NEPRECIZNOSTI UPITNIKA KAO MERIOCA STANJA PACIJENTA – PRIKAZ SLUČAJA

Milutin Kostić^{1,2}, Ana Munjiza^{1,2}, Ana Jakoviljević²

¹Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

²Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Apstrakt: Skale za procenu stanja pacijenata sa depresijom se decenijama koriste. Među najprimenjivanim su Hamiltonova skala depresije (HAMD) i mlađi Upitnik stanja pacijenta PHQ-9. I pored njihove masovne primene, postoje kontroverze i upitnost primenjivosti oba. Prikaz slučaja pacijenta pokazuje da odgovor na pitanje da li je pacijentu bolje ili gore može biti dijametralno različit zavisno od skale koja se koristi (na primeru dve najprimenjivnije) i koji su razlozi za to.

Ključne reči: *depresija, upitnik, procena*

Uvod

Skale za procenu stanja pacijenata sa depresijom se decenijama koriste. Među najprimenjivanim su Hamiltonova skala depresije (HAMD) [1] i mlađi Upitnik stanja pacijenta PHQ-9 [2]. Ove skale se prvenstveno koriste za procenu promene stanja na početku i kraja neke intervencije, ali i u rutinskoj kliničkoj praksi ili PHQ-9 čak i u cilju skrininga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. I pored masovne primene oba upitnika, postoje kontroverze i upitnost primenljivosti. Hamiltonova skala koja je u upotrebi već punih 60 godina je u isto vreme i najkorišćenija i najkritikovanija skala. Tako postoje brojna mišljenja da se ovaj upitnik mora u potpunosti odbaciti kao zastareo i faličan [3,4]. Uz to, zbog brojnih pitanja u samom upitniku koja mogu uključivati i neželjene efekte anti-depresiva ili nisu specifični za depresiju, u poslednjih nekoliko godina sve više se rade analize efekta antidepresiva u odnosu na samo pojedina pitanja [5] ili „core symptoms” [6], odnosno neke vrste skraćenih verzija HAMD. Isto tako, PHQ-9 je pokazao da nesavršeno opisuje promenu u stanju pacijenata u odnosu na njihov subjektivan doživljaj [7], kao i to da upotreba istog može dovesti do lažno pozitivnih rezultata i da sledstveno dovodi do povećanja prepisivanja antidepresiva pacijentima kojima nije potreban [8].

U okviru jednog istraživanja rađenog pri Institutu za mentalno zdravlje rađeno je retestiranje pacijenta i korišćene su obe ove skale. Ovaj pacijent na slikovit način pokazuje nespecifičnost i potencijalnu varljivost ovih skala.

Anamneza

Pacijent B.M. je tokom ranog detinjstva (do 7 godine) bio izložen višestrukom zlostavljanju i zanemiravanju od strane oca: otac je njega, sibilinge i majku fizički zlostavljao pod dejstvom alkohola (tukao ih, omalovažavao, vikao u pripitom stanju). U ranom detinjstvu je učestalo bio izložen i različitim ratnim dejstvima na Kosovu (Gnjilane) gde je odrastao: vojnici bi puškama pretresali stanovništvo, tenkovi i pucnjava su bili svakodnevnica. Tokom 2000-te godine se sele u Beograd kada je rat uzeo maha. Ubrzo otac postaje agresivniji, više pije. Majka ponovo ostaje u drugom stanju, porodila se u kući u kupatilu, a potom je majka boravila 6 meseci u bolnici, a pacijent i braća su čuvali bebu sami pošto otac nije dolazio kući. Nakon nepunih godinu dana devojčica je preminula od gladi (nisu imali čime da je hrane). Smestili su se u neku napuštenu kuću bez prozora i vrata. B.M. su svi zadirkivali u školi zbog neugledene spoljašnjosti i siromaštva. Iz škole i komšiluka su prijavili porodicu Centru za socijalni rad i pacijent i braća su smešteni u prihvatilišta. Nakon nekog perioda braća su smeštena u dom za ometene u razvoju „Sremčica”, a B.M. je smešten u dom za decu bez roditeljskog staranja „Drinka Pavlović”. Tamo se teže adaptirao, opisuje psihičko i fizičko zlostavljanje („udarali su me u glavu i ponižavali i svašta je bilo od starne druge dece, a vaspitače nije bilo briga”). Tamo je živio do svoje 18-te godine, završio je trostepenu hemijsku srednju školu. Uglavnom je vreme provodio sam, bio je povučen, slušao bi muziku, povremeno bi se družio sa mlađom

decom od 10 godina. Ni sa kim se nije družio iz razreda. Sa 16 godina kada mu se drug iz doma razboleo od karcinoma kostiju B.M. je dobio strahove od bolesti, stalno bi strahovao da će se i njemu nešto slično dogoditi, „Opsesivno sam vodio računa o čistoći, čim bi me neko pipnuo ja bih prao odeću da ne dobijem neku bakteriju”.

Po izlasku iz doma počeo da radi, imao par prijatelja. Nakon godinu dana je izgubio posao, 4 meseca nije radio i nije imao prihode i tada mu se pojavljuju psihičke tegobe u vidu učestalih nametnutih misli da „ne ubije drugaricu A.”. Bio je napet, povremeno uznemiren, neraspoložen, plačljiv, bezvoljan, bez energije. Javlja se u DZ „Savski Venac” gde se lečio par meseci, ne seća se terapije i kako je dijagnostički sagledan. Nalazi posao i prestaje da odlazi kod psihijatra, tegobe su egzistirale i dalje ali u nešto redukovanim obimu. Naredne 4 godine nametnute misli se povremeno jave, obično leti kada je usamljen, a potom se sponatno redukuju nakon mesec, dva. Raspoloženje je promenljivo, ali je uglavnom tužan, neraspoložen, sa doživljajem da je manje vredan, niskog samopouzdanja. Obično su mu tegobe izraženije ujutru, ali u prethodnih par godina ni u jednom momentu tegobe nisu bile toliko intenzivne da ga ometaju u funkcionisanju (rad ili učenju).

Pre 4 godine postaje izrazito neraspoložen, tužan, plačljiv, bezvoljan, beze energije, radi i funkcionise uz veliki napor. Napet, najviše u glavi, zabrinut, negativno anticipira, oslabljene koncentracije, nervozan, sa grčevima u mišićima, učestalije ima mikciju što povezuje sa nervozom. Postaje nesiguran i u svoj seksualni identitet. Usled svih opisanih tegoba javlja se u IMZ gde biva farmakoterapijski tretiran Paroxetine a 20mg p.d. i alprazolama a 0.75mg p.d. uz intezivni mileu tretman u Dnevnoj bolnici za adolescente IMZ naredna 2 meseca. U narednom periodu nema kontakt sa braćom koja su i dalje smeštena u Domu za decu bez roditeljskog staranja „Drinka Pavlović”. Sa ocem su prekinuti kontakti kada je B.M. prvi put smešten u dom, a majka živi u Arandelovcu gde ima novu porodicu i sa njom se retko čuje. Radio je kao trgovac u radnji, funkcionisao bolje ali i dalje bi povremeno imao proboje tegoba koje bi rešavao razgovorom sa prijateljima.

U novembru mesecu 2019-te ima novi depresivni pomak uslovljen saznanjem da je majka ozbiljno narušenog zdravstvenog stanja. Ponovo imaju intezivniji kontakt uz veliku krivicu koju je B.M. osećao zato što je držao na distanci prethodnih godina i nije joj dozvoljavao da bude deo njegove svakodnevnice. Postaje izrazito plačljiv, neraspoložen, povlači se, ima izražene ideje krivice, potrebu da se osamljuje. Javlja se ponovo na pregled u IMZ gde biva dogvooreno da ponovo ima intezivan psihosocijalni ambulantni tretman ali bez uvođenja farmakoterapije.

Skale

Skale su popunjene na početku i na kraju intenzivnog psihosocijalnog ambulantnog tretmana, što je period od 3 meseca.

Na PHQ-9 skor na početku je bio 5, a na kraju 17 (skok od 2 boda). Najveća promena između dve skale je spavanje, odnosno problem sa spavanjem koji je na početku tretmana bio skorovan 0, a na kontroli nakon tri meseca sa 2. Važno je istaći da je u PHQ-9 ovo pitanje definisano kao „Problemi sa spavanjem – teškoće usnivanja ili buđenje tokom noći ili prekomerno spavanje”. Uz to na pitanju „Smanjen ili pojačan apetit” se skor menja sa 2 na 1, uz „Smanjeno interesovanje ili zadovoljstvo” koje se menja iz 1 u 2.

S druge strane HAMD upitnik se menja sa skora 23 na prvoj kontroli na svega 14 nakon 3 meseca. Ipak detaljan pogled na skalu ukazuje da je na dva pitanja skor povećan, te su i pitanje o suicidalnosti i o aktivnosti i interesovanjima skočili sa 1 na 2. S druge strane paradoksalno, pitanja vezana za spavanje i apetit su zajedno na prvoj kontroli svako kumulativno skorovana 3 (ukupno 6), dok su nakon tri meseca skorovana 0. Ovo je u direktnoj suprotnosti sa stanjem u PHQ-9 skali u pogledu spavanja, a potcenjuje efekat apetita. Objašnjenje za ovu razliku se može objasniti dvojako. Prvo, u HAMD skali pitanja za spavanje su formulisana isključivo kao insomnija, a pitanja za apetit su isključivo vezana za gubitak apetita. S druge strane, u PHQ-9 pominje se i preterano spavanje i pojačan apetit. U intervjuu pacijent verbalizuje da je počeo mnogo da spava i mnogo da jede i da je bezvoljan, dok je nesanica, gubitak apetita i napetost bio dominantan simptom u početku pogoršanja. Dakle pacijent nema stvarno poboljšanje već prelaz iz jedn krajnosti (koju HAMD meri) u drugu krajnost (koju HAMD ne meri), a koja može biti jednako onesposobljavajuća. Drugi faktor, koji može objasniti diskrepancu u skorovima za spavanje između PHQ-9 i HAMD na prvoj kontroli (na HAMD je skorovano 3 i evidentirana nesanica, dok je pacijent zaokružio 0 na PHQ-9) je da je pacijent intuitivno uzeo u obzir stepen u kojem mu konkretan simptom smeta odnosno remeti kvalitet života. S druge strane ispitivač je beležio samo konkretne simptome, bez njihove kvantifikacije uticaja na život. Moguće je pretpostaviti da nesanica nije predstavljala toliki problem pacijentu za svakodnevno funkcionisanje kao što to čini previše spavanja, što je na drugoj kontroli pacijent usmeno i verbalizovao.

Na kraju drugog intervju, suočen sa ovako značajnom diskrepancom rezultata, lekar je pacijenta direktno pitao „Kako bi Vi procenili Vaše ukupno stanje u odnosu na pre 3 meseca”, na šta je pacijent momentalno, bez ikakve zadržke odgovorio „Mnogo bolje!”.

Zaključak

Ovaj primer vrlo slikovito prikazuje opasnost nekritičkog i nekliničkog prihvatanja rezultata skala. On takođe ukazuje na nužnost aktivne komunikacije i direktnog rada sa pacijentima. Skale imaju svoje mesto u istraživanjima kao nesavršen metod merenja promena stanja, ali je izuzetno važno u svakom trenutku biti svestan te nesavršenosti i imati oprez u tumačenju rezultata skala, kao i istraživanja koja koriste iste. Za svakodnevni klinički rad klinička anamneza ostaje neprikosnoven.

A CASE REPORT OF THE INACCURACY OF THE QUESTIONNAIRE AS A MERIOD OF THE PATIENT'S CONDITION

Milutin Kostic^{1,2}, Ana Munjiza^{1,2}, Ana Jakoviljevic²

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²Faculty of Medicine University of Belgrade, Serbia

Abstract: Scales for assessment of patients with depression are in use for several decades. Among the most used are Hamilton's depression scale and the younger Patient Health Questionnaire. Even though both are heavily used in research and clinical practice they are still controversial and with questionable usefulness. This case report shows that the question whether a patient is better or worse can be diametrically opposite depending on the scale used (using these two most influential ones as examples) and what are the reasons for this.

Key words: *depression, questionnaire, assessment*

Literatura

1. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23:56-62.
2. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine, 16(9):606-13.
3. Per Bech. Rating Scales in Depression: Limitations and Pitfalls. Dialogues Clin Neurosci. 2006;8(2):207-15.
4. R Michael Bagby, Andrew G Ryder, Deborah R Schuller, Margarita B Marshall. The Hamilton Depression Rating Scale: Has the Gold Standard Become a Lead Weight? Am J Psychiatry. 2004 Dec;161(12):2163-77.
5. F Hieronymus, J F Emilsson, S Nilsson, E Eriksson. Consistent Superiority of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors Over Placebo in Reducing Depressed Mood in Patients With Major Depression. Mol Psychiatry. 2016 Apr;21(4):523-30.
6. Fredrik Hieronymus, Alexander Lisinski, Staffan Nilsson, Elias Eriksson. Influence of Baseline Severity on the Effects of SSRIs in Depression: An Item-Based, Patient-Level Post-Hoc Analysis. 2019 Sep;6(9):745-52.
7. Alice Malpass, Alison Shaw, David Kessler, Deborah Sharp. Concordance Between PHQ-9 Scores and Patients' Experiences of Depression: A Mixed Methods Study. Br J Gen Pract. 2010 Jun;60(575):e231-8.
8. Anthony Jerant, Richard L Kravitz, Erik Fernandez Y Garcia, Mitchell D Feldman, Camille Cipri, Denyse Nishio, Anca Knoepfler, M Kaleo Wooddell, Victor Baquero, Peter Franks. Potential Antidepressant Overtreatment Associated With Office Use of Brief Depression Symptom Measures. J Am Board Fam Med. Sep-Oct 2014;27(5):611-20.

Dr Milutin KOSTIĆ, spec. psihijatrije, dr sci, klinički asistent, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, Srbija

Milutin Kostic, MD, PhD, psychiatrist, Clinical Teaching Assistant, Faculty of Medicine University of Belgrade, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: milutin.kostic@imh.org.rs