

Depresja reaktywna – obraz kliniczny, pozycja klasyfikacyjna¹

Reactive depression: Clinical picture and taxonomic position

STANISŁAW PUŻYŃSKI

Z II Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. Autor omawia koncepcje i diagnostykę depresji reaktywnej, w szczególności zasady jej rozpoznawania i różnicowania światła kryteriów ICD-10 (red.).

SUMMARY. The author discusses the concept and diagnostics of reactive depression, paying particular attention to problems of diagnosis and differentiation vis a vis the ICD-10 criteria (Ed.).

Słowa kluczowe: depresja reaktywna / koncepcja / diagnostyka
Key words: reactive depression / concept / diagnostics

Depresja reaktywna jest szczególną formą kliniczną depresji psychogennych, dużej i zróżnicowanej pod względem psychopatologicznym grupy stanów depresyjnych. Przyczyny tej dużej grupy zaburzeń są związane z patogennym oddziaływaniem jednorazowych lub przewlekłych sytuacji stresowych (wydarzenia życiowe). Rozpatrywane są również jako przejaw specyficznego rozwoju osobowości i ukształtowania depresyjnego sposobu widzenia siebie i otoczenia.

Granice nozologiczne opisywanych w piśmiennictwie różnorodnych postaci klinicznych depresji psychogennych nie są ostre. Wiele kategorii diagnostycznych zachodzi na siebie i niekiedy oznacza to samo, co jest źródłem dużego zamętu w zakresie terminologii. Najmniej kontrowersji wzbudza zasadność wyodrębnienia depresji reaktywnych, których kryteria diagnostyczne są stosunkowo dobrze określone. Znacznie większe trudności nastęrczają próby definicji tzw. depresji nerwicowych, zwłaszcza różnicowanie tych stanów z depresjami reaktywnymi. Granice obu grup zaburzeń są nie-

ostre, co jest zrozumiałe, gdy się uwzględni fakt, że mamy tu do czynienia z bardzo zbliżonymi zaburzeniami zarówno z punktu widzenia przyczynowego, jak i obrazu klinicznego. W związku z tym część psychiatrów rezygnuje z wydzielania depresji reaktywnych oraz nerwicowych i stosuje jeden wspólny termin diagnostyczny „depresja psychogenna” lub „depresja reaktywna”, jako że w etiologii wszystkich tzw. depresji nerwicowych można się doszukać obecności czynników reaktywnych.

Trudności pojawiają się również przy różnicowaniu omawianych tu chorobowych zaburzeń nastroju z depresjami występującymi w przebiegu chorób afektywnych. Nowsze badania nad tzw. spektrum chorób afektywnych oraz tzw. pograniczem (borderline) sugerują, że liczne obrazy kliniczne tradycyjnie rozpatrywane w ramach klasyfikacyjnych „depresji psychogennych” albo „nerwicowych” lub „afektywnych zaburzeń rozwoju osobowości” są wariantem klinicznym (atypowym) chorób afektywnych.

Przy rozpoznawaniu i w diagnostyce różnicowej należy również uwzględnić fakt, że te same wydarzenia życiowe, którym przypisywana jest rola przyczynowa depresji

¹ Praca została również opublikowana w czasopiśmie „Lek i Depresja” 1997, 2, 73–82.

reaktywnej, mogą wyzwalać pierwszą fazę lub nawroty depresji występujących w przebiegu zaburzeń afektywnych typu endogenego.

Niejasna pozycja nozologiczna i niekiedy znaczne trudności w diagnostyce różnicowej są przyczyną zrezygowania z terminu diagnostycznego „depresja reaktywna” we współczesnych podstawowych systemach klasyfikacyjnych (DSM-IV, ICD-10) oraz niektórych podręcznikach (np. we wszystkich trzech wersjach znanego podręcznika pod red. Kaplana, Sadocka i Greba). To wciąż popularne w Polsce rozpoznanie mieści się w zakresie innych terminów diagnostycznych. Do sprawy tej powrócimy w drugiej części artykułu.

DEPRESJA REAKTYWNA W UJĘCIU TRADYCYJNYM

Kryteria diagnostyczne, zakres pojęcia

Depresja reaktywna jest tradycyjnie uważana za „najczystsza” i najbardziej reprezentatywną postać depresji psychogennych. Podstawowe znaczenie etiologiczne przypada „uchwytnemu” urazowi psychicznemu, bezpośrednio wyprzedzającemu pojawienie się objawów choroby. Kryteria diagnostyczne depresji reaktywnych (a właściwie psychoz reaktywnych) sprecyzował Jaspers [1913]. Są one do dnia dzisiejszego kierunkowskazem w rozpoznawaniu omawianej grupy schorzeń. Kryteria (triada) Jaspersa obejmują:

-
-
- związek początku choroby z pojawieniem się sytuacji reaktywnej (urazowej), którą zwykle jest jednorazowy duży uraz psychiczny,
 - sytuacja reaktywna (uraz) jest adekwatna dla wystąpienia choroby, przy czym jej dalszy przebieg jest uzależniony od utrzymywania się sytuacji, treść przeżyć chorego zaś zwykle nawiązuje do treści urazu,
 - choroba ma określone znaczenie dla osoby nią dotkniętej, mianowicie stanowi formę obrony, ucieczki lub spełnienia dążeń (pragnień).
-
-

Niektórzy psychiatrzy kryteria te uzupełniają jeszcze jednym. Mianowicie zaburzenia psychiczne często ustępują z chwilą przeminięcia sytuacji psychotraumatyzującej.

Wartość kryteriów diagnostycznych Jaspersa od chwili ich sprecyzowania jest przedmiotem weryfikacji i krytycznych ocen. Większość klinicystów jest zgodna, że żadna z tych cech, jeżeli pojawia się w sposób izolowany, nie uprawnia do rozpoznawania depresji reaktywnej, stwierdzenie zaś u chorego całej triady bynajmniej nie oznacza pewnej w stu procentach diagnozy.

Zarówno Jaspers [1913], jak i inni autorzy podkreślają wartość diagnostyczną „rozumiałości” znaczenia dla osoby chorej czynnika wyzwalającego depresję, przy czym obraz kliniczny, w tym przebieg depresji (m.in. jej czas trwania) zależy mniejszym stopniu od „intensywności” czynnika psychotraumatyzującego, bardziej zaś związany jest z osobowością przedchorobową i doświadczeniami z przeszłości osoby reagującej depresją.

Przyczyny

Pogląd o indywidualnym znaczeniu urazu jako czynnika przyczynowego depresji reaktywnej jest na ogół powszechnie akceptowany, co nie stoi w sprzeczności z równie powszechną opinią, że większość tych urazów należy do jednej, określonej klasy przeżyć. Nazwać je można ogólnie stratami istotnych dla danej jednostki wartości duchowych lub materialnych. Strata może dotyczyć zarówno wartości posiadanych jak też potencjalnych, możliwych do osiągnięcia. Podobnie pojawienie się dużego ryzyka straty, może odegrać taką samą rolę, jak realna strata. Tak więc w przypadku psychoz więziennych nie tylko pozbawienie wolności, lecz również jej zagrożenie może stanowić czynnik „wystarczający” do wyzwolenia zaburzeń psychicznych typu depresyjnego.

Poza utratą wolności do typowych strat, które mogą prowokować wystąpienie depresji reaktywnej, należy utrata osób najbliższych, zwłaszcza ich zgon [Arieti 1974]. Dotyczy to przede wszystkim współmałżonka, rodziców,

dzieci, rodzeństwa. Pewna część przewlekających się reakcji żałoby to w istocie depresje reaktywne. Również odejście osoby bliskiej (rozwód, wyjazd na stałe za granicę itp.) może stanowić czynnik przyczynowy. Inne patogene utraty to straty materialne, zwłaszcza pojawiające się nagle jako następstwo klęski żywiołowej, kradzieży, bankructwa. Ważny, chociaż często nie doceniany, czynnik etiologiczny depresji reaktywnych to zawód emocjonalny związany z utratą pozycji zawodowej, społecznej (np. w następstwie degradacji, przejścia na rentę, emeryturę). Należą tu również zawody miłosne, chociaż ich wpływ patogeny wydaje się być przeceniany.

Wymieniliśmy dotychczas różnorodne „ostre” i „dużego kalibru” czynniki urazowe, których znaczenie „chorobotwórcze” nie budzi na ogół poważniejszych sporów. Przy ich wystąpieniu zachodzi zwykle dość ścisły związek w czasie z pojawieniem się depresji, okres zaś latencji nie przekracza kilku lub kilkunastu dni, rzadziej kilku tygodni. Zgodnie jednak z zasadą osobniczo zindywidualizowanego znaczenia urazu psychicznego w rozpatrywaniu przyczyn depresji reaktywnych należy również uwzględnić pozornie „mniejsze” urazy, których siła działania okazać się może równa wymienionym lub większa.

Wiele sporów wzbudza znaczenie przewlekłych urazów psychicznych w kształtowaniu reaktywnych zaburzeń depresyjnych. Dotyczy to takich czynników, jak: przewlekłe stresy związane z pracą zawodową (konflikty, nadmierne obciążenie pracą, duża odpowiedzialność), przewlekłe konflikty w życiu rodzinnym, przewlekłe utrzymująca się trudna sytuacja materialna, izolacja, wyobcowanie w grupie społecznej. Nie ulega wątpliwości, że wszystkie te sytuacje u określonych osób i w pewnych warunkach mogą prowadzić do pojawienia się zaburzeń psychicznych. Zauważono, że obraz kliniczny tych zaburzeń często odbiega od typowych obrazów depresji reaktywnej i bliższy jest tzw. depresji nerwicowej.

Kończąc rozważania dotyczące znaczenia czynników psychotraumatyzujących w depresjach reaktywnych, których wykazanie

stanowi niezbędny warunek rozpoznania zaburzenia, należy zwrócić uwagę, że bynajmniej nie każda depresja, którą wyprzedza sytuacja psychotraumatyzująca, jest depresją reaktywną. Jak już wspomniano, fazy depresyjne chorób afektywnych często poprzedzają różnorodne wydarzenia życiowe, często zbliżone do tych, które są przyczyną depresji reaktywnych.

Obraz kliniczny

W procesie rozpoznawania depresji reaktywnej często pojawia się podstawowe pytanie, mianowicie: które reakcje człowieka na uraz psychiczny są już zjawiskami chorobowymi, które zaś jeszcze mieszczą się w granicach normy? Szczególną sytuacją, będącą często źródłem takich wątpliwości, jest reakcja żałoby, którą część autorów rozpatruje jako „stan normalny”, część zaś dostrzega w niej model depresji. W depresji reaktywnej (a więc w chorobie) pojawia się reakcja przesadna (nadmierna) w nasileniu lub w czasie utrzymywania się w stosunku do przyczyny, która ją wywołała. Ocenę adekwatności nasilenia reakcji i jej długości należy jednak indywidualizować i dokonywać w kontekście cech osobowości osoby chorej, zwłaszcza jej sposobu reagowania na stres.

Schneider [1959], rozpatrując kryteria diagnostyczne depresji reaktywnych, zwraca uwagę na adekwatność treści sytuacji psychotraumatyzujących oraz treści przeżyć i sądzi, że w przypadkach gdy przeżycia chorych z depresją biegną obok treści urazu, wtedy jest mało prawdopodobne, aby stanowił on czynnik przyczynowy depresji. Również polscy autorzy [Wardaszko, Jus 1967] zwracają uwagę na diagnostyczne znaczenie fiksacji smutku na przyczynie wywołującej depresję reaktywną oraz na pogarszanie się nastroju chorych po krótkotrwałym zetknięciu się z sytuacją psychotraumatyzującą.

Liczni autorzy zajmujący się kliniką depresji reaktywnych, w tym autorzy polskich opracowań podręcznikowych i monografii [A. Bilikiewicz 1992, T. Bilikiewicz 1988, Jarosz 1987, Korzeniowski, Pużyński 1988]

podkreślają, że w ich obrazie znajdują pełne odzwierciedlenie wszystkie typowe cechy depresji psychogennych w ogóle. Nastrój depresyjny chorych rzadko osiąga nasilenie spotykane w depresjach endogennych, zwłaszcza rzadkim zjawiskiem jest „zobojętnienie depresyjne” rozpatrywane przez niektórych autorów jako najwyższy stopień smutku. Wyraz przygnębienia i smutku jest na ogół bogaty, niekiedy nieco teatralny, „na pokaz”. Częstym zjawiskiem jest rozpacz, płacz, skargi na smutek, zniechęcenie. Takiemu przygnębieniu towarzyszy często nastrój dysforyczny, przejawiający się w zniecierpliwieniu, rozdrażnieniu, niekiedy w konfliktach z otoczeniem. Miejsce poczucia winy zajmuje rozżalenie i roztkliwanie się nad sobą, swoim losem. Chorzy ujawniają żal lub pretensje do innych, obwiniają za nieszczęścia, które ich spotkały. Lęk przybiera często formę napadową i wyrażać się może w stanach paniki, z dużym niepokojem ruchowym.

Z zasady nie stwierdza się depresyjnego zahamowania psychicznego i ruchowego, spowolnienie mowy, jeżeli występuje, to głównie w czasie badania lub omawiania sytuacji urazowych i przeżyć chorego. Nie obserwuje się również, znamienych dla depresji endogennych, dobowych wahań samopoczucia, zaburzenia snu zaś dotyczą głównie I fazy. Liczni autorzy podkreślają dużą częstość cech zachowania histerycznego chorych, zwłaszcza więźniów [m.in. prace Korzeniowskiego 1936, Uszkiewiczowej 1966] oraz zależności samopoczucia chorych od bieżących wydarzeń. Przy rozpatrywaniu kryteriów diagnostycznych depresji reaktywnych niektórzy zwracają uwagę na ograniczoną wartość opinii, że depresja reaktywna ustępuje z chwilą ustąpienia czynnika, który ją spowodował, bowiem rzadko mamy do czynienia z sytuacjami, gdy czynnik reaktywny przemija całkowicie i bez następstw. Niemniej jednak znacznie przewlekające się w czasie stany depresyjne, przekraczające czas utrzymywania się sytuacji reaktywnej, powinny skłaniać do ponownej analizy całości kształtu danych o chorym i przyczyn jego

choroby. T. Bilikiewicz [1987] zwraca uwagę, że jest to często depresja endogenna. Również należytej ostrożności wymaga rozpoznawanie depresji reaktywnej, gdy nawraca po raz drugi lub trzeci, często wówczas wchodzi w grę wyzwalana reaktywnie depresja endogenna. McCabe [1975], na podstawie kompleksowych badań grupy 48 osób z rozpoznaniem psychozy reaktywnej (w tym 12 z depresją), dochodzi do wniosku, że między depresją reaktywną i typową endogenną są liczne różnice zasadnicze. Autor osobliwie rzadko obserwował u swoich chorych triadę cech depresji endogennej i sądzi, że jedynie pewnego podobieństwa można doszukiwać się z fazą depresyjną choroby afektywnej jednobiegunowej.

Korzeniowski [1936], w opracowaniu monograficznym poświęconym psychozom reaktywnym u więźniów, podkreśla, że trwają one zwykle krócej niż endogenne. Często w ich obrazie pojawiają się cechy histeryczne i, zdaniem autora, w stosunku do części takich stanów termin depresja nie jest w pełni adekwatny. Korzeniowski podkreśla, że długo utrzymujące się depresje reaktywne mają zawsze niemal „podkład konstytucjonalny” i zwraca uwagę, że samobójstwa „postanowione i obmyślane” są w depresjach reaktywnych zjawiskiem rzadkim i zdarzają się głównie w ostrej fazie reakcji.

Jaroszyński i wsp. [1967], opowiadając się za zasadnością wyodrębnienia depresji reaktywnych jako grupy klasyfikacyjnej, wyrażają opinie, że stany te mają mało wspólnego z depresjami we właściwym tego słowa znaczeniu. W ich obrazie zamiast depresji często pojawiają się elementy dystymii. Autorzy zwracają uwagę na częste występowanie nieprawidłowych cech osobowości, zwłaszcza cech epileptoidalnych i histeroidalnych.

ZABURZENIA DEPRESYJNE REAKTYWNE W ICD-10

W 10 wersji *Międzynarodowej klasyfikacji chorób i zaburzeń zachowania* zrezygnowano z kategorii diagnostycznej „depresja reaktyw-

na” (podobnie jak z „depresji psychogennych”). Autorzy nowej klasyfikacji proponują posługiwanie się następującymi kategoriami diagnostycznymi i kodami dla oznaczenia zaburzeń psychicznych określanych terminem „depresja reaktywna” lub „psychoza reaktywna depresyjna” (por. Tablica przekształceń pomiędzy ICD-9 i ICD-10):

-
-
- F32 – Epizody depresyjne
 - F33 – Zaburzenia depresyjne nawracające
rozważyć również:
 - F41.2 Zaburzenia lękowe i depresyjne mieszane
 - F43.2 Zaburzenia adaptacyjne:
 - .20 Krótka reakcja depresyjna
 - .21 Reakcja depresyjna przedłużona
 - .22 Reakcja mieszana lękowo-depresyjna
 - .25 Z mieszanymi zaburzeniami zachowania i emocji
-
-

Zgodnie z tymi zaleceniami, podstawowym miejscem klasyfikacyjnym pełnoobjawowego, typowego zespołu depresyjnego, również o przyczynach reaktywnych, jest F32: „Epizod depresyjny”, którego kryteria rozpoznawania są powszechnie znane (w załączeniu do tej pracy podano kryteria diagnostyczne zamieszczone w *ICD-10 – Badawcze kryteria diagnostyczne*). Zalecenie to ma istotne znaczenie teoretyczne i praktyczne, oznacza bowiem, że również te obrazy kliniczne depresji (zespoły depresyjne), które uchodziły dotychczas za endogenne – mogą być zaliczane do psychogennych (w danym przypadku – reaktywnych). Więcej zastrzeżeń (i poważne trudności w diagnostyce różnicowej) budzi propozycja autorów ICD-10, by depresję reaktywną kodować w ramach nawracających zaburzeń depresyjnych (choroba afektywna jednobiegunowa). Jak uczy doświadczenie kliniczne, tzw. depresja reaktywna nawracająca jest zwykle chorobą afektywną jednobiegunową, której nawroty są wyzwalane przez wydarzenia życiowe.

Mniej nasilone zaburzenia psychiczne z objawami depresji, których przyczyny są

wiązane z przeżyciami, trudnymi sytuacjami życiowymi należy oznaczać symbolem F41.2: „Zaburzenia lękowe i depresyjne mieszane” i F43.2: „Zaburzenia adaptacyjne”. Wydaje się, że zwłaszcza ta druga grupa znajdzie zastosowanie w odniesieniu do mniej nasilonych, niekiedy przewlekających się zaburzeń nastroju związanych z działaniem niekorzystnych sytuacji życiowych u osób skłonnych do reagowania zaburzeniami emocji i nastroju.

Kryteria rozpoznawania tych zaburzeń przytoczymy w całości za *ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research oraz podręcznikiem: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*.

„Zaburzenia adaptacyjne” (F43.2) określono tam jako: „Stan subiektywnego distressu i zaburzeń emocjonalnych zwykle przeszkadzający w społecznym funkcjonowaniu i działaniu, pojawiający się w okresie adaptacji do istotnych zmian życiowych lub do następstw stresującego wydarzenia życiowego (włączając wystąpienie poważnej choroby fizycznej lub zagrożenie tą chorobą). Czynniki stresujące może zaburzać integralność społecznego usytuowania osoby (następstwa osierocenia lub separacji) lub szerszego systemu społecznego oparcia i systemu wartości (migracja, uchodźcy). Czynniki stresujące może dotyczyć tylko danej osoby lub też całej grupy albo społeczności”.

„Indywidualne predyspozycje lub wrażliwość odgrywają tu większą rolę w kształtowaniu ryzyka wystąpienia i charakteru objawów niż w przypadku innych zaburzeń należących do kategorii F43.–, lecz jednak przyjmuje się, że omawiane zaburzenia wystąpiłyby bez działania czynnika stresującego. Objawy są różnorodne i obejmują nastroj depresyjny, lęk, zamartwianie się (lub mieszanie tych objawów), poczucie niemożności poradzenia sobie, zaplanowania czy pozostawania nadal w obecnej sytuacji oraz w pewnym stopniu ograniczoną zdolność do skutecznego wykonywania codziennych

czynności. Osoba może przejawiać skłonność do dramatycznych zachowań czy wybuchów zachowań gwałtownych, ale pojawiają się one rzadko. Cechą towarzyszącą mogą być zaburzenia zachowania (np. zachowania agresywne czy dyssocjalne), szczególnie u młodzieży. Żaden z tych objawów nie osiąga wystarczającej przewagi czy nasilenia, które usprawiedliwiałyby dokładniejsze rozpoznanie.

Zaburzenia rozpoczynają się zwykle w ciągu 1 miesiąca od wystąpienia stresującego wydarzenia lub zmiany życiowej, a czas trwania objawów, z wyjątkiem przedłużonej reakcji depresyjnej (F43.21), nie przekracza zazwyczaj 6 miesięcy. Jeśli objawy utrzymują się dłużej, rozpoznanie należy zmienić zgodnie z obrazem klinicznym, a obecność przewlekłej sytuacji stresowej należy zaznaczyć za pomocą któregoś z kodów z rozdziału XXI ICD-10. Nasilone reakcje, trwające dłużej niż 6 miesięcy – należy zaliczać do F43.21 (przedłużona reakcja depresyjna)”.

We wskazówkach diagnostycznych autoryzacji ICD-10 zalecają, aby przy ustalaniu rozpoznania starannie ocenić związek między:

- formą, treścią i nasileniem objawów,
- poprzedzającą historią życia i osobowością, oraz
- wydarzeniem stresowym, sytuacją lub kryzysem życiowym.

„Obecność tego trzeciego czynnika należy ustalić w sposób pewny, a przesłanki, że zaburzenie nie wystąpiłoby bez jego działania (jeśli nawet tylko przypuszczalne), powinny być dostatecznie mocne. Kiedy czynnik stresowy jest stosunkowo słaby lub jeśli nie można wykazać czasowego związku (mniej niż 3 miesiące), zaburzenie winno być zaklasyfikowane gdzie indziej, zgodnie z ustalonymi cechami”.

Podstawowe kryteria diagnostyczne „Zaburzeń adaptacyjnych” (F43.2) obejmują:

-
- A. pojawienie się objawów w okresie 1 miesiąca od zadziałania możliwego do identyfikacji stresora psychosocjalnego (jednak nie powinno to być niezwykle wydarzenie katastroficzne),
 - B. objawy kliniczne lub zaburzenia zachowania należą do grupy zaburzeń afektywnych (F30-F39) (oprócz urojeń i omamów), zaburzeń z grupy F40-F48 (zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną) lub F91 (zaburzenia zachowania), lecz nie spełniają w pełni kryteriów diagnostycznych wymienionych grup zaburzeń. Objawy mogą wykazywać zmienność w zakresie formy, jak i nasilenia.
-

Wśród zaburzeń adaptacyjnych wyodrębniono następujące postacie kliniczne:

F43.20 Krótka reakcja depresyjna.

Przemijający, łagodny stan depresyjny, którego czas trwania nie przekracza jednego miesiąca.

F43.21 Reakcja depresyjna przedłużona.

Łagodny stan depresyjny występujący w reakcji na przedłużone narażenie na stresującą sytuację, o czasie trwania nie przekraczającym dwóch lat.

F43.22 Reakcja mieszana lękowo-depresyjna.

Dominują zarówno objawy depresyjne, jak i lękowe, ale ich nasilenie nie jest większe niż opisano w zaburzeniach depresyjnych i lękowych mieszanych (F41.2) czy w innych mieszanych zaburzeniach lękowych (F41.3)

F43.23 Głównie z zaburzeniami innych emocji.

Występują nasilone przejawy takich emocji jak lęk, depresja, obawy, napięcie i gniew. Objawy lęku i depresji mogą spełniać kryteria zaburzeń depresyjnych i lękowych mieszanych (F41.2) lub innych mieszanych zaburzeń lękowych (F41.3), ale nie są na

tyle widoczne, aby rozpoznawać bardziej określone zaburzenia depresyjne lub lękowe. Kategorii tej należy także używać u dzieci, u których występują takie zachowania regresywne jak moczenie nocne czy ssanie palca.

F43.24 Głównie z zaburzeniami zachowania.

Zaburzenie dotyczy przede wszystkim zachowania, jak np. reakcja żaloby u młodocianych, prowadząca do zachowania agresywnego lub aspołecznego.

F43.25 Z mieszanymi zaburzeniami zachowania i emocji.

Podstawowe cechy dotyczą emocji, jak i zaburzeń zachowania.

F43.28 Z innymi określonymi objawami dominującymi.

Niektóre postacie depresyjnych zaburzeń reaktywnych mogą być zaliczane do grupy zaburzeń nerwicowych (F40-F48), mianowicie do kategorii F41.2 „Zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane”. Zgodnie z zaleceniami podanymi w „opisach klinicznych i wskazówkach diagnostycznych”: „Ta mieszana kategoria może być stosowana, gdy są obecne zarówno objawy lęku, jak i depresji, ale żadne nie są wystarczająco nasilone, by uzasadniać samodzielne rozpoznanie. Jeśli nasilonemu lękowi towarzyszy mniej nasilona depresja, należy użyć innej kategorii właściwej dla zaburzeń lękowych lub fobicznych. Jeśli objawy zespołu depresyjnego i lękowego występują równocześnie w nasileniu uzasadniającym odpowiednie rozpoznanie, należy rozpoznawać oba zaburzenia, a omawiana kategoria nie znajduje tu zastosowania. Jeżeli ze względów praktycznych powinno być ustalone tylko jedno rozpoznanie, należy dać pierwszeństwo depresji. Muszą występować, choćby od czasu do czasu, niektóre z objawów autonomicznych (drżenie, przyspieszone bicie serca, suchość w ustach, zaburzenia przewodzenia pokarmowego itp.) Nie należy stosować tej kategorii, jeżeli występują tylko obawy lub zamartwia-

nie się, lecz bez objawów autonomicznych. Jeżeli objawy spełniające kryteria rozpoznania tego zespołu występują w ścisłym związku ze znaczącymi zmianami w życiu czy stresującymi wydarzeniami życiowymi, należy stosować kategorię F43.2 – zaburzenia adaptacyjne.

Osoby z opisanymi objawami (mieszany, stosunkowo łagodny) często odwiedzają placówki podstawowej opieki zdrowotnej, jednak większość nigdy nie trafia do lekarza jakiegokolwiek specjalności, w tym – do psychiatrii”.

PODSUMOWANIE

ICD-10 wprowadza istotne zmiany do praktyki diagnostycznej, zmusza do dokładniejszej analizy obrazów klinicznych zaburzeń, które określano zbiorczą nazwą „depresja reaktywna”, obejmującą różnorodne pod względem klinicznym stany chorobowe (różnorodne nasilenie, różna długość, zróżnicowana podatność na leczenie, w tym na leki psychotropowe). Należy jednocześnie podkreślić, że nowa Klasyfikacja nie wyklucza rozpoznania „depresji reaktywnej” w tradycyjnym znaczeniu tego terminu diagnostycznego, zobowiązuje natomiast diagnostę do porównania tego rozpoznania (jeżeli takie zostało ustalone) z nowymi propozycjami klasyfikacyjnymi oraz do wyboru właściwego kodu statystycznego. Takie porównanie może mieć istotne znaczenie w weryfikowaniu trafności rozpoznania, a również walory edukacyjne.

PIŚMIENNICTWO

1. Arieti S.: Affective disorders: manic-depressive psychosis and psychotic depression. W: American Handbook of Psychiatry. T. III. Bais Books Inc. Publ., New York 1974.
2. Bilikiewicz T.: Psychiatria kliniczna. T. I. PZWL, Warszawa 1988, 276–280.
3. Bilikiewicz A.: Zaburzenia reaktywne. W: Bilikiewicz A., Strzyżewski W. (red.): Psychiatria. PZWL, Warszawa 1992, 152–156.

4. Jarosz M.: Zaburzenia (psychozy) reaktywne. W: Dąbrowski S., Jaroszyński J., Pużyński S. (red.): *Psychiatria*. T. I. PZWL, Warszawa 1987, 211–229.
5. Jaroszyński J. i wsp.: Klasyfikacja depresji. *Pam. XXIX Nauk. Zjazdu Psychiatrów Polskich*, Kielce, 1967. Wyd. Lublin 1971, 53–66.
6. Jaspers K.: *General psychopathology*. Manchester University, London 1963.
7. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius” i Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 1997.
8. Korzeniowski L.: Etiologia, patogeneza i klinika psychoz reaktywnych u przestępców, *Pam. XXVII Zjazdu Nauk. Psychiatrów Polskich*. Kraków 1961.
9. Korzeniowski L.: Reaktywne zaburzenia psychopatów i tzw. psychozy więzienne. *Nowiny Psychiatryczne* 1936.
10. McCabe M.S.: Reactive psychosis. *Acta Psychiatr. Scand.* 1975, suppl. 259.
11. Pużyński S.: Depresje. PZWL, Warszawa 1988.
12. Schneider K.: *Klinische Psychopathologie*. Thieme, Stuttgart 1959.
13. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization, Geneva 1993.
14. Uszkiewiczowa L.: Zaburzenia reaktywne i symulacja w praktyce sądowo-psychiatrycznej. PZWL, Warszawa 1966.
15. Wardaszko H., Jus A.: Próba oceny granic między depresją okresową a depresją reaktywną. *Pam. XXIX Nauk. Zjazdu Psychiatrów Polskich*, Kielce 1967. Wyd. Lublin 1971.

*Adres: Prof. Stanisław Pużyński, II Klinika Psychiatryczna IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*