

Krzysztof Pękala<sup>1</sup>, Monika Ponichtera-Kasprzykowska<sup>2</sup>, Tomasz Sobów<sup>1</sup>

## Rozpoznawanie depresji u pacjentów z chorobą Parkinsona za pomocą różnorodnych narzędzi diagnostycznych

### Depression diagnosis in patients with Parkinson's disease using various diagnostic tools

<sup>1</sup> Zakład Psychologii Lekarskiej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Polska<sup>2</sup> Studium Doktoranckie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Polska

Adres do korespondencji: Dr n. o zdr. Krzysztof Pękala, ul. Sterlinga 5, 90-425 Łódź, tel.: +48 42 630 15 73, 42 632 25 94, e-mail: krzysztof.pekala@umed.lodz.pl

#### Streszczenie

Choroba Parkinsona to zaburzenie neurodegeneratywne, którego głównymi objawami są te z zakresu motoryki i tzw. pozamotoryczne. Obie grupy symptomów w znaczący sposób wpływają na poczucie jakości życia chorego. Zaburzenia pozamotoryczne często bywają pomijane, niewłaściwie diagnozowane i źle leczone, co prowadzi do komplikacji w leczeniu, gorszego funkcjonowania pacjentów i ich opiekunów. Jednym ze współwystępujących zaburzeń jest depresja. Dużo jej objawów pojawia się również w chorobie Parkinsona, co stawia przed klinicystą czy badaczem i używanymi przez nich narzędziami dodatkowe wymagania. Istnieje wiele skal klinicznych i kwestionariuszy samoopisowych z powodzeniem wykorzystywanych w przesiewie, rozpoznaniu czy sprawdzaniu postępów terapii depresji. Należą do nich: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Beck Depression Inventory (BDI), Inventory of Depressive Symptoms – Self-Rated (IDS-SR), Patient Health Questionnaire (PHQ), Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS-Part I), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Zung Self-Rating Depression Scale (SDS), Cornell Scale for the Assessment of Depression in Dementia (CSDD), Inventory of Depressive Symptoms – Clinician (IDS-C), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). Z rozpoznawaniem depresji towarzyszącej chorobie Parkinsona najlepiej radzą sobie skale kliniczne, szczególnie skala Hamiltona oraz Montgomery–Åsberg. Ich przydatność i skuteczność jest duża zarówno w badaniach przesiewowych czy badaniu nasilenia objawów, jak i w stawianiu diagnozy. Podobne cechy ma kwestionariusz Becka. Nieco mniej badań w tym zakresie przeprowadzono na Inventory of Depressive Symptoms – Clinician, choć jest to narzędzie obiecujące. Wersja kwestionariuszowa tego narzędzia, Inventory of Depressive Symptoms – Self-Rated, nie spełnia oczekiwań w rozpoznawaniu depresji na odpowiednim poziomie w grupie osób z chorobą Parkinsona. Podobne wnioski należy wyciągnąć odnośnie do Unified Parkinson's Disease Rating Scale – Part I oraz Center for Epidemiologic Studies Depression Rating Scale. Do celów przesiewowych dobrze nadają się zaś Geriatric Depression Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Patient Health Questionnaire i Zung Self-Rating Depression Scale. Cornell Scale for the Assessment of Depression in Dementia może być obiecującym narzędziem do celów przesiewowych po przejściu większej liczby testów.

**Słowa kluczowe:** depresja, choroba Parkinsona, kryterium diagnostyczne, skala kliniczna, kwestionariusz samoopisowy

#### Abstract

Parkinson's disease is a neurodegenerative disorder. Its main symptoms are those from the scope of motor and non-motor functions. Both groups of those symptoms considerably influence the patient's health-related quality of life. Non-motor symptoms are frequently overlooked, and, as a consequence, poorly treated. It leads to complications in therapy and a decreased level of quality of life of both patients and their caretakers. One of the co-occurring disorders is depression. Many of the symptoms overlap with those of Parkinson's disease. This presents additional requirements for the clinician/researcher and their psychometric tools. There are many clinical scales and self-report questionnaires successfully used for screening, diagnosis, or checking the progress in the treatment of depression. These include: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Beck Depression Inventory (BDI), Inventory of Depressive Symptoms – Self-Rated (IDS-SR), Patient Health Questionnaire (PHQ), Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS-Part I), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Zung Self-Rating Depression Scale (SDS), Cornell Scale for the Assessment of Depression in Dementia (CSDD), Inventory of Depressive Symptoms – Clinician (IDS-C), Hamilton Depression Rating Scale (Ham-D), Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). The most efficient tools in recognizing depression in Parkinson's disease are clinical scales, especially Hamilton and Montgomery–Åsberg scales.

Their usefulness and effectiveness is high for both the screening process and for measuring the severity of depressive symptoms. Beck Depression Inventory shows similar outcomes. Slightly less research in this area has been carried out on the Inventory of Depressive Symptoms – Clinician, yet this is a promising tool. Questionnaire version of this tool – Inventory of Depressive Symptoms – Self-Rated – does not live up to the expectations in the diagnosis of depression at an appropriate level in patients with Parkinson's disease. Similar conclusions can be drawn with respect to Unified Parkinson's Disease Rating Scale – Part I, and the Center for Epidemiologic Studies Depression Rating Scale. For screening purposes, Geriatric Depression Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Patient Health Questionnaire and Zung Self-Rating Depression Scale are valid in depression in Parkinson's disease. Cornell Scale for the Assessment of Depression in Dementia seems a promising tool for screening once it has been tested more.

**Key words:** depression, Parkinson's disease, diagnostic criteria, clinical scale, self-report questionnaire

## WSTĘP

Od czasu opisanego przez Jamesa Parkinsona objawów zaburzenia nazwanego potem jego nazwiskiem zmieniły one nieco swój punkt ciężkości. Dziś za kluczowe symptomy uznaje się drżenie, sztywność i spowolnienie ruchowe związane z patologiczną depigmentacją istoty czarnej, czyli objawy dotyczące motoryki chorego (Williams i Litvan, 2013). Nie jest to jednak pełen obraz zaburzenia. Badania z ostatnich lat wskazują na rosnące zainteresowanie sferą pozamotoryczną (Costa *et al.*, 2012). W tej kategorii mieszczą się takie objawy, jak:

- zaburzenia czynności układu autonomicznego:
  - nadmierne ślinienie,
  - hipotonia ortostatyczna,
  - zaparcia,
  - zaburzenia oddawania moczu,
  - impotencja,
  - zaburzenia potliwości,
  - zaburzenia termoregulacji;
- zaburzenia neuropsychiatryczne:
  - niepokój,
  - zaburzenia depresyjne,
  - zaburzenia poznawcze,
  - zaburzenia psychotyczne;
- objawy czuciowe;
- problemy ze snem;
- zmęczenie;
- bóle nóg (Costa *et al.*, 2012; Samii *et al.*, 2004; Wichowicz, 2009).

Wymienione objawy w zdecydowany sposób wpływają na jakość życia pacjenta warunkowaną stanem zdrowia (*health-related quality of life*, HRQOL). Co za tym idzie – ich pojawienie się może wywołać dodatkowe problemy pod postacią pogorszonego rokowania, interferencji w leczeniu oraz obniżenia jakości życia i poziomu ogólnego funkcjonowania opiekuna osoby chorej (Wichowicz, 2009). Objawy pozamotoryczne mogą się także przełożyć na skrócenie długości życia (Grover *et al.*, 2015). Mimo tak dużego ryzyka powikłań w przebiegu choroby i leczeniu pacjenta więcej niż 50% objawów pozamotorycznych nie jest identyfikowanych w praktyce klinicznej, a w efekcie nieprawidłowo się je leczy (Weintraub *et al.*, 2008).

Za ten stan odpowiada wiele czynników. Jednym z nich jest trudność w osądzeniu, które z tożsamyh w wielu przypadkach objawów należą do podstawowych symptomów choroby Parkinsona, a które do współwystępujących zaburzeń. Kolejne utrudnienie dotyczy niewielkiej świadomości klinicystów, jeśli chodzi o możliwość rozwoju dodatkowych zaburzeń. Warto też zwrócić uwagę na trudności związane z pojawieniem się problemu na styku kilku specjalności: neurologii, psychiatrii i psychologii. Za sprawą braku dobrej komunikacji między specjalistami pojawia się obszar niedodiagnozowany. Również zjawisko fluktuacji znacząco utrudnia właściwą diagnozę stanu pacjenta. Klinicysta musi zwrócić szczególną uwagę na to, czy prezentowane objawy są spowodowane chwilowym stanem związanym z przyjmowanymi lekami przeciwparkinsonowskimi, czy też stanem dłuższym – wynikającym z zaburzenia pozamotorycznego. Badania pokazują, że po trzech latach choroby zjawisko to dotyka nawet 50% pacjentów (McCull *et al.*, 2002).

## DEPRESJA

Depresja należy do najczęściej występujących objawów pozamotorycznych w chorobie Parkinsona. W badaniu PRIAMO wzięto pod uwagę 1072 pacjentów z 55 szpitali (Antonini *et al.*, 2008; Barone *et al.*, 2009). Z grupy cierpiących na chorobę Parkinsona 98,6% miało objawy pozamotoryczne, a 22,5% – depresję. Jest to jedno z bardzo wielu badań określających rozpowszechnienie tego zaburzenia afektywnego. Wyniki prób rozkładają się w zakresie od 2,7% do nawet 89% (Grover *et al.*, 2015). Wśród czynników, które mogą mieć wpływ na tak duży rozrzut, znajduje się stosowane narzędzie diagnostyczne. Depresja towarzysząca chorobie Parkinsona jest stanem nieco innym niż depresja występująca samodzielnie. Różni je m.in. częstotliwość występowania objawów związanych z poczuciem winy, samoobwinianiem się czy poczuciem bezwartościowości. Pozostałe symptomy mogą być mylone z obrazem parkinsonizmu. Objawy depresji nakładające się na objawy choroby Parkinsona to m.in.:

- zmniejszona ekspresja mimiczna;
- spowolnienie ruchowe;
- niepokój ruchowy;

- zmęczenie i utrata energii;
- zaburzenia snu;
- utrata apetytu i spadek wagi;
- wycofanie społeczne;
- lękliwość;
- beznadzieja;
- spowolnione myślenie;
- problemy z koncentracją i uwagą;
- apatia (Schrag *et al.*, 2007).

## NARZĘDZIA DIAGNOSTYCZNE

Narzędzia diagnostyczne używane w przypadku depresji towarzyszącej chorobie Parkinsona wymieniono w tab. 1. Każde narzędzie ma cechy charakterystyczne, które należy brać pod uwagę przed zastosowaniem w konkretnym przypadku. Narzędzia używane w celach przesiewowych depresji współwystępującej z chorobą Parkinsona powinny być zarówno czułe, jak i specyficzne dla szerokiej gamy zaburzeń nastroju (Marsh *et al.*, 2006). Ważnymi cechami narzędzi wykorzystywanych w przesiewach są prostota użycia, a także możliwie krótki czas potrzebny na ich zastosowanie. Mimo że narzędzia kliniczne i samoopisowe nie mogą być substytutem diagnozy klinicznej, powinny odróżniać zwykłą zmienność emocjonalną od objawów ciężkiej depresji czy jej lżejszych form (Ravina *et al.*, 2007). Dzięki temu powstaje sposobność monitorowania zmian stanu pacjenta pod wpływem rozmaitych czynników. Znaczące są też w tym przypadku walidacja i rzetelność (Schrag *et al.*, 2007). Rozróżnianie przez odpowiednie narzędzia form depresji jest ważne także z uwagi na dostosowanie drogi działania do terapii zaburzenia. Duży i średni epizod depresyjny to bowiem wskazanie do leczenia środkami antydepresyjnymi osoby cierpiącej na chorobę Parkinsona, z kolei epizod lekki – do oddziaływań psychologicznych (wsparcie psychologiczne lub poradnictwo i psychoterapia). W niektórych przypadkach należy

zastosować elektrowstrząsy bądź przezczaszkową stymulację magnetyczną (Costa *et al.*, 2012).

## HAM-D

Istnieje ponad 20 różnych wersji tej skali klinicznej. Najlepiej przebadaną skalą kliniczną w depresji towarzyszącej chorobie Parkinsona jest 21-pytaniowa wersja, w której pomija się cztery ostatnie pozycje. Mierzą one bowiem fenomeny rzadko pojawiające się w tym zaburzeniu i nie pomagają w ocenie nasilenia objawów (Snaitth, 1996). Hamilton Depression Scale została stworzona jako narzędzie wypełniane przez klinicystę. Aby jej używać, nie trzeba przechodzić specjalnych szkoleń, choć bywa to praktykowane. Skala HAM-D sprawdza sześć symptomów depresji, które mogą się nakładać na objawy Parkinsona: bezsenność, opóźnienie psychoruchowe, utratę apetytu, spadek energii, utratę wagi i spadek libido. Skala Hamiltona (17-pytaniowa) jest zwalidowana, jeśli chodzi o punkt odcięcia w diagnozowaniu depresji towarzyszącej chorobie Parkinsona – 13/14 (czułość: 0,88, specyficzność: 0,89) (Leentjens *et al.*, 2000a) i 15/16 (czułość: 0,93, specyficzność: 0,99) (Naarding *et al.*, 2002). Jako narzędzie przesiewowe uzyskała 9/10 punktów przy czułości równej 0,95 i specyficzności 0,98 (Naarding *et al.*, 2002). Wykorzystanie HAM-D w pracy z pacjentem zajmuje około 15 minut. Skala jest zrozumiała i aplikowalna dla osób cierpiących na depresję przy chorobie Parkinsona w różnych jej stadiach (Starkstein i Merello, 2002; Starkstein *et al.*, 1990, 1998). HAM-D charakteryzuje się wysoką rzetelnością (0,46–0,97) (Bagby *et al.*, 2004).

## MADRS

Montgomery–Åsberg Rating Scale to kolejna skala kliniczna, którą wypełnia klinicysta na podstawie wywiadu z pacjentem (9 z 10 punktów) i własnej obserwacji (1 z 10 punktów). Skala MADRS sprawdza cztery objawy depresji, które

Nazwa	Rodzaj narzędzia
Beck Depression Inventory (BDI)	Skala samoopisowa
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	
Geriatric Depression Scale (GDS)	
Inventory of Depressive Symptoms – Self-Rated (IDS-SR)	
Patient Health Questionnaire (PHQ)	
Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS-Part I)	
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	
Zung Self-Rating Depression Scale (SDS)	Skala kliniczna
Cornell Scale for the Assessment of Depression in Dementia (CSDD)	
Inventory of Depressive Symptoms – Clinician (IDS-C)	
Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)	
Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)	

212 Tab. 1. Narzędzia diagnostyczne depresji towarzyszącej chorobie Parkinsona

mogą się nakładać na te dotyczące choroby Parkinsona: zmniejszoną ilość snu, zmniejszone łaknienie, trudności z koncentracją i znużenie. Punkt odcięcia w skali MADRS określono jako 14/15 (czułość: 0,88, specyficzność: 0,89) dla celów przesiewowych i 17/18 dla celów diagnostycznych w depresji przy chorobie Parkinsona (Leentjens *et al.*, 2000a). Czas potrzebny do przeprowadzenia badania to około 15 minut. Trudno natomiast znaleźć informacje na temat problemów w aplikowaniu skali pacjentom z chorobą Parkinsona w zależności od jej fazy. Rzetelność MADRS jest wysoka i określona na poziomie 0,89–0,97 (Montgomery i Åsberg, 1979).

### IDS-C

Skala The Inventory of Depressive Symptomatology powstała jako narzędzie administrowane przez klinicystę. Składa się, w zależności od wersji, z 28 lub 30 punktów. Wśród nich znajduje się 10, które sprawdzają objawy mogące się nakładać na symptomy choroby Parkinsona: zaburzenia snu, spadek lub wzrost apetytu, pobudzenie psychomotoryczne, spowolnienie psychomotoryczne, pobudzenie układu sympatycznego, dolegliwości somatyczne, męczliwość, wahania wagi. Badanie trwa 20–25 minut. IDS-C wykazuje wysoką spójność wewnętrzną – na poziomie 0,88 (Rush *et al.*, 1986). Uznano, że narzędzie to nadaje się do sprawdzania siły zaburzeń depresyjnych (Rush *et al.*, 1996). Niewiele jest badań pokazujących, jak IDS-C sprawdza się w określaniu depresji przy chorobie Parkinsona. Nie ma więc ustalonego punktu odcięcia. W próbie dotyczącej pacjentów z parkinsonizmem opisywana skala kliniczna sprawdziła się na akceptowalnym poziomie, nie odbiegając od wyników MADRS (Williams *et al.*, 2012). Przy czym diagnoza depresji bez dodatkowych zaburzeń stoi w IDS-C na wysokim poziomie (Helmreich *et al.*, 2012).

### IDS-SR

Końcówka „SR” w nazwie tej skali informuje, że jest to kwestionariusz samoopisowy (*self-rated*). IDS-SR, podobnie jak poprzednie narzędzie, ma dwie wersje: 28- i 30-punktową. Obie mają wysoką spójność wewnętrzną (0,85) i sprawdzają się w rozróżnianiu nasilenia depresji (Rush *et al.*, 1986, 1996). W kwestionariuszu tym pojawia się wiele odniesień do objawów depresji, które mogą być mylone z objawami Parkinsona: cztery punkty dotyczą zaburzeń snu, dwa – apetytu, dwa – wahań masy ciała, jeden – koncentracji uwagi; kolejne odnoszą się do spowolnienia psychoruchowego i pobudzenia, są także trzy punkty sprawdzające dolegliwości somatyczne. Być może właśnie w związku ze znacznym zagęszczeniem symptomów wspólnych dla zaburzeń, mimo określania IDS-SR jako narzędzia wysoko skorelowanego chociażby ze skalą HAM-D w badaniach osób z depresją, nie sprawdziła się ona w poszukiwaniu depresji towarzyszącej chorobie Parkinsona (Williams *et al.*, 2012). Bardzo niewiele jest prób wykorzystujących IDS-SR do rozpoznawania

depresji w takiej sytuacji. Nie ma ustalonego punktu odcięcia dla tej grupy chorych. Czas niezbędny do wypełnienia skali to około 10 minut.

### BDI

Opisano co najmniej pięć wersji Beck Depression Inventory. Poniższe informacje na temat tego kwestionariusza dotyczą BDI-IA. Składa się on z 21 pytań, z których cztery badają obszary mogące reprezentować zarówno chorobę Parkinsona, jak i depresję jej towarzyszącą: pracę, sen, zmęczenie, apetyt. W przesiewach proponowanym punktem odcięcia jest 8/9 (czułość: 0,92, specyficzność: 0,52), a w celach diagnostycznych – 16/17 (czułość: 0,42, specyficzność: 0,98) (Leentjens *et al.*, 2000b). Oryginalnie skala Becka miała być odczytywana badanemu na głos, co trwa około 15 minut, a samoopis pacjenta zajmuje 5–10 minut. Kwestionariusz nadaje się do zastosowania u osób z depresją przy chorobie Parkinsona w różnym natężeniu (Brown *et al.*, 1988; Huber *et al.*, 1990). Rzetelność BDI jest określana na różnym poziomie w zależności od badanej próby – między 0,73 a 0,95.

### HADS

Hospital Anxiety and Depression Scale jest 14-punktową skalą samoopisową: siedem punktów dotyczy zaburzeń lękowych, a pozostałe siedem – depresji. Jeden punkt może dotyczyć objawu zarówno depresji, jak i choroby Parkinsona: spowolnienia ruchowego. Dla celów przesiewowych depresji przy parkinsonizmie proponowanym punktem odcięcia jest 10/11 oraz 23/24 dla celów diagnostycznych (Leentjens *et al.*, 2001). Czas potrzebny na użycie tego narzędzia to niecałe 10 minut. HADS nadaje się do wykorzystania w diagnozie depresji towarzyszącej chorobie Parkinsona w różnym jej nasileniu (Martínez-Martín *et al.*, 2002). Rzetelność kwestionariusza określono jako 0,67–0,90 dla subskali depresji.

### SDS

Kolejnym narzędziem samoopisowym jest skala depresji Zunga (Zung Self-Rating Depression Scale). Istnieje pięć wersji tej skali. Opisana tutaj zostanie ta oryginalna, 20-punktowa. Do mierzonych w SDS syndromów depresji, które mogą się nakładać na objawy Parkinsona, należą: zaburzenia snu, zmniejszenie apetytu, utrata masy ciała, zaparcia, zmęczenie, spowolnienie psychoruchowe, pobudzenie (niepokój). Jedynymi znalezionymi badaniami, których wyniki określałyby właściwości psychometryczne skali SDS wykorzystanej do celów przesiewowych depresji współwystępującej z chorobą Parkinsona, są badania z brazylijskiej wersji kwestionariusza. Podają one 55 jako optymalny punkt odcięcia (czułość: 0,89, specyficzność: 0,83) (Chagas *et al.*, 2010). Brak danych na temat punktu odcięcia dla celów diagnostycznych. Badanie SDS jest łatwe i trwa krótko – średni czas wypełnienia wynosi od 5 do 8 minut.



Nic nie wskazuje na to, żeby wystąpiły trudności w przeprowadzeniu testu u osób z depresją przy chorobie Parkinsona. Rzetelność test-retest dla skali Zunga określono jako 0,87 (Kaneda, 1999).

### GDS

Istnieją dwie wersje Geriatric Depression Scale – 15- i 30-punktowa. Wyniki na obu wersjach tej skali samoopisowej są wysoko skorelowane: 0,84 (Yesavage i Sheikh, 1986). Jedynym objawem sprawdzanym w GDS, który może reprezentować zarówno depresję, jak i chorobę Parkinsona, jest zmęczenie. Badanie za pomocą dłuższej wersji skali trwa 10 minut, a krótszej – 5 minut. Narzędzie jest odpowiednio proste, aby umożliwiać badanie osób z chorobą Parkinsona w różnych jej stadiach, choć prawdopodobnie nie bez wpływu na wynik (Schrag *et al.*, 2007). Rzetelność test-retest określono jako 0,85 (Yonkers i Samson, 2000). Nie ma badań sprawdzających, czy punkt odcięcia powinien być inny dla populacji osób z chorobą Parkinsona. Klasyfikacja jest to 10/11 dla dłuższej wersji (czułość: 0,84, specyficzność: 0,95) (Yesavage *et al.*, 1982–1983) oraz 2/3 lub 5/6 dla krótszej, w zależności od zapotrzebowania na czułość (Osborn *et al.*, 2002; Watson i Pignone, 2003).

### PHQ-9

Patient Health Questionnaire-9 to kwestionariusz samoopisowy złożony z dziewięciu punktów, odnoszących się bezpośrednio do kryteriów ciężkiego epizodu depresji DSM-IV. Między nimi jest kilka sprawdzających objawy mogące należeć zarówno do depresji, jak i do choroby Parkinsona: problemy ze snem, poczucie zmęczenia, zaburzenia apetytu, problemy z koncentracją oraz spowolnienie psychoruchowe. Czas wypełniania kwestionariusza to 2–3 minuty. PHQ-9 jest odpowiednim narzędziem do badań przesiewowych depresji przy chorobie Parkinsona z racji wysokiej czułości (1,0) i specyficzności (0,83) przy punkcie odcięcia na poziomie 9. Nie sprawdza się jednak przy diagnozowaniu konkretnego zaburzenia nastroju (czułość: 0,53, specyficzność: 95) (Chagas *et al.*, 2013).

### CSDD

Istnieje jedna, złożona z 19 punktów, wersja Cornell Scale for Depression in Dementia. Jest to narzędzie, w którym klinicysta zbiera informacje zarówno od pacjenta, jak i od jego opiekuna. W razie rozbieżności między odpowiedziami badanych osoba posługująca się skalą z ich pomocą ma rozstrzygnąć, jak wygląda stan faktyczny. Wiele elementów CSDD bada objawy depresji, które mogą się nakładać na objawy motoryczne choroby Parkinsona. Smutek (smutny wyraz twarzy, smutny głos, płaczliwość) pokrywa się z maskowatością twarzy czy cichym głosem, z kolei reaktywność (brak reaktywności na przyjemne zdarzenia) – z apatią. Pobudzenie (niepokój, tarcie rąk, wrywanie włosów)

może się pokrywać z dyskinezą, natarczywym dotykiem i innymi stereotypowymi zachowaniami motorycznymi, a opóźnienie (powolne ruchy, mowa i reakcje) – ze spowolnieniem ruchowym czy cichym głosem. Liczne dolegliwości fizyczne pokrywają się z wieloma problemami medycznymi pacjentów w podeszłym wieku: zainteresowanie (mniejsze zaangażowanie w zwykle czynności) – z apatią, utratą funkcji, wycofaniem z powodu wstydu dotyczącego dyskinezy, energia (męczliwość, trudności w podtrzymaniu działania) – ze zjawiskiem fluktuacji w chorobie Parkinsona i zmęczeniem niezwiązanym z depresją, problemy ze snem (kłopoty z zasypianiem, przebudzenia nocne, przedwczesne budzenie się) – z przewlekłymi zaburzeniami snu w parkinsonizmie. Urojenia (związane z nastrojem) nakładają się na psychozy wywołane lekami. Punktem odcięcia dla rozpoznania depresji współwystępującej z chorobą Parkinsona może być 6 (czułość: 0,83, specyficzność: 0,73) lub 8 (czułość: 0,75, specyficzność: 0,82). Nie wiadomo, jak skala zachowuje się przy różnym nasileniu choroby, ale nie poddaje się ona wpływowi zaburzeń poznawczych badanego (Williams i Marsh, 2009). Czas potrzebny na przeprowadzenie badania CSDD to około 30 minut (20 minut z opiekunem i 10 minut z chorym).

### UPDRS

Movement Disorder Society-Sponsored Revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale to zrewidowana wersja skali, która pojawiła się w 2008 roku. UPDRS powstało jako narzędzie do oceny różnych aspektów choroby Parkinsona, w tym depresji. Podobnie jak w CSDD, klinicysta wypełnia jedną część narzędzia, a drugą pozostawia choremu. Sprawdzanymi objawami depresji, które mogą się nakładać na objawy choroby Parkinsona, są: problemy ze snem, senność, zmęczenie i obniżony nastrój (Goetz *et al.*, 2008). Nie ma konkretnego punktu odcięcia, lecz wynik 0 oznacza brak depresji, 1 – utrzymywanie się obniżonego nastroju, ale nie więcej niż przez jeden dzień, 2 – obniżony nastrój, który nie zakłóca żadnych działań, a 3 – depresję ograniczającą codzienne aktywności oraz interakcje społeczne. Czas potrzebny oceniacemu do przeprowadzenia badania całą skalą wynosi około 30 minut (Goetz *et al.*, 2008). MDS-UPDRS odznacza się wysoką rzetelnością.

### CES-D

Obecną wersją Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale jest CESD-Revised (CESD-R). Skala ta zawiera 20 punktów, które wypełnia badany. Istnieją również krótsze formy CES-D, a także wersje ustrukturywane w wywiad klinicysty. W wersji omawianej (CESD-R) znaleźć można sześć punktów, które badają objawy wspólne dla depresji i choroby Parkinsona: problemy ze snem, zmniejszenie apetytu, problemy z koncentracją, mniejszą chęć do rozmowy, problemy z rozpoczynaniem czynności oraz

zwiększony wysięk. Brakuje wskazań dotyczących punktu odcięcia dla działań przesiewowych i diagnostycznych u pacjentów z chorobą Parkinsona. Standardowo najczęściej przyjmowany punkt to 16. Jest mało prawdopodobne, aby skala w znacznym stopniu reagowała na wskaźniki progresji choroby Parkinsona niezwiązane z depresją, więc może być użyteczna we wszystkich stopniach nasilenia choroby (Schrag *et al.*, 2007). Rzetelność test-retest plasuje się na poziomie 0,4–0,7, w zależności od czasu, który minął między próbami (Devins *et al.*, 1988; Radloff, 1977).

## PORÓWNANIE

Większość badań porównawczych skal wykorzystywanych w diagnozowaniu depresji towarzyszącej chorobie Parkinsona sprowadza się do zestawienia dwóch z nich. Niedawne badania Williamsa i wsp. (2012) sprawdzały skuteczność aż dziewięciu narzędzi jednocześnie na grupie 269 chorych: BDI-II, CESD-R, GDS-30, IDS-SR, PHQ-9, UPDRS-Dep, HAM-D-17, IDS-C, MADRS. Wyniki wskazały na dość dobre rezultaty większości skal. Średnie wyniki były w każdym przypadku wyższe u chorych z ciężką depresją (epizodem depresyjnym) niż u osób bez aktywnego zaburzenia nastroju. Podobnie stało się w przypadku lekkiego epizodu depresji, poza CESD-R, PHQ-9 oraz UPDRS Depression. Różnicowanie między lekkim a ciężkim epizodem było na wysokim poziomie we wszystkich narzędziach oprócz IDS-SR. Każde z badanych narzędzi uzyskało wynik wyższy niż 0,5 w AUC (*area under the curve*, pole pod krzywą) w wyszukiwaniu zaburzeń depresyjnych, jednak nie wszystkie równie dobrze odgraniczały chorych od zdrowych. Najślabiej pod tym względem wypadły skale samoopisowe CESD-R i UPDRS Depression. Rozróżnienie natężeń epizodu depresyjnego również nie było satysfakcjonujące w tych dwóch skalach oraz w przypadku PHQ-9 (Williams *et al.*, 2012).

Rekomendowanymi przez Movement Disorder Society skalami do mierzenia depresji przy chorobie Parkinsona są: HAM-D, BDI, HADS, MADRS, GDS, jeśli chodzi o działania przesiewowe, oraz HAM-D, MADRS, BDI, SDS w przypadku badań natężenia zaburzenia (Schrag *et al.*, 2007).

## PODSUMOWANIE

Depresja, również ta współwystępująca z chorobą Parkinsona, jest stanem poddającym się terapii. Istotne, by – tak jak każde współwystępujące zaburzenie – była odpowiednio diagnozowana i leczona. Może się to przełożyć na polepszenie stanu pacjentów i ich opiekunów oraz postrzeganą przez nich jakość funkcjonowania, a nawet ma szansę wpłynąć pozytywnie na długość życia chorych. Do osiągnięcia tego celu potrzebne są działania na rzecz zwiększenia świadomości istnienia dodatkowych zaburzeń pozamotorycznych w chorobie Parkinsona wśród klinicystów różnych specjalności oraz pokazywanie pozytywnych skutków dobrej komunikacji między nimi.

Należy również uzmysłowić sobie trudność diagnozowania zaburzenia nastroju u osób dotkniętych przewlekłą chorobą ze względu na nakładanie się objawów motorycznych – czy szerzej: somatycznych – depresji na objawy towarzyszące parkinsonizmowi. Często trzeba rozróżnić, którego zaburzenia dotyczy dany objaw. Jeśli wywiad kliniczny prowadzi lekarz, to on podejmuje decyzję. Jest to na razie złoty standard postępowania – diagnoza kliniczna na podstawie konkretnego systemu zaburzeń (najczęściej wymienia się w badaniach DSM-IV-TR). Jednakże nawet to podejście ma pewne ograniczenia, które mogą wpłynąć na powtarzalność diagnozy (Marsh *et al.*, 2006). Chodzi o wspomnianą uznaniowość przypisywania objawów odpowiedniemu zaburzeniu. Dopiero do tego złotego standardu porównujemy skuteczność odpowiednich narzędzi, którymi mogą się podierać klinicysta lub badacz.

Najlepiej przebadanym i uzyskującym najbardziej satysfakcjonujące wyniki narzędziem jest w tym przypadku skala kliniczna HAM-D. Można ją stosować zarówno w razie potrzeby przeprowadzenia przesiewu, jak i w celu sprawdzenia natężenia depresji oraz postępów w jej leczeniu pod wpływem określonych czynników. Podobnie prezentuje się MADRS. Odpowiednia rzetelność, specyficzność i czułość dają obu narzędziom administrowanym przez osoby przeszkolone wystarczającą pewność co do ich skuteczności.

IDS-C jawi się jako obiecujące narzędzie, lecz potrzeba więcej prób, by stwierdzić jego przydatność. Dość dobre rezultaty osiągnęła w różnych badaniach także skala BDI. Ten kwestionariusz samoopisowy według różnych badaczy nadaje się zarówno do przesiewów, jak i do ustalenia stopnia zaburzeń nastroju, a nawet monitorowania zmian w trakcie leczenia. Nie ma w tej sytuacji konieczności szkolenia osoby przeprowadzającej badanie. Także GDS, HADS, SDS czy PHQ, dzięki dobrym wynikom psychometrycznym, szybkości użycia czy dużej dostępności, opisywane są jako satysfakcjonujące narzędzia przesiewowe. Pojawiają się jednak wątpliwości, czy są to narzędzia wystarczające do określania natężenia zaburzeń – potrzeba w tym zakresie więcej badań. Najślabiej w rozpoznawaniu depresji przy chorobie Parkinsona radzą sobie skale IDS-SR, UPDRS i CES-D (w przypadku tej ostatniej brak badań). CSDD może być obiecującym narzędziem do celów przesiewowych po przejściu większej liczby testów. Każde wymienione narzędzie może być profesjonalnie wykorzystywane dopiero przy użyciu odpowiednich punktów odcięcia dla badania chorych z parkinsonizmem. W tej sferze potrzebnych jest jeszcze wiele prób, żeby dookreślić wskazania do użycia poszczególnych narzędzi.

### Konflikt interesów

*Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.*

## Piśmiennictwo

- Antonini A, Colosimo C, Marconi R *et al.*; PRIAMO study group: The PRIAMO study: background, methods and recruitment. *Neurol Sci* 2008; 29: 61–65.
- Bagby RM, Ryder AG, Schuller DR *et al.*: The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight? *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2163–2177.
- Barone P, Antonini A, Colosimo C *et al.*; PRIAMO study group: The PRIAMO study: a multicenter assessment of nonmotor symptoms and their impact on quality of life in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2009; 24: 1641–1649.
- Brown RG, MacCarthy B, Gotham AM *et al.*: Depression and disability in Parkinson's disease: a follow-up of 132 cases. *Psychol Med* 1988; 18: 49–55.
- Chagas MH, Tumas V, Loureiro SR *et al.*: Validity of a Brazilian version of the Zung self-rating depression scale for screening of depression in patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord* 2010; 16: 42–45.
- Chagas MH, Tumas V, Rodrigues GR *et al.*: Validation and internal consistency of Patient Health Questionnaire-9 for major depression in Parkinson's disease. *Age Ageing* 2013; 42: 645–649.
- Costa FH, Rosso AL, Maultasch H *et al.*: Depression in Parkinson's disease: diagnosis and treatment. *Arq Neuropsiquiatr* 2012; 70: 617–620.
- Devins GM, Orme CM, Costello CG *et al.*: Measuring depressive symptoms in illness populations: psychometric properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale. *Psychol Health* 1988; 2: 139–156.
- Goetz CG, Tilley BC, Shaftman SR *et al.*; Movement Disorder Society UPDRS Revision Task Force: Movement Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): scale presentation and clinimetric testing results. *Mov Disord* 2008; 23: 2129–2170.
- Grover S, Somaiya M, Kumar S *et al.*: Psychiatric aspects of Parkinson's disease. *J Neurosci Rural Pract* 2015; 6: 65–76.
- Helmreich I, Wagner S, Mergl R *et al.*: Sensitivity to changes during antidepressant treatment: a comparison of unidimensional subscales of the Inventory of Depressive Symptomatology (IDS-C) and the Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) in patients with mild major, minor or subsyndromal depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2012; 262: 291–304.
- Huber SJ, Freidenberg DL, Paulson GW *et al.*: The pattern of depressive symptoms varies with progression of Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1990; 53: 275–278.
- Kaneda Y: Usefulness of the Zung Self-Rating Depression Scale for schizophrenics. *J Med Invest* 1999; 46: 75–78.
- Leentjens AFG, Lousberg R, Verhey FRJ: The psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with Parkinson's disease. *Acta Neuropsychiatr* 2001; 13: 83–85.
- Leentjens AF, Verhey FR, Lousberg R *et al.*: The validity of the Hamilton and Montgomery-Åsberg depression rating scales as screening and diagnostic tools for depression in Parkinson's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000a; 15: 644–649.
- Leentjens AF, Verhey FR, Luijckx GJ *et al.*: The validity of the Beck Depression Inventory as a screening and diagnostic instrument for depression in patients with Parkinson's disease. *Mov Disord* 2000b; 15: 1221–1224.
- Marsh L, McDonald WM, Cummings J *et al.*; NINDS/NIMH Work Group on Depression and Parkinson's Disease: Provisional diagnostic criteria for depression in Parkinson's disease: report of an NINDS/NIMH Work Group. *Mov Disord* 2006; 21: 148–158.
- Martínez-Martín P, Valldeoriola F, Tolosa E *et al.*: Bilateral subthalamic nucleus stimulation and quality of life in advanced Parkinson's disease. *Mov Disord* 2002; 17: 372–377.
- McColl CD, Reardon KA, Shiff M *et al.*: Motor response to levodopa and the evolution of motor fluctuations in the first decade of treatment of Parkinson's disease. *Mov Disord* 2002; 17: 1227–1234.
- Montgomery SA, Åsberg M: A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979; 134: 382–389.
- Naarding P, Leentjens AF, van Kooten F *et al.*: Disease-specific properties of the Rating Scale for Depression in patients with stroke, Alzheimer's dementia, and Parkinson's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2002; 14: 329–334.
- Osborn DPJ, Fletcher AE, Smeeth L *et al.*: Geriatric Depression Scale Scores in a representative sample of 14 545 people aged 75 and over in the United Kingdom: results from the MRC Trial of Assessment and Management of Older People in the Community. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 375–382.
- Radloff LS: The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measure* 1977; 1: 385–401.
- Ravina B, Camicioli R, Como PG *et al.*: The impact of depressive symptoms in early Parkinson disease. *Neurology* 2007; 69: 342–347.
- Rush AJ, Giles DE, Schlessler MA *et al.*: The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS): preliminary findings. *Psychiatry Res* 1986; 18: 65–87.
- Rush AJ, Gullion CM, Basco MR *et al.*: The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): psychometric properties. *Psychol Med* 1996; 26: 477–486.
- Samii A, Nutt JG, Ransom BR: Parkinson's disease. *Lancet* 2004; 363: 1783–1793.
- Schrag A, Barone P, Brown RG *et al.*: Depression rating scales in Parkinson's disease: critique and recommendations. *Mov Disord* 2007; 22: 1077–1092.
- Snaith RP: Present use of the Hamilton Depression Rating Scale: observation on method of assessment in research of depressive disorders. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 594–597.
- Starkstein SE, Merello M: *Psychiatric and Cognitive Disorders in Parkinson's Disease*. Cambridge University Press, Cambridge 2002.
- Starkstein SE, Petracca G, Chemerinski E *et al.*: Depression in classic versus akinetic-rigid Parkinson's disease. *Mov Disord* 1998; 13: 29–33.
- Starkstein SE, Preziosi TJ, Bolduc PL *et al.*: Depression in Parkinson's disease. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178: 27–31.
- Watson LC, Pignone MP: Screening accuracy for late-life depression in primary care: a systematic review. *J Fam Pract* 2003; 52: 956–964.
- Weintraub D, Comella CL, Horn S: Parkinson's disease – Part 1: Pathophysiology, symptoms, burden, diagnosis, and assessment. *Am J Manag Care* 2008; 14 (Suppl): S40–S48.
- Wichowicz H: Zaburzenia psychiczne towarzyszące chorobie Parkinsona. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej* 2009; 2: 1–14.
- Williams DR, Litvan I: Parkinsonian syndromes. *Continuum (Minneapolis)* 2013; 19 (5 Movement Disorders): 1189–1212.
- Williams JR, Marsh L: Validity of the Cornell scale for depression in dementia in Parkinson's disease with and without cognitive impairment. *Mov Disord* 2009; 24: 433–437.
- Williams JR, Hirsch ES, Anderson K *et al.*: A comparison of nine scales to detect depression in Parkinson disease: which scale to use? *Neurology* 2012; 78: 998–1006.
- Yonkers KA, Samson J: Mood disorders measures. In: Rush AJ, Pincus HA, First MB *et al.* (eds.): *Handbook of Psychiatric Measures*. American Psychiatric Association, Washington, DC 2000: 544–546.
- Yesavage JA, Sheikh JI: Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986; 5: 165–173.
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL *et al.*: Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982–1983; 17: 37–49.