

# Depresja jako problem kardiologiczny w praktyce lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej

Ryszard Piotrowicz<sup>1</sup>, Joanna Potocka<sup>1</sup>, Aleksander Araszkiwicz<sup>2</sup>,  
Marcin Wojnar<sup>3</sup> i Dorota Nawacka-Pawlaczyk<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Klinika i Zakład Rehabilitacji Kardiologicznej i Elektrokardiologii Niewazyjnej IK w Warszawie

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Bydgoszczy

<sup>3</sup>II Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej w Warszawie

<sup>4</sup>Servier Polska

## Depression as a cardiological problem in Family Medicine Outpatient Clinic

**Background:** *Depressed patients with cardiac complaints are common in primary care practice. Retrospective studies show, that about 20% of all primary care patients are depressed, of which about 50% are not diagnosed correctly. To estimate the prevalence of depression in cardiac patients treated by primary care physicians and to examine the opportunity of the application of BDI scale in the screening of depression to facilitate the proper diagnosis.*

**Material and methods:** *In this study, 178 primary care physicians in Poland have included 4256 patients (aged 18–65 years) who were able to complete the Beck Depression Inventory (BDI) by themselves. Next, physicians verified their diagnosis (in patients who received  $\geq 12$  BDI points), using questionnaire based on The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Subsequently, patients with depressive disorders were referred for psychiatric consultation (56% patients followed this proposition).*

**Results:** *Depression and cardiac diseases occurred concomitantly (most often with coronary artery disease and arterial hypertension) in 12% of patients. Simultaneously, 2.6% of patients with BDI  $\geq 12$ , suffered from cardiac complaints without somatic cardiac disease (masked depression) Psychiatrists confirm the high level of consistence, about 90%, between diagnosis of affective disorders resulting from the application of screening instruments used by primary care physicians and the diagnosis based on specialists' consultation.*

**Conclusions:** *The high frequency of coexistence of affective symptoms and cardiac disease as well as frequent occurrence of cardiac complaints in depressive patients without somatic disease suggest the application of screening instruments by primary care physicians to improve proper diagnosis and introduce the adequate treatment. (Folia Cardiol. 2003; 10: 177–184)*

**depression, cardiological patients, primary care units, Beck Depressive Inventory (BDI), The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)**

## Wstęp

Adres do korespondencji: Prof. dr hab. med. Ryszard Piotrowicz  
Klinika i Zakład Rehabilitacji Kardiologicznej  
i Elektrokardiologii Niewazyjnej IK  
ul. Alpejska 42, 04–628 Warszawa  
Nadesłano: 24.03.2003 r. Przyjęto do druku: 26.03.2003 r.

Badanie przeprowadzono dzięki grantowi badawczemu firmy  
Servier Polska Sp. z o.o.

Od wielu lat bada się istnienie związku między chorobami kardiologicznymi i zaburzeniami natury psychicznej. Udowodniono niekorzystny wpływ stresu na rozwój i przebieg choroby wieńcowej oraz zawału serca. Ostatnio coraz częściej poszukuje się związków między występowaniem depresji a chorobami układu sercowo-naczyniowego. W 1979 r.

w Danii przeprowadzono pierwsze badania wykazujące 50-procentowe zwiększenie śmiertelności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego u osób z depresją w porównaniu z populacją ogólną [1]. Ten niekorzystny wpływ depresji na rokowanie potwierdziły kolejne doniesienia [2–3]. Najnowsze badania obejmujące duże grupy chorych wykazują, że występowanie depresji zwiększa ryzyko zgonu z przyczyn sercowych (w obserwacji 4-letniej) niezależnie od występowania choroby serca. U osób z chorobą układu sercowo-naczyniowego względne ryzyko zgonu sercowego przy występowaniu łagodnej depresji wynosi 1,6, zaś u pacjentów bez powikłań ze strony tego układu — 1,5; natomiast w przypadku ciężkiej depresji odpowiednio: 3,0 i 3,9 [4].

Związek między depresją a chorobą wieńcową jest dwustronny, czyli z jednej strony depresja niekorzystnie wpływa na rokowanie w chorobie wieńcowej, a z drugiej, u osób leczonych z powodu choroby wieńcowej częściej odnotowuje się depresję [5–7].

Z badań przeprowadzonych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) w latach 1988–1995 dotyczących problemów zdrowia psychicznego u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) wynika, że depresję stwierdza się u 12,5% osób i należy ona do najczęściej występujących zaburzeń psychicznych [8, 9]. Jednak prawidłowe rozpoznanie depresji ustalono zaledwie w 50% przypadków chorych zgłaszających się do lekarza POZ, a jeszcze rzadziej wdrożono odpowiednie leczenie przy prawidłowej diagnozie. Problem zwiększenia odsetka prawidłowych rozpoznań depresji gwałtownie narasta, ponieważ jednocześnie WHO szacuje, że do 2020 r. depresja będzie drugą po chorobie niedokrwiennej przyczyną chorobowości na świecie [10].

Nie wiadomo dokładnie, u ilu chorych polscy lekarze POZ nie rozpoznają depresji, zwłaszcza jeśli współlistnieje ona z udokumentowanymi chorobami somatycznymi lub też przebiega pod maską chorób somatycznych. Istotne są także pytania, czy i w jakim stopniu zastosowanie prostych badań przesiewowych mogłoby znacznie zwiększyć wykrywalność zaburzeń depresyjnych, a często również ułatwić podjęcie odpowiedniego postępowania farmakologicznego lub w cięższych przypadkach przyspieszyć skierowanie pacjenta na konsultację psychiatryczną.

Celem pracy było oszacowanie częstości zaburzeń depresyjnych u osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego, zgłaszających się po poradę do lekarzy POZ w Polsce oraz określenie możliwości zastosowania badań przesiewowych, aby ułatwić trafne rozpoznanie depresji w warunkach POZ.

## Material i metody

Przeprowadzono wielośrodkowe badanie populacyjne o zasięgu ogólnopolskim. Brało w nim udział 178 lekarzy POZ oraz 52 psychiatrów. Każdy z lekarzy POZ objął badaniem średnio 24 pacjentów w wieku 18–65 lat, kolejno zgłaszających się po poradę z różnych powodów. Każda z włączonych osób wyraziła świadomą, pisemną zgodę na udział w badaniu. Z obserwacji wyłączono zarówno pacjentów aktualnie leczonych z powodu epizodu depresji, jak i osoby, które nie mogły samodzielnie wypełnić kwestionariusza samooceny.

Badanie podzielono na 2 etapy. W pierwszym z nich kolejni, zgłaszający się po poradę pacjenci, spełniający kryteria włączenia do badania, na prośbę lekarza samodzielnie wypełnili kwestionariusz samooceny — Skalę Depresji Becka (BDI, *Beck Depression Inventory*) [11, 12]. Następnie, u osób, które uzyskały co najmniej 12 pkt., lekarz POZ weryfikował rozpoznanie epizodu depresji lub dystymii, stosując kwestionariusz opracowany na podstawie Międzynarodowego Wywiadu Neuropsychiatrycznego (MINI, *Mini International Neuropsychiatric Interview*) [13], zawierającego kryteria diagnostyczne Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10). Niezależnie od czynności związanych z diagnozowaniem depresji lekarz POZ zbierał również dane demograficzne oraz rejestrował istotne dane kliniczne u wszystkich pacjentów. Ponadto odnotowywał, czy badani pacjenci „sprawiali wrażenie chorych depresyjnych lub chorych z problemami natury psychologicznej”.

W drugim etapie chorych, którzy uzyskali w skali BDI co najmniej 12 pkt., kierowano na konsultację psychiatryczną, niezależnie od diagnozy postawionej przez lekarza POZ. Konsultant psychiatra weryfikował rozpoznanie w tej grupie pacjentów na podstawie badania psychiatrycznego uwzględniającego kryteria diagnostyczne ICD-10 oraz oceniał nasilenie objawów depresji, stosując 17-punktową Skalę Depresji Hamiltona, a także określał potrzeby dotyczące dalszego leczenia specjalistycznego.

W analizie statystycznej wykorzystano metody statystyki opisowej oraz testy do oceny istotności różnic badanych zmiennych (test t-Studenta dla prób niepowiązanych, test Cochran-Coxa, test Manna-Whitneya, test  $\chi^2$ ). Jako poziom istotności przyjęto 0,05.

Badanie przeprowadzono dzięki grantowi badawczemu firmy Servier Polska Sp. z o.o. Monitorowali je przedstawiciele tej firmy. Na przeprowadzenie projektu uzyskano zgodę Komisji Etycznej przy Akademii Medycznej w Warszawie.

## Wyniki

W badaniu wzięło udział łącznie 4261 chorych (w tym 70% kobiet) w wieku średnio  $43,5 \pm 13,2$  roku. Ponieważ 5 pacjentów nie wypełniło kwestionariusza Becka, do analiz włączono 4256 chorych. U 1305 osób (31%) zgłaszających się po poradę do lekarza POZ nie stwierdzono żadnej przewlekłej choroby somatycznej. Średnia wieku tych pacjentów była niższa ( $38,5 \pm 12,2$  roku) niż w całej badanej populacji. U pozostałych 2951 chorych najczęściej występującymi chorobami somatycznymi były: nadciśnienie tętnicze (16% badanej populacji), przebyty zawał serca (13%), choroba wieńcowa (10%) oraz cukrzyca (3%).

### Pacjenci z chorobami układu sercowo-naczyniowego (chorzy z problemami kardiologicznymi)

W całej badanej grupie 4256 chorych u 1524 pacjentów, w wieku  $51,9 \pm 10,3$  roku, odnotowano problemy kardiologiczne (w tym 68% kobiet). Wśród nich u 889 osób (58%) rozpoznano chorobę układu sercowo-naczyniowego, która była powodem zgłoszenia się do lekarza POZ, zaś u 635 chorych (42%) rozpoznano chorobę tego układu, jednak ci pacjenci zgłosili się do lekarza POZ z innych przyczyn (np. z powodu infekcji). Łącznie 36% wszystkich osób zgłaszających się do lekarza POZ miało problemy kardiologiczne.

Chorobą podstawową, będącą przyczyną wizyty u lekarza POZ, w tej grupie było najczęściej nadciśnienie tętnicze (38%) i choroba wieńcowa (13%).

W dalszej analizie pacjentów podzielono na 2 podgrupy, w zależności od uzyskanej punktacji w skali BDI: podgrupa z BDI < 12 pkt. i podgrupa z BDI  $\geq 12$  pkt. Wśród 1524 chorych z problemami kardiologicznymi odsetek pacjentów z BDI  $\geq 12$  pkt. wyniósł 48,4% (738 osób), co stanowi 17% całej badanej populacji. Średnia wieku tych pacjentów wynosiła  $51,8 \pm 9,8$  roku i była wyższa niż u chorych z BDI < 12 pkt. (tab. 1).

Analizując dane pod względem częstości chorób somatycznych, stwierdzono częstsze występowanie choroby wieńcowej u pacjentów z BDI  $\geq 12$  pkt. niż w podgrupie chorych z BDI < 12 pkt. (14% vs. 11%;  $p = 0,08$ ), zaś nadciśnienie tętnicze częściej notowano u osób z BDI < 12 pkt. niż u chorych z BDI  $\geq 12$  pkt. (42% vs. 35%;  $p = 0,01$ ). Inne choroby somatyczne, zarówno te związane z układem krążenia (zawał serca, niewydolność serca, otyłość, zaburzenia gospodarki lipidowej, cukrzyca), jak i z nim niezwiązane, występowały podobnie często w obu badanych podgrupach (tab. 2).

W dalszym etapie badania lekarze POZ, korzystając z kwestionariusza MINI, postawili diagnozę u pacjentów z BDI  $\geq 12$  pkt. U 738 chorych w tej podgrupie (wydzielonej z grupy 1524 osób z problemami kardiologicznymi) depresję rozpoznano u 508 pacjentów (68,8%), co stanowi 33% chorych z dolegliwościami kardiologicznymi i 12% całej populacji badanej. Szczegółowe rozpoznania przedstawiono w tabeli 3.

Ostatnim etapem badania w podgrupie 738 pacjentów z problemami kardiologicznymi z BDI  $\geq 12$  pkt. była konsultacja psychiatryczna, na którą zgłosiło się 416 chorych. Psychiatra rozpoznał depresję u 188 osób (tzn. F32 lub F33 wg ICD-10), co daje prawdopodobieństwo występowania depresji równe 0,452. Po uwzględnieniu dodatkowo grupy 322 chorych niezbadanych przez psychiatrę z wynikiem w skali BDI  $\geq 12$  pkt. i z chorobą kardiologiczną, ze wzoru na prawdopodobieństwo całkowite (po zastosowaniu aproksymacji metodami Monte Carlo) oszacowano prawdopodobieństwo wystąpienia depresji na 0,425, co stanowi 44% badanej grupy.

Psychiatra ocenił też występowanie innych niż afektywne chorób psychicznych (otępienie, zaburzenia lękowe i adaptacyjne). Zgodność rozpoznania psychiatrycznych z diagnozami stawianymi przez lekarzy POZ na podstawie skali MINI wynosiła 91%.

**Tabela 1.** Chorzy z problemami kardiologicznymi według podziału w zależności od punktacji BDI

**Table 1.** Cardiological patients divided accordingly to BDI pointing score

Cecha	Chorzy z problemami kardiologicznymi (n = 1524)		p
	BDI < 12 pkt. (n = 786)	BDI $\geq 12$ pkt. (n = 738)	
Płeć: kobiety	489 (62%)	541 (73%)	< 0,01
mężczyźni	295 (38%)	196 (27%)	< 0,01
Średnia wieku	$52 \pm 10,8$	$51,8 \pm 9,8$	NS
Średnia liczba punktów BDI	$6,7 \pm 3,2$	$22,1 \pm 8,1$	< 0,01

**Tabela 2.** Choroby somatyczne u chorych z problemami kardiologicznymi**Table 2.** Somatic diseases in cardiological patients

Kod wg klasyfikacji ICD-10	Chorzy z problemami kardiologicznymi (n = 1524)		p
	BDI < 12 pkt. (n = 786)	BDI ≥ 12 pkt. (n = 738)	
Nadciśnienie tętnicze (I 10–I 15)	325 (42%)	257 (35%)	0,01
Choroba wieńcowa z wyłączeniem zawału (I 20, I 24, I 25)	88 (11%)	106 (14%)	0,08
Zawał serca (I 21, I 23)	—	—	—
Niewydolność serca (I 50)	1	6 (1%)	NS
Inne choroby układu krążenia (I 00–I 99)	55 (7%)	49 (7%)	NS
Nadczynność/niedoczynność tarczycy (E 00–03, E 05)	4 (1%)	7 (1%)	NS
Cukrzyca (E 10–14)	28 (4%)	20 (3%)	NS
Inne zaburzenia hormonalne (E 15–90)	6 (1%)	4 (1%)	NS
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F 00–F 99)	8 (1%)	31 (4%)	< 0,01
Nowotwory (C 00–D 48)	3	7 (1%)	NS
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A 00–B 99)	1	2	NS
Choroby układu nerwowego (G 00–G 99)	18 (2%)	25 (3%)	NS
Choroby oczu i uszu (H 00–H 95)	4 (1%)	1	NS
Choroby układu oddechowego (J 00–J 99)	86 (11%)	62 (8%)	NS
Choroby układu trawiennego (K 00–K 93)	22 (3%)	27 (4%)	NS
Choroby układu moczowo-płciowego (N 00–N 99)	16 (2%)	15 (2%)	NS
Inne choroby (pozostałe kody)	118 (15%)	116 (16%)	NS

**Tabela 3.** Rozpoznanie wstępne, ustalone w grupie pacjentów z podejrzeniem depresji przez lekarzy POZ, na podstawie kwestionariusza MINI**Table 3.** Initial diagnosis, in patients with suspected depression, determined by primary care doctors based on MINI questionnaire

Rozpoznanie wstępne wg klasyfikacji ICD-10	Chorzy z problemami kardiologicznymi (BDI ≥ 12 pkt.) n = 738
Epizod depresyjny (F 32)	257 (35%)
Nawracające zaburzenia depresyjne (F 33)	251 (34%)
Dystymia (F 34)	34 (5%)
Nie można ustalić rozpoznania na podstawie kwestionariusza MINI	173 (23%)

### Pacjenci z dolegliwościami kardiologicznymi (chorzy objawowi)

Spośród 4256 badanych wyodrębniono 485 pacjentów (11% badanej populacji), którzy zgłaszali dolegliwości o charakterze kardiologicznym (chorzy objawowi) i wydzielono z nich grupę 193 osób (5% badanej populacji), w wieku  $39,9 \pm 11,3$  roku (83% kobiet), bez rozpoznanej choroby układu sercowo-naczyniowego. Pacjentów tych porównywano z grupą 292 chorych (7% badanej populacji), w wie-

ku  $50,8 \pm 10,2$  roku (71% kobiet), u których odnotowano dolegliwości kardiologiczne przy istniejącej chorobie układu sercowo-naczyniowego.

W wyodrębnionej grupie 193 osób z dolegliwościami kardiologicznymi, bez choroby układu sercowo-naczyniowego, u 116 chorych (60%) właśnie te dolegliwości były główną przyczyną zgłoszenia się do lekarza POZ, podczas gdy w grupie 292 pacjentów z chorobą układu sercowo-naczyniowego dolegliwości kardiologiczne stanowiły główną przyczynę zgłoszenia się do lekarza u 189 osób (65%) (nieznamienne statystycznie). Najczęściej zgłaszanymi dolegliwościami były: bóle i niepokój w okolicy przedsercowej (u 80% osób bez choroby układu sercowo-naczyniowego i u 83% z chorobą tego układu) oraz zła tolerancja wysiłku fizycznego (u 56% pacjentów bez choroby układu sercowo-naczyniowego i u 63% z chorobą tego układu). Żadna z tych różnic nie była istotna statystycznie.

Dwanaście lub więcej punktów w skali BDI uzyskało 113 chorych z grupy 193 pacjentów bez choroby układu sercowo-naczyniowego (59%) oraz 172 osób z grupy 292 pacjentów z chorobą układu sercowo-naczyniowego (59% w tej grupie). Oznacza to, że u 113 chorych z dolegliwościami kardiologicznymi (2,6% całej badanej populacji) nie rozpoznano choroby układu sercowo-naczyniowego,

**Tabela 4.** Dolegliwości emocjonalne i psychosomatyczne związane z depresją w badanych grupach pacjentów**Table 4.** Emotional and psychosomatic disorders connected with depression in patients' groups

Zgłaszana dolegliwość	Chorzy z dolegliwościami kardiologicznymi (n = 485)		p
	Bez choroby układu sercowo-naczyniowego (n = 193)	Z chorobą układu sercowo-naczyniowego (n = 292)	
Lęk	113 (59%)	189 (65%)	NS
Problem z aktywnością (spowolnienie lub niepokój)	116 (60%)	188 (54%)	NS
Przygnębienie	131 (68%)	205 (70%)	NS
Ból i niepokój w okolicy przedsercowej	154 (80%)	241 (83%)	NS
Bóle z tyłu głowy	70 (36%)	152 (52%)	< 0,01
Bóle w innych okolicach	115 (60%)	166 (57%)	NS
Zaburzenia apetytu (chudnięcie lub tycie)	76 (39%)	102 (35%)	NS
Zaparcia	41 (21%)	74 (25%)	NS
Suchość w ustach	69 (36%)	110 (38%)	NS
Problemy z zasypianiem	110 (57%)	163 (56%)	NS
Inne problemy ze snem	111 (59%)	160 (55%)	NS
Zła tolerancja wysiłku fizycznego	108 (56%)	184 (63%)	NS
Pacjent sprawia wrażenie osoby cierpiącej na depresję	94 (49%)	158 (54%)	NS
Chory sprawia wrażenie osoby z problemami psychologicznymi	119 (62%)	173 (59%)	NS

ale podejrzewano depresję. W obu tych grupach nie wykazano również istotnych różnic w występowaniu innych niż kardiologiczne chorób somatycznych.

Dolegliwości emocjonalne i psychosomatyczne związane z depresją pacjenci z dolegliwościami kardiologicznymi zgłaszali tak samo często, bez względu na rozpoznanie lub brak choroby układu sercowo-naczyniowego (tab. 4).

Lekarze poproszeni o ocenę wrażenia, jakie wywołują pacjenci, stwierdzili, że chorzy z dolegliwościami kardiologicznymi i wysoką punktacją BDI często sprawiają wrażenie osoby cierpiącej na depresję. Dotyczyło to 49% pacjentów bez choroby układu sercowo-naczyniowego oraz 54% osób z chorobą tego układu, a jeszcze częściej (odpowiednio 62% i 59% chorych) odnoszono wrażenie, że osoby te mają problemy psychologiczne (nieistotnie statystycznie). Wrażenie to jest istotnie związane z punktacją BDI — w całej (bez podziału na chorych z dolegliwościami kardiologicznymi i bez nich) grupie chorych z BDI < 12 pkt., zaledwie 9% pacjentów sprawiało wrażenie osoby cierpiącej na depresję, podczas gdy w całej grupie chorych z BDI ≥ 12 pkt. — 56% (p < 0,01).

W dalszym etapie badania lekarze POZ, korzystając z kwestionariusza opracowanego na bazie MINI, postawili diagnozę u pacjentów z BDI ≥ 12 pkt. U 113 osób bez choroby, a jedynie z dolegliwościami

o charakterze kardiologicznym, depresję rozpoznano u 82 chorych (72,5%), co stanowi 42% wszystkich pacjentów z dolegliwościami kardiologicznymi bez rozpoznanej choroby i 2% całej badanej populacji.

Ostatnim etapem badania była konsultacja psychiatryczna, na którą zgłosiło się 65 ze 113 chorych z omawianej grupy. Psychiatra rozpoznał depresję u 29 pacjentów (26%), u 14 osób (12%) — inne zaburzenia afektywne, a u 19 (17%) — pozytywny wywiad w kierunku zaburzeń afektywnych lub innych chorób psychicznych. W tej grupie chorych zgodność rozpoznań psychiatrycznych z diagnozami stawianymi przez lekarzy POZ na podstawie skali MINI wynosiła 90%.

Psychiatra większości pacjentów najczęściej zalecił lek przeciwdepresyjny (79–83%), około 1/3 osób — lek przeciwłękowy (35–44%), rzadziej lek nasenny (19–21%). Dodatkowo psychiatrzy zalecali psychoterapię u ok. 33–53% chorych (częściej w grupie pacjentów bez choroby, ale z objawami kardiologicznymi).

#### Analiza częstości udzielonych porad

Na zakończenie dokonano analizy częstości porad udzielonych pacjentowi przez lekarza POZ w ciągu ostatnich 12 miesięcy. W całej grupie 1526 chorych z dolegliwościami kardiologicznymi udzielano średnio 8,5 porady/rok, podczas gdy w całej

grupie 2735 osób bez takich problemów — 5,3 porady/rok. Pacjenci odczuwający jedynie dolegliwości kardiologiczne (bez rozpoznanej choroby) zgłaszali się do lekarza 7 razy w roku, zaś chorzy z dolegliwościami kardiologicznymi przy rozpoznanej chorobie układu sercowo-naczyniowego — 9 razy w roku. Uwzględniając podział chorych na podgrupę pod względem punktacji BDI, wykazano, że pacjenci kardiologiczni z BDI < 12 pkt. potrzebowali 7,6 porady/rok, podczas gdy osoby z BDI ≥ 12 pkt. — 9,4 porady/rok (p < 0,01).

## Dyskusja

Przedstawione dane obrazują znaczne rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów z problemami kardiologicznymi zgłaszających się do lekarzy rodzinnych w Polsce. Podobną skalę zjawiska opisano w badaniach populacyjnych przeprowadzonych ostatnio w innych krajach [8, 9, 14]. W badaniu ENRICHD (*Enhancing Recovery In Coronary Heart Disease*) [14] dotyczącym 2481 pacjentów po przebytych zawałach serca depresję stwierdzono u 39% osób, przy czym u kobiet obserwowano istotnie cięższe objawy depresji niż u mężczyzn. Sytuacja taka stwarza problem rozpoznawania zespołów depresyjnych przez lekarzy POZ.

We wszystkich cytowanych badaniach podkreśla się nie tylko znaczne rozpowszechnienie depresji wśród osób zgłaszających się po poradę do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, ale również częsty brak właściwej diagnozy. Z dokonanego przez Katona zestawienia wyników wielu badań przeprowadzonych przy użyciu kwestionariusza BDI w latach 80. ubiegłego wieku wynika, że depresja występuje u około 12,2–25% chorych zgłaszających się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i jednocześnie jest rozpoznana w zaledwie 18–39% przypadków [15]. Podobne dane uzyskano w opublikowanym w 1996 r. [9] badaniu WHO, w którym łącznie u około 24% osób zgłaszających się do lekarza rodzinnego odnotowano różne problemy natury psychicznej. We wszystkich cytowanych pracach podkreśla się trudności, jakie napotyka lekarze przy ustalaniu właściwej diagnozy.

Ważne jest, aby znaleźć odpowiednie narzędzie, które umożliwi szybkie i rzetelne rozpoznanie depresji u pacjentów zgłaszających się do lekarza nie będącego specjalistą w dziedzinie psychiatrii.

Od czasu powstania w 1961 r. Inwentarza Depresji Becka, służącego do oceny głębokości depresji i wstępnego odróżnienia osób chorych od zdrowych, jest on coraz powszechniej stosowany na świecie, zwłaszcza w badaniach przesiewowych. W 1977 r.

Parnawski i Jernajczyk [12] wykazali przydatność BDI do samooceny depresji w populacji polskiej.

Istotnym problemem w praktyce lekarza POZ jest somatyzacja zaburzeń psychicznych, co może dotyczyć nawet 33% pacjentów [12]. Fakt ten utrudnia prawidłowe postawienie diagnozy u chorych na przewlekłe choroby somatyczne, u których wiele objawów obniżonego nastroju lub depresji może przybierać charakter dolegliwości związanych z chorobą somatyczną. Wyniki niniejszego badania, wskazują, że 12% osób cierpi jednocześnie na depresję i chorobę układu krążenia. Oznacza to, że u co 8 pacjenta zgłaszającego się do lekarza POZ nie można postawić właściwej diagnozy tylko na podstawie sygnalizowanych objawów podmiotowych, które w wielu przypadkach są jednakowe dla obu tych chorób. Dlatego też lekarz POZ musi mieć możliwość pogłębienia diagnostyki choroby niesomatycznej, w tym samym stopniu co możliwość wykonania diagnostyki chorób układu krążenia.

Podsumowując, przedstawione wyniki badań potwierdzają konieczność użycia narzędzia przesiewowego, jakim może być Inwentarz Depresji Becka w celu wyłonienia grupy chorych, u których podejrzewa się depresję spośród pacjentów z problemami kardiologicznymi lub o charakterze kardiologicznym. Wczesne podjęcie odpowiedniego leczenia może korzystnie wpłynąć nie tylko na wskaźniki ekonomiczne, takie jak zmniejszenie liczby porad udzielanych pacjentom (chorzy z wyższą punktacją BDI częściej z różnych przyczyn zasięgają porady lekarskiej), ale także znacząco wpłynąć na jakość życia i rokowanie tych osób. Wcześniejsze badania udokumentowały bardzo niekorzystny wpływ współistniejącej depresji na śmiertelność u pacjentów z chorobą wieńcową [2–4] i nawet wieloletnie utrzymywanie się zwiększonego ryzyka zgonu u chorych po zawałach serca [3].

Istnieją dodatkowe przesłanki przemawiające za przeprowadzeniem przez lekarzy POZ badań przesiewowych w celu wykrycia depresji, będącej albo zasadniczą przyczyną zgłaszanych przez chorego dolegliwości, albo chorobą współistniejącą. Jedną z nich jest niska zgłaszalność pacjentów z zaburzeniami psychicznymi do lekarzy psychiatrów. Mimo że w omawianym badaniu zapewniono chorym możliwość bezpłatnej i niekierującej konsultacji psychiatrycznej, prawie połowa pacjentów z problemami kardiologicznymi z BDI > 12 pkt. nie zgłosiła się do psychiatry. Można zatem przypuszczać, że nie zastosowano u nich odpowiedniego leczenia. Jednak trafność ustalonych przez odpowiednio przeszkolonych internistów rozpoznania zaburzeń afektywnych wynosi około 90%, co skłania do po-

dejmowania przez nich odpowiedniego leczenia z pominięciem w łagodniejszych przypadkach konsultacji psychiatrycznej. Tak uważają również inni autorzy. Kroenke [16] stwierdził, że przedwczesna próba przypisania objawom somatycznym przyczyn psychogennych bywa postrzegana przez chorego jako odrzucenie, przy jednoczesnym napiętnowaniu pacjenta jako chorego „psychicznie”. Jedynym właściwym wyjściem z tej sytuacji jest według niego terapia objawowa w połączeniu z psychoterapią stosowaną przez tego samego lekarza rodzinnego. Peveler i wsp. [10] dowodzą, że mniej nasilone objawy depresji może leczyć lekarz rodzinny, a konieczność konsultacji psychiatrycznej dotyczy pacjentów, którzy zdradzają myśli samobójcze lub u których leczenie inicjujące nie przyniosło oczekiwanych rezultatów.

Oddzielny problem dla lekarzy POZ stanowią chorzy, u których dolegliwości kardiologiczne są jedynie maską depresji. U 2,6% pacjentów zgłaszających się do lekarza POZ z objawami kardiologicznymi nie rozpoznano choroby układu sercowo-naczyniowego. Są to osoby, które uzyskały w skali BDI > 12 pkt., co sugeruje, że ich chorobą podstawową może być depresja, a dolegliwości kardiologiczne stanowią jedynie jej maskę. Już w 1924 r. Freud [17] opisał istnienie somatyzacji objawów depresyjnych. Przez wiele następnych lat nie rozwiązano tego problemu. W 1968 r. Lesse [18] stwierdził, że opóźnienie konsultacji psychiatrycznej o ponad rok od początku choroby dotyczy 84% pacjentów i aż o ponad 5 lat — 30% chorych. Szybkie postawienie właściwej diagnozy w tej grupie ma nie tylko aspekt moralno-etyczny czy ekonomiczny (uniknięcia wykonywania wielu kosztownych badań diagnostycznych), ale również rokowniczy. W dużym badaniu populacyjnym NHANES I (*National Health and Nutrition Examination Survey*) [19] udowodniono, że występowanie depresji zwiększa ryzyko wystąpienia choroby wieńcowej, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn niecierpiących wcześniej z jej powodu, oraz, że depresja zwiększa ryzyko zgonu u tych mężczyzn (bez wpływu na ryzyko zgonu u tych kobiet).

Biorąc pod uwagę potwierdzone w tym i w innych badaniach [2–7, 20] znaczne rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych u pacjentów z problemami kardiologicznymi, należy przypuszczać, iż zwiększenie ich wykrywalności poprzez wprowadzenie do powszechnego użytku przez lekarzy POZ skali BDI i w razie potrzeby kwestionariusza MINI pozwoli szybko podjąć właściwe leczenie u dużej liczby pacjentów. W 2002 r. w Stanach Zjednoczonych niezależna grupa ekspertów zaleciła przeprowadzanie badań przesiewowych w kierunku depresji u osób dorosłych podczas corocznej oceny stanu zdrowia [21].

Zastosowanie kwestionariusza BDI ma jeszcze jedną dodatkową zaletę — pacjent wypełnia go samodzielnie, więc ma możliwość głębszego zastanowienia się nad swoim zdrowiem, a lekarzowi później często łatwiej kontynuować rozmowę, ukierunkowując ją na problemy natury psychicznej.

## Wnioski

1. Depresja jest istotnym problemem u chorych z dolegliwościami kardiologicznymi leczonych w POZ: u 12% wszystkich badanych zaobserwowano zarówno chorobę układu sercowo-naczyniowego (najczęściej chorobę wieńcową), jak i depresję.
2. Depresja może przybierać maskę choroby układu sercowo-naczyniowego: u 2% wszystkich badanych stwierdzono depresję oraz dolegliwości kardiologiczne (w 80% są to bóle lub dyskomfort w klatce piersiowej) bez choroby układu sercowo-naczyniowego; 42% pacjentów tylko z dolegliwościami kardiologicznymi bez rozpoznanej choroby cierpi na depresję.
3. Ponad 50% osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego „sprawia wrażenie chorych z problemami natury psychologicznej”, które potwierdza wysoka punktacja w skali BDI.
4. Zastosowanie przez lekarzy POZ skali BDI i w razie potrzeby kwestionariusza MINI pozwala skutecznie ustalić rozpoznanie depresji.

## Streszczenie

### Depresja jako problem kardiologiczny

**Wstęp:** Do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) może w pierwszej kolejności zgłosić się pacjent z dolegliwościami kardiologicznymi cierpiący jednocześnie na depresję. Z różnych doniesień wynika, że zaburzenia depresyjne występują u ok. 20% chorych zgłaszających się do lekarzy rodzinnych, przy czym w ok. 50% przypadków nie są one rozpoznawane. Celem pracy było oszacowanie częstości depresji u osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego, leczonych przez lekarzy POZ, a także ocena możliwości zastosowania badań przesiewowych (skale BDI i MINI), aby ułatwić rozpoznanie depresji.

**Materiał i metody:** *Badaniem objęto 4256 pacjentów w wieku 18–65 lat, którzy, zgłaszając się do jednego z 178 lekarzy rodzinnych w Polsce, mogli samodzielnie wypełnić Inwentarz Depresji Becka. U pacjentów, którzy uzyskali 12 lub więcej punktów, lekarz weryfikował rozpoznanie depresji przy użyciu kwestionariusza MINI, a w drugim etapie badania kierował na konsultację psychiatryczną, z której skorzystało 56% chorych.*

**Wyniki:** *Współistnienie depresji z chorobami układu sercowo-naczyniowego (najczęściej z chorobą wieńcową) stwierdzono u 12% pacjentów. Jednocześnie u 2,6% osób z wysoką liczbą punktów w skali BDI występowały dolegliwości kardiologiczne, stanowiące maskę depresji, przy braku chorób somatycznych. Psychiatrycy potwierdzili wysoką (ok. 90%) trafność rozpoznania zaburzeń afektywnych dokonanych przez lekarzy rodzinnych przy użyciu powyższych badań.*

**Wnioski:** *Duża częstość współistnienia zaburzeń afektywnych u chorych z problemami kardiologicznymi, jak też częste występowanie dolegliwości kardiologicznych u pacjentów z depresją bez choroby somatycznej skłania do zastosowania badań przesiewowych w celu ułatwienia trafnej diagnozy przez lekarzy POZ i podjęcia odpowiedniej terapii. (Folia Cardiol. 2003; 10: 177–184)*

**depresja, pacjenci z problemami kardiologicznymi, podstawowa opieka zdrowotna, Skala Depresji Becka, skala MINI**

### Piśmiennictwo

1. Weeke A. Causes of death in manic-depressives. W: Schou M., Stromgren E. (red.). Origin, prevention and treatment of affective disorders. Academic Press, Londyn 1979; 289.
2. Ford D.E., Mead L.A., Chang P.P. i wsp. Depression predicts cardiovascular disease in men: the Precursors Study. *Circulation* 1994; 90 (supl.): 614 (streszczenie).
3. Barefoot J.C., Helms M., Mark D. i wsp. Depression and long-term mortality risk in patients with coronary artery disease. *Am. J. Cardiol.* 1996; 78: 613–617.
4. Penninx B.W., Beekman A.T., Honig A. i wsp. Depression and cardiac mortality. Results from a community-based longitudinal study. *Arch. Gen. Psychiatry* 2001; 58: 221–227.
5. Carney R.M., Rich M.W., Tevelde A. i wsp. Major depressive disorder in coronary artery disease. *Am. J. Cardiol.* 1987; 60: 1273–1275.
6. Schleifer S.J., Macari-Hinson M.M., Coyle Dai i wsp. The nature and course of depression following myocardial infarction. *Arch. Intern. Med.* 1989; 149: 1785–1789.
7. Frasure-Smith N., Lesperance F., Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995; 91: 999–1005.
8. Sartorius N., Ustun T.B., Costa e Silva J. i wsp. An international study of psychological problems in primary care. *Arch. Gen. Psychiatry* 1993; 50: 819–824.
9. Sartorius N., Ustun T.B., Lecrubier Y., Witchen H-U. Depression Comorbid with Anxiety: Results from the WHO Study on Psychological Disorders in Primary Health Care. *Br. J. Psychiatry* 1996; 168 (supl. 30): 38–43.
10. Peveler R., Carson A., Rodin G. Depression in medical patients. *BMJ* 2002; 325: 149–152.
11. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 1961; 4: 561–571.
12. Parnowski T., Jernajczyk W. Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatr. Pol.* 1977; 11: 417–420.
13. Sheehan D.V., Lecrubier Y., Sheehan K.H. i wsp. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J. Clin. Psychiatry* 1998; 59 (supl. 20): 22–33.
14. The ENRICHD Investigators. Enhancing Recovery In Coronary Heart Disease (ENRICHD): Baseline characteristics. *Am. J. Cardiol.* 2001; 88: 316–322.
15. Katon W. The epidemiology of depression in medical care. *Int'l J. Psychiatry Med.* 1987; 17: 93–112.
16. Kroenke K. Psychological medicine. *BMJ* 2002; 324: 1536–1537 (komentarz).
17. Freud S. *Morning and Melancholia „Collected Papers”*. Hogarth Press, Londyn 1924.
18. Lesse S. Masked depression — a diagnostic and therapeutic problem. *Diseases of the Nervous System* 1968; 29 (3): 169–173.
19. Ferketich A., Schwatzbaum J., Frid D. i wsp. Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I Study. *Arch. Intern. Med.* 2000; 160: 1261–1268.
20. Dudek D., Zięba A., Wróbel A., Jawor M., Dubiel S. Depresja w chorobie niedokrwiennej serca. *Przegląd Lekarski* 1999; 56: 302–307.
21. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression. Recommendations and rationale. *Ann. Intern. Med.* 2002; 136: 760–764.