

Sławomir Murawiec¹, Dominika Dudek², Wojciech Datka²

¹Centrum Terapii Dialog

²Zakład Zaburzeń Afektywnych, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Depresja i zaburzenia funkcji poznawczych w opinii psychiatrów

Relationships between depression and cognitive deficits in the opinions of psychiatrists

Abstract

Introduction: Cognitive deficits constitute an integral part of depressive symptomatology and are mainly considered by practitioners as secondary to typical depressive symptoms. Cognitive impairment is one of the main causes of depressive patients' poor functioning during the episode of depression and in remission. They are observed already in the first depressive episode and may correlate with the severity of depression and may persist regardless of the improvement of depression during treatment.

The aim of the study was to investigate psychiatrist opinions and practice in the treatment of patients with depression in the context of cognitive symptoms in this disorder

Material and methods: Special questionnaire was designed for the purpose of this study.

Results: 41 psychiatrist (23 women and 14 men, 4 record missed) answered the questionnaire. Respondents we mainly experienced consultant psychiatrists from medium size urban centers. According to 95% of them cognitive deficits are manifested by at least half or most of the patients with depression. All patients with depression are actively questioned by psychiatrist about the cognitive deficits in 28% of cases, and most of them in 59% of cases. Nearly all psychiatrist discuss the cognitive deficits in case of complains of the patients, but 25% of them not in every single case. According to psychiatrist' opinions cognitive symptoms in depression are secondary to basic depressive, "always" in 57% and in 21% "in half" of the patients, and are not secondary in 21% opinions. Consequently psychiatrist are convicted that they disappear with the clinical remission and will not be present in the remission period of the disorder. But anyway 82% of psychiatrist considers the impact of medication on cognitive deficits as an important factor in the process of medication choice for the patients with depression. Most of respondents do not experience difficulties in relating to this topic both in the sphere of knowledge and everyday practice.

Conclusion: according to psychiatrists cognitive deficits in schizophrenia are secondary to depressive symptoms and are not independent dimension of this disorder, the diaper with the clinical remission regardless the particular medication chosen, but they declare that they take into account the impact of medication on cognitive deficits in the process of choice of particular drug.

Psychiatry 2015; 12, 3: 161–168

Key words: depression, cognitive deficits, pharmacotherapy

Wstęp

Praca ta jest kontynuacją publikacji poświęconych badaniu subiektywnych przekonań i nastawień psychiatrów i psychologów w odniesieniu do zaburzeń psychicznych i ich leczenia. Dotychczas opublikowane prace odnoszą

się do kwalifikowania przez psychiatrów tych samych treści wypowiedzianych przez pacjenta jako urojeniowych bądź nie urojeniowych [1], subiektywnego postrzegania leków przeciwpsychotycznych drugiej generacji w iniekcjach o przedłużonym działaniu [2], nastawień psychoterapeutów odnoszących się do leków stosowanych w psychiatrii [3] oraz szerzej umysłu psychoterapeuty [4, 5]. W ostatnich latach wyniki coraz liczniejszych

Adres do korespondencji:

dr n. med. Sławomir Murawiec
Centrum Terapii Dialog
ul. Stryjeńskich 19 lok 18U, 02–791 Warszawa
e-mail: smurawiec@gmail.com

badań wskazują, że zaburzenia poznawcze w depresji, stanowią bardzo istotny choć niedoszacowany wymiar tego zaburzenia [6, 7]. W związku z tym podjęto próbę oceny opinii, przekonań i praktyki lekarzy psychiatrów w odniesieniu do tego zagadnienia.

Siłą aktualnego podejścia do diagnostyki w psychiatrii jest formułowanie algorytmów pozwalających na postawienie precyzyjnej diagnozy medycznej poszczególnych zaburzeń psychicznych i istnienie precyzyjnych kryteriów diagnostycznych dla każdego zaburzenia. Pozwala to na postawienie trafnej diagnozy u konkretnego pacjenta z pewnym zespołem objawów psychopatologicznych, która będzie powtarzalna także w ocenie innych klinicystów, badających tę samą osobę, posługujących się tym samym systemem stanowiącym podstawę diagnozowania. Umożliwia też formułowanie jednolitych zaleceń, co do postępowania terapeutycznego. Innymi słowy, pacjent leczony przez różnych lekarzy otrzymuje tę samą diagnozę oraz następnie zalecenia terapeutyczne pozostające w zakresie standardu (algorytmu) leczenia danego konkretnego zaburzenia. Jednym z efektów takiego podejścia, jest oczywista kwestia skoncentrowania się lekarza na tych objawach, które stanowią podstawę rozpoznania, a mniej uświadamianym efektem jest fakt pomijania tych objawów, które są słabo reprezentowane w kryteriach diagnostycznych lub nie zostały w nich zawarte.

Takie podejście do procesu stawiania diagnozy ma szerszy wymiar, zakreśla bowiem pole zainteresowania lekarza, na tych objawach, których musi on poszukiwać w celu postawienia trafnej diagnozy. Eliminuje jednocześnie te objawy, które nie są wymieniane w kryteriach diagnostycznych z pola zainteresowania, a nawet pola widzenia, jako nieistotny szum informacyjny, a w ostateczności wykreśla je z pola percepcji tak, że „przestają istnieć”.

W odniesieniu do depresji przykładem mogą być skargi pacjentów na zmianę percepcji świata (w relacji wielu osób świat staje się szary, traci barwy, pole widzenia zawęża się) lub czasu (subiektywne spowolnienie przeżywania czasu). Objawy te są relacjonowane przez wielu pacjentów, nie występują jednak obecnie w kryteriach diagnostycznych ani w podręcznikach przygotowujących do rozpoznawania tego zaburzenia, w związku z tym rozmowa na ich temat nie jest najczęściej podtrzymywana przez lekarza, nie są one odnotowywane w dokumentacji i pomimo powszechności występowania znikają z pola widzenia. To pole widzenia jest jednocześnie skoncentrowane i zawężone, na pewnej grupie skarg pacjenta, reprezentowanych w wiedzy lekarza na temat objawów danego zaburzenia. Wynika to z jednej strony z profesjonalnego przygotowania psychiatry, z drugiej prowadzi jednak do pomijania ważnego aspektu danego zaburzenia.

W związku z tym pojawienie się nowej wiedzy na temat znaczenia innej grupy skarg, objawów lub zagadnień wymaga poszerzenia dotychczasowej wiedzy, „zrobienia miejsca” na ten nowy wymiar zaburzenia w umyśle psychiatry oraz zintegrowania nowej wiedzy z dotychczas posiadaną.

Wydaje się, że ten kontekst pojawia się w odniesieniu do dysfunkcji poznawczych w depresji. Z jednej strony są one relacjonowane często spontanicznie przez pacjentów, w pewnym zakresie są ujęte w kryteriach diagnostycznych depresji, a z drugiej ich znaczenie jest marginalizowane i ujmowane w kontekście tych zasadniczych, podstawowych objawów zaburzenia. W cytowanym wywiadzie Dudek [6, 7] ujmuje to zjawisko w sposób następujący: „W praktyce są one jednak rzadko rozpoznawane. Pacjenci traktują je z dobrodziejstwem inwentarza. Psychiatrzy jako mniej priorytetowe niż objawy główne depresji (obniżony nastrój, anhedonia, myśli samobójcze)”. Jak piszą Jarema i wsp. [6] „nie przywiązuje się istotnej wagi do tych objawów, zakładając, że są one wtórne wobec typowych objawów depresyjnych, takich jak smutek, przygnębienie, spowolnienie, anhedonia itp. Jednak zaburzenia te mogą mieć związek nie tylko z objawami klinicznymi, ale wynikać mogą z czynników odgrywających rolę w patogenezie depresji, np. genetycznych, i wobec tego stanowią niejako pierwotną (nie wtórną do objawów depresyjnych) jakość”. Jeśli więc dysfunkcje poznawcze miałyby zająć inną pozycję w kontekście zaburzeń depresyjnych, to musiałyby zająć dwa opisane zjawiska, to znaczy zmiana ich pozycji wobec objawów uważanych za podstawowe dla tego zaburzenia i poszerzenie wiedzy na ich temat. Kwestie te niosą za sobą także kolejne implikacje praktyczne. Jeśli deficyty poznawcze są wtórne do podstawowych objawów depresji, to skuteczne leczenie depresji jest wszystkim, czego potrzeba, aby je wyeliminować. Nie ma w takiej sytuacji potrzeby uwzględniania działania poszczególnych leków wobec funkcji poznawczych w trakcie dokonywania wyboru w leczeniu pacjenta, ponieważ w takim ujęciu nie ma to istotnego znaczenia (na zasadzie „ustąpi depresja to ustąpią też zaburzenia funkcji poznawczych”). Jeśli jednak dysfunkcje poznawcze są pewnym niezależnym (od objawów podstawowych), samodzielnym wymiarem depresji, to można dostrzegać ich istnienie zarówno w okresie epizodu tego zaburzenia, jak i w okresie remisji oraz mogą one wymagać uwzględnienia w trakcie doboru leku przeciwdepresyjnego. Jak piszą Jarema i wsp. [6], w kontekście deficytów poznawczych w depresji: „jedną z przyczyn zarówno niespełniającej oczekiwań poprawy po leczeniu depresji, jak i braku satysfakcjonujących zmian w samopoczuciu chorych może być niedostrzeżenie

nie przez klinicystów całości obrazu klinicznego depresji i koncentrowanie się na jej bardziej lub mniej typowych objawach klinicznych przy braku poświęcenia należytej uwagi innym zmianom, mniej charakterystycznym, ale niezwykle istotnym z punktu widzenia funkcjonowania pacjenta”.

Wydaje się, że proces dostrzeżenia znaczenia dysfunkcji poznawczych zaszedł już w odniesieniu do postrzegania schizofrenii przez badaczy tej choroby i lekarzy psychiatrów. Przed wprowadzeniem do praktyki leków przeciwpsychotycznych drugiej generacji schizofrenia była postrzegana głównie w kontekście objawów wytwórczych oraz negatywnych, na temat dysfunkcji poznawczych w tej chorobie panowało milczenie, pomimo takich podstawowych założeń tej choroby, jak „dementia praecox” E. Kraepelina czy jedno z czterech A wymienianych przez E. Bleulera (asocjacje). Aktualnie wymiar funkcji poznawczych jest jednym z najszerzej badanych i omawianych w odniesieniu do schizofrenii, jest także uwzględniany w kryteriach doboru leków przeciwpsychotycznych u osób leczonych z tym rozpoznaniem.

Dysfunkcje poznawcze są ujęte w Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania ICD-10 [8] jako objawy dodatkowe i opisane są w sposób następujący: skargi na zmniejszoną zdolność myślenia lub skupienia się, albo jej przejawy, takie jak niezdecydowanie lub wahanie się. Jak wskazują Jarema i wsp. [6], mówiąc o aspektach poznawczych depresji, należy dokonać istotnego rozróżnienia dwóch poziomów, jednego zwanego z przetwarzaniem informacji na wyższym szczeblu organizacji układu nerwowego, a drugiego na bardziej podstawowym poziomie. Autorzy ci podkreślają, że u chorego z zaburzeniami depresyjnymi występują zarówno zniekształcenia poznawcze (*cognitive biases*), rozumiane jako zniekształcone przetwarzanie informacji, prowadzące do depresyjnych błędów myślenia (tak jak są one opisywane w teorii poznawczej depresji), jak i deficyty poznawcze (*cognitive deficits*), obejmujące takie podstawowe obszary jak uwaga, pamięć i uczenie się, funkcje wykonawcze oraz napęd. Praca niniejsza odnosi się do drugiego z wyżej wymienionych obszarów. Celem tej pracy jest próba odpowiedzi na pytanie: jak lekarze psychiatrzy w swojej codziennej praktyce odnoszą się do problemu dysfunkcji poznawczych u pacjentów z depresją.

Materiał i metody

Kwestionariusz przygotowany specjalnie na potrzeby prezentowanego badania zawiera pytania odnoszące się do:

1. Przekonań lekarzy co do istnienia dysfunkcji poznawczych w depresji (pytanie 1: Czy uważa Pani/Pan że pacjenci leczeni przez Panią/Pana z rozpoznaniem

depresji mają problemy dotyczące funkcji poznawczych?)

2. Zachowań lekarzy dotyczących rozmowy na temat dysfunkcji poznawczych w depresji (pytanie 2: Czy temat problemów funkcji poznawczych jest tematem rozmowy w trakcie wizyty). Podejmowania przez lekarza aktywnie tego tematu (pytanie 3: Czy temat problemów dotyczących funkcji poznawczych jest poruszany przez Panią/Pana z własnej inicjatywy — na przykład w formie pytania skierowanego do pacjenta?) lub w odpowiedzi na zgłoszenie problemu przez pacjenta (pytanie 4: Czy jeśli pacjent poruszy temat problemów dotyczących funkcji poznawczych podejmuje Pani/Pan rozmowę na ten temat?).
3. Subiektywnej oceny istotności zagadnienia deficytów poznawczych w depresji (Pytanie 5: Czy uważa Pani/Pan za temat problemów dotyczących funkcji poznawczych za ważny w trakcie zbierania wywiadu u pacjenta z depresją?).
4. Zachowań lekarzy w odniesieniu do uwzględniania deficytów poznawczych w doborze leku przeciwdepresyjnego (pytanie 6: Czy uważa Pani/Pan temat problemów dotyczących funkcji poznawczych za ważny w wyborze leczenia przeciwdepresyjnego?)
5. Przekonań co do wtórności deficytów poznawczych w stosunku do objawów depresji: (pytanie 7: Czy uważa Pani/Pan, że jeśli problemy dotyczące funkcji poznawczych u osoby z depresją są wtórne do podstawnych objawów depresji takich jak obniżenie nastroju, obniżenia napędu, anhedonia i zaburzenia snu?) i konsekwentnie o ustępowanie deficytów poznawczych wraz z ustępowaniem objawów depresji. (pytanie 8: Czy uważa Pani/Pan że jeśli problemy dotyczące funkcji poznawczych u osoby z depresją ustąpią w pełni wraz z ustąpieniem objawów zespołu depresyjnego niezależnie od zastosowanego leczenia?)
6. Subiektywnej oceny częstości występowania deficytów poznawczych w trakcie epizodu depresji i w okresie remisji (pytanie 9: Jaki odsetek pacjentów Pani/pana zdaniem ma problemy dotyczące funkcji poznawczych w trakcie epizody depresji? oraz pytanie 10 Czy uważa Pani/Pan że problemy dotyczące funkcji poznawczych występują nie tylko w czasie epizodu depresji ale także w okresie remisji?).
7. Pytanie o subiektywne trudności lekarza w rozmowie na temat deficytów poznawczych w depresji (pytanie 11: Czy doświadcza Pani/Pan ograniczeń własnych kompetencji lub umiejętności w rozmowie z pacjentem w odniesieniu do tematu problemów dotyczących funkcji poznawczych?).

Tabela 1. Pytania kwestionariusza dotyczące przejawów deficytów poznawczych u osób z depresją w życiu codziennym**Table 1.** Questions about manifestation of cognitive deficits in depression in everyday life

Czy pyta Pan/Pani RUTYNOWO pacjentów z depresją o:
Trudności decyzyjne
Trudności w śledzeniu treści oglądanego programu TV
Trudności w śledzeniu treści czytanej książki, gazety
Trudności w organizacji dnia, planowaniu czynności
Trudności w wykonywaniu kilku czynności na raz
Pogorszenie sprawności liczenia
Trudności z zapamiętywaniem listy zakupów, imion, dat
Częste gubienie rzeczy
Trudności z orientacją przestrzenną
Uczucie pustki w głowie

Możliwe odpowiedzi: nigdy, rzadko, w połowie, w większości, zawsze

8. Ostatnia część kwestionariusza odnosi się do konkretnych zagadnień rutynowego pytania pacjentów o objawy będące przejawem deficytów poznawczych (tab. 1).

Odpowiedzi na pytania 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 były dokonywane według skali typu Likerta (nigdy, rzadko, u połowy pacjentów, u większości pacjentów, zawsze). Odpowiedzi na pytania 2 i 11 były udzielane w zakresie „tak” lub „nie”.

Kwestionariusz demograficzny dla lekarzy obejmował dane dotyczące wieku, płci, specjalizacji z psychiatrii, liczby lat praktyki klinicznej oraz liczby mieszkańców miejscowości, w której lekarz wykonuje swoją praktykę. Kwestionariusz został rozesłany drogą internetową do następujących ośrodków: Cieszyn, Gorzów Wielkopolski, Grajewo, Kraków, Poznań, Olsztyn, Przemyśl, Warszawa i Szczecin. Otrzymano zwrotnie 41 wypełnionych kwestionariuszy, najwięcej z Olsztyna (10) i Cieszyna (8), łącznie z tych dwóch ośrodków pochodziło 43% ankiet.

Wyniki

Spośród 41 wypełnionych kwestionariuszy uzyskano dane od 23 kobiet i 14 mężczyzn (4 osoby nie udzieliły odpowiedzi), w większości były to osoby z drugim stopniem specjalizacji w psychiatrii (25 osób II°, 6 osób I°, 10 osób bez specjalizacji). Piętnaście osób wskazało jako miejsce praktyki miasto powyżej 500 tys. mieszkańców, 16 osób miasto 50–500 tys. mieszkańców, 5 osób miejscowość poniżej 50 tys. mieszkańców, 5 osób nie udzieliło odpowiedzi.

Generalnie uzyskane wyniki wskazują, że ankietowani lekarze dostrzegają zagadnienie deficytów poznawczych

w depresji. Na pytanie pierwsze — czy uważa Pani/Pan, że pacjenci leczeni przez Panią/Pana z rozpoznaniem depresji mają problemy dotyczące funkcji poznawczych — uzyskano 30 wskazań: „większość pacjentów” i 9 wskazań: „połowa pacjentów”, co łącznie stanowi 95% odpowiedzi.

Jeśli chodzi o zachowania lekarzy związane z tym zagadnieniem to 38 z 40 lekarzy, którzy odpowiedzieli pozytywnie na pytanie drugie — stwierdzając, że temat problemów funkcji poznawczych jest tematem rozmowy w trakcie wizyty osoby z depresją (ryc. 1). Aktywnie o problem deficytów poznawczych pyta wszystkich pacjentów 11 badanych lekarzy, a większość pacjentów (23 spośród 39, którzy udzieliли odpowiedzi, co łącznie stanowi 87%). (ryc. 2) W odpowiedzi na zgłoszenie problemu przez pacjenta (pytanie 4) temat podejmuje 38 na 39 lekarzy, którzy udzieliли odpowiedzi na to pytanie, w tym 28% udzieliło odpowiedzi „zawsze”, a 10 osób decyduje niekiedy nie podejmować tego tematu, pomimo zgłoszenia go przez pacjenta.

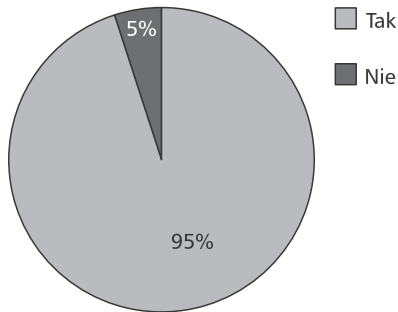
W subiektywnej ocenie lekarzy temat deficytów poznawczych w depresji jest ważny (20 wskazań „zawsze” i 17 „w większości” w odpowiedzi na pytanie 5). Natomiast większą rozpiętość odpowiedzi uzyskano w odniesieniu do pytania 6 — czy uważa Pani/Pan temat problemów dotyczących funkcji poznawczych za ważny w wyborze leczenia przeciwdepresyjnego? (tab. 2, ryc. 3).

Uzyskane wyniki wskazują, że kobiety lekarze istotnie statystycznie częściej niż lekarze mężczyźni uwzględniają wpływ leku na funkcje poznawcze przy wyborze terapii ($p = 0.002$)

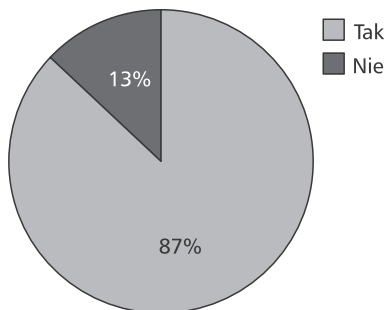
Tabela 2. Rozkład odpowiedzi na pytanie, czy uważa Pani/Pan temat problemów dotyczących funkcji poznawczych za ważny w wyborze leczenia przeciwdepresyjnego?

Table 2. Answers to the question, whether cognitive deficits in depression are important factor for the choice of antipsychotic medication

Nigdy	Rzadko	W połowie	W większości	Zawsze
0	5	2	26	6

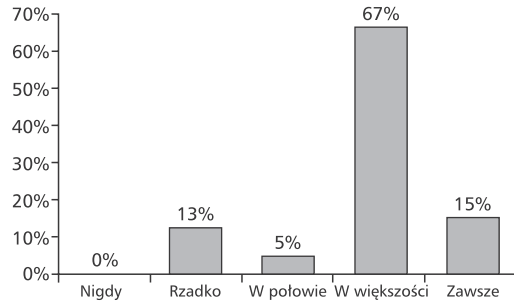


Rycina 1. Odpowiedzi na pytanie: czy deficyty funkcji poznawczych w depresji są tematem rozmowy w trakcie wizyty
Figure 1. Answers to the question whether cognitive deficits are discussed with the patient during visits

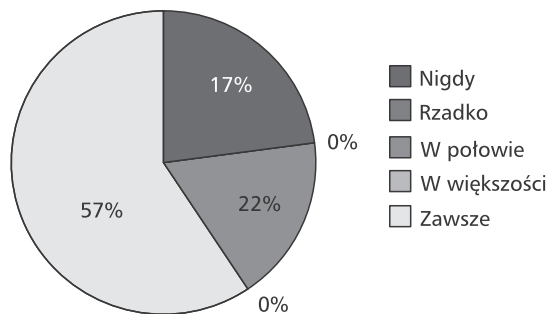


Rycina 2. Odpowiedzi na pytanie: czy problem deficytów funkcji poznawczych w depresji jest poruszany przez psychiatrów z własnej inicjatywy w trakcie wizyty
Figure 2. Answers to the question whether psychiatrist initiate discussion about cognitive deficits in depression with their patient during visits

Zdaniem ankietowanych lekarzy deficyty poznawcze w depresji są wtórne do objawów depresyjnych (ryc. 4) Na pytanie 7 — czy uważa Pani/Pan że jeśli problemy dotyczące funkcji poznawczych u osoby z depresją są wtórne do podstawnych objawów depresji, takich jak obniżenie nastroju, obniżenia napędu, anhedonia i zaburzenia snu — uzyskano 22 odpowiedzi „zawsze” (57%) oraz 8 odpowiedzi „u połowy pacjentów”. Zdaniem 6 lekarzy nie są one wtórne do objawów depresji. Konsekwentnie ankietowane osoby są w większości przekonane, że deficyty poznawcze te ustąpią wraz



Rycina 3. Rozkład odpowiedzi na pytanie: czy uważa Pani/Pan temat problemów dotyczących funkcji poznawczych za ważny w wyborze leczenia przeciwdepresyjnego?
Figure 3. Answers to the question, whether cognitive deficits in depression are important factor for the choice of antipsychotic medication



Rycina 4. Odpowiedzi na pytanie co do wtórności problemów dotyczących funkcji poznawczych u osób z depresją w stosunku do podstawnych objawów depresji
Figure 4. Answers to the question whether cognitive deficits in depression are secondary to clinical symptoms of depression

z ustąpieniem depresji — wskazują na to 22 odpowiedzi „w większości przypadków” i 14 „u połowy pacjentów” (39 osób udzieliło odpowiedzi na to pytanie). Spośród 39 osób, które udzieliły odpowiedzi na kolejne pytanie zdaniem 29 osób deficyty poznawcze występują u 50–90% osób z depresją, a zdaniem 4 osób 90–100% pacjentów z tym rozpoznaniem. Na pytanie 11 — czy doświadcza Pani/Pan ograniczeń własnych kompetencji lub umiejętności w rozmowie z pacjentem w odniesieniu

do tematu problemów dotyczących funkcji poznawczych — uzyskano 11 odpowiedzi twierdzących i 27 odpowiedzi stwierdzających, że ankietowani lekarze nie doświadczają takich trudności.

Rozkład najczęstszych odpowiedzi na pytanie o rutynowy wywiad w kierunku określonych przejawów deficytów poznawczych w depresji przedstawia tabela 3 i rycina 5.

Dyskusja

Uzyskane wyniki wskazują, że lekarze psychiatry uważają temat deficytów poznawczych w depresji za ważny, oceniają, że występują one u większości pacjentów i w znacznej większości nie doświadczają trudności w rozmowie na ten temat. Dane te napawają optymizmem. Mimo że problem dysfunkcji poznawczych w depresji jest niezwykle istotny, sugeruje się, że jest on wciąż niedoceniany i niedodiagnozowany [6–8]. Cieszy zatem fakt, że nasi respondenci w swojej codziennej praktyce w większości zwracają uwagę na ten obszar zaburzeń. Oczywiście niewielka liczba analizowanych ankiet nie pozwala wnioskować na temat opinii i postaw ogółu polskich psychiatrów. Z drugiej strony, zdaniem ankietowanych lekarzy psychiatrów deficyty poznawcze w depresji są wtórne do podstawowych objawów depresyjnych, ustępują wraz z poprawą stanu psychicznego niezależnie od konkretnego wyboru stosowanego leczenia farmako-

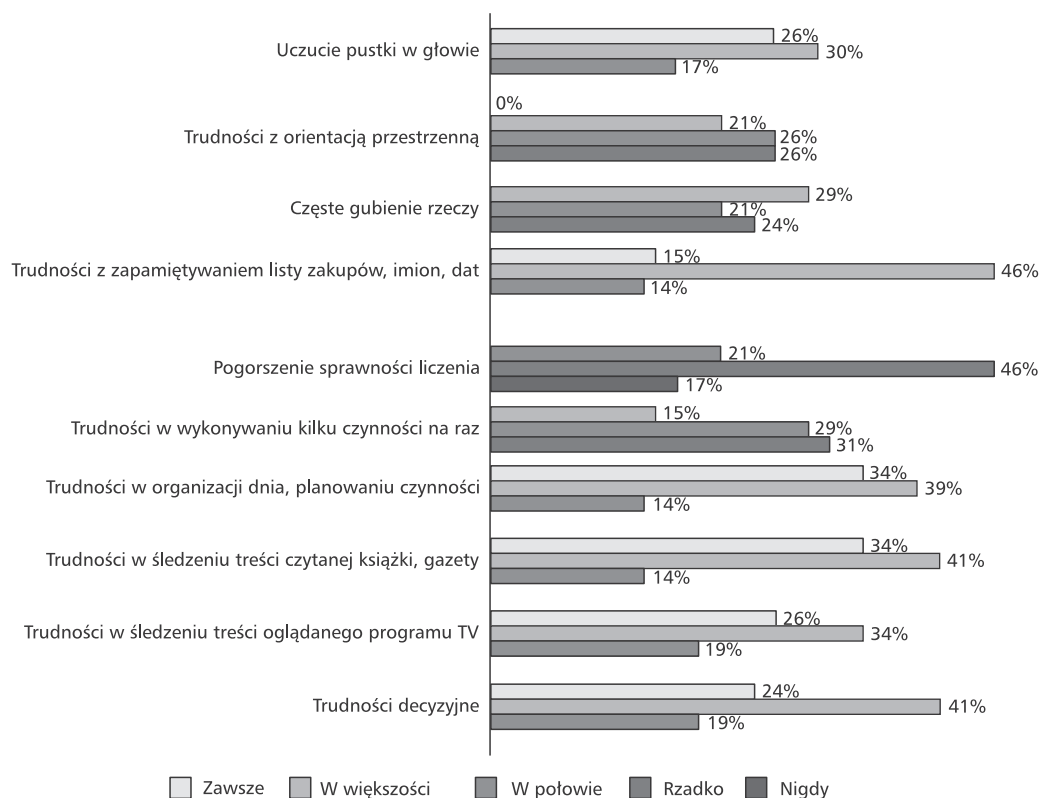
logicznego i nie występują w okresie remisji depresji, chociaż jednocześnie ankietowani wskazują, że biorą pod uwagę deficyty poznawcze przy wyborze konkretnego leczenia farmakologicznego w terapii depresji.

Coraz więcej wyników badań sugeruje jednak, że zaburzenia funkcji poznawczych nie są wyłącznie związane z aktualnym stanem psychicznym. U części pacjentów utrzymują się one pomimo istotnej poprawy w zakresie innych objawów depresyjnych. Dotyczy to zwłaszcza obszarów uwagi, uczenia się i pamięci werbalnej oraz funkcji wykonawczych [10]. Co więcej, wyniki badań pokazują, że deficyty kognitywne mogą być warunkowane czynnikami, które są istotne dla patogenezy depresji — w tym genetycznymi. Przykładowo, u młodych, zdrowych dziewcząt mających rodzica chorującego na depresję zaobserwowano podczas badania wykorzystującego neuroobrazowanie niedorozwój pewnych połączeń neuronalnych pomiędzy strukturami znajdującymi się w płatach czołowych mózgu, które odpowiadają za poznawcze hamowanie informacji emocjonalnych [11]. Na podstawie tego i wielu innych badań można postawić hipotezę, że przynajmniej część zaburzeń poznawczych pojawiających się w przebiegu depresji ma charakter pierwotny, nie zaś wtórny wobec innych objawów choroby.

Tabela 3. Pytania kwestionariusza dotyczące przejawów deficytów poznawczych u osób z depresją w życiu codziennym

Table 3. Questions about manifestation of cognitive deficits in depression in everyday life

Czy pyta Pan/Pani RUTYNOWO pacjentów z depresją o:	Czy pyta Pan/Pani RUTYNOWO pacjentów z depresją o:					
	Nigdy	Rzadko	W połowie	W większości	Zawsze	Brak odpowiedzi
Trudności decyzyjne	3%	10%	19%	41%	24%	3%
Trudności w śledzeniu treści oglądanego programu TV	5%	12%	19%	34%	26%	4%
Trudności w śledzeniu treści czytanej książki, gazety	0%	5%	15%	41%	34%	5%
Trudności w organizacji dnia, planowaniu czynności	0%	7%	14%	39%	34%	6%
Trudności w wykonywaniu kilku czynności na raz	5%	32%	29%	15%	12%	7%
Pogorszenie sprawności liczenia	17%	46%	21%	7%	5%	4%
Trudności z zapamiętywaniem listy zakupów, imion, dat	10%	10%	14%	46%	15%	5%
Częste gubienie rzeczy	15%	24%	21%	29%	7%	4%
Trudności z orientacją przestrzenną	15%	26%	26%	21%	7%	5%
Uczucie pustki w głowie	5%	10%	17%	36%	26%	6%



Rycina 5. Pytania kwestionariusza dotyczące przejawów deficytów poznawczych u osób z depresją w życiu codziennym
 Figure 5. Questions about manifestation of cognitive deficits in depression in everyday life

O tym, że dysfunkcje poznawcze nie są wyłącznie zjawiskiem wtórnym w stosunku do innych symptomów depresji świadczy również fakt, że w wielu przypadkach utrzymują się w okresie remisji, upośledzając funkcjonowanie pacjenta. Szacuje się, że zaburzenia poznawcze w depresji występują u 94% chorych depresyjnych w fazie ostrej choroby, ale są również obecne u 44% chorych w fazie remisji [6]. Przykładem może być opisany przez Dudek i Epę [9] przypadek pacjenta — wykładowcy uniwersyteckiego i pracownika naukowego, u którego nasilone deficyty poznawcze występujące pomimo ustąpienia pozostałych objawów depresji uniemożliwiały podjęcie dotychczasowych ról życiowych.

Kolejnym istotnym zagadnieniem jest wybór leku przeciwdepresyjnego (LPD). Ankietowani psychiatrzy z jednej strony deklaruowali, że istnienie deficytów poznawczych u chorych na depresję jest jednym z czynników wpływających na wybór leczenia, lecz jakby w sprzeczności w tym twierdzili, że zaburzenia kognitywne ustępują wraz z ustępowaniem depresji, niezależnie od stosowanego LPD. Warto pamiętać, że wpływowi LPD na funkcje poznawcze poświęcono dotychczas mało

badania. Leki przeciwdepresyjne z grup SNRI (*serotonin norepinephrine reuptake inhibitors*) i SSRI (*selective serotonin reuptake inhibitor*) pomimo działania przeciwdepresyjnego nie wykazywały do tej pory istotnego wpływu poprawiającego czynności poznawcze. Wiele badań klinicznych z udziałem takich LPD jak bupropion, duloksetyna, escitalopram czy też paroksetyna poprawiają tylko wybrane aspekty funkcji poznawczych, bez istotnego wpływu na poprawę codziennego życia. Z kolei trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD) mogą poprzez swoje działanie antycholinergiczne nawet nasilać deficyty poznawcze. Natomiast bardzo obiecujące badania dotyczą nowego multimodalnego leku przeciwdepresyjnego, jakim jest wortioksetyna. Lek ten wpływa nie tylko na transport zwrotny serotoniny, ale wykazuje działanie agonistyczne wobec receptorów serotoniny 5-HT_{1A}, będąc częściowym agonistą receptorów 5-HT_{1B} lub antagonistą receptorów 5-HT_{1D}, 5-HT₃ i 5-HT₇ [12]. W tym kontekście szczególnie cenna wydaje się opinia lekarzy, że obecność dysfunkcji poznawczych u chorych na depresję wpływa na wybór leku, po to aby uzyskać poprawę nie tylko nastroju, ale także lepszą jakość codziennego życia.

Wniosek

Zdaniem psychiatrów deficyty poznawcze w depresji nie stanowią jej niezależnego wymiaru, są wtórne od objawów depresyjnych i ustępują wraz z poprawą stanu psychicznego, należy jednak podkreślić, że taka sytuacja

ma miejsce tylko w wybranych przypadkach. Gdy zatem problem deficytów zostaje zauważony w codziennej praktyce, lekarze psychiatrzy deklarują, że uwzględniają ich znaczenie przy wyborze konkretnego leczenia przeciwdepresyjnego.

Streszczenie

Wstęp: Deficyty funkcji poznawczych stanowią integralną część objawów depresji, ale jak dowodzą dotychczasowe badania są uważane przez większość praktyków za wtórne do jej podstawowych objawów. Są one jedną z głównych przyczyn pogorszenia poziomu funkcjonowania osób z depresją, zarówno w okresie epizodu, jak w okresie remisji. Występują już w trakcie pierwszego epizodu depresji, mogą korelować z jej nasileniem i nie ustępują pomimo ustąpienia podstawowych objawów zespołu depresyjnego.

Celem badania było opisanie opinii i postępowania psychiatrów w kontekście występowania i wyboru terapii deficytów poznawczych w depresji.

Materiał i metody: Dla potrzeb prezentowanego badania opracowano kwestionariusz skierowany do lekarzy psychiatrów.

Wyniki: Uzyskano 41 odpowiedzi lekarzy psychiatrów (23 kobiet i 14 mężczyzn, 4 formularze brak danych), w większości specjalistów psychiatrów, pracujących w ośrodkach miejskich o średniej wielkości. Według 95% respondentów deficyty poznawcze występują co najmniej u połowy lub u większości pacjentów z depresją. Wszyscy pacjenci są pytani o trudności poznawcze przez 28% osób ankietowanych, a prawie wszyscy przez 59% osób. Jeśli temat jest podejmowany przez pacjenta, prawie wszyscy psychiatrzy podejmują rozmowę na ten temat, jednak 25% z nich nie robi tego w każdym przypadku. Według badanych psychiatrów deficyty poznawcze są w 57% „zawsze” i w 21% „w połowie” wtórne do objawów depresji. Zdaniem 21% osób nie mają charakteru wtórnego. Konsekwentnie psychiatrzy są przekonani, że ustępują one wraz z osiągnięciem remisji i nie występują w jej trakcie, 82% osób pytanek deklaruje jednak, że bierze pod uwagę wpływ leku na funkcje poznawcze, przy wyborze leczenia u osoby z depresją. Większość ankietowanych nie doświadcza ani braku wiadomości, ani braku umiejętności w odniesieniu do tematyki dysfunkcji poznawczych w depresji i ich terapii.

Wnioski: Zdaniem psychiatrów deficyty poznawcze w depresji nie są jej niezależnym wymiarem, są wtórne od objawów depresyjnych i ustępują wraz z poprawą stanu psychicznego, ale lekarze deklarują, że uwzględniają ich znaczenie przy wyborze konkretnego leczenia.

Psychiatria 2015; 12, 3: 161–168

Słowa kluczowe: depresja, deficyty poznawcze, farmakoterapia

Piśmiennictwo:

- Murawiec S. Urojenie czy nie urojenie? Kwalifikowanie przez lekarzy treści wypowiedzianych przez pacjenta po przebytej psychozie. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2011; 20: 277–282.
- Murawiec S. Leki przeciwpsychotyczne II generacji w iniekcjach o przedłużonym działaniu w polu skojarzeniowym psychiatrii. *Psychiatria* 2014; 11: 23–28.
- Murawiec S. Właściwości neurobiologiczne psychoterapeuty. Konferencja Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego: Osoba Terapeuty. Relacja terapeutyczna. Kraków 19–21.10.2012.
- Jabłoński M.J., Pilecki M.W., Murawiec S., Bielas J., Rachel W., Jach R. Nowe zagrożenia dla psychoterapii w Polsce po transformacji ustrojowej lat 80. XX wieku. *Psychiatria* 2014; 11: 81–86.
- Jarema M., Dudek D., Czernikiewicz A. Dysfunkcje poznawcze w depresji — niedoszacowany objaw czy nowy wymiar? *Psychiatr. Pol.* 2014; 48: 1105–1116.
- Biernacka E. Niedoświadczony objaw czy inny wymiar depresji? *Puls Medycyny* 2015; 4: 16–17.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne “Vesalius”, Kraków-Warszawa 1998.
- Dudek D., Epa R. Zaburzenia funkcji poznawczych — istotny wymiar depresji. *Psychiatria po Dyplomie* 2015; 6: 8–14.
- Hasselbalch B.J., Knorr U., Kessing L.V. Cognitive impairment in the remitted state of unipolar depressive disorder: a systematic review. *J. Affect Disord.* 2011; 134: 20–31.
- Clasen P.C., Beevers C.G., Mumford J.A. i Schnyer D.M. Cognitive control network connectivity in adolescent women with and without a parental history of depression. *Dev. Cogn. Neurosci.* 2014; 7: 13–22.
- Katona C.L., Katona C.P. New generation multi-modal antidepressants: focus on vortioxetine for major depressive disorder. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2014; 10: 349–354.