

# Krótkotrwałe nawracające zaburzenia depresyjne<sup>1</sup>

*Brief recurrent depressive disorder*

STANISŁAW PUŻYŃSKI

Z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**STRESZCZENIE.** *Praca przedstawia rozwój koncepcji tego niedawno wyodrębnionego zaburzenia oraz jej podstawowe właściwości epidemiologiczne, diagnostyczne i kliniczne (red.)*

**SUMMARY.** *Development of the concept of this recently distinguished disorder is described, and its essential epidemiological, diagnostic and clinical characteristics are presented in the paper (Ed.).*

---

**Słowa kluczowe:** krótkotrwała nawracająca depresja / diagnostyka / epidemiologia / klinika  
**Key words:** brief recurrent depression / diagnostics / epidemiology / clinical aspects

---

Zgromadzone w czasie minionego dziesięciolecia dane epidemiologiczne wskazują, że zaburzenia depresyjne (choroby afektywne i inne postacie kliniczne depresji) należą do najczęściej występujących zaburzeń psychicznych. Rozpowszechnienie roczne tych zaburzeń w populacji osób dorosłych wynosi około 11,3% [Judd 1995]. W świetle analizy piśmiennictwa opracowanej przez Angsta [1992] najczęstszym zaburzeniem afektywnym jest duża depresja (rozpowszechnienie roczne 2,6–6,2%), drugie miejsce zajmuje dystymia (2,3–3,7%), a trzecie – zaburzenia afektywne dwubiegunowe (1,0–1,7%). Dane te dotyczą zaburzeń afektywnych spełniających tzw. kryteria diagnostyczne. Rozpowszechnienie zaburzeń afektywnych wzrasta, gdy uwzględnia się różnorodne atypowe, poronne (wg terminologii zaproponowanej przez Akiskala – *subthreshold*, „podprogowe”) formy zaburzeń nastroju. Zwrócenie uwagi na tę grupę zaburzeń i ich opis kliniczny jest zasługą autorów badań epidemiologicznych prowa-

dzonych w populacji ogólnej oraz w wyselekcjonowanych grupach osób chorych somatycznie. Badania te wskazują, że rozpowszechnienie zaburzeń afektywnych (łącznie z formami atypowymi, „podprogowymi”) w populacji osób korzystających z pomocy podstawowej opieki zdrowotnej (poradnie ogólne, chorzy korzystający z pomocy lekarzy domowych) sięgać może 25–35%. Zaburzenia te są często nie rozpoznawane i nie leczone (tylko połowa chorych z depresją otrzymuje leki przeciwdepresyjne) [por. Maier i wsp. 1994]. Sytuacja ta wiąże się z małym zakresem wiedzy o zaburzeniach psychicznych wśród lekarzy innych specjalności niż psychiatria. Jednak również psychiatrzy dysponujący niekiedy pogłębioną wiedzą o obrazie klinicznym „przypadków typowych”, często nie rozpoznają atypowych form zaburzeń depresyjnych. Klasycznym przykładem takiej sytuacji są trwające krótko, nawracające zaburzenia depresyjne.

Zasługą Angsta i Dobler-Mikola [1985] było zwrócenie uwagi na tę szczególną i mało znaną wśród psychiatrów formę przebiegu zaburzeń afektywnych, którą cechuje regularne (często 1 raz w miesiącu) występowanie zespołów depresyjnych utrzymujących się

---

<sup>1</sup> Wykład dla ordynatorów oddziałów psychiatrycznych (Konferencja *Standardy psychiatrii: zaburzenia afektywne* – 26.03.1997 r., CMKP, Warszawa).

Tablica 1. Historia koncepcji krótkotrwałej nawracającej depresji – na podstawie pracy Angst (1990) oraz Angst i wsp. (1994)

<b>Pohl (1852)</b> – pierwszy opis kazuistyczny krótkotrwałych epizodów depresji (po przebytej długotrwałej depresji)
<b>Kraepelin (1899)</b> – obserwował epizody depresji, manii (w ramach psychozy maniako-depresyjnej), zwykle lekceważone przez psychiatrów
<b>Head (1901)</b> – opisy 1–2 dniowych depresji
<b>Gregory (1908, 1915)</b> – opis <i>transient attacks of manic-depressive insanity</i> (kilka godzin, dni)
<b>Strohmeyer (1914)</b> – opisy kilkudniowych stanów depresyjnych
<b>Read (1929)</b> – wysokie ryzyko samobójstwa w krótkich epizodach depresji Paskind (1929) – wśród 633 chorych z psychozą maniako-depresyjną – u 13% epizody trwające od kilku godzin do kilku dni, wysokie ryzyko samobójstwa
<b>Buzzard i wsp. (1930)</b> – opis osobowości chorych z krótkotrwałymi atakami depresji
<b>Busse i wsp. (1955)</b> – opis krótkotrwałych, nawracających zespołów depresyjnych u osób w wieku podeszłym
<b>Clayton (1980)</b> – opis <i>very brief depression</i> (3–7 dni) Angst i Dobler-Mikola (1985) – kryteria diagnostyczne krótkotrwałej nawracającej depresji (termin diagnostyczny: <i>recurrent brief depression</i> ), wyniki badań epidemiologicznych, charakterystyka kliniczna chorych (Zürich Study IV)
<b>Montgomery i wsp. (1989)</b> – cyklicznie występujące tendencje samobójcze i 3-dniowe depresje
<b>ICD-10 (1992)</b> – kryteria diagnostyczne <i>recurrent brief depressive disorder</i> (do celów badawczych)
<b>Kasper (1992)</b> – krótkotrwałe nawracające zaburzenia depresyjne o przebiegu sezonowym
<b>DSM-IV (1994)</b> – kryteria diagnostyczne <i>recurrent brief depressive disorder</i>
<b>Maier i wsp. (1994), Weiller i wsp. (1994)</b> – wyniki badań epidemiologicznych pod auspicjami WHO (14 krajów)

krótko (nie dłużej niż 2 tygodnie, najczęściej 2–4 dni), a oddzielonych okresami normalnego samopoczucia. Taka „krótkotrwała nawracająca depresja”, może w sposób znaczny zaburzać funkcjonowanie, być źródłem dīstresu, a w okresie nawrotu – zagrażać życiu (myśli i tendencje samobójcze).

W opublikowanej w 1994 r. pracy Angst przedstawił krótko historię rozwoju koncepcji krótkotrwałej, nawracającej depresji. Informacje zamieszczone w tej pracy wykorzystano przy opracowaniu tabl. 1, zawierającej zestawienie najważniejszych wydarzeń w rozwoju wiedzy o krótkotrwałych, nawracających zaburzeniach depresyjnych.

### KRYTERIA ROZPOZNAWANIA NAWRACAJĄCEJ KRÓTKOTRWAŁEJ DEPRESJI

Autorem pierwszych kryteriów rozpoznawania omawianej grupy zaburzeń depresyjnych jest Angst. Wg pracy Angst i wsp. [1990] kryteria te są następujące:

1. nastrój dysforyczny lub utrata zainteresowań lub przeżywania przyjemności,
2. długość zaburzeń mniej niż 2 tygodnie,
3. obecność czterech spośród następujących objawów:
  - ⇒ zły apetyt lub znaczący ubytek masy ciała (nie związany ze stosowaniem diety) lub zwiększenie apetytu albo zwiększenie masy ciała,
  - ⇒ bezsenność lub hypersomnia,
  - ⇒ pobudzenie lub zahamowanie psychoruchowe,
  - ⇒ utrata zainteresowań lub brak satysfakcji przy codziennych czynnościach albo osłabienie popędu seksualnego,
  - ⇒ utrata energii, zmęczenie,
  - ⇒ poczucie małej wartości, samooskarżanie lub nieadekwatne poczucie winy,
  - ⇒ zmniejszona wydolność myślenia, koncentracji, spowolnienie myślenia lub brak decyzji,

- ⇒ nawracające myśli o śmierci, myśli o samobójstwie, pragnienie śmierci lub próby samobójcze,
4. trudności w wykonywaniu codziennych obowiązków
  5. w okresie roku – co najmniej 1–2 epizody miesięcznie

Kryteria podane przez Angsta spotkały się z krytyczną oceną części autorów, podnoszono, że są zbyt rygorystyczne i wyłączają z badań chorych, u których występują zespoły depresyjne utrzymujące się krótko, nawracające, lecz mniej regularnie [por. Maier i wsp. 1994]. Już w 1989 r. Montgomery i wsp. zaproponowali modyfikację kryteriów rozpoznawania krótkotrwałej nawracającej depresji (autorzy proponują nazwę: *intermittent brief depression*), mianowicie:

- trzy lub więcej krótkotrwałych (jednotygodniowych lub krótszych) epizodów depresji w okresie minionych trzech miesięcy,

- nawracający charakter zaburzeń w okresie minionego roku,
- co najmniej dwa epizody w okresie minionych trzech miesięcy spełniają kryteria dużej depresji wg DSM-III (oprócz kryterium długości utrzymywania się – 2 tygodnie lub więcej),
- co najmniej dwa epizody w okresie trzech minionych miesięcy osiągają umiarkowane lub duże nasilenie,
- nie występują epizody dużej depresji utrzymujące się 2 tygodnie lub dłużej w okresie minionych 6 miesięcy.

Autorzy zwracają uwagę, że takie nawracające zaburzenia mogą poprzedzać pojawienie się typowej depresji nawracającej (zaburzenia afektywne jednobiegunowe).

Podane przez Angsta zasady rozpoznawania krótkotrwałej depresji nawracającej zostały przyjęte za podstawę kryteriów diagnostycznych zamieszczonych w dwóch podstawowych systemach klasyfikacyjnych: mianowicie w 10 wersji Międzynarodowej klasyfikacji chorób (ICD-10) oraz w systemie DSM-IV. Przytaczam je w całości w tabl. 2.

Tablica 2. Kryteria diagnostyczne krótkotrwałych, nawracających zaburzeń depresyjnych w ICD-10 i DSM-IV

<p><b>DSM-IV</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>A. obraz kliniczny – jak major depressive episode (oprócz długości utrzymywania się zaburzeń)</li> <li>B. okres utrzymywania się – co najmniej 2 dni, jednak nie dłużej niż 2 tygodnie</li> <li>C. nawroty co najmniej 1 raz w miesiącu w okresie 12 kolejnych miesięcy, nie związane z cyklem menstruacyjnym</li> <li>D. źródło poważnego stresu lub przyczyna zaburzeń funkcjonowania zawodowego, społecznego</li> <li>E. nie są bezpośrednio związane ze schorzeniami somatycznymi, stosowaniem leków</li> <li>F. nie występowały (w przeszłości) zaburzenia spełniające kryteria dużego epizodu depresyjnego lub zaburzeń dystymicznych</li> <li>G. nie występowały (w przeszłości) zespoły maniakalne, hipomaniakalne, zaburzenia mieszane lub cyklotymiczne</li> <li>H. zaburzenia nie są przejawem schizofrenii, zaburzeń typu schizofrenicznego, schizoafektywnego, zaburzeń urojeniowych lub innych zaburzeń psychotycznych</li> </ol>
<p><b>ICD-10</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>A. obraz kliniczny spełnia kryteria łagodnego (F32.0), umiarkowanego (F32.1) lub ciężkiego (F32.2) epizodu depresyjnego</li> <li>B. zaburzenia występują raz w miesiącu w okresie minionego roku</li> <li>C. zaburzenia trwają krócej niż 2 tygodnie (typowo 2–3 dni)</li> <li>D. zaburzenia nie są związane z cyklem menstruacyjnym</li> </ol>

## OBRAZ KLINICZNY ZABURZEŃ, PRZEBIEG

Podstawowym źródłem informacji dotyczących obrazu klinicznego i przebiegu krótkotrwałej nawracającej depresji, są badania Angsta i wsp. [1985, 1990], które nie zostały dotychczas dostatecznie zweryfikowane w innych populacjach. Wartość tych pionierskich badań jest względna, bowiem rozpoczęto je u osób młodych i kontynuowano przez kilkanaście lat (prospektywne badania *Zürich Study*, a dotyczą wyselekcjonowanej populacji. Z badań tych wynika, że krótkotrwała nawracająca depresja najczęściej zaczyna się przed 20 rokiem życia (16–18 r.ż.), u 90% chorych zaburzenia utrzymują się 1–3 dni, nawracają w odstępach 3–4 tygodniowych, występują dwukrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Obraz kliniczny nawrotu nie różni się istotnie od „dużej depresji”. Nasilenie zaburzeń obejmuje stany od łagodnych do ciężkich zespołów depresyjnych z tendencjami samobójczymi. Na dużą częstość myśli samobójczych i związane z tym zagrożenie życia zwracają uwagę również inni autorzy [Montgomery i wsp. 1989, 1990, Weiller i wsp. 1994]. Okres krótkotrwałego nawrotu często wydatnie zaburza funkcjonowanie społeczne, pracę zawodową, jest źródłem distresu.

Z badań Angsta i wsp. [1985, 1990] i innych autorów [badania Maiera i wsp. 1994, Weiller i wsp. 1994] wynika, że w okresie dzieciństwa osób z krótkotrwałą nawracającą depresją, częściej niż w populacji ogólnej występują zaburzenia lękowe. Jednak brak podstaw, by przyjąć, że depresja jest u nich przejawem innych zaburzeń psychicznych (np. lękowych).

U bliskich krewnych osób chorych wielokrotnie częściej niż w populacji osób zdrowych występują zaburzenia afektywne.

Krótkotrwałe nawracające zaburzenia depresyjne mogą stanowić podstawowy u danego chorego, utrzymujący się przez wiele lat typ zaburzeń afektywnych. Zdarza się jednak, że po kilku latach pojawiają się ze-

spoly depresyjne, spełniające kryteria dużej depresji, bywa też odwrotnie – po jednym lub kilku nawrotach typowej, dużej depresji zaczyna dominować przebieg charakterystyczny dla krótkotrwałych nawracających zaburzeń depresyjnych [Angst i wsp. 1990, Montgomery i wsp. 1989].

W świetle badań Montgomery’ego i wsp. [1990] przebieg omawianej w tym opracowaniu grupy zaburzeń jest często nieregularny, pojawienie się depresji jest trudne do przewidzenia, zaburzenia utrzymują się najczęściej 2–4 dni, osiągają umiarkowane lub ciężkie nasilenie, często idą w parze w myślami i tendencjami samobójczymi.

Kasper i wsp. [1994] stwierdzili, że u części chorych krótkotrwałe nawracające zaburzenia depresyjne mogą mieć charakter sezonowy, mianowicie 31% osób, u których rozpoznano chorobę afektywną sezonową jednocześnie spełniło kryteria krótkotrwałych nawracających zaburzeń depresyjnych. U chorych tych krótkotrwałe epizody depresji (średnia długość nawrotu  $4,6 \pm 2,6$  dni) pojawiły się istotnie częściej w okresie jesieni i zimy, ich liczba wydatnie zmniejszyła się wiosną i latem.

## POZYCJA KLASYFIKACYJNA, NOZOLOGICZNA

Jak już wspomniano krótkotrwała nawracająca depresja jest uwzględniona w obu podstawowych systemach klasyfikacyjnych. W 10 wersji *Międzynarodowej klasyfikacji chorób* jest oznaczona symbolem F38.10: *Nawracające krótkotrwałe zaburzenia depresyjne*, w systemie DSM-IV uwzględniono je w grupie 311: *Zaburzenia depresyjne – pozostałe*, zaś opis i kryteria rozpoznawania w dodatku B, obejmującym zagadnienia wymagające dalszych badań.

Obecny stan wiedzy nie pozwala na określenie pozycji nozologicznej omawianych zaburzeń, w szczególności na odpowiedź na pytania: czy jest to szczególny wariant przebiegu zaburzeń afektywnych jednobiegowych? czy etap przebiegu tych zaburzeń?

czy może odrębne schorzenie albo grupa schorzeń? Pewne światło na te sporne zagadnienia rzucają badania Stanera i wsp. [1992], którzy stwierdzili u dużego odsetka osób z krótkotrwałymi nawracającymi zaburzeniami depresyjnymi obecność parametrów biologicznych, które uchodzą za markery depresji typu endogenego: skrócenie latencji stadium REM snu, brak hamowania sekrecji kortyzolu przez deksametazon, oraz zmniejszoną sekrecję TSH po podaniu TRH. Wyniki tych badań wskazują na związek omawianej grupy zaburzeń z chorobami afektywnymi typu endogenego.

## ROZPOWSZECHNIENIE

W oryginalnych badaniach Angsta i Dobler-Mikola (1985) roczne rozpowszechnienie krótkotrwałej nawracającej depresji oszacowano w granicy 4%. Należy jednak uwzględnić, że badania te dotyczą młodej ogólnej populacji.

W 1994 r. opublikowano wyniki badań epidemiologicznych przeprowadzonych pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia [Maier i wsp. 1994, Weiller i wsp. 1994]. Dotyczyły one populacji 1911 pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. Przy zastosowaniu kryteriów Angsta – rozpowszechnienie krótkotrwałych nawracających zaburzeń depresyjnych wynosiło 3,7%, przy przyjęciu kryteriów szerszych – 6,4%. Próby samobójcze podejmowało 14–23% badanych.

## LECZENIE NAWROTÓW, PROFILAKTYKA

Jak dotychczas, nie ma kontrolowanych badań klinicznych dotyczących leczenia nawrotów depresji. Próby stosowania niektórych leków przeciwdepresyjnych, np. fluoksetyny [Montgomery i wsp. 1994] zakończyły się niepowodzeniem, co nie zaskakuje, bowiem czas, w którym ujawnia się wpływ terapeutyczny tych leków (>2 tygodni), przekracza długość nawrotu depresji (<2 tygodni, typowo 2–4 dni). Brak wiarygodnych infor-

macji w sprawie przydatności leków normotymicznych (węglan litu, karbamazepina, pochodne kwasu walproinowego) w zapobieganiu kolejnym nawrotom.

## PODSUMOWANIE

1. Jak wynika z tego przeglądu – wyodrębnienie krótkotrwałych nawracających zaburzeń depresyjnych wskazuje na różnorodność obrazów klinicznych zaburzeń afektywnych występujących w populacji ogólnej. Niektóre są mało znane, zarówno psychiatrom, jak również lekarzom innych specjalności. Ta grupa zaburzeń jest często nie rozpoznawana oraz nie leczona, co jest przyczyną dużego distresu chorych, zaburzeń funkcjonowania, a ponadto stanowi poważne zagrożenie dla życia w związku z dużym ryzykiem samobójstwa.

2. Wyodrębnienie kategorii diagnostycznej określonej nazwą „krótkotrwałe nawracające zaburzenia depresyjne” jest pierwszym krokiem w kierunku poznania tego zaburzenia. Następne – to określenie jego pozycji nozologicznej i relacji z innymi zaburzeniami afektywnymi oraz innymi zaburzeniami psychicznymi (zaburzenia lękowe, uzależnienia). Badań wymaga patogeneza omawianej tu grupy zaburzeń afektywnych, m.in. określenie roli osobowości przedchorobowej. Jak dotychczas nie ma skutecznych metod terapii krótkotrwałych epizodów depresji oraz zapobiegania nawrotom.

3. Rozpowszechnienie krótkotrwałych nawracających zaburzeń depresyjnych w Polsce nie jest znane i wymaga badań.

## PIŚMIENNICTWO

1. Angst J., Dobler-Mikola A.: The Zurich Study – A prospective epidemiological study of depressive, neurotic and psychosomatic syndromes. IV. Recurrent and nonrecurrent brief depression. *Eur. Arch. Psychiatr. Neurol. Sci.* 1985, 234, 408–416.
2. Angst J., Merikangas K., Scheidegger P., Wicki W.: Recurrent brief depression: a newsubtype

- of affective disorder. *J. Affect. Disord.* 1990, 19, 87–98.
3. Angst J.: Epidemiology of depression. *Psychopharmacology* 1992, 106, S71–S74.
  4. Angst J.: The history and concept of recurrent brief depression. *Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neurosc.* 1994, 244, 171–173.
  5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington 1994.
  6. The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization, Genewa 1993.
  7. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” i Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 1997.
  8. Judd L.L.: Mood disorders in the general population represent an important and worldwide public health problem. *Internat. Clin. Psychopharmacol.* 1995, 10, Suppl. 4, 5–10.
  9. Kasper S., Ruhrmann S., Haase Th., Möller H.J.: Evidence for seasonal form of recurrent brief depression (RBD-seasonal). *Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neurosc.* 1994, 244, 205–210.
  10. Maier W., Herr R., Lichtermann D., Gänsicke M., Benkert O., Faust G.: Brief depression among patients in general practice. *Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neurosc.* 1994, 244, 190–195.
  11. Maier W., Herr R., Gänsicke M., Lichtermann D., Houshangpour K., Benkert O.: Recurrent brief depression in general practice. Clinical features, comorbidity with other disorders, and need for treatment. *Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neurosci.* 1994, 244, 196–204.
  12. Montgomery S.A., Montgomery D., Baldwin D., Green M.: Intermittent 3-day depressions and suicidal behaviour. *Neuropsychobiology* 1989, 22, 128–134.
  13. Montgomery S.A., Montgomery D.B., Baldwin D., Green M.: The duration, nature and recurrence rate of brief depression. *Progr. Neuro-Psychopharmacol. Biol. Psychiatry* 1990, 14, 729–735.
  14. Montgomery D.B., Roberts A., Green M., Bullock T., Baldwin D., Montgomery S.A.: Lack of efficacy of fluoxetine in recurrent brief depression and suicidal attempts. *Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neurosc.* 1994, 244, 211–215.
  15. Staner L., De La Fuente J.M., Kerkhofs M., Linkowski P., Mendlewicz J.: Biological and clinical features of recurrent brief depression: A comparison with major depressed and healthy subjects. *J. Affect. Disord.* 1992, 26, 241–246.
  16. Weiller E., Lecrubier Y., Maier W., Ustün T.B.: The relevance of recurrent brief depression in primary care. A report from WHO project on psychological problems in general health care conducted in 14 countries. *Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neurosc.* 1994, 244, 182–189.
  17. Weiller E., Boyer P., Lepine J.P., Lecrubier Y.: Prevalence of recurrent brief depression in primary care. *Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neurosc.* 1994, 244, 174–181.

*Adres: Prof. Stanisław Pużyński, Instytut Psychiatrii i Neurologii,  
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*