

Błędy popełniane w diagnostyce zaburzenia stresowego pourazowego – problem nakładania się objawów tego zaburzenia i depresji

Diagnostic mistakes in post-traumatic stress disorder. The problem of symptom overlap with depression

Letizia Bossini, Ilaria Casolaro, Claudia Caterini, Despoina
Koukouna, Valentina Fortini, Federica Cecchini, Andrea Fagiolini

Department of Molecular Medicine and Development, Psychiatry Division, University of Siena,
School of Medicine, Siena, Italy

Summary

Objectives. The overlap between symptoms of PTSD and MDD is substantial. PTSD symptoms arise after a traumatic experience and the trauma is present in all of the diagnostic clusters. In individuals who have experienced a trauma a long time before, it is difficult to establish the exact moment of onset of their symptoms in relation to the trauma suffered. We proposed to raise awareness among operators who may encounter this problem, with the aim of providing them with valuable help in order to achieve a correct differential diagnosis.

Methods. A sample of subjects suffering from PTSD without comorbidity was assessed to confirm the diagnosis and the severity of post-traumatic symptoms. The Kruskal-Wallis test was used to compare any modifications in the parameters analyzed through the Davidson Trauma Scale with the presence and severity of depressive symptoms as evaluated by the Hamilton-D scale.

Results. Half of the PTSD patients recruited showed values of HAM-D > 18, although an active Major Depressive Episode was clinically excluded. Symptom of “numbing”, despite being different from the apathy experienced in depression, is identified as a depressive symptom by the HAM-D.

Conclusions. Giving prevalence to depressive symptoms may be misleading for diagnosis and may ultimately result in inappropriate treatment.

Słowa kluczowe: skala PTSD w formie wywiadu klinicznego, Skala Depresji Hamiltona, odrętwienie emocjonalne

Key words: Clinician-Administered PTSD Scale, Hamilton Rating Scale for Depression, numbing

Prace nad tym artykułem nie były finansowane.
Przetłumaczył lek. Rafał Jaeschke.

Wstęp

Zaburzenie stresowe pourazowe jest zaburzeniem lękowym mogącym rozwijać się u osób, które doświadczyły wydarzenia traumatycznego (jako jego uczestnicy lub świadkowie). Nierzadko zaburzenie to ma charakter przewlekły i często wiąże się ze znacznym upośledzeniem funkcjonowania.

Dane epidemiologiczne

PTSD obserwowano we wszystkich kręgach kulturowych i może dotyczyć osób o dowolnym statusie socjoekonomicznym. Wprawdzie może się ono rozwijać w każdym wieku, jednak częściej występuje u młodych dorosłych (z powodu większego narażenia na sytuacje potencjalnie traumatyczne). Dane na temat częstości występowania PTSD u osób, które doświadczały rozmaitych urazów psychicznych, przedstawiano w licznych publikacjach. Wnioski płynące z przeglądu piśmiennictwa poświęconego znanym przypadkom tego zaburzenia sugerują, że wartości wskaźników rozpowszechnienia PTSD wahają się od 1 do 9% w populacji ogólnej aż do 50–70% w subpopulacjach pacjentów narażonych na szczególnie drastyczne formy urazów [1–5], jak doświadczenie wojny, deportacji, tortur, napaści lub zgwałcenia. Istnieje bliski związek między „profilem” traumatycznych wydarzeń a prawdopodobieństwem wystąpienia reakcji pourazowych. Wydaje się, że jest to rodzaj „odpowiedzi zależnej od dawki”, to znaczy im bardziej dramatyczne doświadczenie, tym większe ryzyko rozwinięcia się objawów pourazowych [6–9]. Odnotowano również zależność między ciężkością urazu a prawdopodobieństwem wystąpienia przewlekłego PTSD [10, 11].

Wskaźnik częstości występowania PTSD w ciągu całego życia (lifetime prevalence) wynosi 3,6% u mężczyzn oraz 9,6% u kobiet [12]. Dane sugerują, że kobiety są bardziej narażone na rozwinięcie się tego zaburzenia w następstwie ekspozycji na stresory traumatyczne [13]. Inną grupę ryzyka stanowią dzieci i młodzież (PTSD występuje u 90% dzieci będących ofiarami nadużyć seksualnych, u 77% osób doświadczających przemocy w szkole oraz u 35% ofiar przemocy w mieście) [14]. Jak dotąd nie przeprowadzono badania epidemiologicznego, którego celem byłoby określenie rzeczywistej częstości występowania tego zaburzenia we Włoszech (zapewne dlatego, że lekarze rodzinni ani sami pacjenci – a zdarza się, że nawet psychiatry – nie traktują PTSD jako zaburzenia psychicznego [2]).

Wyniki niektórych badań ankietowych wskazują, że skala rozpowszechnienia zaburzenia stresowego pourazowego może być nawet większa niż w przypadku depresji lub innych zaburzeń lękowych. Co więcej, dane epidemiologiczne dotyczące problemu PTSD istotnie różnią się w zależności od regionu geograficznego. Może to wynikać z faktu, że w niektórych krajach zdarzenia traumatyczne występują częściej niż w innych bądź też – co bardziej prawdopodobne – z przykładania mniejszej wagi do psychicznych następstw takich wydarzeń, czego efektem jest niedodiagnozowanie PTSD. Wyniki badań epidemiologicznych, jak również znaczny stopień ciężkości objawów oraz przewlekły charakter omawianego zaburzenia, wskazują na istnienie pilnej potrzeby pogłębionej wiedzy na jego temat, pozwalającej na uniknięcie bardzo

częstych pomyłek diagnostycznych, a także ograniczenia skali problemu stosowania nieswoistych i nieefektywnych metod leczenia [2].

Błędy diagnostyczne

Klinicyści często nawet nie biorą pod uwagę możliwości rozpoznania PTSD, porzeczając na ocenie zaledwie kilku objawów (sugerując się zwłaszcza występowaniem odrętwienia emocjonalnego), uznają oni tych chorych za cierpiących na „depresję”. Tym samym umyka im całościowy obraz kliniczny (który w istocie jest bardzo swoisty). Na podstawie zasobów bazy danych PubMed autorzy niniejszej pracy dokonali przeglądu piśmiennictwa poświęconego problemowi nakładania się objawów PTSD i depresji.

Wyniki licznych badań na temat następstw urazów psychicznych świadczą o bardzo częstym współwystępowaniu PTSD i dużej depresji (MDD) [13, 15–19]. Faktycznie – objawy obu tych zaburzeń nierzadko zachodzą na siebie. Należą do nich zaburzenia snu, zaburzenia koncentracji uwagi, unikanie bodźców związanych z traumą lub wycofanie społeczne, utrata zainteresowań oraz zdolności odczuwania przyjemności związanych z czynnościami, które przed wydarzeniem urazowym dawały pacjentowi satysfakcję, a także poczucie izolacji i wyobcowania w stosunku do innych osób. Kluczowym elementem różnicującym oba te zaburzenia jest fakt, że objawy PTSD w większości przypadków ujawniają się bezpośrednio po urazie psychicznym, zaś w każdej z grup objawów definiujących to zaburzenie zaznacza się ich związek z traumą (podczas gdy w przypadku depresji ekspozycja na stresory traumatyczne może być jedynie „czynnikiem spustowym” inicjującym chorobę). Mimo to określenie zależności czasowej między wystąpieniem objawów a ekspozycją na uraz może być trudnym zadaniem w przypadku osób, które doświadczały takich zdarzeń w dzieciństwie bądź też wielokrotnie uczestniczyły w wydarzeniach traumatycznych [20].

Wraz z wprowadzeniem PTSD do klasyfikacji DSM-III [21] zaburzenie to uzyskało rangę nozograficzną, której wyrazem był spójny profil objawów podmiotowych i przedmiotowych pozostających w związku z doświadczeniem urazu psychicznego. Adekwatność tej odrębnej jednostki diagnostycznej potwierdzono również w ramach wielu badań epidemiologicznych. Jednak poza dodatnim wywiadem w kierunku traumy, zmienność obrazu klinicznego omawianego zaburzenia wynika z politetycznego charakteru kryteriów diagnostycznych PTSD. Nie ulega wątpliwości, że przy owej mnogości objawów niektóre z nich będą występowały również w kryteriach diagnostycznych innych zaburzeń psychicznych, zwłaszcza MDD. Podobieństwa takie utrudniają dostrzeżenie rozmaitych wzorców psychopatologicznych, co skłania do rozpoznawania współwystępujących zaburzeń u osób, u których charakterystyczne objawy rozwinęły się w następstwie urazu [22].

Zależność między PTSD a depresją jest szczególnie złożona ze względu na nakładanie się licznych objawów, co sprawia, że diagnostyka różnicowa tych zaburzeń jest dużym wyzwaniem. Na podstawie analizy piśmiennictwa można stwierdzić, iż problemowi nakładania się symptomów PTSD i MDD nie poświęca się obecnie należytej uwagi. Badacze skupiają się głównie na powszechnym zjawisku współ-

występowania tych dwóch zaburzeń, podczas gdy ryzyko błędów diagnostycznych i terapeutycznych wynikających z nakładania się objawów analizowano w ramach zaledwie kilku badań.

Do najważniejszych objawów depresji należą obniżony nastrój oraz utrata zainteresowań lub zdolności odczuwania przyjemności. Chorzy mogą mówić o swym złym nastroju, poczuciu bezradności lub beżużyteczności. Czasem wydaje się, że pacjenci cierpiący z powodu depresji nie zdają sobie sprawy z występowania u nich tego zaburzenia i nie skarżą się z powodu zmiany nastroju – nawet wówczas, gdy oddalili się od rodziny lub przyjaciół bądź też zrezygnowali ze swoich wcześniejszych zainteresowań. W przebiegu depresji często występują zaburzenia snu, a zwłaszcza bezsenność późna (wczesne budzenie się oraz niemożność ponownego zaśnięcia), bezsenność (niemożność zaśnięcia po obudzeniu się w nocy) lub – w niektórych przypadkach – bezsenność wczesna. Badając następstwa traumatycznych doświadczeń u młodych osób dorosłych, Kessler i wsp. [13] stwierdzili, że wiele objawów odpowiadających kategorii C lub D kryteriów diagnostycznych PTSD według DSM jest tożsamy z symptomami depresji. Co więcej, w większości badań poświęconych temu zagadnieniu wykazano, że zaburzeniem najczęściej występującym razem z PTSD jest MDD. Dążąc do wyjaśnienia zjawiska tak znacznej współchorobowości PTSD i MDD, sformułowano cztery hipotezy [18–20, 23–25]:

- a. „obecne wyjściowo” zaburzenia psychiczne mogą usposabiać do rozwoju PTSD,
- b. inne zaburzenia psychiczne (w tym depresja) mogą być powikłaniami PTSD,
- d. obecność zaburzeń towarzyszących może być efektem narażenia na wspólne czynniki ryzyka (np. uraz psychiczny), współchorobowość jest artefaktem diagnostycznym – występowanie objawów PTSD „sztucznie” zwiększa prawdopodobieństwo formułowania innych rozpoznań (w tym MDD).

Yehuda i wsp. zastanawiali się, czy współwystępowanie innych zaburzeń i PTSD istotnie wynika z nakładania się kategorii diagnostycznych – co nie jest jednoznaczne z obecnością dwóch odrębnych zaburzeń [6]. Kwestię hipotetycznego zachodzenia na siebie objawów PTSD i depresji analizowano również w ramach kolejnego badania (w którym uczestniczyły ofiary wypadków drogowych) [26], jednak sformułowana przez jego autorów koncepcja podniesienia progu diagnostycznego depresji u osób z zaburzeniem stresowym pourazowym (tzn. zwiększenia liczby objawów wymaganych do rozpoznania MDD) – tak, aby ominąć problem nakładania się objawów – nie znalazła wielu zwolenników.

Dane literaturowe zdają się wskazywać, że chorzy z rozpoznaniem PTSD bez współwystępujących innych zaburzeń, rzadziej wymagają leczenia (w porównaniu z osobami, które cierpią również z powodu innych zaburzeń – a zwłaszcza depresji) [13, 15, 27]. Sugeruje się, że o ile pacjenci potrafią nadać znaczenie traumatycznemu doświadczeniu, to traktują oni objawy PTSD jako normalną reakcję, która nie wymaga fachowej interwencji. Jeśli jednak postrzegają oni PTSD jako źródło dysfunkcji, to rozwija się u nich wtórna depresja, która potęguje cierpienie i skłania chorych do poszukiwania profesjonalnej pomocy [27, 28].

Termin „odrętwienie emocjonalne” stosuje się na określenie stanu klinicznego, którego wyróżnikiem jest poczucie emocjonalnego i afektywnego paraliżu, tzn. niemożności odczuwania emocji, zaangażowania się lub wykazywania zainteresowania bodźcami, innymi ludźmi bądź działaniami [29]. Odrętwienie emocjonalne jest najslabiej poznanym spośród wszystkich najważniejszych wymiarów objawowych PTSD, co wynika z trudności klasyfikacyjnych oraz definicyjnych (spłylenie emocjonalne można interpretować jako niezdolność odczuwania emocji lub wyrażania ich, bądź jedno i drugie). Pacjenci z PTSD doświadczają stanu odrętwienia emocjonalnego znoszącego możliwość odczuwania subiektywnego wrażenia strachu i grozy, ale także radości oraz ekscytacji, którego nie można porównywać – nawet w przybliżeniu – z apatią u osób z MDD. Ponieważ występowanie tego wyjątkowego i osiowego objawu PTSD stwierdza się u wielu pacjentów z omawianym zaburzeniem, to obecność klinicznie istotnych zachowań unikających, nadmiernego pobudzenia, objawów neurovegetatywnych, podwyższenia progu bólowego, a także dane z wywiadu wskazujące na doświadczenie urazu psychicznego mogą pozwolić na przeprowadzenie diagnostyki różnicowej.

Celem naszego badania było przeanalizowanie problemu możliwego nakładania się objawów PTSD bez współchorobowości oraz depresji, które może być przyczyną błędów diagnostycznych. Dlatego też postanowiliśmy ocenić częstość występowania izolowanych objawów depresyjnych u pacjentów cierpiących z powodu PTSD, u których jednak nie współwystępowały inne zaburzenia psychiczne.

Material i metoda

W badaniu wzięła udział grupa pacjentów z rozpoznaniem PTSD bez współwystępujących zaburzeń psychicznych. Obecność innych zaburzeń wykluczano, korzystając z krótkiego międzynarodowego wywiadu neuropsychiatrycznego (Mini International Neuropsychiatric Interview – MINI). Po przeprowadzeniu wywiadu lekarskiego, mającego na celu dokonanie ogólnej oceny stanu zdrowia pacjenta oraz po zgromadzeniu danych anamnestycznych, zastosowano następujące testy psychometryczne:

- Skalę Depresji Hamiltona (Hamilton Rating Scale for Depression – HAM-D) [30], za pomocą której lekarz oceniał występowanie wszelkich objawów depresyjnych,
- skalę PTSD w formie wywiadu klinicznego (Clinician-Administered PTSD Scale – CAPS) w celu potwierdzenia rozpoznania PTSD,
- skalę urazu Davidsona (Davidson Trauma Scale – DTS); do oceny częstości występowania oraz stopnia nasilenia objawów pourazowych.

Zgromadzone informacje wprowadzono do elektronicznej bazy danych, a następnie analizowano je za pomocą programu GraphPad Prism 5. Różnice w parametrach DTS (zarówno punktacji w pełnej skali, jak i punktacji w poszczególnych podskalach) w zależności od występowania objawów depresyjnych oraz stopnia ich nasilenia (których miarą była liczba punktów uzyskiwanych w HAM-D) analizowano za pomocą testu Kruskala-Wallisa (jednoczynnikowej nieparametrycznej analizy wariancji).

Niniejszy projekt badawczy został zaakceptowany przez Lokalną Komisję Etyczną, zaś wszyscy uczestnicy badania wyrazili świadomą zgodę na udział w nim. Między marcem 2008 roku a lutym 2010 roku trwała rekrutacja pacjentów z PTSD. Wywodzili się oni spośród osób kierowanych do Wydziału Psychiatrii Uniwersytetu Sieneńskiego lub do Narodowego Obserwatorium dla Ofiar Terroryzmu (National Observatory for Victims of Terrorism). Po uzyskaniu zgody na udział w badaniu, od wszystkich uczestników zebrano dane biograficzne (wiek, płeć, wykształcenie, zawód), kliniczne (na temat obecnie stosowanych form leczenia, a także występowania chorób somatycznych – aktualnie lub w przeszłości), jak również dane dotyczące przyjmowania substancji psychoaktywnych. U wszystkich uczestników badania prowadzono diagnostykę przy użyciu kwestionariuszy samooceny oraz testów psychometrycznych wypełnianych przez klinicystów.

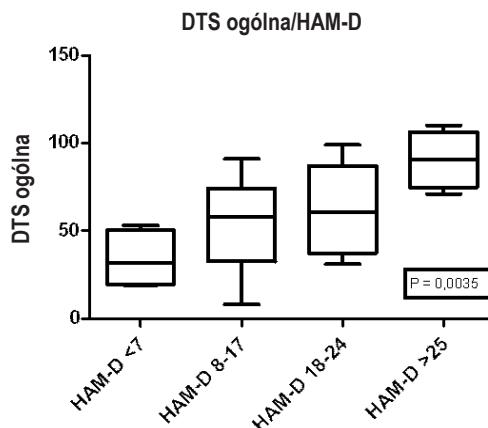
Wyniki

Do udziału w badaniu zaproszono 73 chorych skierowanych do naszej kliniki. Byli to mieszkańcy Włoch cierpiący z powodu PTSD. Dwadzieścia sześć osób z tej grupy wyłączono z udziału w kolejnych etapach badania z powodu stwierdzenia współtowarzyszącej MDD ($n = 19$) i/lub zaburzenia panicznego z agorafobią ($n = 7$). U pozostałych pacjentów nie stwierdzono problemu współchorobowości psychiatrycznej. Do udziału w badaniu wybrano jedynie osoby z PTSD bez współwystępujących zaburzeń psychicznych ($n = 47$). Rozpoznanie zaburzenia stresowego pourazowego potwierdzano na podstawie zgodności prezentowanych objawów ze wszystkimi kryteriami CAPS (średni stopień nasilenia symptomów: $57,9 \pm 23,3$ pkt.). Grupę pacjentów tworzyło 25 kobiet i 22 mężczyzn (co znajduje potwierdzenie w danych literaturowych wskazujących na częstsze występowanie PTSD u kobiet). Średni wiek uczestników badania wynosił 47 ± 13 lat (przedział: 21–77 lat): u kobiet – $46,2 \pm 12,7$ roku (przedział: 21–68 lat), zaś u mężczyzn – $47,8 \pm 14,3$ roku (przedział: 28–77 lat).

Badani doświadczyli rozmaitych wydarzeń traumatycznych, takich jak katastrofy naturalne ($n = 8$), przypadki niespodziewanej śmierci członka rodziny ($n = 12$), wypadki komunikacyjne ($n = 3$), napaści ($n = 8$), rozboje ($n = 6$) lub zamachy terrorystyczne ($n = 10$). Średni czas utrzymywania się PTSD wynosił $149,9 \pm 80,85$ miesięcy.

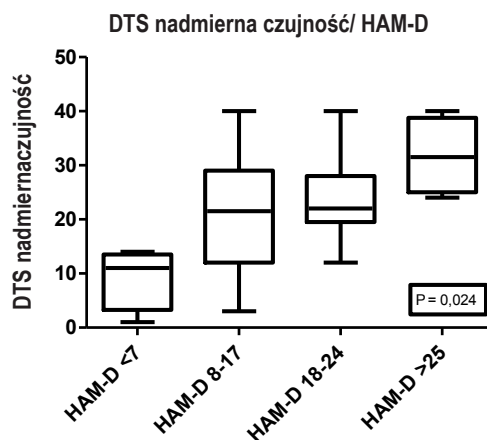
W ramach diagnostyki osób cierpiących z powodu PTSD stosowano skale: HAM-D, CAPS oraz DTS. Różnice w zakresie parametrów DTS (zarówno w skali pełnej, jak i w podskalach) w zależności od występowania i stopnia nasilenia objawów depresyjnych ocenianych w skali HAM-D, analizowano przy użyciu testu Kruskala-Wallisa (jednoczynnikowej nieparametrycznej analizy wariancji).

Osoby, które nie osiągnęły progu 7 pkt. w skali HAM-D, uzyskiwały (średnio – przyp. tłum.) – $5,6 \pm 8,4$ pkt. w pełnej skali DTS, osoby z łagodną depresją: 18 ± 14 pkt., pacjenci z dostrzegalną umiarkowaną depresją (HAM-D: 18–24 pkt.) – $19,1 \pm 13,3$ pkt., zaś chorzy uzyskujący ≥ 25 pkt. w skali HAM-D: $26,0 \pm 12,7$ pkt. Wyniki te były istotne statystycznie ($p = 0,0035$; rys. 1 – na następnej stronie).



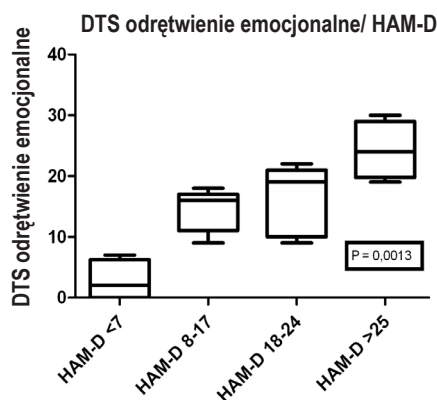
Rys. 1. Różnice w zakresie wyników w skali DTS w porównaniu z wynikami skali HAM-D; $p = 0,0035$. Podano wartości średnich i odchylenia standardowe

Skalę DTS podzielono na grupy objawów: o ile w przypadku klastra „intruzje” nie odnotowano istotnych statystycznie różnic w nasileniu objawów w zależności od wyniku w skali, o tyle ciężkość objawów z klastra „nadmierna czujność” zwiększała się wprost proporcjonalnie do liczby punktów uzyskiwanych w HAM-D. U osób uzyskujących < 7 pkt. w HAM-D średnia punktacja w podskali nadmiernej czujności wynosiła $9,2 \pm 5,7$ pkt., w przypadku łagodnej depresji – $21,4 \pm 10,6$ pkt., u chorych, którzy uzyskali 18–24 pkt. w HAM-D – $23,5 \pm 8,3$ pkt., a wreszcie u pacjentów uzyskujących > 25 pkt. w HAM-D stopień ekspresji nadmiernej czujności odpowiadał 26 ± 3 pkt. Także i w tym przypadku wartość $p = 0,024$ wskazywała na dużą istotność statystyczną (rys.2)



Rys 2. Różnice wyników w zakresie objawów nadmiernej czujności w skali DTS w porównaniu z wynikami HAM-D, $p = 0,024$. Podano wartości średnich i odchylenia standardowe

Stwierdzono istnienie znamiennej korelacji pomiędzy nasileniem objawów z grupy unikania bodźców związanych z traumą i odrętwienia emocjonalnego (avoidance/numbing) a punktacją HAM-D ($p < 0,05$). W toku dalszej analizy podzielono tę kategorię na dwie podgrupy w celu określenia ich korelacji z liczbą punktów uzyskiwanych w HAM-D. Stwierdzono, że unikanie bodźców związanych z traumą nie wykazuje korelacji z punktacją HAM-D, podczas gdy stopień nasilenia odrętwienia emocjonalnego zwiększał się w sposób skorelowany z liczbą punktów w HAM-D. Ściśle mówiąc – pacjenci, u których ilość objawów depresyjnych nie przekraczała progu diagnostycznego, uzyskiwali średnio $8,2 \pm 10,5$ pkt. w skali odrętwienia emocjonalnego. Wraz ze zwiększaniem się liczby objawów depresyjnych zwiększała się również liczba punktów w skali odrętwienia emocjonalnego – do $10,2 \pm 7,2$ pkt. u osób z dostrzegalną łagodną depresją, do $14,2 \pm 7,3$ pkt. u pacjentów z umiarkowaną depresją, aż wreszcie do $17,5 \pm 3,5$ pkt. u chorych, którzy uzyskali > 25 pkt. w HAM-D ($p = 0,0013$; rys.3).



Rys 3. Różnice wyników w zakresie objawów odrętwienia emocjonalnego w skali DTS w porównaniu z wynikami HAM-D; $p = 0,013$. Podano wartości średnich i odchylenia standardowe

Zaobserwowaliśmy, że około połowa spośród włączonych do badania chorych z PTSD (23 osoby) uzyskała powyżej 18 pkt. w skali HAM-D (co odpowiada umiarkowanej lub ciężkiej depresji), mimo wcześniejszego wykluczenia współwystępowania innych zaburzeń psychicznych (a zwłaszcza zaburzeń depresyjnych), zarówno w ramach diagnostyki z użyciem MINI, jak i w toku badania klinicznego.

Omówienie wyników

Wyniki naszego badania wskazują, że punktacja uzyskiwana w HAM-D pozytywnie korelowała z liczbą punktów w skali DTS, zaś podzielenie DTS na grupy objawowe pozwoliło na stwierdzenie, że istotne statystycznie zależności dotyczą dwóch spośród trzech kategorii (nadmiernej czujności oraz unikania bodźców związanych z traumą i odrętwienia emocjonalnego). Nie wykazano korelacji między grupą objawów intruzji

(będących swoistymi symptomami PTSD) a punktacją w HAM-D. Stwierdzono, że unikanie bodźców przypominających o urazie psychicznym wiąże się z problemem nakładania się objawów. Zaobserwowano również – co szczególnie istotne – że w przypadku podzielenia tej grupy symptomów na podkategorie („czyste” unikanie bodźców związanych z traumą oraz odrętwienie emocjonalne) jedynie nasilenie odrętwienia emocjonalnego istotnie koreluje ze stopniem ekspresji objawów depresyjnych. Wydaje się zatem, że wprawdzie objaw odrętwienia emocjonalnego różni się od apatii w przebiegu depresji (zarówno z punktu widzenia psychopatologicznego, jak też „jakości” tego objawu), to w ramach diagnostyki przy użyciu skali HAM-D przypisuje się go do kategorii objawów depresyjnych (tak, jakby pacjent miał pełnoobjawową depresję, nawet jeśli w istocie zaburzenie to nie występuje). Wreszcie – nadmierna czujność istotnie korelowała z punktacją w HAM-D (prawdopodobnie dlatego, że niektóre itemy skali DTS dotyczą występowania objawów związanych z lękiem).

Na podstawie danych zawartych w literaturze przedmiotu można stwierdzić, że dotychczas przeprowadzono niewiele badań poświęconych problemowi zachodzenia na siebie objawów PTSD i depresji [6, 19, 20, 26], przez co do tej pory nie udało się sformułować miarodajnych zasad prowadzenia diagnostyki różnicowej tych zaburzeń. W toku naszego badania stwierdziliśmy, że stosowanie HAM-D umożliwia dokonanie trafnego rozpoznania objawów depresji i/lub lęku, ale skala ta nie pozwala „uchwycić” klinicznej swoistości depresji. Może to wprowadzać lekarzy w błąd, o ile nie traktują oni PTSD jako zaburzenia wieloaspektowego, wykazującego odrębne cechy kliniczne, którego niezmiennym elementem jest występowanie objawów osiowych.

Wnioski

Dane zgromadzone w ramach naszego badania wskazują, że klinicyści nie zawsze rozpoznają PTSD, a czasem jest ono diagnozowane jako depresja ze współistniejącym lękiem. Dzieje się tak dlatego, iż uwadze diagnostów umyka wyjątkowa i rdzenna cecha tego zaburzenia, czyli występowanie różnych grup objawów u jednego chorego. Pacjenci cierpiący z powodu zaburzenia stresowego pourazowego często skarżą się na występowanie zaburzeń snu, jednak rzadko mówią lekarzom o przebytych traumatycznych doświadczeniach (o ile nie zapyta się ich o takie przeżycia). Jeśli nie uzyska się informacji na temat przeszłych urazów psychicznych, wówczas charakterystyka kliniczna PTSD (objawy odrętwienia emocjonalnego) nierzadko nie będzie się różniła od obrazu depresji. Niemniej jednak odrętwienie emocjonalne tworzy zaledwie jedną z grup objawów PTSD. Stąd też badając pacjentów, nie należy zapominać o zagadnieniach uwzględnionych w IV osi diagnostycznej a zatem o istotnych wydarzeniach życiowych. Przedstawiając nasze badanie, podjęliśmy więc próbę poszerzenia wiedzy dotyczącej tych zagadnień wśród klinicystów, którzy mogą zetknąć się z omawianym problemem, i dostarczenie wskazówek mogących pomóc we właściwym prowadzeniu diagnostyki różnicowej PTSD i depresji. W istocie częste występowanie objawów depresyjnych może prowadzić do błędnych diagnoz, a co za tym idzie – do nieprawidłowego leczenia chorych z nierozpoznanym PTSD (szczególnie dotyczy to pacjentów, którzy doświadczyli wydarzeń traumatycznych w odległej przeszłości).

Na koniec – powołując się na niedawne doniesienia [18, 33–37] – warto podkreślić, że kwestia diagnostyki PTSD będzie bardzo istotna zwłaszcza w kontekście nadchodzącej zmiany kryteriów diagnostycznych, która wejdzie w życie wraz z ukazaniem się klasyfikacji DSM-5.¹ Może to sprawić, że kliniczny obraz PTSD stanie się bardziej jednorodny, a wartość wskaźnika współchorobowości PTSD i zaburzeń depresyjnych zmniejszy się. To z kolei będzie miało istotne konsekwencje praktyczne: zarówno diagnostyczne, jak i terapeutyczne.

**Ошибки, допускаемые в диагностике стрессового посттравматического нарушения
– проблема накладывания симптомов этого нарушения и депрессии**

Содержание

Задание. Можно указать на многочисленные области накладывания симптомов посттравматического нарушения (ПТН) и большой депрессии (БД) ПТН появляются у лиц, которые перенесли психическую травму, а в каждой группе симптомов, объясняющих ПТН обозначающих у них связь с травмой. У пациентов, которые перенесли травму в далеком прошлом, трудно установить временную реляцию между появлением симптомов и временем травмы. Авторы представленной работы, обратили внимание на необходимость расширения знаний, относящихся к этим вопросам среди профессионалов-медиков, которые могут встречаться с описываемой проблемой, а также приведение указателей, могущих помочь в правильной дифференциальной диагностике.

Метод. В исследовании принимала участие группа пациентов с ПТБ (без сопутствующих психических нарушений). В рамках примененных процедур диагностики, проверялся этот диагноз с определением степени тяжести посттравматических симптомов. Изменения исследованных параметров при помощи шкалы травмы Давидсона, в зависимости от степени тяжести депрессивных симптомов (определяемых при помощи шкалы Депрессии Гамильтона), проанализировано с применением теста Крускала-Виллиса.

Результаты. Несмотря на исключение актуально присутствующего эпизода большой депрессии, половина пациентов с ПТИ получила >18 пунктов в шкале Гамильтона. Хотя симптом одервенения эмоционального характера отличается от депрессивного появления апатии, то в рамках диагностики с использованием шкалы Гамильтона симптом приписывается к категории депрессивных симптомов.

Выводы. Частое появление депрессивных симптомов у лиц с ПТН может приводить к диагностическим ошибкам, а что связано с применением лечения несоответствующего характера.

Ключевые слова: шкала ПТН в форме клинического анамнеза, Шкала Депрессии Гамильтона, эмоциональное одервенение

**Fehler bei der Diagnosestellung der posttraumatischen Belastungsstörung
– Problem mit PTSB – Symptomen und Symptomen der Depression**

Zusammenfassung

Ziel der Studie. Man kann zahlreiche Bereiche zeigen, wo sich die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSB, engl. PTSD) und der Depression Major (eng. MDD) überlagern. Die PTSB entwickelt sich bei Personen, die einen psychischen Trauma erlebt haben, und in jeder Gruppe der Symptome, die die PTSB definieren, wird ihr Zusammenhang mit dem Trauma bewiesen. Bei den Patienten, die ein Trauma in der fernen Vergangenheit erlebt haben, ist es schwer eine Zeitbeziehung zwischen dem Auftreten der Symptome und dem Traumaerleben zu bestimmen. Die Autoren der vorliegenden Studie machten darauf aufmerksam, das für die Fachärzte notwendig

¹ Klasyfikacja DSM-5 wešla w życie w maju 2013 r. (przypr. red.)

ist, diesem Problem auf den Grund zu gehen. Die Fachärzte können dem beschriebenen Problem begegnen, sie können auch Hinweise zur Hilfe bei der Differentialdiagnose geben.

Methode. An der Studie nahm die Gruppe der Patienten mit der posttraumatischen Belastungsstörung (ohne komorbide psychische Störungen) teil. Im Rahmen der eingesetzten diagnostischen Verfahren wurde diese Diagnose verifiziert und die Intensität der Symptome der posttraumatischen Symptome bestimmt. Die Veränderungen der mit der Davidson Trauma Scale gemessenen Parameter abhängig von der Intensität der depressiven Symptome (bestimmt durch die Hamilton Depression Scale, HAM-D) wurden mit Hilfe des Tests von Kruskal - Wilson analysiert.

Ergebnisse. Obwohl die aktuell andauernde Episode der Depression Major ausgeschlossen wurde, erzielte die Hälfte der Patienten mit PTBS > 18 Items in der HAM-D – Skala. Das Symptom der emotionellen Taubheit (numbing) unterscheidet sich von der depressiven Empfindung der Apathie, trotzdem wird er im Rahmen der Diagnostik mit HAM-D an die depressiven Symptome angerechnet.

Schlussfolgerungen. Häufiges Auftreten der depressiven Symptome bei den Personen mit PTBS kann zu diagnostischen Fehlern beitragen, und was daraus folgt, zu Fehlern bei der Behandlung.

Schlüsselwörter: PTBS-Skala in Form des klinischen Interviews, Hamilton-Depression-Skala, emotionelle Taubheit

Les fautes diagnostiques dans le trouble de stress post-traumatique (TSPT) – le problème de la superposition des symptômes de ce trouble-ci et de ceux-là de la dépression

Résumé

Objectif. On peut indiquer plusieurs dimensions de la superposition des symptômes de TSPT et de la dépression majeure. Le TSPT se développe après le trauma psychique et on souligne toujours le lien du trauma avec les symptômes de TSPT. Chez les patients qui ont survécu le trauma au passé il est très difficile d'établir la relation du moment du trauma et de l'apparition des symptômes de TSPT. Les auteurs de cet article accentuent la nécessité d'augmenter les connaissances des spécialistes en question et de leur donner des outils pour aider le diagnostic correct.

Méthodes. On examine le groupe de patients avec TSPT (sans comorbidité) en vérifiant le diagnostic et en déterminant la sévérité des symptômes. Pour comparer les modifications des paramètres établis avec the Davidson Trauma Scale on use le teste de Kruskal-Wallis, la sévérité des symptômes est analysée avec l'échelle d'Hamilton-D (HAM-D).

Résultats. Bien que l'on exclue l'épisode actuel de la dépression majeure presque la moitié de patients obtient le score >18 dans l'échelle HAM-D. Le symptôme d'engourdissement émotionnel (« numbing ») diffère de l'apathie durant la dépression pourtant durant le diagnostic avec HAM-D on les identifie.

Conclusions. La grande fréquence des symptômes dépressifs durant le TSPT peut causer les erreurs diagnostiques et en conséquence – les erreurs thérapeutiques.

Mots clés : TSPT, HAM-D, engourdissement émotionnel (numbing)

Piśmiennictwo

1. Śpila B, Makara M, Chuchra M, Pawłowska B. *Związek stresujących wydarzeń życiowych z zaburzeniami stanu psychicznego*. Psychiatr. Pol. 2005; 39(1): 115–123.
2. Kessler RC, Üstün TB. *The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York: Cambridge University Press; 2008.
3. Bossini L, Casolaro I, Santarnecchi E, Caterini C, Koukouna D, Fernandez I i wsp. *Evaluation study of clinical and neurobiological efficacy of EMDR in patients suffering from post-traumatic stress disorder*. Riv. Psichiatr. 2012; 47(supl 2): 12–15.
4. Tavanti M, Battaglini M, Borgogni F, Bossini L, Calossi S, Marino D i wsp. *Evidence of diffuse damage in frontal and occipital cortex in the brain of patients with post-traumatic stress disorder*. Neurol. Sci. 2012; 33(1): 59–68.

5. Lis-Turlejska M, Szumiał S, Okuniewska H. *Aktualny poziom objawów stresu potraumatycznego w próbie osób, które w dzieciństwie przeżyły II wojnę światową*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(2): 145–156.
6. Yehuda R, McFarlane A. *Conflict between current knowledge about Post-traumatic Stress Disorder and its original conceptual basis*. Am. J. Psychiatry 1995; 152: 1705–1713.
7. Galea S, Ahern J, Resnick H, Kilpatrick D, Bucuvalas M, Gold J i wsp. *Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City*. N. Eng. J. Med. 2002; 346(13): 982–987.
8. Rossi S, De Capua A, Tavanti M, Calossi S, Polizzotto NR, Mantovani A i wsp. *Dysfunctions of cortical excitability in drug-naïve posttraumatic stress disorder patients*. Biol. Psychiatry 2009; 66(1): 54–61.
9. Bossini L, Tavanti M, Calossi S, Polizzotto NR, Vatti G, Marino D i wsp. *EMDR treatment for posttraumatic stress disorder, with focus on hippocampal volumes: a pilot study*. J. Neuropsychiatr. Clin. Neurosci. 2011; 23(2): E1–E2.
10. Favaro A, Maiorani M, Colombo G, Santonastaso P. *Traumatic experiences, post-traumatic stress disorder and dissociative symptoms in a group of refugees from former Yugoslavia*. J. Nerv. Ment. Dis. 1999; 187: 306–308.
11. Bossini L, Tavanti M, Calossi S, Lombardelli A, Polizzotto NR, Galli R i wsp. *Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus in drug-naïve patients with post-traumatic stress disorder without comorbidity conditions*. J. Psychiatr. Res. 2008; 42(9): 752–762.
12. NCS-R appendix tables: Table 1. *Lifetime prevalence of DSM-IV/WMH-CIDI disorders by sex and cohort*. National Comorbidity Survey: 2005.
13. Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C. *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. Arch. Gen. Psychiatry 1995; 52: 1048–1060.
14. Gabbay V, Oatis MD, Silva RR, Hirsch G. *Epidemiological aspects of PTSD in children and adolescents*. W: Silva RR. red. *Posttraumatic stress disorders in children and adolescents: Handbook*. New York: Norton; 2004. s.1–17.
15. Skodol A, Schwarz S, Dohrenwend B, Levav I, Shrout P, Reiff M. *PTSD symptoms and comorbid mental disorders in Israeli war veterans*. Br. J. Psychiatry 1996; 169: 717–725.
16. Bleich A, Kolowsky M, Dolev A, Lerer B. *Post-traumatic stress disorder and depression. An analysis of comorbidity*. Br. J. Psychiatry 1997; 170: 479–482.
17. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K. *60000 disaster victims speak: part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001*. Psychiatry 2002; 65(3): 207–239.
18. Grant DM, Beck JG, Marques L, Palyo SA, Clapp JD. *The structure of distress following trauma: posttraumatic stress disorder, major depressive disorder, and generalized anxiety disorder*. J. Abnorm. Psychol. 2008; 117(3): 662–672.
19. Elhai JD, de Francisco Carvalho L, Miguel FK, Palmieri PA, Primi R, Frueh BC. *Testing whether posttraumatic stress disorder and major depressive disorder are similar or unique constructs*. J. Anxiety Disord. 2011; 25(3): 404–410.
20. Gros DF, Price M, Magruder KM, Frueh BC. *Symptom overlap in posttraumatic stress disorder and major depression*. Psychiatry Res. 2012; 196(2–3): 267–270.
21. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder. Third edition*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1980.
22. Bossini L, Tavanti M, Lombardelli A, Calossi S, Polizzotto NR, Galli R i wsp. *Changes in hippocampal volume in patients with post-traumatic stress disorder after sertraline treatment*. J. Clin. Psychopharmacol. 2007; 27(2): 233–235.
23. McFarlane AC, Papay P. *Multiple diagnoses in post traumatic stress disorder in the victims of a natural disaster*. J. Nerv. Ment. Dis. 1992; 180: 498–504.

24. Solomon Z, Bleich A. *Comorbidity of post-traumatic stress disorder and depression in Israeli veterans*. CNS Spectrum. 1998; 3(7): 16–21.
25. Shalev AY, Freedman S, Peri T, Brandes D, Sahar T, Orr SP i wsp. *Prospective study of post-traumatic stress disorder and depression following trauma*. Am. J. Psychiatry 1998; 5: 630–637.
26. Blanchard EB, Buckley TC, Hickling EJ, Taylor AE. *Post-traumatic stress disorder and comorbid major depression: Is the correlation an illusion?* J. Anxiety Disord. 1998; 12(1): 21–37.
27. Sołtys K, Bidzan L, Turczyński J, Łapin J. *Ocena wpływu niekorzystnych wydarzeń życiowych w dzieciństwie na obraz kliniczny depresji u osób w wieku lat 50 i powyżej*. Psychiatr. Pol. 2004; 38(6): 1075–1084.
28. Solomon Z. *Untreated combat related PTSD: Why some Israeli veterans do not seek help*. Isr. J. Psychiatry Relat. Sci. 1989; 26: 111–123.
29. Horowitz M. *Stress response syndromes (2nd ed.)*. Northvale, NJ: Jason Aronson; 1986.
30. Hamilton M. *Development of a rating scale for primary depressive illness*. Br. J. Soc. Clin. Psychol. 1967; 6: 278.
31. Blake DD, Weathers FW, Nagy LN, Kaloupek DG, Klauminzer G, Charney D i wsp. *A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: the CAPS-1*. Behav. Therapist 1990; 18: 187.
32. Davidson JRT, Book SW, Colket JT, Tupler LA, Roth S, David D i wsp. *Assessment of a new self-rating scale for posttraumatic stress disorder*. Psychol. Med. 1997; 27: 153.
33. Simms LJ, Watson D, Doebbeling BN. *Confirmatory factor analyses of posttraumatic stress symptoms in deployed and nondeployed veterans of the Gulf War*. J. Abnorm. Psychol. 2002; 111(4): 637–647.
34. Watson D. *Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V*. J. Abnorm. Psychol. 2005; 114(4): 522–536.
35. Watson D. *Differentiating the mood and anxiety disorders: a quadripartite model*. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2009; 5: 221–247.
36. Gros DF, Simms LJ, Acierno R. *Specificity of posttraumatic stress disorder symptoms: an investigation of comorbidity between posttraumatic stress disorder symptoms and depression in treatment-seeking veterans*. J. Nerv. Ment. Dis. 2010; 198(12): 885–890.
37. Gros DF, Magruder KM, Ruggiero KJ, Shaftman SR, Frueh BC. *Comparing the symptoms of posttraumatic stress disorder with the distress and fear disorders*. J. Nerv. Ment. Dis. 2012; 200(11): 967–972.

Adres: Letizia Bossini
Department of Molecular Medicine and Development, Psychiatry Division
University of Siena, School of Medicine
Italy, 53100 Siena, Viale Bracci 1

Otrzymano: 30.09.2013
Zrecenzowano: 14.10.2013
Otrzymano po poprawie: 31.10.2013
Przyjęto do druku: 31.10.2013