

Inną cechą charakterystyczną dla tej grupy chorych jest zgłaszanie skarg, które sprawiają wrażenie znacznie przesadzonych. Jeśli pacjent skarży się na zaparcia, to często twierdzi, że nie miał żadnego wypróżnienia od kilku miesięcy, jeśli skargi dotyczą wymiotów, to wymioty są niezwykle obfite, bardzo częste, występujące niemal bez przerwy itp.

Metody leczenia stosowane zazwyczaj w gastroenterologii często nie są skuteczne u osób, u których objawy z zakresu przewodu pokarmowego stanowią jedynie maskę zaburzeń psychicznych. Pacjenci często twierdzą, że stosowane typowe leczenie wręcz pogorszyło ich stan, zwiększyło nasilenie objawów itp. Chorzy są tym bardzo rozczarowani, często domagają się wykonania dodatkowych badań w celu uściślenia rozpoznania itp.

Stosowanie leków przeciwdepresyjnych w gastroenterologii to temat bardzo rozległy, obejmujący wiele aspektów, które nie zostały poruszone w tym artykule. Nie wspomniano ani o wpływie leków przeciwdepresyjnych na układ pokarmowy (działania niepożądane i pożądane) ani o stosowaniu leków przeciw-

depresyjnych jako leczenia wspomagającego w takich zaburzeniach jak zespół jelita drażliwego. Tematy te z pewnością zasługują na osobne omówienie.

Piśmiennictwo

1. Mussell M, Kroenke K, Spitzer RL, et al. Gastrointestinal symptoms in primary care: prevalence and association with depression and anxiety. *J Psychosom Res.* 2008; 64(6): 605–612.
2. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol.* 2014; 43(2): 476–493.
3. Tohen M, McDonnell DP, Case M, et al. Randomised, double-blind, placebo-controlled study of olanzapine in patients with bipolar I depression. *Br J Psychiatry.* 2012; 201(5): 376–382.
4. Tohen M, Katagiri H, Fujikoshi S, et al. Efficacy of olanzapine monotherapy in acute bipolar depression: a pooled analysis of controlled studies. *J Affect Disord.* 2013; 149(1-3): 196–201.
5. Katagiri H, Tohen M, McDonnell DP, et al. Efficacy and safety of olanzapine for treatment of patients with bipolar depression: Japanese subpopulation analysis of a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *BMC Psychiatry.* 2013; 13: 138.
6. Wang M, Tong Jh, Huang Ds, et al. Efficacy of olanzapine monotherapy for treatment of bipolar I depression: a randomized, double-blind, placebo controlled study. *Psychopharmacology (Berl).* 2014; 231(14): 2811–2818.
7. Wang G, Cheng Y, Wang JN, et al. Efficacy and safety of olanzapine for treatment of patients with bipolar depression: Chinese subpopulation analysis of a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016; 12: 2077–2087.
8. Swartz HA, Frank E, Cheng Yu. A randomized pilot study of psychotherapy and quetiapine for the acute treatment of bipolar II depression. *Bipolar Disord.* 2012; 14(2): 211–216.
9. Ekman M, Lindgren P, Miltenburger C, et al. Cost effectiveness of quetiapine in patients with acute bipolar depression and in maintenance treatment after an acute depressive episode. *Pharmacoeconomics.* 2012; 30(6): 513–530.
10. Young AH, Calabrese JR, Gustafsson U, et al. Quetiapine monotherapy in bipolar II depression: combined data from four large, randomized studies. *Int J Bipolar Disord.* 2013; 1: 10.
11. Jeong JH, Bahk WM, Woo YS, et al. Efficacy of quetiapine in patients with bipolar I and II depression: a multicenter, prospective, open-label, observational study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013; 9: 197–204.
12. Li H, Gu N, Zhang H, et al. Efficacy and safety of quetiapine extended release monotherapy in bipolar depression: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Psychopharmacology (Berl).* 2016; 233(7): 1289–1297.
13. Geddes JR, Gardiner A, Rendell J, et al. CEQUEL Investigators and Collaborators. Comparative evaluation of quetiapine plus lamotrigine combination versus quetiapine monotherapy (and folic acid versus placebo) in bipolar depression (CEQUEL): a 2 × 2 factorial randomised trial. *Lancet Psychiatry.* 2016; 3(1): 31–39.

14. Suttajit S, Srisurapanont M, Maneeton N, et al. Quetiapine for acute bipolar depression: a systematic review and meta-analysis. *Drug Des Devel Ther.* 2014; 8: 827–838.
15. Selle V, Schalkwijk S, Vázquez GH, et al. Treatments for acute bipolar depression: meta-analyses of placebo-controlled, monotherapy trials of anticonvulsants, lithium and antipsychotics. *Pharmacopsychiatry.* 2014; 47(2): 43–52.
16. Geddes JR, Gardiner A, Rendell J, et al. CEQUEL Investigators and Collaborators. Comparative evaluation of quetiapine plus lamotrigine combination versus quetiapine monotherapy (and folic acid versus placebo) in bipolar depression (CEQUEL): a 2 × 2 factorial randomised trial. *Lancet Psychiatry.* 2016; 3(1): 31–39.
17. Machado L, Filho LE, Machado L. When the Patient Believes That the Organs Are Destroyed: Manifestation of Cotard's Syndrome. *Case Rep Med.* 2016; 2016: 5101357.
18. Macedo D, Filho AJ, Soares de Sousa CN, et al. Antidepressants, antimicrobials or both? Gut microbiota dysbiosis in depression and possible implications of the antimicrobial effects of antidepressant drugs for antidepressant effectiveness. *J Affect Disord.* 2017; 208: 22–32.
19. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. *Dz.U.* 1994; 111: poz. 535.