

Związek objawów lękowych i depresyjnych z cierpieniem psychicznym i funkcjonowaniem*

Correlation between depressive and anxiety symptoms, distress and functioning

Krzysztof Małyszczak¹, Tomasz Pawłowski¹, Angelika Pyszel²,
Andrzej Kiejna¹

¹ Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

² Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych
i Nadciśnienia Tętniczego AM we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. R.W. Andrzejak

Summary

Aim. The aim of the study was to define the correlation between anxiety/depressive symptoms, distress and functioning.

Method. The research is based on the analysis of 104 persons (65 women, 39 men), who were patients of psychiatrists (42 persons), or general physician attenders (62 persons) complaining of anxiety or depressive symptoms. Distress was estimated with the General Health Questionnaire (GHQ-30), psychopathological symptoms and diagnoses were evaluated with the Present State Examination (PSE) and the level of functioning with Global Assessment of Functioning (GAF). The intensity of ICD-10 symptoms was calculated for: generalized anxiety disorder, agoraphobia, social phobia, panic disorder, depressive disorder and dysthymia.

Results. The lowest score of distress was found in the group with sub-clinical, sole anxiety or depressive symptoms. An intermediate level was present in the group with anxiety and mixed anxiety-depressive disorders, and the highest in the group with depression. The functioning scores were in an inverse order.

Conclusions. The differences in scores of distress and functioning between groups of patients with anxiety disorders, mixed anxiety-depressive disorders and depression are dependent on the intensity of depressive symptoms and are independent of the intensity of anxiety symptoms.

Słowa klucze: depresja, lęk, cierpienie psychiczne

Key words: depression, anxiety, distress

Wstęp

Klasyfikacja ICD-10 definiuje zaburzenie psychiczne jako stan, w którym zespołowi objawów klinicznych lub zachowań dysfunkcyjnych towarzyszy cierpienie

* Praca była dofinansowana z grantu nr 943/03 Akademii Medycznej we Wrocławiu

psychiczne i zaburzenie indywidualnego funkcjonowania. Podobnie jest w klasyfikacji DSM-IV, z tym, że klasyfikacja amerykańska nie poprzestaje na ogólnej definicji i włącza warunek cierpienia i obniżonego funkcjonowania do kryteriów operacyjnych większości definiowanych zaburzeń [1, 2, 3]. Wprowadzenie tego kryterium ma na celu uniknięcie nadmiernie częstego rozpoznawania zaburzeń psychicznych, szczególnie w przypadku podprogowych zespołów psychopatologicznych, w których obecne są objawy nie wywierające istotnego wpływu na funkcjonowanie.

Taka sytuacja często występuje w odniesieniu do zespołów lękowych i depresyjnych, ponieważ granica pomiędzy prawidłowym a patologicznym stanem psychicznym jest tu wyznaczona przez nasilenie objawów, a nie przez ich rodzaj czy liczbę. Łagodne stany przygnębienia, anhedonii, niepokoju i napięcia pojawiają się w trakcie naturalnego procesu adaptacji w momentach zwiększonego stresu i mieszczą się w zakresie prawidłowych stanów emocjonalnych. Pojęcie zaburzenia psychicznego odnosi się do sytuacji, w której proces adaptacji nie kończy się dostosowaniem do bieżącej sytuacji życiowej i powrotem pozytywnych relacji z otoczeniem, a zatrzymuje się w formie dysfunkcjonalnego rozwiązania opartego na przeżywaniu negatywnych emocji.

Cierpienie psychiczne i obniżenie się indywidualnego funkcjonowania pośrednio są związane z objawami psychopatologicznymi, a bezpośrednio wynikają z patologicznych procesów psychicznych leżących u ich podłoża. Nie ma jednak metod pozwalających na dostęp do procesów psychicznych, najczęściej nieświadomych, dlatego analiza związku objawów z funkcjonowaniem ma znaczenie praktyczne. W przypadku niektórych zaburzeń lękowych, mniej jasno zdefiniowanych, jak np. mieszane zaburzenie lękowo-depresyjne, rozpoznanie w ogóle opiera się na ocenie wpływu relacjonowanych przez pacjenta objawów na jego ogólne funkcjonowanie [4, 5, 6].

Material i metody

Analizę oparto na wynikach badania 104 osób (65 kobiet i 39 mężczyzn w średnim wieku 41,8 lat), w tym pacjentów poradni zdrowia psychicznego zgłaszających objawy lękowe lub depresyjne (42 osoby) oraz pacjentów lekarzy rodzinnych (62 osoby). Z badania wykluczono pacjentów, u których ww. objawy psychopatologiczne były wynikiem chorób somatycznych.

Cierpienie psychiczne oceniano za pomocą Ogólnego Kwestionariusza Zdrowia (General Health Questionnaire – GHQ) w wersji z 30 pytaniami [7, 8]. Objawy psychopatologiczne i rozpoznania oceniano za pomocą kwestionariusza Present State Examination (PSE), pochodzącego ze Schematu Oceny Klinicznej w Neuropsychiatrii (Schedule for Assessment in Neuropsychiatry – SCAN) w wersji 2.0 [9, 10]. Poziom funkcjonowania oceniano za pomocą Skali Ogólnej Oceny Funkcjonowania (Global Assessment of Functioning – GAF) zawartej w klasyfikacji DSM-IV [3, 11]. Nasilenie objawów lękowych określano na podstawie łącznego nasilenia zaburzenia lękowego uogólnionego, agorafobii, fobii społecznej i lęku napadowego, ocenianych w 4-stopniowej konwencji kwestionariusza PSE, nasilenie objawów depresyjnych – na podstawie łącznego nasilenia poszczególnych objawów depresyjnych ICD-10, także w skali 4-stopniowej.

Badaną grupę podzielono na 5 rozłącznych grup w zależności od rozpoznania i nasilenia objawów:

1. Badani bez istotnych klinicznie objawów psychopatologicznych;

2. Pacjenci z objawami podprogowymi, wyłącznie lękowymi lub wyłącznie depresyjnymi
3. Pacjenci z mieszanym zaburzeniem lękowo-depresyjnym
4. Pacjenci z rozpoznaniami zaburzeń lękowych (z zakresu F40–F41), z wyjątkiem fobii swoistych/izolowanych oraz mieszanego zaburzenia lękowo-depresyjnego
5. Pacjenci z rozpoznaniami depresji lub dystymii.

Według klasyfikacji ICD-10 nie rozpoznaje się zaburzenia lękowego, jeżeli spełnione są kryteria zaburzeń nastroju. Zasadę tę rozciągnięto także na stanowiące wyjątek zaburzenie lękowe uogólnione. W grupie 5 mieszczą się więc wszystkie osoby, u których rozpoznano zaburzenia nastroju; niektóre z nich mogą mieć współwystępujące zaburzenie lękowe lub podprogowe objawy lękowe. Osoby z zaburzeniami lękowymi z grupy 4 nie mają współwystępujących zaburzeń nastroju, jednak mogą mieć podprogowe objawy depresyjne.

W analizie statystycznej posłużono się metodą analizy kowariancji ANCOVA i testem post hoc Newmana–Keulsa. Międzygrupowe różnice zmiennych demograficznych oceniono za pomocą testu H Kruskala – Wallisa, oraz testu Chi².

Wyniki

Międzygrupowe różnice wieku, lat nauki oraz liczby dzieci nie były istotne statystycznie (wiek: H (4, N = 97) = 3,0, p = 0,55; lata nauki: H (4, N = 95) = 6,1, p = 0,19; liczba dzieci: H (4, N = 97) = 6,3, p = 0,18). Różnice rozkładu płci w grupach z objawami także nie były statystycznie istotne (Chi² = 1,12, p = 77). Jedyne różnica rozkładu płci między grupą bez objawów a pozostałymi objawami okazała się istotna statystycznie (Chi² = 7,25, p = 0,01).

Tabela 1

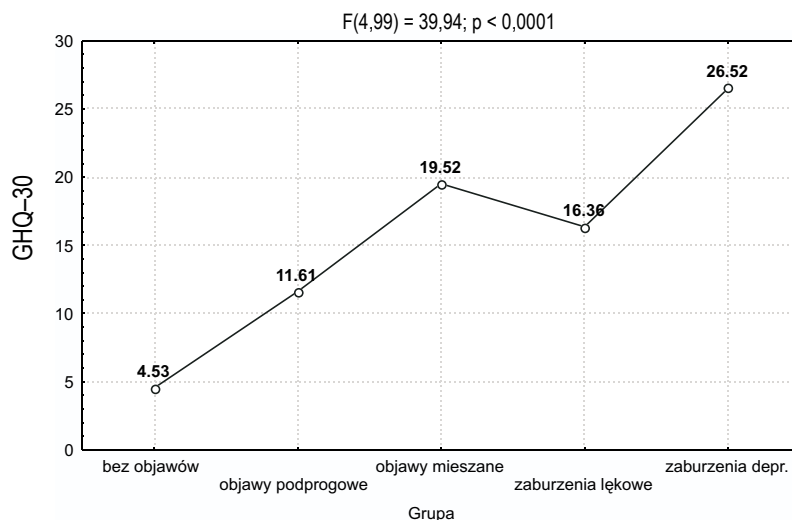
Podstawowe dane demograficzne

Grupy	Liczba osób	Wiek (lata)	Lata nauki $\bar{x} \pm s$	Liczba dzieci $\bar{x} \pm s$
Razem	104 (100%)	41,8 ± 12,6	11,4 ± 2,8	2,0 ± 1,3
Bez objawów	20 (19%)	40,9 ± 16,0	11,8 ± 3,1	1,6 ± 1,4
Objawy podprogowe	20 (19%)	37,9 ± 12,1	12,8 ± 3,1	1,6 ± 1,0
Zaburzenie mieszane lękowo-depresyjne	28 (27%)	42,6 ± 13,2	11,0 ± 2,7	2,0 ± 1,1
Zaburzenia lękowe	24 (23%)	42,4 ± 11,0	10,5 ± 1,8	2,5 ± 1,3
Zaburzenia nastroju	12 (12%)	46,1 ± 8,0	11,1 ± 2,5	2,3 ± 1,4

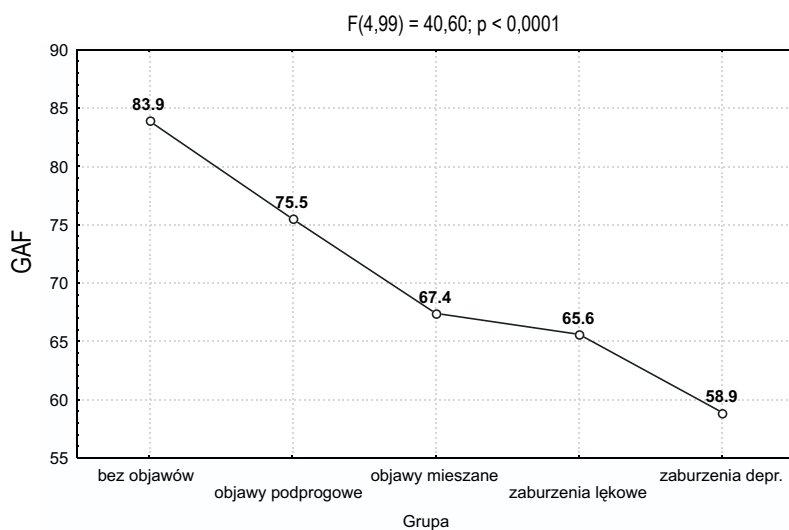
\bar{x} – średnia, s – odchylenie standardowe

Średnie wartości cierpienia psychicznego ocenianego za pomocą skali GHQ oraz wartości poziomu funkcjonowania ocenianego na podstawie skali GAF przedstawiono na rysunkach 1 i 2.

Tabela 2 przedstawia wartości prawdopodobieństwa uzyskane za pomocą testu post hoc Newmana–Keulsa. Wszystkie różnice okazały się statystycznie znamienne, z wyjątkiem różnicy pomiędzy zaburzeniami lękowymi a mieszanym zaburzeniem lękowo-depresyjnym, zarówno w zakresie wartości GHQ, jak i GAF.



Rys 1. Poziom cierpienia psychicznego ocenianego w poszczególnych grupach badanych za pomocą Ogólnego Kwestionariusza Zdrowia (General Health Questionnaire – GHQ)



Rys 2. Poziom funkcjonowania w poszczególnych grupach badanych za pomocą Skali Ogólnej Oceny Funkcjonowania (Global Assessment of Functioning – GAF)

Tabela 3 przedstawia wartości statystyki F i prawdopodobieństwa istotności różnic międzygrupowych z uwzględnieniem nasilenia objawów depresyjnych i lękowych jako kowariantu. Obliczenia wykonano dla wszystkich grup (1–5) oraz dla grup z zaburzeniami (2–5), pomijając w drugim przypadku grupę bez objawów i z objawami podprogowymi wyłącznie depresyjnymi lub wyłącznie lękowymi.

Tabela 2

Poziom istotności statystycznej międzygrupowych różnic średnich wartości w skalach General Health Questionnaire (GHQ) i Global Assessment of Functioning (GAF) (test Newman-Keulsa)

GHQ\GAF	Bez objawów	Objawy podprogowe	Zaburzenie mieszane lękowo-depresyjne	Zaburzenia lękowe	Zaburzenia depresyjne
Bez objawów		0,0002	0,0001	0,0001	0,0001
Objawy podprogowe	0,0002		0,0002	0,0001	0,0001
Zaburzenia mieszane lękowo-depresyjne	0,0001	0,0001		<u>0,4</u>	0,0003
Zaburzenia lękowe	0,0001	0,008	<u>0,07</u>		0,002
Zaburzenia depresyjne	0,0001	0,0001	0,0002	0,0001	

Podkreślono prawdopodobieństwa powyżej 0,05

Tabela 3

Wartości statystyki F i prawdopodobieństwa uzyskane za pomocą analizy kowariancji

Kowariant	Wartość statystyki F grupy 1-5/3-5	Wartość prawdopodobieństwa
GHQ		
Brak	39,9/14,5	< 0,001/< 0,001
Objawy depresyjne	4,1/1,1	0,004/0,34
Objawy lękowe	29,4/15,0	< 0,001/< 0,001
GAF		
Brak	40,6/7,0	< 0,001/0,002
Objawy depresyjne	9,2/2,1	< 0,001/0,13
Objawy lękowe	21,2/7,6	< 0,001/0,001

Omówienie wyników

Najmniejsze wartości cierpienia psychicznego uzyskano w grupie bez objawów, następnie w grupie z objawami podprogowymi, pośrednie – w grupach z zaburzeniami lękowymi i mieszanym zaburzeniem lękowo-depresyjnym, największe natomiast w grupie z zaburzeniami depresyjnymi. Podobnie szeregowały się wartości funkcjonowania (w tej samej kolejności, ale odwrotnie pod względem wartości liczbowych). Grupy z mieszanym zaburzeniem lękowo-depresyjnym i zaburzeniami lękowymi charakteryzowały się podobnymi wartościami GHQ i GAF – różnice pomiędzy tymi grupami nie były statystycznie istotne (rys 1, 2).

Wprowadzenie jako kowariantu zarówno nasilenia objawów depresyjnych, jak i lękowych (jedyne w przypadku wszystkich grup) spowodowało spadek wartości statystyki F. Oznacza to, że nasilenie objawów wpływa na różnice międzygrupowe cierpienia psychicznego i funkcjonowania. Wpływ ten jest jednak różny. Odjęcie

wariancji związanej z objawami depresyjnymi w większym stopniu zmniejszyło różnice międzygrupowe. W grupach z zaburzeniami (3–5) pominięcie wpływu nasilenia objawów depresyjnych spowodowało, że różnice międzygrupowe utraciły istotność statystyczną. Wpływ nasilenia objawów lękowych okazał się wyraźny, jednak nie powodujący utraty istotności statystycznej (przekroczenia prawdopodobieństwa powyżej 0,05) w porównaniach wszystkich grup (grupy 1–5), natomiast w grupach z zaburzeniami (3–5) spowodował niewielki wzrost wartości statystyki F.

Wpływ objawów depresyjnych był większy niż wpływ objawów lękowych, zarówno w porównaniach wszystkich grup, jak i grup z zaburzeniami. W odróżnieniu od objawów lękowych, objawy depresyjne tym silniej wpływały na wartości cierpienia i funkcjonowania, im zaburzenie było cięższe. Wpływ objawów lękowych zaznaczył się jedynie przy uwzględnieniu grup bez objawów i z objawami podprogowymi, to znaczy o względnie małym nasileniu objawów. W grupach z rozpoznaniem zaburzeń wpływ ten był znikomy.

Uzyskane wyniki można interpretować w ten sposób, że objawy lękowe mają istotny wpływ na cierpienie psychiczne i funkcjonowanie wtedy, kiedy nasilenie współwystępujących objawów depresyjnych jest małe. Jeżeli objawy depresyjne osiągają znaczące nasilenie, powodują dodatkowe obniżenie wartości funkcjonowania i zwiększenie wartości cierpienia psychicznego. Taka sytuacja ma miejsce w przypadku mieszanego zaburzenia lękowo-depresyjnego, w którym sumuje się wpływ względnie łagodnych, podprogowych objawów lękowych i podprogowych objawów depresyjnych. Potwierdza to opinię, wynikającą z innych badań, że współwystępowanie objawów depresyjnych w zaburzeniach lękowych wpływa istotnie na obniżenie funkcjonowania [12, 13].

Powyższe rozważania dotyczą wartości średnich, a nie poszczególnych przypadków. Pacjenci mogą charakteryzować się różnymi wartościami cierpienia psychicznego i funkcjonowania w zależności od nasilenia objawów lękowych. Jeżeli jednak porównuje się ze sobą grupy pacjentów z różnymi rozpoznaniem, to różnice międzygrupowe zależą przede wszystkim od nasilenia objawów depresyjnych. Na zwiększenie się cierpienia psychicznego i pogorszenie funkcjonowania u poszczególnych osób z zaburzeniami lękowymi może zatem wpływać zwiększenie się nasilenia objawów lękowych lub dołączenie się objawów depresyjnych. W przypadku osób z depresją decydujące znaczenie ma już tylko nasilenie objawów depresyjnych.

Wnioski

Różnice wartości funkcjonowania i cierpienia psychicznego pomiędzy grupami pacjentów ze swoistymi zaburzeniami lękowymi, mieszanym zaburzeniem lękowo-depresyjnym i depresją zależały w znacznej mierze od nasilenia objawów depresyjnych, natomiast w mniejszym stopniu od nasilenia objawów lękowych.

Связь фобийных и депрессивных симптомов с психическим страданием и функционированием пациентов

Содержание

Задание. Заданием исследования было определение корреляции между фобиями и депрессией и страданием пациентов и их функционированием в окружающей среде.

Метод. В исследовании приняли участие 104 больных (65 женщин и 39 мужчин), в том числе пациенты с психотическими симптомами (42 человека), с сопутствующими симптомами фобии, депрессии или общими физическими расстройствами (62 больных). Психическое страдание оценено при помощи шкалы General Health Questionnaire (GHO-30), психопатологические симптомы диагностированы при помощи Present State Examination (PSE) а уровень функционирования больных по шкале Global Assessment of Functioning (GAF). Степень обнаруженных симптомов определена по шкале ICD -10, а именно: общие симптомы фобии, агорофобия, социальная фобия, паническая фобия, депрессивные нарушения и дистимия.

Результаты. Основные расстройства обнаруженные в субклинических группах, были только фобии с депрессивными симптомами, в группах со средней тяжестью болезненных проявлений отмечены фобии и смешанные симптомы фобийно-депрессивные с большим риском тяжелой депрессии. Функционирование в окружающей среде носило обратный характер.

Выводы. Различные степени нарушений в функционировании разных групп больных с фобийными симптомами, смешанными фобийно-депрессивными и депрессивными расстройствами более обозначены в группе с депрессивными симптомами, независимо от интенсивности фобийных проявлений.

Zusammenhang zwischen Angst- und Depressionssymptomen und psychischem Leiden und Funktionsweise

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Studie war die Bestimmung der Abhängigkeiten zwischen den Angst- und Depressionssymptomen und dem psychischen Leiden und der allgemeinen Funktionsweise.

Methode. Die Analyse stützte sich auf die Ergebnisse der Studie bei 104 Personen (65 Frauen und 39 Männer) im mittleren Alter von 41,4 Jahren, darunter waren die Patienten der Beratungsstelle für psychische Gesundheit, die Angst- oder Depressionssymptome meldeten (42 Personen) und Patienten der Familienärzte (62 Personen). Aus der Studie wurden die Personen mit anderen psychischen Störungen ausgeschlossen und solche, bei denen die obengenannten psychopathologischen Symptome die Ursachen der somatischen Krankheiten waren. Das psychische Leiden wurde mit dem Fragebogen Allgemeine Gesundheit (General Health Questionnaire - GHO) in der Version mit 30 Fragen beurteilt. Die psychopathologischen Symptome und Diagnosestellung wurden mit Hilfe des Fragebogens Present State Examination - (PSE) aus dem Schema der Klinischen Beurteilung in der Neuropsychiatrie (Schedule for Assessment in Neuropsychiatry - SCAN) in der Version 2.0 beurteilt. Der Level der Funktionsweise wurde mit Hilfe der Skala der Allgemeinen Beurteilung der Funktionsweise (Global Assessment of Functioning - GAF) beurteilt. Die Intensität der Symptome wurde für die Diagnosen berechnet: allgemeine Angststörung, Agorafobie, soziale Fobie, paroxysmale Angst, Depression und Dysthymie.

Ergebnisse. Die kleinsten Werte des psychischen Leidens erzielte man in der Gruppe mit unter-schwelligem Symptomen, ausschliesslich Angst- oder ausschliesslich Depressionssymptomen, mittlere in den Gruppen mit Angststörungen und gemischter Angst-Depressionsstörung, dagegen die größten in der Gruppe mit Depressionsstörungen. Ähnlich stellten sich die Funktionsweisewerte dar (dieselbe Reihenfolge, aber umgekehert im Hinblick auf die Zahlwerte).

Schlussfolgerungen. Die Unterschiede bei den Werten der Funktionsweise und des psychischen Leidens in den Gruppen der Patienten mit eigentümlichen Angststörungen, mit der gemischten Angst - Depressionsstörung und der Depression hängen im großen Maße von der Intensität der Depressionsstörungen ab, dagegen aber im kleineren Grade von der Intensität der Angststörungen.

Les corrélations des symptômes anxieux et dépressifs, de la douleur psychique et du fonctionnement

Résumé

Objectif. Déterminer les corrélations des symptômes anxieux et dépressifs, de la douleur psychique et le fonctionnement.

Méthode. On analyse les examens de 104 personnes (65 femmes et 39 hommes, leur moyenne de l'âge – 41,4 ans), dont 42 personnes (avec les symptômes anxieux ou dépressifs) suivent le traitement psychiatrique et 62 suivent la thérapie des médecins. Les personnes souffrant d'autres troubles psychiques ou des maladies somatiques sont exclues de cet examen. La douleur psychique est analysée à l'aide du questionnaire GHQ (General Health Questionnaire) – version de 30 questions, les symptômes psychopathologiques et diagnostiques sont examinés avec le questionnaire PSE (Present State Examination) venant de SCAN, version 2 (Schedule for Assessment in Neuropsychiatry), le niveau de fonctionnement – avec l'échelle GAF (Global Assessment of Functioning). L'intensité des symptômes est calculée pour: troubles anxieux généralisés, agoraphobie, phobie sociale, panique, dépression, dysthymie.

Résultats. Les valeurs les plus basses de la douleur psychique sont observées dans le groupe avec les symptômes sub-cliniques, seulement anxieux ou seulement dépressifs, les valeurs moyennes – dans les groupes avec les troubles dépressifs et mixtes, anxieux-dépressifs, les valeurs les plus hautes – dans les groupes avec les troubles dépressifs. Il en est de même avec les valeurs du fonctionnement quant à l'ordre, quant aux valeurs – à l'envers.

Conclusions. Les différences du fonctionnement et de la douleur psychique des patients avec les troubles dépressifs, anxieux et dépressifs-anxieux dépendent en général de l'intensité des symptômes dépressifs par contre ils dépendent très peu de l'intensité des symptômes anxieux.

Piśmiennictwo

1. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines.* Geneva: WHO; 1993.
2. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research.* Geneva: WHO; 1993.
3. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association Press; 1994.
4. Boulenger JP, Lavallée YJ. *Mixed anxiety and depression: Diagnostic issues.* J. Clin. Psychiatry 1993; 54 (supl.): 3–8.
5. Roy-Byrne P, Katon W, Broadhead WE, Lepine JP, Richards J, Brantley PJ, Russo J, Zinbarg R, Barlow D. *Subsyndromal („mixed”) anxiety-depression in primary care.* J. Gen. Intern. Med. 1994; 9 (9): 507–512.
6. Preskorn SH, Fast GA. *Beyond signs and symptoms: The case against a mixed anxiety and depression category.* J. Clin. Psychiatry 1993; 54 (supl.): 24–32.
7. Goldberg DP. *The detection of psychiatric illness by questionnaire.* London, Maudsley Monographs, 1972.
8. Dohrenwend BP, Shrout PE, Egri G, Mendelsohn FS. *Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology.* Arch. Gen. Psychiatry 1980; 37: 1229–1236.
9. *Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry, version 2.0, manual.* Geneva: WHO; 1994.
10. *Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry, version 2.0, glossary.* Geneva: WHO; 1994.

11. Wciórka J, Muskat K, Matalowski P. *Ocena przydatności skal funkcjonowania społecznego z systemu DSM-IV (GAF, SOFAS, GARF)*. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6: 253–267.
12. Fifer SK, Mathias SD, Patrick DL, Mazonson PD, Lubeck DP, Buesching DP. *Untreated anxiety among adult primary care patients in a Health Maintenance Organization*. Arch. Gen. Psychiatry 1994; 51: 740–750.
13. Lecrubier Y. *The burden of depression and anxiety in general medicine*. J. Clin. Psychiatry 2001; 62, supl. 8: 4–9.

Otrzymano: 4.04.2005

Zrecenzowano: 7.09.2005

Przyjęto do druku: 18.10.2005

Adres: Krzysztof Małyszczak

Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej

50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10